



PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

transcrime  
Joint Research Centre on Transnational Crime



UNIVERSITÀ  
CATTOLICA  
del Sacro Cuore



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI  
DI TRENTO

# GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: MONITORAGGIO E PREVENZIONE IN TRENTINO

---

Rapporto Progetto Pre.Gio. 2013-2014

*A cura di:*

Stefano Caneppele

Marina Marchiaro

*Con il coordinamento scientifico di*

Ernesto U. Savona



---

PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO

Transcrime – Joint Research Centre on Transnational Crime  
Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano – Università degli Studi di Trento  
Ufficio di Milano (sede amministrativa): Largo Gemelli, 1 – 20123 Milano (Italia)  
Telefono: +39 02 7234 3715 / 3716; Fax: +39 02 7234 3721

[www.transcrime.it](http://www.transcrime.it)

Citazione Consigliata: Caneppele Stefano, Marina Marchiaro (a cura di). Gioco d'azzardo patologico:  
Monitoraggio e prevenzione in Trentino. Trento: Transcrime – Università degli Studi di Trento, 2015  
© 2015 Transcrime – Joint Research Centre on Transnational Crime

ISBN: 978-88-8443-597-2

Tutti i diritti riservati. Nessuna parte può essere riprodotta in alcun modo, incluso qualsiasi tipo di sistema  
meccanico e/o elettronico, senza la preventiva autorizzazione scritta degli autori.

Progetto grafico: Ilaria Mastro

---

# HANNO COLLABORATO

---

Questo rapporto è stato realizzato da TRANSCRIME, Joint Research Centre on Transnational Crime (Università Cattolica di Milano – Università di Trento), Centro interuniversitario diretto da Ernesto U. Savona. Il rapporto è il risultato di un progetto frutto della collaborazione tra più istituzioni (APSS, Università e Provincia autonoma di Trento) e di più gruppi di ricerca. Le persone che a vario titolo hanno collaborato sono (in ordine alfabetico): Vanessa Agostino, Mattia Baglioni, Laura Battisti, Thomas Beddingfield, Bruno Bertelli, Nicolao Bonini, Stefano Caneppele, Caterina Carriola, Maria Elena Cenci, Marco Dugato, Pirous Fateh Moghadam, Serena Favarin, Valentina Giampietri, Alessandro Grecucci, Michele Larcher, Chiara Limelli, Raffaele Lovaste, Marina Marchiaro, Ilaria Mastro, Valentina Molin, Marilena Moser, Manuel Nicolè, Marco Pedroni, Giulia Pellizzer, Maria Luisa Pergamo, Andrea Pesoli, Alberto Porta, Fabio Sambataro, Elisa Simoni, Anna Maria Stefani, Diego Vezzuto, Martina Viganò.

Questo rapporto è stato curato da Stefano Caneppele e Marina Marchiaro con il coordinamento scientifico del prof. Ernesto U. Savona, direttore del centro Transcrime. Le varie parti di questo volume possono essere attribuite agli autori come segue: Maria Luisa Pergamo e Stefano Caneppele (Capitolo 1), Marina Marchiaro e Marco Pedroni (Capitolo 2); Nicolao Bonini, Alessandro Grecucci, Manuel Nicolè (Capitolo 3), Vanessa Agostino, Laura Battisti, Pirous Fateh Moghadam (indagine adulti), Valentina Molin (indagine su dati Ser.D.), Bruno Bertelli, Valentina Molin, Martina Viganò, Stefano Caneppele (indagine studenti) (Capitolo 4), Vanessa Agostino e Stefano Caneppele (Capitolo 5), Bruno Bertelli e Valentina Molin (Capitolo 6), Raffaele Lovaste, Alberto Porta, Fabio Sambataro (Capitolo 7), Maria Luisa Pergamo (luoghi sensibili), Bruno Bertelli (prevenzione), Raffaele Lovaste, Alberto Porta (trattamento), Marina Marchiaro (costi-efficacia) (Capitolo 8), Nicolao Bonini, Alessandro Grecucci, Manuel Nicolè (impulsività), Marco Pedroni (quasi gioco d'azzardo) (Capitolo 9), Maria Luisa Pergamo e Stefano Caneppele (Appendice 1), Vanessa Agostino e Stefano Caneppele (Appendice 2).

# INDICE

---

<b>HANNO COLLABORATO</b>	3
<b>SINTESI DEI RISULTATI</b>	8
<b>RINGRAZIAMENTI</b>	10
<b>INTRODUZIONE</b>	12
<b>PARTE 1 GIOCARE D'AZZARDO: UN QUADRO D'INSIEME</b>	13
<b>1. LE REGOLE DEL GIOCO</b>	14
1.1. LA NORMATIVA ITALIANA SUI GIOCHI	14
1.1.1. <i>Il monopolio pubblico</i>	16
1.1.2. <i>Il sistema concessorio e autorizzatorio</i>	16
1.1.3. <i>La liberalizzazione del settore dei giochi pubblici</i>	17
1.1.4. <i>Profili di tassazione del gioco</i>	18
1.1.5. <i>La regolamentazione dei giochi online</i>	20
1.2. IL CONTRASTO AL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	22
1.2.1. <i>I provvedimenti nazionali adottati per fronteggiare il GAP</i>	23
1.2.2. <i>I provvedimenti regionali adottati per fronteggiare il GAP</i>	24
1.2.3. <i>I provvedimenti comunali adottati per fronteggiare il GAP</i>	25
<b>2. L'OFFERTA DI GIOCO</b>	30
2.1. GIOCARE OFFLINE	30
2.1.1. <i>L'offerta di gioco in Trentino</i>	33
2.2. GIOCARE ONLINE	36
2.2.1. <i>I giochi sul web</i>	36
2.2.2. <i>"Quasi giochi d'azzardo"</i>	42
2.2.3. <i>Sviluppi attesi, questioni irrisolte</i>	47
<b>3. IL GIOCATORE D'AZZARDO E IL RUOLO DELL'IMPULSIVITÀ</b>	48
3.1. L'IDENTIKIT DEL GIOCATORE	48
3.1.1. <i>Il giocatore d'azzardo patologico</i>	48
3.2. IMPULSIVITÀ E GIOCO D'AZZARDO	48
3.2.1. <i>Studio sperimentale sull'impulsività e il gioco d'azzardo in Trentino</i>	49

<b>4. LA DOMANDA DI GIOCO IN TRENTINO</b>	<b>57</b>
4.1. IL GIOCO D'AZZARDO TRA GLI ADULTI DEL TRENTINO	57
4.1.1. <i>Scopo e obiettivi dell'indagine</i>	57
4.1.2. <i>Metodologia</i>	57
4.1.3. <i>I risultati dell'indagine</i>	58
4.2. I GIOCATORI PATOLOGICI IN CARICO AL SER.D.: QUALI CARATTERISTICHE HANNO, A COSA GIOCANO, QUANTO SPENDONO	60
4.2.1. <i>Caratteristiche socio-demografiche</i>	60
4.2.2. <i>Gioco praticato e spese sostenute</i>	61
4.3. IL GIOCO D'AZZARDO TRA GLI STUDENTI DELLE SCUOLE SUPERIORI DEL TRENTINO	62
4.3.1. <i>Scopo e obiettivi dell'indagine</i>	62
4.3.2. <i>Metodologia</i>	63
4.3.3. <i>I risultati dell'indagine</i>	68
4.3.4. <i>Differenze di atteggiamento e comportamento tra gli studenti che hanno seguito percorsi formativi e informativi</i>	75
<b>5. COSTI SOCIALI DEL GIOCO PATOLOGICO</b>	<b>80</b>
5.1. RASSEGNA DELLE LETTERATURA INTERNAZIONALE E NAZIONALE SULLE METODOLOGIE DI STIMA DEL COSTO DEL GIOCO D'AZZARDO	80
5.1.1. <i>Cosa si intende per cost of illness</i>	80
5.1.2. <i>Voci di costo e modalità di calcolo</i>	80
5.1.3. <i>I cost of illness e il gioco d'azzardo</i>	81
5.1.4. <i>Quantificare i cost of illness del gioco d'azzardo: le esperienze extraeuropee ed europee</i>	82
<b>PARTE 2 GIOCO D'AZZARDO: TRA PREVENZIONE E TRATTAMENTO</b>	<b>92</b>
<b>6. LA PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: MISURE E INIZIATIVE</b>	<b>93</b>
6.1. MISURE DI PREVENZIONE DEL GIOCO PATOLOGICO	93
6.1.1. <i>Principi e modelli preventivi</i>	93
6.1.2. <i>Metodologia</i>	96
6.1.3. <i>Il livello internazionale: le misure preventive e la loro efficacia</i>	96
6.1.4. <i>Il livello nazionale: quali misure preventive?</i>	109
6.1.5. <i>Il livello provinciale</i>	113
6.1.6. <i>Sviluppi attesi, questioni irrisolte</i>	115
6.2. INIZIATIVE DI PREVENZIONE DEL GIOCO PATOLOGICO	121
6.2.1. <i>Schede progetto interventi di prevenzione</i>	121
6.2.2. <i>Fattori di successo</i>	127
6.2.3. <i>Criticità</i>	127
6.2.4. <i>Considerazioni conclusive</i>	128

<b>7. IL TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: MISURE E INIZIATIVE</b>	<b>129</b>
7.1. MISURE DI TRATTAMENTO DELLA DOMANDA DI GIOCO PATOLOGICA	129
7.1.1. <i>Metodologia</i>	130
7.1.2. <i>Rassegne</i>	131
7.1.3. <i>Sviluppi attesi, questioni irrisolte</i>	147
7.2. RASSEGNA DELLO STATO DELL'ARTE SULL'ANALISI DEI COSTI-EFFICACIA DELLE MISURE DI TRATTAMENTO A LIVELLO INTERNAZIONALE E NAZIONALE	147
7.2.1. <i>Metodologia</i>	147
7.2.2. <i>Rassegne</i>	148
7.2.3. <i>Sviluppi attesi, questioni irrisolte</i>	150
7.2.4. <i>Il modello organizzativo del Ser.D. di Trento per la valutazione del costo – efficacia dei trattamenti della domanda di gioco patologico.</i>	150
7.3. RASSEGNA DELLE INIZIATIVE DI TRATTAMENTO ATTIVE O ATTIVATE IN PASSATO SUL TERRITORIO PROVINCIALE	167
7.3.1. <i>Premessa</i>	167
7.3.2. <i>Schede progetto interventi di trattamento</i>	167
7.3.3. <i>Fattori di successo</i>	170
7.3.4. <i>Criticità</i>	170
7.3.5. <i>Considerazioni conclusive</i>	170
<b>PARTE 3 LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DEL GAP E PER NUOVE RICERCHE SUL TEMA</b>	<b>177</b>
<b>8. LINEE GUIDA PER IL TERRITORIO PROVINCIALE</b>	<b>178</b>
8.1. SU LUOGHI SENSIBILI E ORARI DEGLI ESERCIZI PUBBLICI	178
8.1.1. <i>Modello esemplificativo di regolamento in materia di apparecchi da gioco e sale giochi</i>	178
8.2. PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	181
8.3. PER LA PROGRAMMAZIONE DELLE POLITICHE DI TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO	182
8.3.1. <i>Aree di miglioramento</i>	182
8.3.2. <i>Alcune considerazioni</i>	183
8.4. PER LA RILEVAZIONE DEI COSTI EFFICACIA PER LE MISURE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO REALIZZATE AL FINE DI OTTENERE I FATTORI DI SUCCESSO DELLE POLITICHE INTRAPRESE	183
8.4.1. <i>Per la rilevazione dei costi-efficacia per le misure di prevenzione</i>	183
8.4.2. <i>Per la rilevazione dei costi efficacia per le misure di trattamento</i>	184
<b>9. DOCUMENTI DI INDIRIZZO DI RICERCA PER NUOVI STUDI</b>	<b>185</b>
9.1. SULL'IMPULSIVITÀ E SUGLI INDICATORI DI EFFICACIA DELLE POLITICHE DI PREVENZIONE E TRATTAMENTO	185
9.2. SUI "QUASI GIOCHI D'AZZARDO"	186
<b>APPENDICE 1</b>	<b>188</b>
INFILTRAZIONI CRIMINALI NEL GIOCO D'AZZARDO	188
<i>L'evoluzione delle infiltrazioni criminali nel gioco</i>	188

---

<b>APPENDICE 2</b>	197
STIMA DEI COSTI SOCIALI DEL GIOCO D'AZZARDO	197
<i>Problematicità che caratterizzano il calcolo dei costi di illness del gioco d'azzardo</i>	197
<i>Metodologia per la stima dei costi sociali del gioco d'azzardo</i>	197
<b>APPENDICE 3</b>	203
QUESTIONARIO – INDAGINE POPOLAZIONE ADULTA IN TRENTINO	203
<b>APPENDICE 4</b>	205
MANIFESTI ESPERIMENTO IMPULSIVITÀ	205
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	207
<b>SITOGRAFIA</b>	229

# SINTESI DEI RISULTATI

## Il gioco d'azzardo tra gli adulti del Trentino

- Lo studio ha condotto nel 2014 la prima indagine pilota condotta in Italia all'interno del questionario del sistema di sorveglianza nazionale PASSI (Progressi per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia).
- In precedenza, la relazione statistica elaborata dal Ser.D. di Trento su dati IPSAD (2010) ha individuato il Trentino Alto Adige come una regione con percentuali di giocatori inferiori alla media nazionale: il 42% dei trentini dichiarava di aver giocato almeno una volta nella vita contro il 45,2% della popolazione italiana (15-64 anni). Nella fascia d'età 15-34 anni le percentuali di giocatori erano ancora più basse (Trentino Alto Adige 37,8%, Italia 43%).
- Secondo l'indagine 2014, il 26% dei trentini ha dichiarato di aver giocato negli ultimi 3 mesi. La quasi totalità dei giocatori svolge l'attività di gioco all'interno di bar/tabacchi (92%).
- Secondo l'indagine 2014, il gioco preferito è il Gratta&Vinci (67,6%) seguito da Lotto/Superenalotto/Simili (20,2%) e scommesse sportive (6,5%).
- Secondo l'indagine 2014, l'87% gioca in assenza di aspetti problematici, l'11% presenta un rischio basso di sviluppare una dipendenza da gioco e l'1,5% un rischio moderato. Nessuno degli intervistati è risultato giocatore patologico. I dati sono generalmente in linea con i dati regionali IPSAD elaborati nella precedente relazione statistica del Ser.D. (2010), che indicava come tra i soggetti che hanno giocato l'89,9% non presenta aspetti problematici nell'attività di gioco. Secondo l'indagine 2014 inoltre, i giocatori con rischio moderato o alto sono in percentuale inferiore rispetto a quella indicata dall'indagine 2010.
- Seppur con tutte le cautele del caso, i dati rilevati nel 2014 sembrano confermare che in provincia di Trento il fenomeno del gioco d'azzardo patologico ha una dimensione più contenuta rispetto alle stime presentate a livello nazionale (Serpelloni 2014).
- Secondo l'indagine 2014, il 44% della popolazione sarebbe come trovare aiuto per una persona con problemi di gioco. Tra questi il 29% si rivolgerebbe al Servizio delle dipendenze, ai servizi sociali o più in generale all'ASL, il 20% chiederebbe aiuto a uno psicologo, il 12% al medico di famiglia e un altro 12% a familiari e/o amici, mentre il 5% si rivolgerebbe ad associazioni di volontariato o alla parrocchia.

- Nel 2013 sono state 116 le persone che si sono rivolte ai Servizi per le Dipendenze della Provincia autonoma di Trento (Ser.D.) per problemi legati al gioco d'azzardo patologico.

## Il gioco d'azzardo tra gli studenti delle scuole superiori del Trentino

- L'indagine ha coinvolto 1040 studenti di Licei, Istituti tecnici e Centri di formazione professionale della provincia di Trento.
- Meno di un quinto degli studenti trentini gioca d'azzardo. Il gioco offline è praticato in misura maggiore rispetto al gioco online, che interessa complessivamente poco più del 3% degli studenti.
- I giochi più praticati sono Gratta&Vinci, scommesse sportive e giochi di carte a soldi. Si gioca prevalentemente al bar, al pub o ai tabacchi e in compagnia di amici.
- Più della metà degli studenti che gioca pratica questa attività meno di una volta al mese, per meno di mezz'ora e spendendo meno di 10 euro per volta.
- A giocare d'azzardo sono più i ragazzi delle ragazze. Fra gli studenti, tendono a giocare specialmente i più grandi.
- Poco meno di un terzo degli studenti che gioca manifesta un rischio di gioco d'azzardo patologico basso, l'11,7% un rischio moderato e l'1,9% una chiara connotazione patologica.
- I fattori di rischio rispetto alla possibilità di giocare in modo eccessivo riguardano soprattutto il genere (essere maschi), il vivere in una famiglia mono-genitoriale, lo scarso profitto ed impegno scolastico, la tendenza a mettere in atto contemporaneamente anche altri comportamenti a rischio, la familiarità con l'attività (amici e genitori che giocano).
- Sono buone le conoscenze dei ragazzi rispetto alle caratteristiche del gioco d'azzardo (casualità, divieto di gioco per i minorenni, possibilità di sviluppare una dipendenza, esistenza di servizi che si occupano della problematica). L'aver seguito progetti sul gioco d'azzardo in ambito scolastico migliora queste conoscenze.

### La prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico in Trentino

- Da gennaio 2012 a ottobre 2014 sul territorio provinciale sono state realizzate molteplici iniziative educative volte a contrastare il gioco patologico (incontri e dibattiti, studi e materiale informativo, programmi radio, cortometraggi e cortei).
- Nella quasi totalità dei casi non è stata prevista la valutazione degli interventi operati perciò non è possibile identificare i progetti più virtuosi in termini di rapporto costo-efficacia.
- I modelli di trattamento attivi in Trentino sono 5 (trattamento individuale ambulatoriale, trattamento residenziale, trattamento psicoterapico gruppale, gruppi di auto aiuto per il gioco d'azzardo, terapeuti e realtà private attive nel trattamento del Gioco Patologico), gestiti dal Ser.D. in collaborazione con diversi soggetti formati sul tema (associazione AMA, SIIPaC).
- La valutazione degli interventi in termini di costo-efficacia non è uniforme in ambito internazionale e nazionale. In ambito provinciale, presso il Ser.D. di Trento è attivo un programma di valutazione degli interventi (*Total Quality Management* o TMQ).

### Linee guida per la prevenzione e per il trattamento del GAP

- Una prevenzione di tipo amministrativo è possibile attraverso i comuni che possono intervenire sia sulla collocazione di nuove sale giochi nel contesto dell'intero territorio sia sull'orario massimo di apertura.
- Una prevenzione primaria di tipo comunitario, con attenzione alle fasce più deboli ed esposte della popolazione (minori e anziani), è di fondamentale importanza per contenere il più possibile i fattori di rischio e potenziare i fattori protettivi rispetto allo sviluppo dei problemi e delle patologie connesse al gioco d'azzardo eccessivo e ad altri comportamenti rischiosi (abuso di alcol, droghe e tabacco).
- Serve una maggiore sistematicità e un migliore coordinamento tra le iniziative di prevenzione che devono essere sottoposte a valutazione per rendere la spesa pubblica più efficace ed efficiente.
- Per un'efficace attività preventiva è utile avere misure precoci dei fattori di rischio o correlati al gioco d'azzardo patologico. Una rilevazione ampia e sistematica del livello di impulsività permette di avere una quadro di

rischio individuale più accurato e tempestivo. Inoltre, i test comportamentali potrebbero essere usati in maniera sinergica con altre misurazioni/attività cliniche per valutare in itinere il beneficio derivante dall'intervento psicoterapico.

- Serve sviluppare una procedura di trattamento che sia basata su evidenze scientifiche, tracciabile e valutabile dal punto di vista dei risultati e dei costi.
- Per una gestione ottimale dei processi di trattamento, la rilevazione dei costi/efficacia deve comprendere la raccolta e l'analisi dei dati sia in ambito clinico, sia in ambito organizzativo.
- La formazione continua del personale dei servizi che operano sul gioco d'azzardo, è una esigenza imprescindibile per il miglioramento continuo del sistema.
- Lo strumento in vigore presso il Ser.D. del Trentino per le rilevazioni è il *Total Quality Management* (TQM). Ad oggi, tale soluzione sembra produrre risultati soddisfacenti, pertanto si raccomanda di continuare il monitoraggio dei costi efficacia con tale strumento.

### Linee guida per nuove ricerche sul tema

- Avviare ulteriori studi volti ad approfondire il ruolo giocato dall'impulsività nelle dipendenze. In particolare per le dipendenze da gioco d'azzardo, da internet, sessuale, affettiva e lo shopping compulsivo.
- Affiancare allo studio comportamentale l'utilizzo di tecniche di neuroscienze al fine di ottenere conferme ed approfondimenti sul ruolo dell'impulsività nelle patologie da dipendenza.
- Condurre uno studio sistematico sull'offerta del "quasi gioco d'azzardo" online e della fruizione di questo tipo di app da parte degli adolescenti.
- Sviluppare indagini mirate, con utilizzo di metodologie innovative sia di tipo quantitativo che qualitativo, su target specifici di giocatori del Trentino che si relazionano in modo differente col gioco (anziani, minori, studenti, disoccupati, lavoratori, ecc.) e che utilizzano modalità diverse (gioco online e gioco offline).

# RINGRAZIAMENTI

Questo rapporto è il risultato di un lavoro di ricerca che ha coinvolto numerosi collaboratori, insieme a loro vogliamo ringraziare tutti coloro che hanno reso possibile la sua realizzazione.

Innanzitutto ringraziamo la Provincia autonoma di Trento con il suo Presidente Ugo Rossi e l'Assessore alla coesione territoriale, urbanistica, enti locali ed edilizia abitativa Carlo Daldoss e il Dirigente del Progetto per lo sviluppo della riforma istituzionale Giovanni Gardelli che hanno affidato a Transcrime la realizzazione di questo rapporto.

Insieme a loro ringraziamo i funzionari del Progetto per lo sviluppo della riforma istituzionale e in particolare la dott.ssa Lucia Leuce e il dott. Luca Tonelli.

Il Centro Transcrime appartiene a due Università, l'Università Cattolica di Milano e l'Università degli studi di Trento. Ne ringraziamo i Rettori, Franco Anelli e Daria De Pretis (fino a ottobre 2014) e Aronne Armanini (pro-rettore vicario).

Ringraziamo inoltre i membri della Conferenza provinciale per l'attuazione delle politiche integrate per la sicurezza e dell'Osservatorio per la sicurezza (art. 9 L.27 giugno 2005, n. 8 "Promozione di un sistema integrato di sicurezza e disciplina della polizia locale") per le indicazioni emerse in fase di definizione del progetto.

Un ringraziamento va anche ai partecipanti al tavolo di coordinamento e ai tavoli tecnici del progetto Pre.Gio.: Raffaele Lovaste, Alberto Porta, Fabio Sambataro (APSS – Ser.D.), Marina Lunelli, Violetta Plotegher (fino a settembre 2013) e Mariachiara Franzoia (Comune di Trento), Laura Battisti, Pirous Fateh Moghadam, Monica Zambotti (PAT – Dipartimento Salute e Solidarietà sociale), Nicolao Bonini, Alessandro Grecucci, Manuel Nicolè (UNITN – Dipartimento Economia e Management), Bruno Bertelli, Paola Capuana, Valentina Molin, Cristiano Santinello (UNITN – Dipartimento di Sociologia e Ricerca sociale).

Si ringraziano inoltre per aver fornito collaborazione e supporto per la raccolta di dati utili alla ricerca Maurizio Cimarelli (AAMS), Miriam Vanzetta e Sandra Venturelli (Associazione Auto Mutuo Aiuto), Marialuisa Grech e William Mantovani (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari), Maria Letizia Kersbamer (Dipartimento Salute e Solidarietà sociale della Provincia autonoma di Trento), Rosanna Pico (Libera, Associazioni, nomi e numeri contro le mafie), Paolo Canova (TAXI 1729 snc).

Per la realizzazione dello studio sperimentale sull'impulsività si ringrazia il Dipartimento di Economia e Management. Inoltre, a vario titolo, si ringraziano l'Università della terza età di Trento, l'Ospedale di Bolzano, il Ser.D. di Trento e gli uffici dell'APSS, il Ser.D. di Riva del Garda, la Biblioteca civica di Rovereto, la Biblioteca civica di Riva del Garda, la Biblioteca comunale di Trento, l'Associazione AMA di Trento, la S.I.I.Pa.C di Bolzano, l'associazione Hands di Bolzano e tutti i volontari che si sono sottoposti ai test.

Per la realizzazione dell'indagine nelle scuole della provincia di Trento un ringraziamento va a Livia Ferrario (Dirigente del Dipartimento Conoscenza), Marco Tomasi (già Dirigente del Dipartimento Conoscenza), Alberto Conci e Nicoletta Zanetti (Dipartimento Conoscenza), ai dirigenti scolastici, ai referenti del progetto e agli studenti dei seguenti istituti (in ordine alfabetico) (anno scolastico 2013/2014): Centro di Formazione Professionale Enaip (Ossana), Laura Fantelli (Dirigente Scolastico) e Elisa Mendingi (Coordinatrice del progetto); Centro di Formazione Professionale Enaip (Primiero), Fausto Eccher (Dirigente Scolastico) e Nicola Testoni (Coordinatore del progetto); Centro di Formazione Professionale Enaip (Tesero), Dino Moser (Dirigente Scolastico); Istituto d'Arte "Fortunato Depero" (Rovereto), Massimo Elina (Dirigente Scolastico) e Cristina Gerola (Coordinatrice del progetto); Istituto di Formazione Professionale "S. Pertini" (Trento), Andrea Schelfi (Dirigente Scolastico) e Enzo Deluca (Coordinatore del progetto); Istituto di Formazione Professionale Alberghiero (Levico), Federico Samaden (Dirigente Scolastico), Walter Targa e Marianna Demattè (Coordinatori del progetto); Istituto di Istruzione "L. Guetti" (Tione di Trento), Tiziana Gulli (Dirigente Scolastico) e Nicola Spada (Coordinatore del progetto); Istituto di Istruzione "M. Curie" (Pergine Valsugana), Sandra Boccher (Dirigente Scolastico) e Massimiliano Prezzi (Coordinatore del progetto); Istituto di Istruzione "M. Martini" (Mezzolombardo), Paolo Rasera (Dirigente Scolastico), Tiziana Zambonato e Roberta Rizzi (Coordinatrici del progetto); Istituto di Istruzione Superiore "Don Milani" (Rovereto), Daniela Simoncelli (Dirigente Scolastico) e Rosaria Zanvettor (Coordinatrice del progetto); Istituto Tecnico Economico e Tecnologico "C. A. Pilati" (Cles), Alessandra Pasini (Dirigente Scolastico) e Chiara Praindel (Coordinatrice del progetto); Istituto Tecnico Tecnologico "G. Marconi" (Rovereto), Laura Zoller (Dirigente Scolastico), Sandra Zandonai e Paolo Pancheri (Coordinatori del progetto); Liceo "A. Maffei" (Riva del Garda), Antonia Zamboni (Dirigente Scolastico); Liceo "A. Rosmini" (Trento), Matilde Carollo (Dirigente Scolastico) e Tiziano Chisté (Coordinatore del progetto); Liceo "A. Rosmini" (Rovereto), Francesco

De Pascale (Dirigente Scolastico) e Marinella Villani (Coordinatrice del progetto); Liceo "L. da Vinci" (Trento), Alberto Tomasi (Dirigente Scolastico) e Adriana Colombini (Coordinatrice del progetto); Liceo Scuola Ladina di Fassa (Pozza di Fassa), Mirella Florian (Dirigente Scolastico) e Domenico Bravi (Coordinatore del progetto).

Ai molti che non abbiamo indicato va un sentito ringraziamento per averci aiutato a portare a termine questo lavoro.

# INTRODUZIONE

---

Negli ultimi anni il gioco d'azzardo ha conosciuto una fortissima espansione sul territorio nazionale ed ha mutato in modo significativo la sua forma. I giochi d'azzardo sono divenuti sempre più numerosi, accessibili, "veloci" e solitari. Tali modificazioni nell'offerta dei giochi hanno certamente contribuito al mutamento delle abitudini ludiche. A tal proposito si è rilevato che con l'aumentare della disponibilità e dell'accessibilità dei giochi d'azzardo legalizzati si verifica anche un aumento del gioco d'azzardo patologico (GAP). Inoltre, la distribuzione capillare sul territorio italiano di sale scommesse ed esercizi commerciali autorizzati per la detenzione di slot machine ha portato all'attenzione delle pubbliche amministrazioni il problema dell'impatto del gioco d'azzardo sulla popolazione, e in particolare sui minori, nonché delle sue possibili derive patologiche.

Gli interventi di contrasto ai problemi e alle patologie connesse al gioco d'azzardo si sviluppano a diversi livelli, in relazione alla pluralità di attori che si intersecano in questo campo. Si rileva, in proposito, che il territorio trentino è stato pioniere nell'offrire una risposta di cura alla ludopatia, mostrandosi particolarmente sensibile a questa nuova dipendenza.

Al fine di contenere i costi sociali – diretti e indiretti – legati alla ludopatia è tuttavia necessario elaborare ulteriori risposte innovative finalizzate alla prevenzione e alla protezione dei soggetti a rischio. Queste strategie sono volte a implementare le azioni già attivate dalla pubblica amministrazione in risposta ai problemi socio-sanitari e in relazione ad aspetti di ordine pubblico.

In particolare, Serpelloni (2012) rileva che uno dei problemi principali nella programmazione di contrasto al fenomeno del gioco d'azzardo in termini di prevenzione e trattamento è la scarsità di ricerche scientifiche che permettano di stimare il fenomeno e forniscano risultati certi da cui partire per definire politiche pubbliche efficienti ed efficaci, mirate a contrastare l'insorgenza di situazioni problematiche e patologiche.

Questo rapporto analizza estensivamente la regolazione, l'offerta e la domanda di gioco d'azzardo con particolare attenzione proprio al tema del gioco d'azzardo patologico. L'obiettivo di questo lavoro è stato di produrre dati e fornire indicazioni utili per tutti i soggetti che, a vario titolo, possono intervenire per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico in Trentino e in Italia.

# PARTE 1

## GIOCARE D'AZZARDO: UN QUADRO D'INSIEME



# 1. LE REGOLE DEL GIOCO

Questo capitolo analizza la normativa e la giurisprudenza in materia di gioco d'azzardo a livello nazionale e locale, con un focus sul quadro normativo e giurisprudenziale della Provincia autonoma di Trento. La prima parte presenta l'inquadramento del gioco tra il monopolio pubblico e l'apertura al mercato, con un'analisi del sistema di tassazione vigente e il quadro normativo del gioco online. La seconda parte illustra la risposta delle istituzioni alla deriva patologica del fenomeno del gioco d'azzardo sul piano nazionale e locale.

## 1.1. La normativa italiana sui giochi

Il gioco pubblico è un settore di attività riservato allo Stato. L'art. 1 del d. lgs. n. 496/1948 prevede infatti che *“l'organizzazione e l'esercizio di giuochi di abilità e di concorsi pronostici, per i quali si corrisponda una ricompensa di qualsiasi natura e per la cui partecipazione sia richiesto il pagamento di una posta in denaro, sono riservati allo Stato.”*

La riserva originaria si desume, inoltre, dall'art. 43 Cost.<sup>1</sup>, ed è giustificata dall'esigenza dello Stato di perseguire più finalità: a) assicurare entrate all'erario; b) prevenire le infiltrazioni criminali nel settore dei giochi; c) tutelare la salute degli individui regolando la gestione di queste attività.

In particolare, i giochi d'azzardo sono definiti dall'art. 721 del Codice penale come *“quelli nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria”*. Quindi, il gioco è definito d'azzardo quando concorrono due elementi: a) l'aleatorietà della vincita o della perdita e b) il fine di lucro.

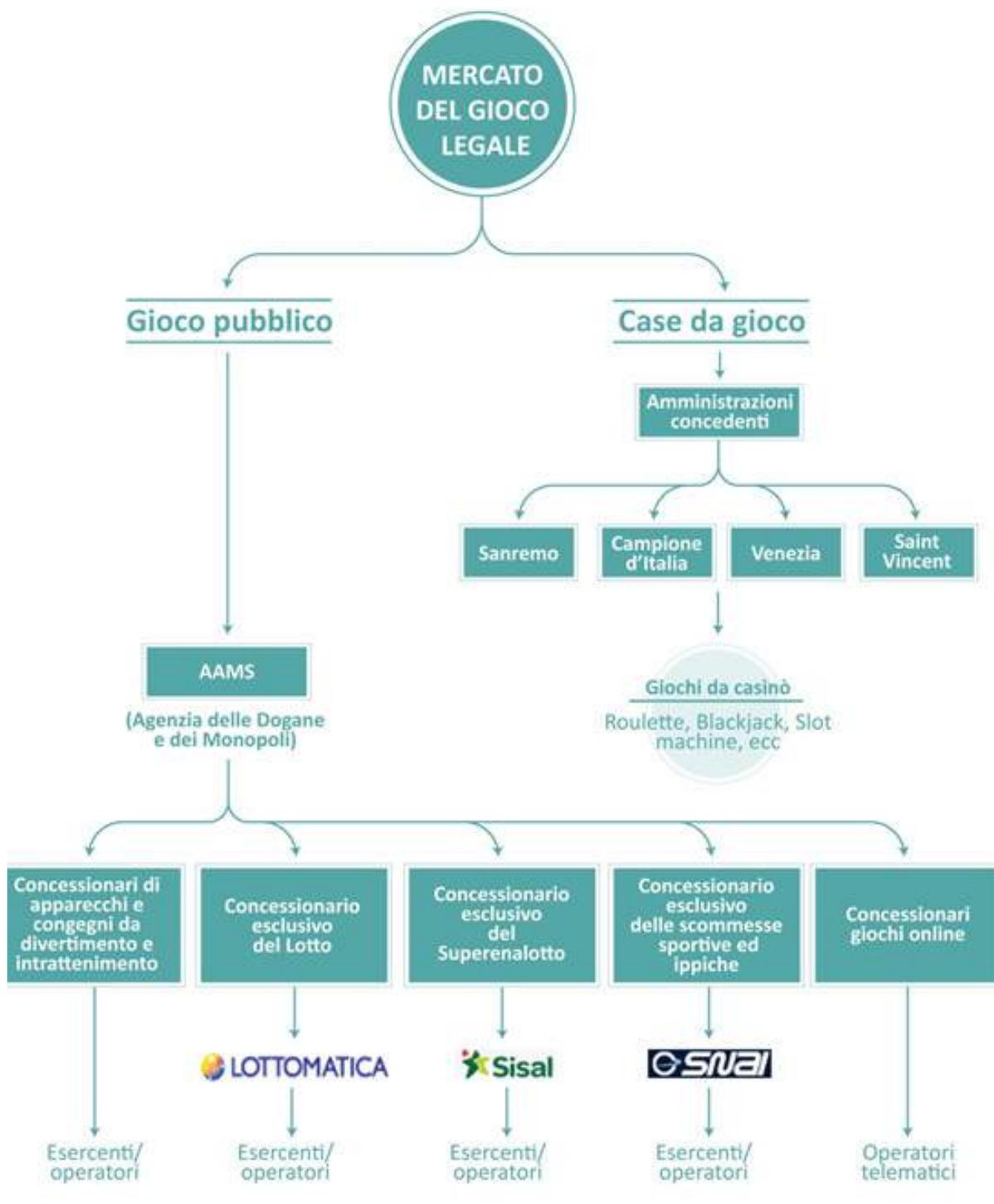
I giochi *“d'azzardo”*, disciplinati dal codice penale, sono vietati nella misura in cui essi pongono in pericolo la sicurezza e la dignità umana. Le condotte penalmente punibili sono sia quella dell'organizzatore (o dell'agevolatore) di tali giochi, sia quella del giocatore medesimo, purché sia colto nell'atto di partecipare al gioco d'azzardo stesso<sup>2</sup>.

In Italia il mercato del gioco d'azzardo legale si articola in due filiere (Fig. 1). La prima, del *“gioco pubblico”*, è gestita dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (AAMS) che controlla i giochi più diffusi: Lotto, Superenalotto, Lotterie nazionali e Gratta&Vinci, scommesse sportive e a base ippica, Bingo e apparecchi elettronici da intrattenimento<sup>3</sup> attraverso una rete di concessionari.

La seconda filiera riguarda l'attività delle *“case da gioco”* autorizzate o casinò. Si tratta di società per azioni il cui capitale è detenuto dalle amministrazioni concedenti. In Italia sono attive quattro strutture, a Sanremo (IM), Campione d'Italia (CO), Venezia (VE) e Saint Vincent (AO) (Gandolfo e De Bonis 2011).

Al vertice della prima filiera – il gioco pubblico – è posta la Pubblica amministrazione (AAMS), che disciplina il funzionamento del settore. Al livello successivo si collocano i concessionari multi-prodotto e quelli autorizzati a gestire in via esclusiva un determinato gioco (come Gtech S.p.a. - già Lottomatica S.p.a. - per il Lotto e le lotterie istantanee e differite, Sisal S.p.a. per il Superenalotto e Snai S.p.a. per le scommesse sportive ed ippiche). Alla base della filiera si trovano gli esercenti e gli operatori che erogano il prodotto-gioco al cliente finale (Gandolfo e De Bonis 2011).

Fig. 1 Il mercato legale dei giochi e delle scommesse in Italia



### 1.1.1. Il monopolio pubblico

Il modello di regolamentazione per i giochi e le scommesse adottato in Italia si basa sull'affidamento in via esclusiva all'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – che nasce dall'accorpamento effettuato a partire dal 1° dicembre 2012 dell'AAMS nell'Agenzia delle Dogane – del controllo del settore (Calvosa 2013).

Storicamente, l'AAMS, istituita con r.d.l. n. 2258/1927, esercitava la gestione dei monopoli sui sali, i tabacchi e il chinino, mentre, dal 1948<sup>4</sup> in poi, ha acquisito le compe-

tenze statali in materia di giochi e scommesse. Con il d.l. n. 138/2002, all'Amministrazione sono demandate tutte le funzioni in materia di organizzazione ed esercizio dei giochi, delle scommesse e dei concorsi pronostici.

L'AAMS rilascia a soggetti terzi, in possesso di determinate caratteristiche, le concessioni per l'esercizio di singole tipologie di gioco (Tab. 1). Inoltre, verifica gli adempimenti cui sono tenuti i concessionari e tutti gli operatori del comparto del gioco, esercitando un'azione di contrasto al gioco illegale nell'esclusiva tutela dei consumatori, in particolare dei minori e delle fasce deboli.

**Tab. 1 Concessionari e operatori per tipologie di gioco**

Gioco		Operatori/concessioni	Inizio concessione
<b>Lotto</b>		Operatore: GTECH S.p.A. (già Lottomatica Group S.p.A.)	1998
<b>Superenalotto</b>		Operatore: Sisal S.p.A.	2008
<b>Scommesse C.D. Pre-Bersani</b> (ex D.M. n. 111/2006; ex DPR n. 169/ 1998)		Concessioni: 1.200	2000
<b>Scommesse C.D. Bersani</b> (Art. 38, commi 2 e 4 del d.l. n. 223/2006 conv. in L. n. 248/2006)		Concessioni: 250 (giochi pubblici su base ippica o su base sportiva diversi dall'ippica e non sportiva inclusi skill games)	2007
<b>Scommesse C.D. Giorgetti</b> (D.l. n. 149/2008 conv. in L. n. 181/2008)		Concessioni: 800 (solo ippica)	2009
<b>Gioco a distanza</b> (L. n. 88/2009, art. 24, comma 13, lett. A)		Operatori: 200	Dal 2011 variabile in base a data stipula convenzione
<b>Apparecchi da intrattenimento<sup>5</sup></b>	Awp	Operatori: 10	Awp 2004
	Vlt		Vlt 2009
<b>Lotterie istantanee</b>		Operatore: Lotterie Nazionali S.r.l.	2010
<b>Bingo</b>		Operatori: 180 Concessioni: 226	2000

Fonte: elaborazione Transcrime di dati Gtech, 2013

### 1.1.2. Il sistema concessorio e autorizzatorio

La selezione dei terzi concessionari avviene attraverso gare a evidenza pubblica finalizzate a individuare soggetti dotati dei requisiti:

- di ordine generale: onorabilità e professionalità dell'impresa che partecipa alla gara;
- di ordine particolare: capacità tecniche ed economiche delle imprese concorrenti.

In particolare, il rilascio della concessione per i giochi è disciplinato dal d.l. n. 78/2009, convertito nella l. n. 102/2009. Esso stabilisce che la gestione delle attività di raccolta del gioco, qualora attribuite a soggetti estranei alla pubblica amministrazione, è sempre affidata in concessione assegnata, di norma, ad una pluralità di soggetti scelti mediante procedure aperte, competitive e non discriminatorie. Tuttavia, esistono ipotesi di assegnazione delle concessioni ad un mono-affidatario come accade per le lotterie, il Lotto e il Superenalotto.

La selezione concorrenziale per l'aggiudicazione della concessione è basata sul criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa<sup>6</sup>.

Le concessioni sono rinnovabili per non più di una volta ed hanno la durata massima di nove anni, suddivisi in due periodi rispettivamente di cinque e quattro anni. La prosecuzione della concessione per il secondo periodo è subordinata alla positiva valutazione dell'andamento della gestione da parte dell'amministrazione concedente, da esprimere entro il primo semestre del quinto anno di concessione<sup>7</sup>.

Quindi, attraverso il sistema concessorio<sup>8</sup>, lo Stato consente la gestione delle attività ad esso riservate a soggetti terzi all'amministrazione. In questo modo, garantisce che l'esercizio delle attività di gioco si svolga in maniera legittima, e non leda né i consumatori né gli operatori del settore. Inoltre, col sistema di autorizzazioni o licenze di pubblica sicurezza, previsto dagli artt. 86 e 88 del Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza (TULPS)<sup>9</sup>, lo Stato accerta la "sussistenza di altri requisiti di affidabilità soggettiva rilevanti ai fini della tutela della sicurezza e dell'ordine pubblico"<sup>10</sup>.

L'art. 86 del TULPS, al 1° comma prevede la necessità di ottenere una licenza apposita, rilasciata dal questore, ai fini dell'esercizio di "sale pubbliche per bigliardi o altri giuochi leciti". Al comma 3, la medesima disposizione richiede un'apposita licenza, rilasciata ugualmente dal questore, "relativamente agli apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici, di cui all'art 110, commi 6 e 7", per l'attività di produzione o importazione, per l'attività

di distribuzione e gestione, anche indiretta, ed infine, per l'attività di installazione. L'art. 88 richiede, inoltre, una licenza specifica per l'esercizio delle scommesse.

### 1.1.3. La liberalizzazione del settore dei giochi pubblici

L'apertura del mercato dei giochi ai privati si è intensificata nell'ultimo decennio, determinando l'ampliamento dell'offerta di gioco e la crescita del numero di operatori attivi sul territorio.

Il processo di apertura regolata del settore avviato già dal 2000 dal legislatore italiano ha autorizzato la vendita di nuove tipologie di scommessa e ha favorito l'ingresso nel business di nuovi operatori a cui è stata affidata la commercializzazione dei giochi in regime concessorio (Calvosa 2013). Si è assistito ad un mutamento nell'organizzazione e gestione del sistema gioco, che si è realizzato, da una parte, attraverso il mantenimento della riserva statale per le sole infrastrutture di rete e per l'attuazione dei controlli sulle attività di gioco, e dall'altra, attraverso l'affidamento della commercializzazione dei giochi ad una pluralità di operatori in grado di assicurare l'offerta di servizi competitivi in un mercato pienamente concorrenziale.

Inoltre, sono aumentati il numero e le tipologie di gioco offerte al pubblico (Tab. 2). La gamma di giochi offerta distingue tra giochi tradizionali (introdotti prima del 2000) e giochi di nuova introduzione (dopo il 2000), classificandoli in base alla prevalenza della componente fortuita o delle abilità del giocatore (Gandolfo e De Bonis 2011) e al canale distributivo prescelto per ogni tipologia di gioco offerto.

Tab. 2 Giochi offerti al pubblico

Famiglia	Gioco	Introduzione		Componente prevalente		Rete di distribuzione	
		Pre-2000	Post 2000	Alea	Abilità	Fisica	Digitale
Lotto	Lotto	X		X		X	X
	10eLotto		X	X		X	X
Giochi numerici a totalizzatore	Superenalotto	X		X		X	X
	SuperStar		X	X		X	X
	SiVinceTutto		X	X		X	X
	Eurojackpot		X	X		X	X
	Win For Life		X	X		X	X
Giochi a base sportiva	Totocalcio	X			X	X	X
	Il 9	X			X	X	X
	Totogol	X			X	X	X
	Scommesse a quota fissa		X		X	X	X
	Big Match	X			X	X	X
	Big Race	X			X	X	X

Famiglia	Gioco	Introduzione		Componente prevalente		Rete di distribuzione	
Giochi a base ippica	Ippica nazionale		X		X	X	X
	Ippica internazionale	X			X	X	X
	Scommesse ippiche in agenzia	X			X	X	X
Apparecchi da intrattenimento	AWP		X	X		X	
	VLT		X	X		X	
Giochi di abilità, carte, sorte a quota fissa	Poker cash		X		X		X
	Poker a torneo		X		X		X
	Giochi da casinò		X	X			X
Lotterie	Lotterie istantanee	X			X	X	X
	Lotterie tradizionali	X			X	X	X
Bingo	Bingo		X	X		X	X

Fonte: elaborazione Transcrime di Calvosa (2013)

Ritornando all'analisi delle riforme che hanno inciso sulla materia, il decreto Bersani<sup>11</sup> – al fine di adeguare la normativa interna alle indicazioni comunitarie - ha previsto l'apertura del mercato a nuovi operatori mediante una nuova gara per l'assegnazione delle concessioni, riducendo il potere di mercato delle agenzie di scommesse sul territorio abilitate alla raccolta del gioco. La nuova normativa ha altresì introdotto la figura del concessionario titolare di più di una licenza di gioco. Inoltre, ha regolamentato i giochi con partecipazione a distanza, come meglio descritto più avanti (Par. 1.1.5).

#### 1.1.4. Profili di tassazione del gioco

Nell'ordinamento italiano le vincite derivanti dal gioco sono oggetto di tassazione, nella misura in cui le stesse integrano un reddito idoneo a concorrere al finanziamento della spesa pubblica, in virtù del principio costituzionale della capacità contributiva<sup>12</sup>. Storicamente, il fenomeno dei giochi è stato caratterizzato da un monopolio – oltre che statale ed amministrativo, anche – di tipo fiscale, in ragione del perseguimento della finalità di finanziamento della spesa. Ad esso, in tempi più recenti, si sono affiancati sistemi impositivi differenti a seconda delle tipologie di gioco. I meccanismi di prelievo oggi esistenti nel settore del gioco pubblico possono essere ricondotti a tre tipologie (Tab. 3).

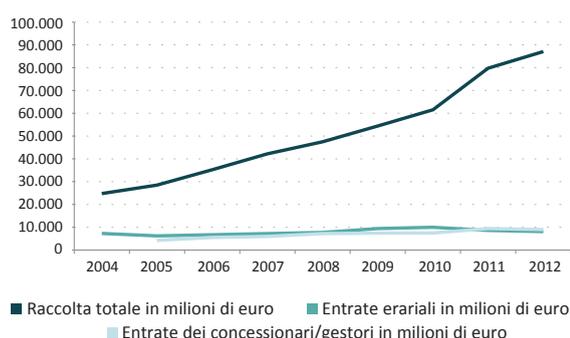
Tab. 3 Sistema di prelievo erariale

Sistema di prelievo	Descrizione	Ricade su
<b>Prelievo monopolistico o A margine erariale residuo</b>	Gli importi delle vincite pervengono ai vincitori al netto delle imposte dovute. Riguarda il gioco del Lotto, le lotterie nazionali e i giochi numerici a totalizzatore nazionale <sup>13</sup> .	Giocatore
<b>Prelievo in capo al soggetto organizzatore del gioco o Della raccolta</b>	La raccolta delle giocate è ripartita tra le vincite, la quota fiscale (l'imposta unica) e il corrispettivo dei concessionari. Imposta unica <sup>14</sup> sui concorsi pronostici e le scommesse, il Bingo e gli apparecchi da intrattenimento, con diverse basi imponibili e specifiche aliquote secondo le tipologie di gioco.	Organizzatore del gioco
<b>Prelievo sulla vincita o Del margine lordo del concessionario</b>	Prevede un prelievo sul margine lordo del concessionario, che si sostanzia nell'importo della raccolta decurtato dell'ammontare delle vincite.	Organizzatore del gioco

Fonte: elaborazione Transcrime

Per quanto concerne la rilevanza del mercato dei giochi in termini erariali, si sottolinea che, nonostante un incremento significativo della raccolta complessiva, le entrate erariali provenienti dal settore dei giochi pubblici sono cresciute in valore assoluto, ma si sono ridotte in rapporto alla raccolta generata (Fig. 2).

**Fig. 2 Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della raccolta totale e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004-2012**



Fonte: elaborazione Transcrime di dati Dip. Politiche Antidroga (2013, 2)

Rispetto al dato del 2004, nel 2012 la raccolta totale derivante dal gioco è aumentata del 251%, mentre nello stesso periodo la quota erariale è cresciuta solo dell'11% (Dipartimento Politiche Antidroga 2013). Inoltre, rispetto al dato del 2005, nel 2012 la quota spettante ai concessionari/gestori è incrementata del 108%.

Questo fenomeno è dovuto all'aumento del peso sulla raccolta totale dei giochi con *payout* più alto, che offrono un maggiore ritorno in termini di vincite medie rispetto a quello dei giochi tradizionali (Fidone e Linguiti 2013). Infatti, a una sempre minore raccolta delle lotterie tradizionali, del Lotto, delle scommesse ippiche, si contrappone una rapida crescita di slot-machine, videolottery, poker e casinò on line. La crescita di queste tipologie di gioco sottoposte ad un livello di tassazione più basso, associata alla riduzione di giochi con percentuale di tassazione più alta, ha influito sul gettito erariale per lo Stato.

Si assiste, infatti, ad un fenomeno di sostituzione, in forza del quale a fronte di un decremento del peso dei giochi tradizionali, caratterizzati da una *payout* più basso, e quindi da ricavi netti soggetti a tassazione più elevati, si è verificato un forte aumento della vendita delle nuove tipologie di gioco che, a parità di somme scommesse, creano ricavi imponibili più bassi a causa delle percentuali di rimborso al giocatore in termini di vincite più elevate (Calvosa 2013).

**Tab. 4 Entrate erariali in Italia per segmento di gioco (2011-2012). Dati in milioni di euro e variazioni percentuali**

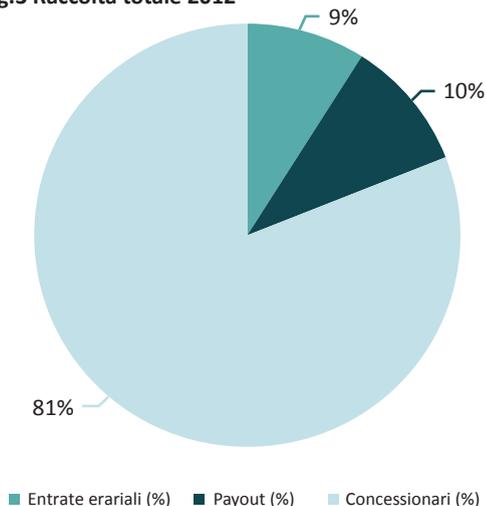
Gioco	Entrate erariali 2012 (MLN €)	% sul totale	Entrate erariali 2011 (MLN €)	% sul totale	Variazione % 2011-2012
<b>Apparecchi da Intrattenimento</b>	4.154	51,7	3.916	45,3	6,1
di cui AWP	3.260	40,6	3.637	42,1	-10,4
di cui VLT	894	11,1	279	3,2	220,4
<b>Lotterie</b>	1.406	17,5	1.331	15,4	5,6
<b>Lotto</b>	1.134	14,1	1.737	20,1	-34,7
<b>Giochi numerici a totalizzatore (Superenalotto)</b>	816	10,2	1.081	12,5	-24,5
<b>Giochi a base sportiva</b>	177	2,2	184	2,1	-3,8
<b>Bingo</b>	194	2,4	231	2,7	-16
<b>Giochi a distanza</b>	109	1,4	103	1,2	5,8
<b>Giochi a base ippica</b>	48	0,6	66	0,8	-27,3
<b>Totale</b>	<b>8.038</b>	<b>100,0</b>	<b>8.649</b>	<b>100,0</b>	<b>-7,1</b>

Fonte: elaborazione Calvosa (2013) di dati Corte dei Conti, 2013

Suddividendo la raccolta totale per l'anno 2012 in tre variabili - la quota erariale, la quota spettante ai concessionari/gestori e il *payout* - si ottiene, in percentuale, un valore per il *payout* molto più alto dei valori delle altre due variabili (Fig. 3). Ciò significa che l'aumento della spesa dei

consumatori, concentrandosi in prevalenza su tipologie di giochi soggette a tassazione più bassa, non determina un aumento proporzionale delle entrate per lo Stato e della quota spettante ai concessionari.

Fig.3 Raccolta totale 2012



Fonte: elaborazione Transcrime di dati del Dip. Politiche Antidroga (2013, 220)

### 1.1.5. La regolamentazione dei giochi online

Al fine di contrastare il fenomeno del gioco online illegale e di offrire un'esperienza di gioco completa, il legislatore italiano ha previsto una serie di norme che hanno allargato sempre più l'offerta legale di giochi virtuali (Sbordoni 2010; Fidone e Linguiti 2013) (Tab. 5).

Tab. 5 Il percorso normativo del gioco online

Norma	Previsione
Decreto del Presidente della Repubblica del 8 aprile 1998, n.169	<b>Autorizza</b> la raccolta delle scommesse ippiche anche per via telefonica e telematica
Decreto del Ministero delle finanze 2 giugno 1998, n.174	<b>Autorizza</b> la raccolta delle scommesse sportive organizzate dal CONI anche per via telematica e telefonica. <b>Vieta</b> ogni forma di intermediazione
Decreto del Ministero delle finanze 15 febbraio 2001, n.156	<b>Autorizza</b> la raccolta delle scommesse per via telematica e telefonica per tutti i tipi di giochi e concorsi pronostici
Decreto del Ministero delle finanze 31 maggio 2002	<b>Disciplina</b> l'accettazione per via telefonica e telematica delle scommesse sportive
Legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Legge finanziaria 2005)	<b>Riordina</b> le scommesse e <b>introduce</b> ulteriori strumenti per la gestione delle stesse a distanza
Legge 23 dicembre 2005, n.266 (Legge finanziaria 2006)	<b>Obbliga</b> i fornitori di connettività alla rete internet o i gestori delle altre reti ad inibire l'utilizzazione delle reti stesse nel caso di svolgimento di giochi da parte di operatori privi di autorizzazioni o abilitazioni o che comunque operino in violazione delle norme di legge
Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 7 febbraio 2006 (Decreto di inibizione dei siti non autorizzati)	<b>Dispone</b> le modalità di rimozione dei siti non autorizzati che offrono giochi, lotterie, scommesse o concorsi pronostici con vincite in denaro
Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 1 marzo 2006, n.111	<b>Abroga</b> il Decreto del Ministero delle finanze 2 giugno 1998, n.174. <b>Ribadisce</b> il divieto di intermediazione nella raccolta delle scommesse
Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze – AAMS, n.21634/2006	<b>Contrasta</b> l'evasione fiscale e <b>prevede</b> disposizioni urgenti in materia tributaria e finanziaria

Norma	Previsione
Decreto legge 4 luglio 2006, n.223 convertito con modificazioni ed integrazioni dalla legge 4 agosto 2006, n.248 (Decreto Bersani)	<b>Introduce</b> i giochi di abilità con vincita in denaro e le scommesse a distanza a quota fissa con modalità di interazione diretta tra i singoli consumatori
Legge 27 dicembre 2006, n 296 (Legge finanziaria 2007)	<b>Introduce</b> le scommesse su eventi simulati <sup>15</sup>
Legge 7 luglio 2009, n.88 (Legge Comunitaria 2008)	<b>Prevede</b> concessioni ad un massimo di 200 operatori per un periodo di 9 anni per: a) scommesse, a quota fissa e a totalizzatore, su eventi, anche simulati, sportivi, inclusi quelli relativi alle corse dei cavalli, nonché su altri eventi b) concorsi a pronostici sportivi e ippici c) giochi di ippica nazionale d) giochi di abilità e) scommesse a quota fissa con interazione diretta tra i giocatori f) bingo
Decreto legge 1 luglio 2009, n. 78 convertito in Legge 3 agosto 2009, n. 102 (Decreto anti-crisi)	<b>Istituisce</b> un Comitato sui giochi presso l'AAMS per prevenire e reprimere il gioco illegale e agevolare la sicurezza del gioco e la tutela dei minori
Decreto legge 28 aprile 2009, n.39, convertito nella legge 77/09 (Decreto Abruzzo)	<b>Autorizza</b> i giochi di sorte a quota fissa ( <i>giochi da casinò</i> ) e i giochi di carte organizzati in forma diversa dal torneo ( <i>cash games</i> )
Decreto del Ministero dell'economia e delle finanze 10 gennaio 2011	<b>Disciplina</b> i giochi di sorte a quota fissa ( <i>giochi da casinò</i> ) e i giochi di carte organizzati in forma diversa dal torneo ( <i>cash games</i> )
Decreto legge 13 settembre 2012, n.158 convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n.189 (Decreto Balduzzi)	<b>Disciplina</b> gli interventi di contrasto all'insorgere del gioco d'azzardo patologico

Fonte: elaborazione Transcrime

L'elaborazione normativa sul tema è molto articolata, ma è possibile distinguere quattro provvedimenti che hanno segnato l'evoluzione del comparto virtuale:

1. decreto di inibizione dei siti non autorizzati;
2. decreto Bersani;
3. decreto Abruzzo;
4. decreto Balduzzi.

Il primo intervento volto a contrastare l'offerta irregolare di gioco online è il **decreto di inibizione dei siti di gioco non autorizzati** che, dando attuazione alle disposizioni contenute nell'articolo 1 della Legge finanziaria 2006, prevede che l'AAMS stili periodicamente una lista dei siti da oscurare<sup>16</sup> in quanto non conformi alle norme di legge (Sbordoni 2010; Zavattiero 2010).

Il secondo intervento è il **decreto Bersani** (l. 248/2006) che ha liberalizzato il mercato del gioco eliminando la previsione delle concessioni per i giochi online mantenendo, tuttavia, il rilascio di una licenza da parte di AAMS quale strumento di controllo dei soggetti che offrono il gioco per

via telematica. Il decreto ha previsto l'introduzione delle scommesse a quota fissa a distanza con l'interazione diretta tra i singoli giocatori e la regolamentazione dei giochi di abilità (*skill games*) con vincita in denaro come dama, scacchi, bridge e poker a torneo (Lo Verde 2013; Sbordoni 2010).

Terzo provvedimento, sostanziale per il portafoglio di giochi di AAMS e per tutti i giocatori, è il **decreto Abruzzo** (l. 77/2009) che ha previsto l'introduzione dei giochi da casinò virtuali (dadi, roulette, blackjack, ecc.) e l'autorizzazione per i giochi di carte in modalità *cash* in alternativa alla già esistente forma a torneo. Tali introduzioni sono state previste al fine di incrementare le entrate nelle casse dello Stato da destinare alle popolazioni dell'Abruzzo colpite dagli eventi sismici dell'aprile del 2009 (Sbordoni 2010).

Infine, si ricorda il **decreto Balduzzi** (l. 189/2012) che ha previsto importanti provvedimenti di prevenzione a contrasto del gioco d'azzardo patologico. Per quanto concerne il gioco online, il provvedimento ha stabilito la pubblicazione delle probabilità di vincita dei giochi (Tab. 6). La norma prevede che per tutti i giochi per cui non è indicata in via univoca la probabilità di vincita, questa è conforme alla probabilità indicata per il corrispondente gioco in forma fisica.

**Tab. 6 Probabilità di vincita nei giochi a distanza**

Tipo di gioco	Probabilità di vincita
Giochi di abilità e giochi di carte organizzati in forma di torneo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La percentuale delle somme giocate destinate alle vincite non può essere inferiore al 80%</li> <li>• La probabilità di vincita in un dato torneo è data dal numero di premi diviso il numero di partecipanti (es. in un torneo di 100 persone in cui sono previsti 30 premi, la probabilità di vincita è del 30%)</li> </ul>
Giochi di carte organizzati in forma diversa dal torneo (multi-giocatore)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La percentuale delle somme giocate destinate alle vincite non può essere inferiore al 90%</li> <li>• La probabilità di vincita per ciascuna mano di gioco è data da 1 diviso il numero di partecipanti alla mano stessa</li> </ul>
Giochi di carte organizzati in forma diversa dal torneo (contro il banco)	La percentuale delle somme giocate destinate alle vincite non può essere inferiore al 90%
Giochi di sorte a quota fissa	La percentuale delle somme giocate destinate alle vincite non può essere inferiore al 90%

Fonte: elaborazione Transcrime

## 1.2. Il contrasto al gioco d'azzardo patologico

La disciplina in materia di giochi e scommesse contempera le esigenze degli operatori del settore – amministrazioni concedenti, concessionari, gestori – con le istanze di tutela di interessi pubblici di fondamentale rilievo. Questi ultimi sono a) l'interesse fiscale dello Stato; b) la tutela dell'ordine pubblico e sociale; c) la tutela dei consumatori dalle derive problematiche del gioco.

Per quanto riguarda l'interesse fiscale, la finalità dello Stato è duplice: da una parte, fare cassa attraverso i sistemi di prelievo dei giochi pubblici, dall'altra, utilizzare una quota degli introiti così ottenuti per la promozione e il finanziamento di attività culturali.

Per quanto concerne l'ordine pubblico, si rileva che il settore dei giochi è particolarmente esposto al rischio di frodi ed esercizio illecito di attività di riciclaggio di denaro sporco.

Pertanto, *“la legislazione italiana”*, come sottolineato dalla giurisprudenza di legittimità<sup>17</sup>, *“si propone di canalizzare la domanda e l’offerta del gioco in circuiti controllabili al fine di prevenirne la possibile degenerazione criminale”*.

Per quanto concerne, invece, la tutela dei consumatori, negli ultimi anni sono state approntate misure *ad hoc* per la protezione dei giocatori - in particolare, i minori e i soggetti più deboli - dalle derive patologiche del gioco d’azzardo. Il perseguimento di queste finalità è realizzato sia a livello nazionale sia decentrato.

### 1.2.1. I provvedimenti nazionali adottati per fronteggiare il GAP

Le principali misure di contrasto al gioco d’azzardo patologico sono state introdotte nel 2012 dal Decreto Balduzzi e dalle disposizioni adottate in sua attuazione, ma già nel 2001 il Ministro della Sanità aveva previsto che la dipendenza da gioco d’azzardo rientrasse tra le sindromi che necessitano i livelli essenziali di assistenza<sup>18</sup> (Tab. 7).

**Tab. 7 Le misure di contrasto della ludopatia del legislatore italiano**

Riferimento	Contenuto
Decreto P.C.M. 29 novembre 2001	Inserimento della dipendenza da gioco d’azzardo tra le sindromi che necessitano i livelli essenziali di assistenza (LEA) da parte del Ministro della Sanità <sup>19</sup> .
Legge n. 220/2010 Legge di stabilità 2011	Introduzione di una serie di misure per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo.
D.l. n. 98/2011	Rafforzamento del divieto di partecipazione ai giochi pubblici con vincita in denaro per i minori di 18 anni con conseguente inasprimento delle relative sanzioni.
D.l. n. 158/2012, convertito in Legge n. 189/2012 Decreto Balduzzi	Inserimento della prevenzione, della cura e della riabilitazione dalla ludopatia nell’ambito dell’attività riabilitativa sanitaria e sociosanitaria da assicurare alle “persone affette da dipendenze patologiche o comportamenti di abuso di sostanze” (art.5).
	Dal 1° gennaio 2013 <b>divieto di pubblicazione dei messaggi pubblicitari di giochi con vincite in denaro</b> nelle trasmissioni televisive, radiofoniche, e nelle rappresentazioni teatrali o cinematografiche rivolte prevalentemente ai giovani, nonché su giornali, riviste, pubblicazioni, , e via internet, laddove si rivolgano ai minori, senza avvertire del rischio di dipendenza dalla pratica del gioco (art. 7, co. 4).
	Introduzione di disposizioni <b>sull’individuazione di luoghi sensibili, quali istituti scolastici primari e secondari, strutture sanitarie ed ospedaliere, luoghi di culto, centri socio-ricreativi e sportivi e sulla ricollocazione dei punti della rete fisica per la raccolta del gioco</b> (art.7, co. 10).

Fonte: elaborazione Transcrime

Il d.l. n. 158 del 2012, noto come Decreto Balduzzi, ha istituito presso l’Agenzia delle dogane e dei monopoli, un Osservatorio di cui fanno parte, oltre ad esperti individuati dai Ministeri della salute, dell’istruzione, dell’università e della ricerca, dello sviluppo economico e dell’economia e delle finanze, anche esponenti delle associazioni rappresentative delle famiglie e dei giovani, nonché rappresentanti dei Comuni. L’Osservatorio ha il compito di individuare e valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d’azzardo e il fenomeno della dipendenza grave.

A tal fine, il Piano d’Azione Nazionale GAP 2013-2015, approvato all’unanimità dall’Osservatorio, indica le strategie da perseguire per la realizzazione di azioni di prevenzione del fenomeno<sup>20</sup>.

Attualmente, è all’esame del Parlamento il testo unificato sulla ludopatia, votato dalla Commissione Affari Sociali della Camera, che mira ad attuare l’aggiornamento dei LEA, così come previsto dal Decreto Balduzzi, convertito nella l. n. 189/2012 (Deputati 2013). Inoltre, la legge 11 marzo 2014, n. 23 (c.d. delega fiscale), al fine di realizzare un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita, ha conferito una delega al Governo – anche – in materia di giochi, prevedendo, oltre ad una raccolta sistematica della disciplina in un codice e il riordino del prelievo erariale sui singoli giochi, interventi volti a tutelare i minori. Essa dispone il divieto della pubblicità dei giochi nelle trasmissioni radiofoniche e televisive e la creazione di un fondo anti-ludopatia (Deputati 2014).

### 1.2.2. I provvedimenti regionali adottati per fronteggiare il GAP

Spostando l'attenzione verso il livello decentrato di governo, si annoverano nove leggi regionali in materia di prevenzione e contrasto al gioco d'azzardo patologico. La loro finalità è ridurre la capillarità della diffusione del gioco d'azzardo, attraverso meccanismi premiali nei confronti degli esercenti che rinunciano alle *slot machines*, nonché attraverso la fissazione di distanze minime dai luoghi sensibili per la collocazione degli apparecchi per il gioco (Tab. 8). Si può registrare la varietà delle scelte regionali. Liguria e Abruzzo vietano le aperture in un raggio di 300 metri da luoghi sensibili. Toscana, Lombardia e Friuli Venezia Giulia fissano un limite di 500 metri. L'Emilia Romagna attribuisce ai Comuni libertà di intervento, mentre il Lazio rimanda al rispetto della normativa statale in materia. Quasi sempre questi limiti fanno riferimento alle nuove aperture di punti gioco.

Meritano attenzione, poi, le misure adottate da alcune Regioni sul versante fiscale, attraverso interventi sulle aliquote IRAP per gli esercizi in cui vi sia offerta di apparecchi per il gioco lecito<sup>21</sup>. Ad esempio, la Toscana prevede una maggiorazione dell'aliquota IRAP del 0,1 per cento per gli esercizi pubblici e commerciali e per i circoli privati in cui vi sia offerta di apparecchi per il gioco lecito, e contemporaneamente prevede la concessione di contributi agli stessi soggetti per la rimozione dei medesimi apparecchi. Per contro, la Lombardia prevede, a decorrere dal 1° gennaio 2014 e fino al 31 dicembre 2018, l'aumento dello 0,92 per cento delle aliquote a carico degli esercizi nei quali risultino installati apparecchi da gioco e, contemporaneamente, la riduzione dell'aliquota, nella stessa misura e per lo stesso periodo, a vantaggio degli esercizi che scelgono la completa disinstallazione degli apparecchi medesimi (art. 4, comma 5, L. reg. Lombardia n. 8 del 21/10/2013).

**Tab. 8 Leggi regionali di contrasto al gioco d'azzardo patologico**

Ente	Titolo	Riferimento
Abruzzo	Disposizioni per la prevenzione della diffusione dei fenomeni di dipendenza dal gioco	Legge Regionale n. 40 del 29 ottobre 2013
Bolzano (Provincia autonoma)	Disposizioni in materia di gioco lecito	Legge n. 13 del 2010
Emilia Romagna	Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate	Legge Regionale n. 5 del 04 luglio 2013
Friuli Venezia Giulia	Disposizioni per la prevenzione, il trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo, nonché delle problematiche e patologie correlate	Legge Regionale n. 1 del 14 febbraio 2014
Lazio	Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)	Legge Regionale n. 5 del 5 agosto 2013
Liguria	Disciplina delle sale da gioco	Legge Regionale n. 17 del 30 aprile 2012 (a)
	Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico	Legge Regionale n. 18 del 30 aprile 2012 (b)
Lombardia	Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico	Legge Regionale n. 8 del 21 ottobre 2013
Puglia	Contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico (GAP)	Legge Regionale n. 43 del 13 dicembre 2013
Toscana	Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia	Legge Regionale n. 57 del 18 ottobre 2013

Sulla regolazione dell'azzardo si osserva un interesse crescente del legislatore regionale. Infatti, sono attualmente all'esame dei Consigli regionali i disegni di legge in materia di gioco d'azzardo delle Regioni Calabria, Marche, Piemonte, Umbria e Veneto.

#### **Box 1 I provvedimenti adottati dalla Provincia autonoma di Trento per fronteggiare il GAP**

La Provincia autonoma di Trento, nel rispetto delle proprie attribuzioni, ha previsto delle disposizioni restrittive in materia di apparecchi da gioco, attraverso la formulazione dell'art. 47, comma 6 della Legge finanziaria provinciale n. 18 del 27 dicembre 2011, che ha introdotto l'art. 13bis all'interno della L.P. n. 9/2000 (Disciplina dell'esercizio dell'attività di somministrazione di alimenti e bevande ed attività alberghiera). Tale disposizione di legge consente ai Comuni trentini di limitare o vietare la collocazione di apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro in determinati punti definiti sensibili, per tutelare soggetti maggiormente vulnerabili. Infatti, il comma 1 del citato art. 13bis dispone che *“per tutelare determinate categorie di persone maggiormente vulnerabili e per prevenire la dipendenza dal gioco, i comuni possono adottare provvedimenti che limitano o vietano la collocazione di apparecchi da gioco individuati dall'articolo 110, commi 6 e 7, del TULPS in un raggio non inferiore a trecento metri da luoghi sensibili”*.

Inoltre, il comma 2 prevede la possibilità per i comuni di limitare o vietare la collocazione di apparecchi da gioco in aree circoscritte, al di fuori dei limiti di distanza sopra citati, tenuto conto dell'impatto sulla qualità del contesto urbano e sulla sicurezza urbana nonché dei problemi connessi alla viabilità, l'inquinamento acustico e il disturbo alla quiete pubblica. Il comma 3 stabilisce, poi, che eventuali limitazioni e divieti si applicano ai nuovi apparecchi da gioco da collocare, facendo salvi gli apparecchi autorizzati prima della data di entrata in vigore del provvedimento amministrativo comunale. Prevede, altresì, che il comune promuova il monitoraggio del numero e della tipologia degli apparecchi da gioco presenti sul suo territorio e la loro progressiva rimozione a seguito del divieto di collocazione, nonché la possibilità per i comuni, tenuto conto di quanto previsto al comma 2 dell'art. 13bis della L.P. 9/2000, di stabilire prescrizioni di tipo urbanistico da applicare agli esercizi dove sono collocati gli apparecchi da gioco.

Infine, per rafforzare il sistema di prevenzione e contrasto allo sviluppo di modalità di gioco problematico e patologico, sono stati presentati in Consiglio provinciale due disegni di legge.

Il primo è il Disegno di legge 13 gennaio 2014, n. 6 *“Interventi per favorire l'accesso consapevole e responsabile al gioco lecito e contrastare le dipendenze patologiche da gioco. Abrogazione dell'articolo 13bis della legge provinciale 14 luglio 2000, n. 9”*<sup>22</sup>; il secondo è il disegno di legge 27 agosto 2014, n. 43 *“Prevenzione, cura e riabilitazione della dipendenza da gioco d'azzardo patologico”*<sup>23</sup>. I disegni sono stati assegnati alla Quarta Commissione permanente e alla data di redazione finale del rapporto (novembre 2014) risultano pendenti.

Anche i Comuni si sono dimostrati sensibili al tema del gioco d'azzardo e alle sue derive patologiche.

#### **1.2.3. I provvedimenti comunali adottati per fronteggiare il GAP**

Negli ultimi anni molteplici sono state le iniziative che i Comuni italiani hanno adottato per contrastare le problematiche sociali, economiche e urbanistiche connesse alla capillare diffusione del gioco d'azzardo nel territorio urbano (Fidone e Linguiti 2013). Gli Enti locali, infatti, in forza del principio di sussidiarietà *“in senso verticale”*<sup>24</sup>, si sono avvalsi dei propri strumenti di natura amministrativa per dettare regolamentazioni e strategie di intervento in grado di fronteggiare la dipendenza da gioco d'azzardo patologico.

A tal fine, le Amministrazioni comunali hanno posto in essere:

- Piani di Governo del Territorio con norme specifiche per le sale gioco;
- Regolamenti (di Polizia locale, del Commercio, della Pubblicità, delle Sale gioco);
- Ordinanze per la fissazione da parte del Sindaco degli orari di apertura delle sale giochi;
- Controlli della Polizia locale sulle sale da gioco e su coloro che le frequentano, ai fini della prevenzione nei confronti della malavita organizzata.

Accanto alle regole condivise dai Comuni, è stato possibile rinvenire anche alcune prescrizioni peculiari, inserite all'interno di determinati regolamenti (Tab. 9).

Tab. 9 Regolamenti dei Comuni italiani

Comune	Deliberazione
Argenta (FE)	Deliberazione di C.C. n. 124 del 17 dicembre 2012
Barzanò (LC)	Deliberazione di C.C. n. 39 del 27.09.2011
Bellusco (MB)	Deliberazione di C.C. n. 9 del 20 marzo 2012
Budrio (BO)	Deliberazione di C.C. n. 14 del 14 marzo 2011
Garlate (LC)	Deliberazione di C.C. n. 39 del 21 luglio 2011
Genova (GE)	Deliberazione di C.C. n. 21 del 23 aprile 2013
Grugliasco (TO)	Deliberazione di C.C. n. 85 del 28 settembre 2010
Levanto (SP)	Deliberazione di C.C. n. 13 del 29 marzo 2012
Lucca (LU)	Deliberazione di C.C. n. 36 del 17 maggio 2010
Massa (MS)	Deliberazione di C.C. n. 19 del 29 marzo 2011
Osnago (LC)	Deliberazione di C.C. n. 60 del 21 dicembre 2011
Pavia (PV)	Deliberazione di C.C. n. 12 del 19 aprile 2011, modificata con Deliberazione di C.C. n. 31 del 9 luglio 2012
Rho (MI)	Deliberazione di C.C. n. 50 del 25 luglio 2012
Trento (TN)	Deliberazione di C.C. n. 56 del 9 maggio 2012
Verbania (VCO)	Deliberazione di C.C. n. 86 del 30 maggio 2005, modificata con Deliberazione di C.C. n. 48 del 21 aprile 2009
Vicenza (VI)	Deliberazione di C.C. n. 62/86323 del 19 dicembre 2011

Fonte: elaborazione Transcrime

Ad esempio, requisiti morali particolarmente stringenti sono previsti nei regolamenti dei Comuni di Osnago, Garlate e Budrio mentre un ampliamento del novero dei soggetti cui è richiesto il possesso dei suddetti requisiti è rinvenibile nei regolamenti dei Comuni di Barzanò e Bellusco. Per i primi possono elencarsi diverse disposizioni per cui i soggetti non possono ottenere la licenza ex art. 86 TULPS:

- se sono stati dichiarati falliti o, se dichiarati tali, non hanno ottenuto la riabilitazione;
- se hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, una condanna per reati contro l'igiene e la sanità pubblica, compresi i delitti di cui al libro II, Titolo VI, capo II del codice penale;
- se hanno riportato, con sentenza passata in giudicato, due o più condanne, nel quinquennio precedente all'inizio dell'esercizio dell'attività, per delitti di frode nella preparazione e nel commercio degli alimenti previsti da leggi speciali;
- se sono sottoposti a una delle misure di prevenzione di cui alla legge 27 dicembre 1956, n. 1423, o nei cui confronti sia stata applicata una delle misure previste dalla legge 31 maggio 1965, n. 575, ovvero a misure di sicurezza non detentive;
- qualora non provvedano o non abbiano provveduto all'istruzione elementare dei figli ai termini delle leggi vigenti<sup>25</sup>.

Le suddette prescrizioni mirano ad assicurare che la gestione delle sale giochi sia attribuita a soggetti selezionati e in possesso di determinati requisiti di affidabilità, al fine di evitare che i consumatori, e tra essi, soprattutto, le fasce più deboli, incorrano più facilmente in situazioni potenzialmente pericolose per la salute, tali da sfociare in fenomeni di gioco d'azzardo compulsivo.

Perseguono la medesima finalità le prescrizioni volte ad ampliare il novero dei soggetti cui è richiesto il possesso dei suddetti requisiti morali. Tale è il caso delle disposizioni dei regolamenti di Barzanò e Bellusco che prevedono che, nell'ipotesi in cui la gestione della sala giochi sia attribuita a una società, tutte le persone di cui al D.P.R. n. 252 del 1998 art. 2 (amministratori, soci) devono essere in possesso dei requisiti morali. In particolare:

- a) per le S.N.C., tutti i soci amministratori;
- b) per le S.A.S. e le S.A.P.A., tutti i soci accomandatari;
- c) per le S.P.A. e le S.R.L., l'Amministratore Unico oppure il Presidente ed i Consiglieri del Consiglio di Amministrazione.

In alcuni Comuni è vietata l'apertura di sale giochi e l'installazione degli apparecchi ex art. 110 TULPS, commi 6 e 7, in virtù delle caratteristiche storiche, ambientali e urbanistiche del luogo considerato o della funzione sociale che esso realizza. Infatti, nei Comuni di Argenta e Vicenza, il divieto opera all'interno degli ospedali e delle case di cura, dei luoghi di culto e delle scuole, mentre nei Comuni di Rho e Levanto opera nelle zone di interesse storico-ambientale. Nel Comune di Massa non è ammessa l'apertura di sale giochi, oltre che entro 500 metri da determinati luoghi sensibili, anche in numerose strade del centro città e nella zona di Marina di Massa (art.10, Regolamento Comune di Massa).

Particolarmente significativo, nell'ottica di contrastare la diffusione del gioco d'azzardo patologico, è quanto stabilito nei Regolamenti del Comune di Trento (Box 2) e del Comune di Genova. Quest'ultimo regolamento, approvato con delibera consiliare n. 21 del 23 aprile 2013, vieta l'apertura di sale giochi – anche – nel raggio di 100 metri da sportelli bancari, postali o bancomat e da “agenzie di pegno” o attività di compro-oro nonché presso le attrezzature balneari, le spiagge, i giardini, i parchi e gli altri spazi verdi pubblici attrezzati. Inoltre, esso subordina l'esercizio delle sale da gioco previo rilascio di apposita autorizzazione del sindaco del comune territorialmente competente, in aggiunta alle autorizzazioni di polizia stabilite dal T.U.L.P.S.

#### **Box 2 Le misure di contrasto al GAP del Comune di Trento. Il regolamento adottato**

Al fine di evitare che dagli apparecchi da gioco di cui all'articolo 110, comma 6, lett. a) e lett. b), del R.D. n. 773/1931, possano scaturire danni alla salute, alla sicurezza, alla libertà ed alla dignità umana, **il Comune di Trento prevede una nozione ampia di luoghi sensibili (art.2), comprendente:**

- istituti scolastici o formativi di qualsiasi ordine e grado;
- centri ludico-ricreativi-sportivi-culturali di aggregazione, con frequenza prevalente di giovani e anziani;
- strutture residenziali o semi-residenziali operanti in ambito sanitario, scolastico e socio-assistenziale ivi comprese le strutture ospedaliere, le case di cura e per anziani.

Il regolamento è stato adottato con Deliberazione di C.C. n. 56 del 9 maggio 2012.

Tuttavia, un largo numero dei regolamenti adottati è stato oggetto di pronunce dei giudici amministrativi. Emblematiche, tra queste, sono le pronunce che hanno riguardato i Comuni di Verbania e Vicenza. In particolare, per quanto riguarda il Comune di Verbania, con Regolamento comunale n. 86, adottato in data 30 maggio 2005, avente ad oggetto la

“detenzione ed il funzionamento di apparecchi da gioco o da intrattenimento presso pubblici esercizi”, è stata introdotta una pianificazione puntuale dell'orario d'uso degli apparecchi di cui all'art. 110, commi 6 e 7 del T.U.L.P.S., prescrivendo, al di fuori di tale limite temporale, la disattivazione degli apparecchi medesimi e prevedendo l'applicazione di sanzioni pecuniarie ed interdittive per il caso di mancato rispetto degli orari prestabiliti. Tale Regolamento, però, è stato sottoposto al vaglio del Giudice amministrativo<sup>26</sup> che, con sentenza del 4 maggio 2011, n. 513, ne ha dichiarato l'illegittimità per incompetenza della potestà normativa e regolamentare del Comune in materia. Il Tar ha fatto proprie le argomentazioni di Corte Costituzionale n. 237/2006 e, pertanto, ha affermato che il Regolamento comunale avesse invaso le competenze riservate allo Stato (Fidone e Linguiti 2013).

Per quanto riguarda, poi, il Regolamento del Comune di Vicenza (n. 62/86323 del 19 dicembre 2011), si rileva che esso stabiliva il divieto di apertura di nuove attività a meno di 500 metri da luoghi sensibili (es. le scuole). Anche questo regolamento, al pari di quello adottato nel Comune di Verbania, è stato annullato dal tribunale amministrativo<sup>27</sup> per difetto di competenza, scaturente sia dalla sussistenza della competenza statale in materia, sia dalla mancanza di una copertura legislativa per le norme regolamentari impugnate (Fidone e Linguiti 2013).

Inoltre, ha suscitato particolare interesse la sentenza del Tar Liguria n. 189 del 5 febbraio (TAR Liguria 2014), avente ad oggetto la legittimità della disciplina contenuta nella Legge regionale Liguria n. 17/2012 e nel Regolamento del Comune di Genova approvato con delibera consiliare n. 21 del 23 aprile 2013<sup>28</sup>. Il tribunale amministrativo ha rilevato che il novero dei luoghi sensibili non è dilatato in maniera sproporzionata, in considerazione della *ratio* di tutela della salute di soggetti particolarmente vulnerabili al fenomeno della ludopatia. Ugualmente giustificato è stato ritenuto il divieto posto alla vicinanza degli apparecchi con le strutture che erogano denaro, nella misura in cui tale vicinanza può concretamente alimentare l'inclinazione al gioco compulsivo. Infine, l'ulteriore livello di controllo amministrativo (che trova copertura nella L. reg. n. 17/2012), connesso alla necessità di ottenere l'autorizzazione del Sindaco per l'esercizio di sale da gioco, è stato ritenuto proporzionato alla natura degli interessi presidiati (quali quelli delle attività di gioco), che hanno rilevanza costituzionale.

#### **LE DELIBERAZIONI E I REGOLAMENTI ADOTTATI DAI COMUNI TARENTINI**

Nella Provincia autonoma di Trento un numero crescente di Comuni regola l'esercizio di sale da gioco e l'installazione di apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro, in aderenza a quanto stabilito dall'art. 13bis della Legge provinciale n. 9/2000.

Dall'analisi condotta sul numero totale dei Comuni trentini è emerso che la maggior parte, tra quelli che hanno regolamentato la materia, prevede un divieto di esercizio per le attività di nuove sale da gioco (con apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro) ad una distanza inferiore ai 300 o 500 metri da luoghi sensibili specificamente indicati, quali istituti scolastici, centri giovanili, luoghi dedicati ad attività sportive o ricreative, strutture ospedaliere e case di cura per anziani, parchi pubblici. È inoltre presente un comune che estende il divieto a tutto il territorio comunale. Le finalità perseguite sono le seguenti:

1. tutelare le categorie di soggetti maggiormente vulnerabili al fenomeno della ludopatia;

2. limitare l'impatto sulla qualità del contesto urbano e sulla sicurezza urbana;

3. evitare i problemi connessi con la viabilità, l'inquinamento acustico e il disturbo della quiete pubblica.

Le prescrizioni suddette sono stabilite a 300 metri dai Comuni di Borgo Valsugana, Campitello di Fassa, Carisolo, Cavalese, Cles, Comano Terme, Condino, Denno, Fiera di Primiero, Flavon, Fondo, Levico Terme, Mazzin, Mezzocorona, Moena, Pozza di Fassa, Predazzo, Riva del Garda, Rovereto, Soraga, Storo, Taio e Ton; a 500 metri dai comuni di Lavis e Praso e su tutto il territorio comunale di Capriana (Tab. 10).

**Tab. 10 Provvedimenti dei Comuni trentini sul divieto di installazione degli apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro a distanza da luoghi sensibili**

Comune	Distanza	Deliberazione
Borgo Valsugana	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 66 dell'8 novembre 2012
Campitello di Fassa	300 mt	Deliberazione di Giunta Comunale n. 20 dell'8 marzo 2012
Carisolo	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 20 del 30 luglio 2013
Cavalese	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 2 del 16 febbraio 2012
Cles	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 12 del 24 aprile 2013
Comano Terme	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 45 del 26 settembre 2013
Condino	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 24 del 29 novembre 2012
Denno	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 24 del 13 settembre 2012
Fiera di Primiero	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 6 del 29 marzo 2012
Flavon	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 16 del 12 novembre 2012
Fondo	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 10 del 12 aprile 2012
Levico Terme	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 34 del 28 novembre 2012
Mazzin	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 18 dell'8 marzo 2012
Mezzocorona	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 71 del 29 novembre 2012
Moena	300 mt	Deliberazione di Giunta Comunale n. 42 dell'1/03/2012
Pozza di Fassa	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 9 del 5 marzo 2012
Predazzo	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 3 del 10 gennaio 2012
Riva del Garda	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 169 dell'11 aprile 2013
Rovereto	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 2 del 24 gennaio 2012
Soraga	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 33 dell'8 ottobre 2012
Storo	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 11 del 26 aprile 2012
Taio	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 32 del 6 settembre 2011
Ton	300 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 43 del 20 dicembre 2012
Lavis	500 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 35 del 12 aprile 2012
Praso	500 mt	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 20 del 30 aprile 2012
Capriana	Area comunale	Deliberazione di Consiglio Comunale n. 15 del 24 giugno 2013

**Box 3 I conflitti di competenze tra Stato e le Province autonome di Trento e Bolzano sulla regolazione del gioco d'azzardo**

In materia di regolamentazione delle sale gioco, la Corte Costituzionale è intervenuta per regolare le competenze tra Stato e Province autonome di Trento e Bolzano. Inizialmente l'orientamento della Suprema Corte riteneva che le prescrizioni relative al numero di apparecchi da gioco e alle correlate modalità di installazione, rispondessero ad esigenze di tutela dell'ordine pubblico e della sicurezza, e quindi fossero sottoposte alla disciplina statale (art. 117, co. 2, lett. h) della Costituzione). Un più recente orientamento sostiene che le prescrizioni relative alle modalità di installazione degli apparecchi da gioco non sono riconducibili alla competenza legislativa statale in materia di "ordine pubblico e sicurezza", in quanto *"hanno riguardo a situazioni che non necessariamente implicano un concreto pericolo di commissione di fatti penalmente illeciti o di turbativa dell'ordine pubblico, preoccupandosi, piuttosto, delle conseguenze sociali dell'offerta dei giochi su fasce di consumatori psicologicamente più deboli, nonché dell'impatto sul territorio dell'afflusso a detti giochi degli utenti"*.

Queste ultime argomentazioni sono state poste anche a sostegno di due recenti pronunce del Tar di Trento che, con sentenze nn. 63 e 64, ha respinto la tesi dell'incompatibilità con l'art. 117, co. 2, lett. h, di due distinte delibere comunali, emanate ai sensi dell'art. 13bis della Legge Provinciale n. 9 del 2000 (TAR Trento 2013a; 2013b). Il Tar Trento, sulla scorta delle argomentazioni già enunciate dalla Corte Costituzionale, ha respinto il dedotto sconfinamento della normativa provinciale nelle materie di esclusiva competenza statale e ha affermato che l'art. 13bis, nella sua formulazione, deve ritenersi legittimo nella misura in cui può esser ricondotto a plurime competenze legislative provinciali.

In definitiva, il Tar ha confermato i parametri limitativi all'insediamento di nuove slot machines nel raggio di 300 metri dalle zone sensibili, ma ha anche ridimensionato la definizione di luogo sensibile escludendo dalla normativa ambulatori medici, luoghi di culto, giardini e parchi pubblici, nonché ogni altro luogo non specificamente individuabile in base alle prescrizioni comunali contenute nelle delibere impugnate. Infatti, il tribunale trentino ha affermato che non è ipotizzabile un'interpretazione estensiva della locuzione "luoghi sensibili", poiché la stessa finirebbe per tradursi in un divieto indiscriminato di installazione di apparecchi per il gioco, come tale non

sorretto da copertura legislativa ed in aperto contrasto con il principio della libertà di iniziativa economica privata, di cui all'art. 41 Cost.

## 2. L'OFFERTA DI GIOCO

L'offerta di gioco comprende due canali di distribuzione: fisico (o *offline*) e digitale (o *online* o dei *giochi a distanza*). Il gioco *offline* include tutti i giochi disponibili sul territorio nazionale presso rivenditori autorizzati. Il gioco *online* comprende i giochi distribuiti per via telematica.

In entrambi i casi, il giocatore – che deve essere maggiorenne – ha la possibilità di scegliere se partecipare a giochi con o senza vincite in denaro.

In questa sezione sono presentate l'offerta disponibile nella rete fisica italiana con un focus sul territorio trentino e, in generale, nella rete digitale. Inoltre, si presenta il fenomeno emergente dei “quasi giochi d'azzardo” online, che

mira a coinvolgere nel sistema del gioco anche i minori riproducendo meccanismi simili a quelli del gioco d'azzardo, ma senza vincite in denaro.

### 2.1. Giocare offline

L'offerta di giochi d'azzardo sul territorio italiano è regolata dallo Stato attraverso l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. L'offerta di gioco è gestita direttamente o affidata a gestori terzi come illustrato in precedenza (Par. 1.1.2). L'Agenzia dei Monopoli e delle Dogane (AAMS) raggruppa l'offerta in sette famiglie che includono i diversi giochi proposti, sulla base delle caratteristiche generali dei giochi stessi (Tab. 11)<sup>29</sup>.

Tab. 11 Offerta di giochi su rete fisica

Famiglia	Gioco
Gioco del Lotto	Lotto
	10eLotto
Giochi numerici a totalizzatore	Superenalotto
	SuperStar
	Si Vince Tutto Superenalotto
	Eurojackpot
	Win for life Classico, Grattacieli, Vinci casa
Giochi a base sportiva	Totocalcio
	II9
	Totogol
	Scommesse a quota fissa
	Big Match Big Race
Giochi a base ippica	Ippica nazionale
	Ippica internazionale
	Scommesse ippiche in agenzia
	V7

Famiglia	Gioco
Apparecchi da intrattenimento	AWP
	VLT
	Apparecchi da divertimento senza vincita in denaro
Lotterie	Lotterie istantanee
	Lotterie tradizionali
	Giochi di sorte al consumo
Bingo	Bingo

Fonte: elaborazione Trascrime

## GIOCO DEL LOTTO

Questa famiglia si compone di due giochi Lotto e 10eLotto (Box 4). I concorsi di questa categoria sono detti anche “a quota fissa” perché è possibile conoscere l’entità della vincita al momento della giocata. I giochi prevedono che l’importo scommesso sia moltiplicato per un coefficiente fisso<sup>30</sup>. Tale coefficiente varia a seconda della categoria vincente raggiunta. È possibile giocare presso tutte le ricevitorie autorizzate da AAMS. Un elenco aggiornato dei luoghi in cui è possibile scommettere è disponibile all’interno del sito di Lottomatica cui è affidata l’amministrazione del gioco<sup>31</sup>.

### Box 4 Tipologia di giochi della famiglia del Lotto

**Lotto.** Il gioco è autorizzato in Italia dal 1863, dal 1994 AAMS lo gestisce attraverso l’affidamento ad un concessionario. Il gioco prevede l’estrazione di una serie di numeri da 1 a 90 per ogni classe individuata chiamata comunemente “ruota”. Le ruote prendono il nome dai principali capoluoghi di regione (Bari, Cagliari, Genova, Firenze, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Torino, Venezia) cui si aggiunge la ruota “Nazionale” non legata ad alcuna città. Il numero di estrazioni è cresciuto nel corso del tempo passando dall’estrazione annuale e mensile a quella plurisettimanale. Ad oggi sono previste tre estrazioni settimanali: il martedì, il giovedì e il sabato.

**10eLotto.** Il concorso è stato introdotto in Italia nel 2009 in aggiunta al gioco del Lotto. A differenza di quest’ultimo, le modalità di estrazione permettono di giocare in maniera continuata e senza limiti di tempo. Sono infatti previste tre modalità di gioco: a) estrazione a intervallo di tempo (ogni 5 minuti); b) estrazione in connessione con quella del Lotto (3 volte a settimana); c) estrazione immediata (contemporanea all’emissione della puntata).

## GIOCHI NUMERICI A TOTALIZZATORE

Questa tipologia di gioco prevede la scelta da parte del giocatore di una serie di numeri compresi tra 1 e 90 estratti a sorte a cadenze stabilite da un regolamento dello Stato. In

questo caso l’importo della vincita è determinato dall’ammontare del montepremi e dal numero di giocate vincenti effettuate. I giochi appartenenti a questa famiglia sono cinque: Superenalotto, SuperStar, SiVinceTutto Superenalotto, Eurojackpot, Win For Life (Box 5).

### Box 5 Tipologia di giochi numerici a totalizzatore

**Superenalotto.** Questa modalità di gioco dal 1997 sostituisce il gioco chiamato “Enalotto”. Il concessionario e amministratore dei concorsi è Sisal Spa. Anche in questo caso, come indicato in precedenza per il Lotto, il numero di estrazioni è aumentato nel corso del tempo fino ad arrivare alle attuali tre estrazioni: il martedì, il giovedì e il sabato.

**SuperStar.** Questo concorso è complementare al precedente e attivo in Italia dal 2009. Il giocatore al momento di completare la schedina del Superenalotto può decidere di partecipare anche al concorso SuperStar che prevede l’estrazione di un numero che migliora la vincita ottenuta al gioco principale e vincite autonome verificabili al momento della giocata stessa<sup>32</sup>.

**SiVinceTutto Superenalotto.** Il gioco è disponibile in Italia dal 2011. In questo caso, a differenza del Superenalotto classico, il montepremi non è suddiviso per fascia di vincita, ma redistribuito durante ciascun concorso. Infatti, se nessun giocatore al termine dell’estrazione ha indovinato tutti i numeri estratti, il premio è redistribuito all’interno delle altre fasce. Le estrazioni sono effettuate con cadenza settimanale, il mercoledì.

**Eurojackpot.** A differenza degli altri giochi a totalizzare presentati, Eurojackpot ha una diffusione extranazionale. Il montepremi in questo caso è suddiviso tra i vincitori di tutti i paesi partecipanti. Attualmente i paesi aderenti al concorso sono Italia, Olanda, Danimarca, Finlandia, Germania, Slovenia Estonia, Spagna, Svezia, Norvegia, Croazia, Islanda, Lettonia e Lituania (Fidone e Linguiti 2013). Le estrazioni sono effettuate con cadenza settimanale, il venerdì.

**Win For Life.** Il concorso ha tre varianti: “Classico”, “Grattacieli” e “VinciCasa”. A seconda della variante scelta, il giocatore deve pronosticare un ammontare di numeri differenti da un elenco dato. A differenza dei giochi elencati in precedenza, la vincita in questo caso è un ammontare fisso suddiviso tra i vincitori erogato per un periodo di tempo, attualmente di 20 anni. Il gioco è amministrato per AAMS da Sisal Spa. Le estrazioni sono realizzate con cadenza oraria dalle 7 alle 23 tutti i giorni della settimana.

## GIOCHI A BASE SPORTIVA

Fanno parte dei giochi a base sportiva le scommesse sui singoli eventi sportivi (singole gare) e i concorsi a pronostico. I principali giochi a base sportiva diffusi sul territorio italiano sono legati al gioco del calcio e ad altri eventi sportivi (Box 6). I luoghi in cui è possibile giocare si distinguono in punti e negozi. La differenza tra i locali è data dalle dimensioni degli spazi occupati e dalla quantità di servizi offerti, in convenzione, dal distributore. Peculiarità di questa tipologia di giochi è la componente di abilità richiesta al partecipante: più è informato sui soggetti su cui scommette, più aumentano le possibilità di vincere. Le scommesse e le estrazioni seguono le scadenze dei calendari sportivi cui si riferiscono.

### Box 6 Tipologia di giochi a base sportiva

**Totocalcio.** Il gioco consiste nell’indovinare l’esito delle partite di calcio indicate in schedina contrassegnando con 1 la vittoria della squadra che gioca in casa, con 2 la vittoria della squadra che gioca in trasferta o con X il pareggio. Il concorso prevede 3 categorie di vincita (esatto pronostico di 14, 13, o 12 partite). Il montepremi per ciascuna categoria di vincita è distribuito tra i vincitori dello stesso.

**119.** Il gioco, abbinato al precedente, consiste nel pronostico corretto del risultato di 9 partite. Il montepremi è unico e distribuito tra i vincitori.

**Totogol.** Il concorso consiste nell’indovinare i sette eventi con il più elevato numero di reti segnate tra i 14 eventi presenti in schedina posti in ordine decrescente rispetto al numero totale di reti segnate. Si attribuisce un punto per la posizione d’ordine corretta per ogni partita. Il concorso prevede 4 categorie di vincita (7, 6, 5 o 4 punti). Il montepremi per ciascuna categoria di vincita è distribuito tra i vincitori dello stesso.

**Scommesse a quota fissa.** Il tipo di scommessa dipende dal tipo di evento su cui il giocatore decide di puntare. A seconda delle regole del gioco, è possibile scommettere sul numero di punti finale, per atto di gioco (entro il 1°, 2° tempo, set, ecc.), sullo sportivo che effettuerà il punto, ecc. Gli eventi su cui è possibile scommettere

sono automobilismo, baseball, basket, calcio, ciclismo, eventi televisivi, football americano, golf, hockey, motociclismo, nuoto-pallanuoto, pattinaggio, poker, pugilato, rugby, sci alpino-sci nordico-biathlon-combinata nordica, spettacoli ippici, superenalotto, tennis, vela, volley.

**Big match.** Si tratta di una scommessa multipla relativa a eventi calcistici, costituita da un pronostico formato da un’indicazione di risultato “1X2” e da un risultato esatto. Il pronostico è realizzato su sette eventi selezionati all’interno di tre gruppi (due gruppi di 6 partite, uno di 3). Per i primi due gruppi il risultato deve essere indicato con la modalità “1X2”, per il terzo con il risultato esatto.

**Big race.** Il giocatore deve pronosticare l’esatto ordine di arrivo dei gareggianti sulla base di una lista fornita da AAMS per ogni gara selezionata. Per le gare di atletica, ciclismo e sci devono essere indicati i primi 3 atleti, per auto e moto i primi 5. È possibile scommettere sulle principali gare nazionali e internazionali.

## GIOCHI A BASE IPPICA

Come per la famiglia di giochi precedente, i concorsi si riferiscono ad eventi terzi rispetto al gioco per cui è utile avere una conoscenza per vincere. In questo caso specifico ci si riferisce alle corse dei cavalli in ambito nazionale e internazionale. I giochi a base ippica autorizzati in Italia sono quattro: ippica internazionale, ippica nazionale, scommesse ippiche in agenzia e V7 (Box 7).

### Box 7 Tipologia di giochi a base ippica

**Ippica internazionale.** Si tratta di scommesse ippiche per cui AAMS ha autorizzato la raccolta in diversi Stati. Obiettivo delle scommesse è individuare, a seconda della modalità di scommessa scelta, i cavalli classificati al primo posto, ai primi due o ai primi tre posti nell’esatto ordine di arrivo.

**Ippica nazionale.** Si tratta di scommesse ippiche che includono le corse denominate “Tris” e altre corse individuate dall’Unione Nazionale per l’Incremento delle Razze Equine (UNIRE). A seconda delle modalità di scommessa selezionate, il giocatore deve individuare i cavalli vincenti o piazzati in determinate posizioni e in più gare.

**Scommesse ippiche in agenzia.** Si tratta delle scommesse accettate su tutte le riunioni ippiche in programma ogni giorno (ad eccezione del 25 dicembre) negli ippodromi italiani e in alcuni ippodromi esteri. A seconda delle modalità di scommessa selezionate, il giocatore deve individuare i cavalli vincenti o piazzati in determinate posizioni e in più gare.

**V7.** Il giocatore deve pronosticare i cavalli classificati al primo posto di sette corse indicate nella schedina di gioco. Il concorso prevede due categorie di vincita: individuazione di 6 o 7 cavalli.

## APPARECCHI DA INTRATTENIMENTO

Gli apparecchi da intrattenimento (c.d. macchinette) si distinguono in tre categorie, a seconda delle loro caratteristiche tecniche e del premio che pagano alla giocata vincente. In particolare:

- Newslot (o comma 6a o AWP, Amusement with prizes);
- VLT (o comma 6b o Video Lottery Terminals);
- Apparecchi da intrattenimento senza vincita in denaro (o comma 7).

Le prime due tipologie di apparecchi restituiscono un premio in denaro alla giocata vincente, mentre il terzo tipo di apparecchio ha per premio oggetti materiali (es. pelouches).

Le differenze tra Newslot e VLT possono essere sintetizzate come segue (Tab. 12):

**Tab. 12** Differenze Newslot - VLT

Caratteristiche	Newslot	VLT
Metodo di pagamento della partita	Monete	Smart card, carte prepagate, monete, sistemi di ticket
Costo minimo della partita in €	1 euro	0,50 euro
Vincita massima in €	100 euro	5.000 euro
Jackpot	Non previsto	Previsto
Possibilità di scommesse multiple	No	Si
% Payout (somma restituita sul totale delle giocate)	74%	85%
Luoghi di gioco	Locali pubblici autorizzati (bar, ristoranti, rivendite di tabacchi)	Luoghi dedicati (sale slot, punti scommesse, casinò)

Fonte: elaborazione Transcrime

## LOTTERIE

Altra famiglia di giochi prevista è quella delle lotterie che si distingue, per quanto riguarda la rete fisica, in tre tipologie (Box 8). I tagliandi sono acquistabili presso i rivenditori autorizzati per una cifra che varia tra 1 e 20 euro.

### Box 8 Tipologia di lotterie

**Lotterie istantanee**<sup>33</sup>. Rientrano in questa categoria i cosiddetti Gratta&Vinci, tagliandi su cui è stampata una combinazione di numeri e simboli ricoperta da una particolare vernice asportabile con lo sfregamento. Introdotti in Italia nel 1994, permettono al giocatore di conoscere immediatamente l'entità dell'eventuale vincita.

**Lotterie tradizionali.** Rientrano in questo gruppo le lotterie collegate a eventi di portata nazionale (es. lotteria Italia, collegata al capodanno). A differenza delle lotterie istantanee, il giocatore acquista il biglietto, ma solo a distanza di un lasso di tempo definito – e cioè al momento dell'estrazione – saprà se il tagliando acquistato è vincente oppure no.

**Manifestazioni di sorte al consumo.** In questo caso l'estrazione è legata ad eventi minori e può essere oggetto di vincita sia un montepremi in denaro sia uno o più oggetti. Rientrano in questa tipologia di concorso le lotterie delle associazioni e le pesche di beneficenza.

## BINGO

Il bingo ha caratteristiche simili al gioco del Lotto e alla tombola. A differenza degli altri concorsi si svolge in sale dedicate che, secondo i promotori del gioco stesso, favoriscono la socializzazione e l'aggregazione tra i partecipanti. Il gioco è amministrato da vincitori di bandi ad evidenza pubblica indetti da AAMS per la gestione della sala dedicata.

### 2.1.1. L'offerta di gioco in Trentino

Questo paragrafo descrive l'offerta di gioco sul territorio trentino aggiornata al 31 ottobre 2014. Si analizzano i dati delle singole famiglie di gioco (giochi a base sportiva, giochi a base ippica, apparecchi da intrattenimento e bingo), sulla base dei dati disponibili<sup>34</sup>. Sono presentati i dati raggruppati per Comunità di Valle (CdV) con tassi calcolati ogni diecimila abitanti maggiorenni residenti.

L'offerta di gioco è descritta per **punti di gioco** in cui è possibile scommettere. Con tale espressione si intendono tutti i siti autorizzati da AAMS per l'esercizio del gioco (corner, negozi, ricevitorie, ecc.), indicati di seguito come **punti fisici**.

Più punti di gioco possono essere collocati all'interno di uno stesso punto fisico; è possibile, infatti, che un punto fisico sia autorizzato per la somministrazione di uno o più giochi a base sportiva e/o ippica.

Per i **giochi a base sportiva** (Tab. 13) la Magnifica Comunità degli Altipiani cimbri è quella con il rapporto più alto di negozi o punti scommesse per abitante (22,9). Seguono la Comun General de Fascia (17,2) e la Comunità Rotaliana-Königsberg (15,9).

**Tab. 13 Punti gioco per le scommesse sportive. Tassi ogni 10.000 abitanti. Popolazione maggiorenne**

Comunità di Valle	Tasso
Magnifica Comunità degli Altipiani cimbri	22,9
Comun General de Fascia	17,2
Comunità Rotaliana-Königsberg	15,9
Comunità della Paganella	12,3
Territorio della Val d'Adige	11,4
Comunità delle Giudicarie	10,4
Comunità di Primiero	9,7
Comunità territoriale della Val di Fiemme	8,6
Comunità Alta Valsugana e Bersntol	8,6
Comunità della Vallagarina	8,3
Comunità della Val di Non	8,1
Comunità Alto Garda e Ledro	7,9
Comunità Valsugana e Tesino	7,6
Comunità della Val di Sole	6,1
Comunità della Valle dei Laghi	5,7
Comunità della Valle di Cembra	0
<b>Provincia di Trento</b>	<b>9,6</b>

Fonte: elaborazione Transcrime di dati AAMS e ISTAT

Per i **giochi a base ippica** (Tab. 14) i valori più alti di registrano sul territorio della Magnifica Comunità degli altipiani cimbri (circa 18 punti gioco ogni 10.000 abitanti), della Comunità Rotaliana-Königsberg (14 punti gioco ogni 10.000 abitanti) e della comun General de Fascia (12 punti gioco ogni 10.000 abitanti).

**Tab. 14 Punti gioco per le scommesse ippiche. Tassi ogni 10.000 abitanti. Popolazione maggiorenne**

Comunità di Valle	Tasso
Magnifica Comunità degli Altipiani cimbri	17,8
Comunità Rotaliana-Königsberg	14,2
Comun General de Fascia	12,3
Territorio della Val d'Adige	10,2
Comunità delle Giudicarie	10,1
Comunità di Primiero	9,7
Comunità Alta Valsugana e Bersntol	7,9
Comunità della Paganella	7,4
Comunità della Vallagarina	7
Comunità della Val di Non	6,8
Comunità Valsugana e Tesino	6,6
Comunità Alto Garda e Ledro	6,2
Comunità territoriale della Val di Fiemme	6,1
Comunità della Val di Sole	6,1
Comunità della Valle dei Laghi	3,4
Comunità della Valle di Cembra	0
<b>Provincia di Trento</b>	<b>8,3</b>

Fonte: elaborazione Transcrime di dati AAMS e ISTAT

Il numero di punti fisici è inferiore al numero di punti gioco autorizzati dislocati sul territorio (Tab. 15). Questo significa che ciascun punto fisico offre la possibilità di partecipare a più giochi a base sportiva e/o ippica.

**Tab. 15 Punti fisici e punti gioco. Valori assoluti**

Comunità di Valle	Punti fisici	Punti gioco	di cui sportivi	di cui ippici
Territorio della Val d'Adige	24	217	115	102
Comunità delle Giudicarie	14	63	32	31
Comunità della Vallagarina	13	105	61	51
Comunità Rotaliana-Königsberg	9	72	38	34
Comunità Alta Valsugana e Bersntol	8	71	37	34
Comunità Alto Garda e Ledro	6	57	32	25
Comunità della Val di Non	6	48	26	22
Comunità Valsugana e Tesino	4	32	17	15
Comun General de Fascia	3	24	14	10
Comunità territoriale della Val di Fiemme	3	24	14	10
Comunità della Val di Sole	2	16	8	8
Comunità di Primiero	2	16	8	8
Magnifica Comunità degli Altipiani cimbri	2	16	9	7
Comunità della Paganella	1	8	5	3
Comunità della Valle dei Laghi	1	8	5	3
<b>Provincia di Trento</b>	<b>98</b>	<b>770</b>	<b>421</b>	<b>363</b>

Fonte: elaborazione Transcrime di dati AAMS e ISTAT

La distribuzione di **apparecchi da intrattenimento** sul territorio provinciale è variabile sia per quel che riguarda la dislocazione sul territorio, sia in relazione ai numeri di dispositivi installati (Tab. 16). I dati mostrano che le aree con più apparecchi pro-capite sono la comunità della Paganella (170 ogni 10.000 abitanti) e della Val di Sole (134 ogni

10.000). La Comunità della Valle di Cembra, così come per le scommesse, fa registrare i valori di offerta più bassi in assoluto.

Per quanto riguarda il gioco del **bingo**, sul territorio provinciale è presente un'unica sala, situata nel capoluogo.

**Tab. 16 Apparecchi distribuiti in Trentino per tipologia e Comunità di Valle. Tassi ogni 10.000 abitanti. Popolazione maggiorenne**

Comunità di Valle	Numero di apparecchi per tipologia			
	Comma 6a (Newslot)	Comma 6b (VLT)	Comma 7	Totale
Comunità della Paganella	98.6	0	71.5	<b>170.2</b>
Comunità della Val di Sole	72.8	0.8	60.5	<b>134</b>
Comunità delle Giudicarie	75.6	0.3	18.2	<b>94.1</b>
Comun General de Fascia	79.9	2.5	11.1	<b>93.5</b>
Comunità territoriale della Val di Fiemme	77.9	2.5	11	<b>91.4</b>
Territorio della Val d'Adige	75	3.9	5.8	<b>84.7</b>
Comunità Rotaliana-Königsberg	73.3	1.7	1.7	<b>76.7</b>
Comunità della Vallagarina	70.3	1.9	2.6	<b>74.8</b>
Comunità della Valle dei Laghi	66	0	5.7	<b>71.7</b>

Comunità di Valle	Numero di apparecchi per tipologia			
	Comma 6a (News slot)	Comma 6b (VLT)	Comma 7	Totale
Comunità Alto Garda e Ledro	63.6	1.5	1.2	<b>66.3</b>
Magnifica Comunità degli Altipiani cimbri	66.2	0	0	<b>66.2</b>
Comunità Alta Valsugana e Bersntol	57.8	1.2	4.2	<b>63.1</b>
Comunità Valsugana e Tesino	55.1	1.3	5.7	<b>62.2</b>
Comunità della Val di Non	55.8	0.9	5.3	<b>62</b>
Comunità di Primiero	36.2	2.4	3.6	<b>42.2</b>
Comunità della Valle di Cembra	35	0	2.2	<b>37.2</b>
<b>Provincia di Trento</b>	<b>67.5</b>	<b>1.9</b>	<b>7.6</b>	<b>77.1</b>

Fonte: elaborazione Transcrime di dati AAMS e ISTAT

## 2.2. Giocare online

Il gioco online costituisce, unitamente al gioco attraverso la televisione interattiva e per via telefonica (fissa e mobile), il settore che l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato definisce "gioco a distanza" ossia l'insieme delle modalità di somministrazione dei giochi autorizzati per mezzo di una rete differente da quella fisica (Sbordoni 2010; Fidon e Linguiti 2013).

Tale tipologia si distingue dal gioco distribuito sulla rete fisica anche per l'impossibilità per il giocatore virtuale di mantenere l'anonimato. Per effettuare giocate online, infatti, è richiesta l'iscrizione alla piattaforma di gioco con le proprie generalità complete. Inoltre, il giocatore deve aprire un conto gioco cui è assegnato un numero identificativo. Sul conto gioco sono effettuate tutte le operazioni di addebito o di accredito da parte del concessionario che, dopo aver assegnato un codice identificativo ad ogni singola operazione, provvede a trasmettere i dati all'AAMS (Sbordoni 2010).

Nei paragrafi successivi si delinea un quadro dei giochi disponibili e degli operatori sul mercato, si illustra poi il fenomeno emergente dei "quasi giochi d'azzardo" e, infine, si presentano gli sviluppi del settore previsti per il futuro.

### 2.2.1 I giochi sul web

#### GLI OPERATORI<sup>35</sup>

Il titolare dell'amministrazione del gioco a distanza è lo Stato che attraverso l'AAMS affida la gestione del gioco virtuale a privati che ne abbiano fatto richiesta e soddisfino tutti i criteri previsti dalla normativa vigente. La disciplina che definisce le modalità attraverso cui è possibile diventare operatori del gioco online è il decreto direttoriale n. 2011/190/CGV 8 febbraio 2011<sup>36</sup>.

All'interno del decreto sono elencati i requisiti minimi che i candidati devono possedere per ottenere la licenza (connettività, caratteristiche della piattaforma di gioco, ecc.).

Le licenze distribuite da AAMS sono 94<sup>37</sup>, ripartite tra 87 concessionari. I titolari di una sola licenza sono ottantatré, quattro soggetti sono titolari di due licenze, mentre un solo soggetto di tre. Tra i soggetti che gestiscono una sola licenza figurano anche due società in liquidazione<sup>38</sup>.

Inoltre, AAMS ha disposto la decadenza dell'autorizzazione per il mancato rispetto della normativa per due società<sup>39</sup>.

Tab. 17 Concessionari per numero di licenze

Numero licenze	Concessionari
1	32red plc; A.d. 2000 srl; Admiral entertainment srl; Admiral interactive srl; Agenzia ippica Luciano Giove srl; Agile spa; Apollo entertainment ltd; Aycons srl; ; Baldo line srl; Best in game srl; Bet for bet srl; Bet games group srl; Bet-at-home.com internet limited; Betclit ltd; Betfair Italia srl; Betflag spa; Betpoint srl; Betpremium soc.cons. a rl; Betting 2000 srl; Bingobet srl; Bmb srl; Bml group limited; Bpg srl; Casinò di Venezia Meeting & dining services srl; Casinò spa; Cirsacom srl; Cogetech spa; Domus bet srl; Eurobet Italia srl; Evento gioco 2 srl; Fivebet & Vincitù srl; Game network srl; Gamenet scommesse spa; Gaming vc corporation spa; Gi.lu.pi. srl; Gioca live s.r.l.; Giochi24 srl; Gm gaming limited; Greentube Malta limited; Hbg on line gaming srl; Hit d.d. Nova Gorica spa; Indexgaming srl; Interwetten gaming ltd; Isibet srl; King bet srl; Leisure spin limited; Megapixel entertainment ltd; Merkur interactive Italia spa; Misterbet srl; Mondial bowling Ciampino srl; Multigioco srl; Mybet Italia srl; Nexigames limited; Ng communications limited; Pace srl; Pb (Italia) srl; Pgs Italia srl; Pkr Italia srl; Poker & bet srl; Power leisure bookmakers limited; Punto match srl; Rcs gaming srl; Reel Italy ltd.; Replatz srl; Scommesse Italia srl; Sisal entertainment spa; Skillplus giocolegale srl; Skirmony limited; Snai spa; Società italiana betting srl; Soggea srl; Stanleybet Malta limited; Stravinci srl; Street web srl; Tebaral trading limited; The nice hand srl; Tipico co ltd; Totoit online srl; Totopartners srl; Unibet (Italia) ltd; Virtual marketing services Italia srl; Whg (international) limited; Winga srl
2	Bwin Italia srl; Intralot Italia spa; Lottomatica scommesse srl; People's srl
3	Scommettendo srl
<b>94</b>	<b>Totale complessivo</b>

Fonte: elaborazione Transcrime dati AAMS<sup>40</sup>

Il numero delle licenze non corrisponde al numero di piattaforme di gioco (siti internet) in gestione. Ad ogni licenza, infatti, sono riferibili più siti. Secondo i dati pubblicati sul sito dell'AAMS, aggiornati a giugno 2014<sup>41</sup>, le novantaquat-

tro licenze permettono di gestire 382 siti su cui è possibile giocare previa registrazione. Tuttavia, è necessario eliminare dall'elenco i siti non più attivi e quelli non raggiungibili. Si arriva così al numero finale di 285 siti attivi (Tab. 18).

Tab. 18 Numero di siti web attivi per concessionario

N Siti	Concessionari
1	32red plc; Admiral entertainment srl; Agenzia ippica Luciano Giove srl; Apollo entertainment ltd; Baldo line srl; Bet-at-home.com internet limited; Betfair Italia srl; Betflag spa; Betpremium soc.cons. a rl; Bml group limited; Casinò di Venezia meeting & dining services srl; Cirsacom srl; Domus bet srl; Eurobet Italia srl; Evento gioco 2 srl; Gamenet scommesse spa; Gioca live srl; Giochi24 srl; Gm gaming limited; Hit d.d. Nova Gorica spa; Intralot Italia spa; Isibet srl; King bet srl; Leisure spin limited; Megapixel entertainment ltd; Merkur interactive Italia spa; Mybet Italia srl; Nexigames limited; Pgs Italia srl; Pkr italia srl; Poker & bet srl; Snai spa; Stanleybet Malta limited; Street web srl; The nice hand srl; Tipico co ltd; Totoit online srl, Unibet (Italia) ltd; Winga srl
2	Agile spa; Bet for bet srl; Betclit ltd; Bingobet srl; Casinò spa; Cogetech spa; Game network srl; Gaming vc corporation spa; Greentube Malta limited; Hbg on line gaming srl; Lottomatica scommesse srl; Ng communications limited; Pb (Italia) srl; Reel Italy ltd; Replatz srl; Soggea srl; Stravinci srl; Totopartners srl; Virtual marketing services Italia srl; Whg (international) limited
3	A.d. 2000 srl; Indexgaming srl; Scommesseitalia srl; Società italiana betting srl
4	Bpg srl; Bwin italia srl; Gi.lu.pi. srl
5	Admiral interactive srl; Best in game srl; Pace srl; Sisal entertainment spa; Tebaral trading limited
6	Multigioco srl; Power leisure bookmakers limited
7	Betpoint srl; Betting 2000 srl; Skirmony limited
9	Misterbet srl

N Siti	Concessionari
12	Bmb srl
13	Scommettendo srl
20	People's srl
22	Aycons srl
23	Fivebet & vincitù srl
25	Punto match srl
<b>285</b>	<b>Totale complessivo</b>

Fonte: elaborazione Transcrime di dati AAMS<sup>42</sup>

La quasi totalità dei concessionari opera sul web con meno di dieci piattaforme, mentre tre soggetti operano con più di venti. È importante ricordare che su ciascun sito è possibile partecipare a più giochi, pertanto non è possibile quantificare con certezza la reale offerta di gioco online disponibile.

I siti per cui non è stato possibile stabilire lo stato di attivazione sono 11, mentre quelli non attivi sono 85. Nel primo caso le motivazioni sono di tipo tecnico. I siti, recuperati dal sito dell'AAMS e inseriti in diversi browser, hanno restituito due tipologie di errore:

- Siti non di gioco;
- Errori tecnici non meglio specificati.

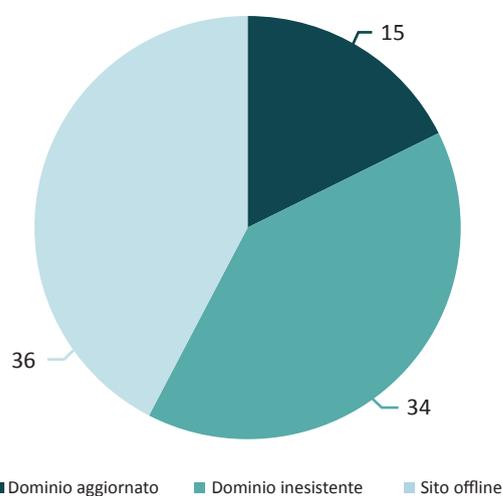
Nel primo caso si tratta di siti aggregatori contenenti link con parole simili a quelle riportate nella stringa del dominio (bet, gioco, ecc.). Nel secondo caso si tratta di siti che hanno generato pagine bianche con il messaggio di errore.

Per quanto attiene ai siti non attivi sono state individuate tre principali tipologie (Fig. 4):

- Dominio aggiornato;
- Dominio inesistente;
- Sito offline.

Con "dominio aggiornato" si intendono i casi in cui il sito indicato reindirizza l'utente verso un altro sito attivo, con "dominio inesistente" i siti per cui il sistema ha restituito tale tipo di errore, mentre i "siti offline" sono quelli che hanno indicato nella homepage tale dicitura, o per cui il browser ha identificato tale tipo di errore, o sono passati ad altro concessionario per cui sono attivi, ma con caratteri e licenze differenti.

Fig. 4 Tipologie di siti non attivi (giugno 2014)



Fonte: elaborazione Transcrime di dati AAMS

#### DIFFUSIONE DEL GIOCO ONLINE

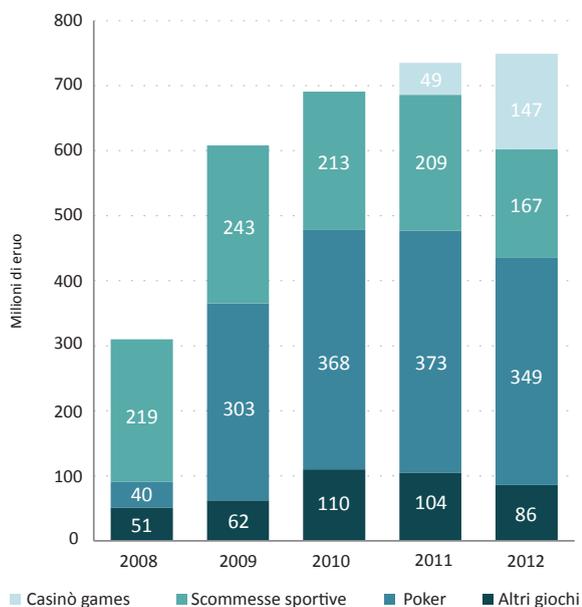
Come illustrato in premessa, il gioco a distanza si distingue in via principale da quello fisico per il mezzo di somministrazione utilizzato. Il portafoglio di gioco disponibile via web, tuttavia, differisce anche per la natura di alcuni giochi che possono essere somministrati solo telematicamente (Sbordoni 2010; Fidone e Linguiti 2013). È questo il caso dei giochi di abilità (skill games) come gli scacchi, la dama e di tutti i giochi di carte (Lo Verde 2013; Sbordoni 2010).

Secondo le analisi svolte dall'Osservatorio sul gioco online del Politecnico di Milano (2012; 2013) la spesa<sup>43</sup> degli italiani per il gioco è cresciuta in maniera esponenziale nel primo biennio di introduzione (2008-2009) per poi stabilizzarsi con il passare del tempo (Fig. 5).

**Fig. 5 La dinamica della spesa complessiva (2008-2012)**

Fonte: Politecnico di Milano (2013, 19)

Le analisi mostrano che l'investimento dei giocatori è diversificato per tipologia di gioco e con andamenti altalenanti nel tempo (Fig. 6).

**Fig. 6 La dinamica della spesa per categoria di gioco (2008-2012)**

Fonte: Politecnico di Milano (2013, 20)

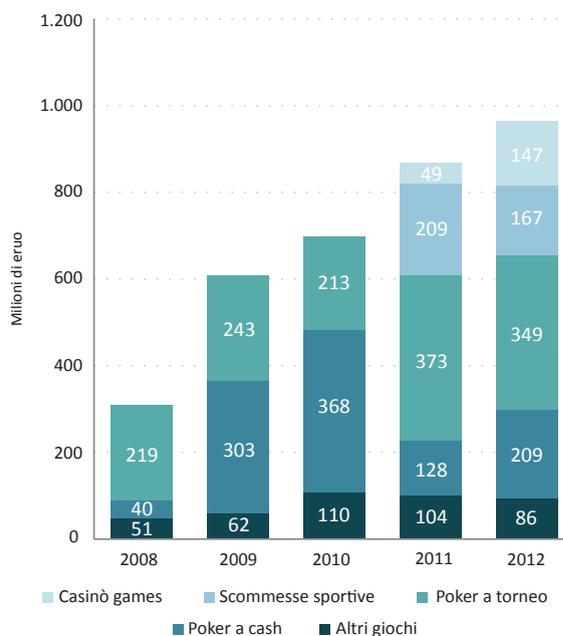
Il 2008 è l'anno in cui il gioco online debutta ufficialmente sul mercato italiano e fa registrare una spesa pari a 10 milioni di euro distribuiti fra le tre tipologie di gioco autorizzate: scommesse sportive, poker e, per la categoria

esaminata come "altri giochi", bingo, giochi di abilità (*skill games*) a torneo diversi dal poker (dama, scacchi, ecc.), concorsi a pronostico (Totocalcio, Totogol, ecc.), giochi di ippica, lotterie istantanee (Gratta&Vinci) e giochi numerici a totalizzatore (Superenalotto, Win For Life).

La tipologia di gioco preferita al 2008 è quella delle scommesse sportive, ma è sostituita negli anni successivi dal poker che, nonostante un calo nel 2012 in favore dei nuovi giochi introdotti, è la quota di spesa più importante.

Da notare anche il peso assunto dai giochi da casinò che hanno fatto registrare un incremento del 200% a distanza di pochi mesi dalla loro introduzione avvenuta nel secondo semestre del 2011.

Dopo l'introduzione del poker in forma *cash* nel 2011, è possibile distinguere la spesa dei giocatori italiani tra questa modalità e la classica modalità a torneo (Fig. 7).

**Fig. 7 La dinamica della spesa per categoria di gioco, focus sul poker (2008-2012)**

Fonte: Politecnico di Milano (2013, 20)

La preferenza accordata al poker in modalità *cash* dipende dalla dinamicità delle sue regole che portano molti giocatori a preferirlo alla versione *a torneo* (Tab. 19).

Tab. 19 Confronto tra le modalità di gioco del poker

Modalità di gioco	Poker a torneo	Poker cash
Iscrizione alla gara	Sì, con pagamento quota	No
Montepremi	Definito in base alle quote versate Distribuito a fine torneo	Variabile in base alle singole puntate Distribuito al termine di ogni mano
Entità del premio	Stabilito in base alla posizione raggiunta nel torneo	Variabile in base alla giocata di ciascun giocatore in ogni mano
Durata	Prestabilita	A scelta del giocatore per ogni mano

Fonte: elaborazione Transcrime

### I NUOVI CANALI DI DIFFUSIONE DEI GIOCHI

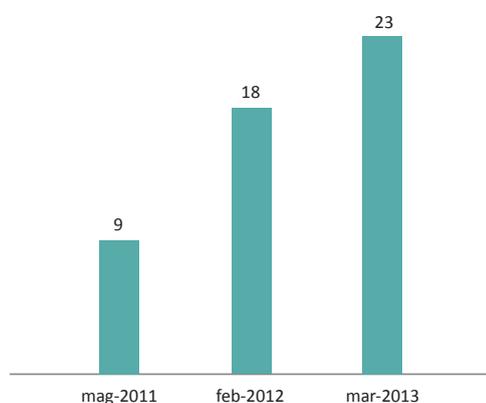
L'offerta di giochi nuovi è sempre in crescita e così anche i canali attraverso cui è possibile giocare. È interessante ai fini della ricerca monitorare lo sviluppo dei nuovi canali di offerta.

In particolare, il Politecnico di Milano (2013; 2012) individua ed esamina quattro canali alternativi al computer: a) smartphone; b) *social networks sites* (SNSs); c) *connected tv*; d) tablet.

#### Smartphone

Il numero di operatori che ha implementato l'utilizzo degli smartphone come supporto al gioco digitale è cresciuto rapidamente nel corso degli ultimi due anni (Fig. 8).

Fig. 8 Confronto numero di operatori con offerta di gioco su smartphone (2011-2013)

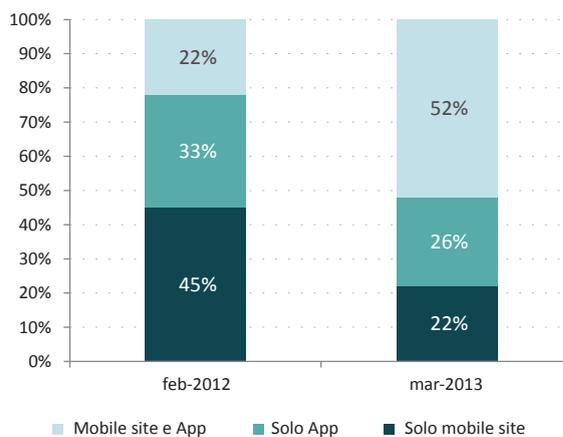


Fonte: Politecnico di Milano (2013, 58)

Il numero di operatori che dal 2011 al 2013 hanno investito nella ricerca per smartphone sono più che raddoppiati passando dai 9 del 2011 ai 23 del 2013 su un totale di 94 concessionari.

L'investimento si è orientato in due direzioni (Politecnico di Milano 2012): lo sviluppo di App e lo sviluppo di siti in versione mobile. È importante notare che i due mezzi non si escludono a vicenda. Più concessionari, infatti, hanno sviluppato le due tecnologie (Fig. 9).

Fig. 9 Distribuzione di operatori per mezzo scelto (2012-2013)

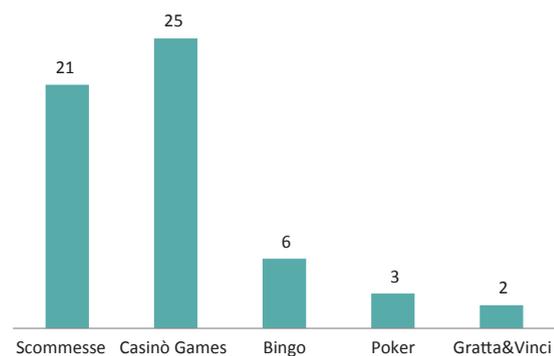


Fonte: Politecnico di Milano (2013, 58)

Si noti che il numero di operatori che ha scelto di investire in entrambe le modalità ha registrato un incremento del 30% a distanza di un anno dalla precedente misurazione, mentre sono diminuiti gli operatori che hanno scelto di offrire i giochi attraverso un solo canale (siti *mobile* -23%, app -7%).

La fruizione di giochi attraverso smartphone, poi, non è uniforme. Alcuni giochi si prestano più di altri ad essere utilizzati su smartphone per le loro caratteristiche intrinseche. È il caso dei *casinò games* caratterizzati dalla semplicità del meccanismo di gioco e delle scommesse – in particolare in modalità *live* – in cui il fattore temporale incide sull'esito della puntata (Fig. 10) (Politecnico di Milano 2013).

Fig. 10 Tipi di gioco



Fonte: Politecnico di Milano (2013, 59)

In questi casi lo smartphone, quindi, si configura non solo come strumento alternativo al computer, ma come sostituito a tutti gli effetti per le sue caratteristiche di immediatezza e accessibilità (Politecnico di Milano 2013; 2012).

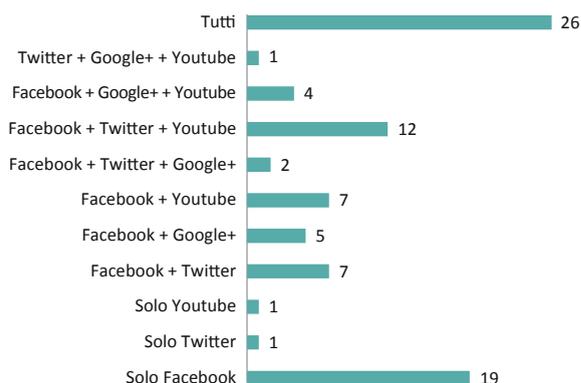
### Social networks sites (SNSs)

I social network sono utilizzati come canale di promozione del gioco più che come piattaforme su cui giocare. L'analisi delle pagine dei concessionari sui principali social ha evidenziato tre scopi primari nei profili registrati (Politecnico di Milano 2013):

- ricerca di nuovi giocatori attraverso promozioni particolari come sconti di benvenuto per chi si iscrive al sito con il proprio profilo social;
- promozione del marchio;
- fornitura di assistenza ai giocatori.

L'analisi ha evidenziato una tendenza dei concessionari a mantenere più profili contemporaneamente su social diversi per raggiungere un numero di potenziali giocatori più elevato (Fig. 11).

Fig. 11 SNSs più utilizzati (marzo 2013)



Fonte: Politecnico di Milano (2013, 64)

### Connected tv

Si definiscono "connected tv" le televisioni che consentono di accedere a contenuti e servizi presenti su Internet (Politecnico di Milano 2012, 54). Si distinguono tre diverse modalità di sviluppo di questo strumento (Politecnico di Milano 2012):

1. Televisori abilitati all'accesso internet senza bisogno di collegamenti a periferiche esterne;
2. Televisori da collegare a decoder abilitati all'accesso internet (Cubovision di Telecom Italia, Apple tv, ecc.);
3. Televisori da collegare ad altri dispositivi in grado di collegarsi a internet (lettori blu-ray, console domestiche, ecc.).

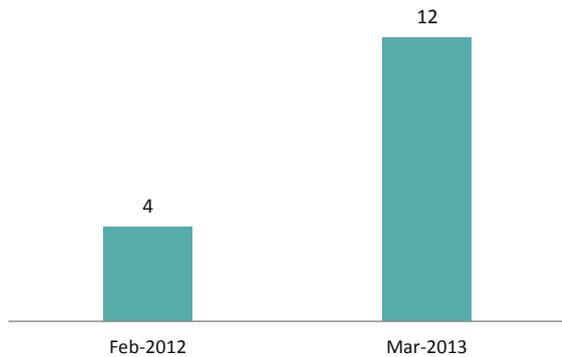
Nonostante le differenti possibilità di sviluppo, questo strumento non ha segnato il mercato del gioco. Gli operatori che operano nel campo nel 2013, infatti, sono solo tre e solo per quanto riguarda il settore delle scommesse sportive (Politecnico di Milano 2013).

### Tablet

Tra i quattro canali analizzati quello dei tablet è il più nuovo<sup>44</sup>. Caratterizzato da uno schermo multitouch di buone dimensioni con una definizione molto elevata e da un'ottima portabilità, questo strumento si pone come ideale anello di congiunzione tra il computer e lo smartphone (Politecnico di Milano 2013).

L'offerta di gioco è veicolata attraverso App dedicate, anche se è possibile utilizzare applicazioni pensate per smartphone e siti mobile. L'analisi dell'andamento delle applicazioni sviluppate e/o ottimizzate per tablet mostra che nel corso del 2012 è stato fatto un forte investimento nel settore (Fig. 12) (Politecnico di Milano 2013).

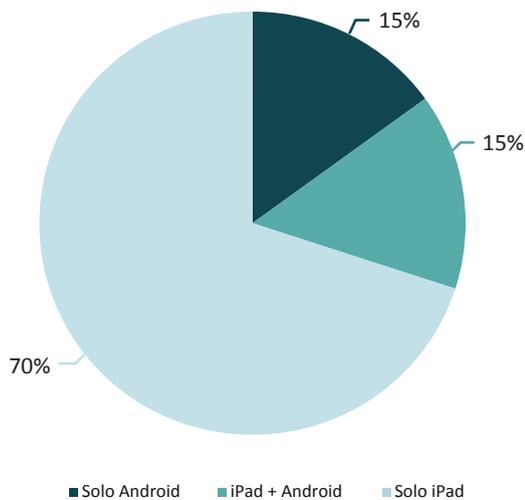
**Fig. 12 Confronto numero di operatori con offerta di gioco su tablet (2012-2013)**



Fonte: Politecnico di Milano (2013, 61)

L'analisi per sistema operativo, poi, rivela che il maggior numero di applicazioni per tablet è sviluppata per il sistema operativo iOS, mentre si suddividono equamente gli operatori che hanno sviluppato applicazioni solo Android o per entrambi i sistemi operativi (Fig. 13).

**Fig. 13 Distribuzione di applicazioni offerte per sistema operativo**



Fonte: Politecnico di Milano (2013, 62)

È importante ricordare che non è possibile censire il numero esatto di giochi disponibili poiché con una sola App o all'interno di un solo sito *mobile* possono essere offerte più attività ludiche.

## 2.2.2. "Quasi giochi d'azzardo"

### DEFINIZIONE

Con il termine di "quasi gioco d'azzardo" si indicano tutte le pratiche ludiche cui manca l'elemento del lucro, in senso monetario, ma che si fondano su un meccanismo di aleatorietà che configura, o può configurare, comportamenti di gioco caratterizzati dalla rinuncia all'azione e dalla negazione del valore dell'impegno. Si tratta di una definizione molto ampia, che può essere meglio compresa prendendo in considerazione due esempi molto diversi (Box 9, Box 10).

#### Box 9 I Quiz a premi televisivi

Si pensi ai quiz a premi televisivi, in particolare i format ideati negli ultimi 15 anni, da *Chi vuol essere milionario?* a *L'eredità*, solo per citare due esempi tra i più noti. Se paragonati ai quiz pionieristici della tv italiana, come *Lascia o raddoppia* (1955-1959), una delle principali differenze che si possono notare è la trasformazione dei concorrenti da esperti di un particolare argomento, o comunque dotati di una cultura generale sufficiente a rispondere alle domande del conduttore, a "giocatori d'azzardo" che si trovano a scegliere la risposta corretta entro un ventaglio dato di possibilità, affidandosi non di rado più al caso che alla conoscenza.

#### Box 10 Ticket redemption

I ticket redemption sono videogiochi ubicati nelle sale giochi tradizionali, accessibili anche ai minori, che non erogano vincite in denaro, ma ticket. I ticket, accumulati come punti, consentono di vincere premi quali giochi, apparecchi tecnologici, orologi, biogiotteria, ecc. Questi apparecchi hanno suscitato aspre polemiche in seguito a un articolo della rivista *Terre di mezzo* che, nel maggio 2013, le ha assimilate a vere e proprie slot machines in cui la sequenza investimento aleatorio-premio funziona come nel gioco d'azzardo vero e proprio, sostituendo il denaro con i ticket, con l'aggravante di coinvolgere i minori (Paladini 2013). Tali apparecchi registrano una crescente diffusione anche in luoghi pubblici come i centri commerciali.

Il fenomeno del "quasi gioco d'azzardo" si colloca in quella che Reith (2005) ha definito l'"età della chance". Reith storicizza il gioco d'azzardo leggendolo attraverso la categoria di "chance" e la sua secolarizzazione avvenuta in tre stadi:

1. età della fede;
2. età della ragione;
3. età della chance.

Nel primo, l'**età della fede**, la chance è una categoria sacra, visibile nei miti pagani della creazione (dove un'entità divina mette ordine nel caos primordiale dell'universo) e nei rituali di divinazione del mondo antico (consistenti nella lettura di eventi casuali come espressioni di una volontà divina), ma anche nel pensiero sacro cristiano, in particolare nella concezione del creato come manifestazione dell'ordine divino e nell'interpretazione di fenomeni privi di spiegazione scientifica come miracoli. In un secondo momento, l'**età della ragione** – cioè quando, a metà del XVII secolo si afferma in campo scientifico la teoria della probabilità, una vittoria simbolica della scienza sulla fortuna e sul fato – il caso si trasforma in categoria epistemologica: nasce l'idea moderna di caso come assenza di conoscenza, che la scienza combatte cercando di rinvenire una regolarità e una spiegazione negli eventi casuali. Infine, l'**età della chance** propriamente detta inizia con l'affermazione della statistica nel XIX secolo, che spoglia il caso delle sue componenti divine e lo riduce a oggetto umanamente intellegibile, all'interno di società industriali dedite al progetto positivista di classificare e contare tutto ciò che è conoscibile. Il caso si afferma dunque come categoria di spiegazione scientifica, nella teoria della selezione naturale di Darwin come nella meccanica quantistica da Max Planck in avanti, mentre più recentemente il ruolo del rischio nelle società contemporanee occupa una posizione centrale nel dibattito sociologico con Giddens (1994) e Beck (2000).

La proposta di Reith ha il merito di mostrare come le dimensioni costitutive dell'azzardo (chance e rischio) sono anche categorie, storicamente situate e variabili, di comprensione della realtà sociale, ma non affronta il tema della trasformazione di queste categorie in ideologia. Sforzo che è invece presente nello studio di Young (2010) sull'alea come aspetto centrale nelle economie simboliche contemporanee, fondate sulla produzione del desiderio, tanto da elevare il "big win" a prodotto ultimo del capitalismo, piena realizzazione di tutti i sogni del consumatore. Leggendo il gioco d'azzardo lo Stato trasferisce ai cittadini il rischio della sicurezza sociale, rendendoli azionisti delle chance offerte dal mercato globale piuttosto che beneficiari dell'azione di protezione delle istituzioni: attraverso il gioco l'alea diventa comportamento di massa e ideologia dominante, che presuppone l'accettazione di un'etica del rischio.

È tuttavia riduttivo delimitare la diffusione dell'etica del rischio al solo gioco d'azzardo. Ciò che i due esempi sopra menzionati (Box 9 Box 10) mettono in luce è la diffusione di una cultura e di uno stile di vita improntati all'atto di "tentare la fortuna". Il "quasi gioco d'azzardo" è in questo senso ancora più pericoloso del gioco d'azzardo propriamente inteso poiché ha maggiori possibilità di diffusione nella vita quotidiana senza che sia riconosciuto come azzardo, con il rischio di sottovalutazione della portata delle sue conseguenze.

A fronte di questo quadro generale, l'obiettivo dei prossimi paragrafi è identificare, nell'ampio panorama dei "quasi giochi online", alcuni esempi paradigmatici capaci di mostrare le caratteristiche del fenomeno. La definizione sulla quale si fonda l'analisi è il "quasi gioco d'azzardo online" come pratica ludica che:

- ha luogo attraverso dispositivi connessi a una rete informatica;
- è fondata sull'aleatorietà del risultato;
- in genere non richiede che il giocatore impieghi abilità specifiche per conseguire un risultato positivo;
- non è mossa da una finalità di lucro tuttavia comporta (o può comportare) forme di investimento monetario finalizzate ad accrescere le possibilità di vincita.

#### LA REGOLAMENTAZIONE E L'OFFERTA

Il panorama dei "quasi giochi d'azzardo" è privo di regolazione. Trattandosi di giochi nei quali l'utente non investe denaro – almeno non direttamente – con finalità di lucro, le applicazioni che simulano slot machines e giochi di carte tipici dei casinò si collocano al di fuori del perimetro tracciato dall'art. 721 del codice penale e sono reperibili nei normali mercati di app ludiche, quali l'App Store di Apple, Google Play e l'App Center di Facebook.

Il consumo di app è in rapida evoluzione in particolare nel segmento dei dispositivi mobili. Secondo i dati più recenti (Audiweb e Doxa 2013a), il 43% degli italiani che accedono a internet dal cellulare dichiarano di scaricare e utilizzare applicazioni; tra questi, il 60% ha utilizzato nell'ultimo mese<sup>45</sup> una app della categoria "giochi". Pur in assenza di dati specificamente riferiti all'utilizzo di app ludiche da parte di giovani, vi sono diverse ragioni per guardare alle fasce d'età più giovani con particolare attenzione: i giovani rappresentano il segmento di popolazione più esposto all'accesso a internet da cellulare e smartphone (più del 70% degli individui tra gli 11 e i 34 anni, con picchi del 77,2% per gli studenti universitari e del 72,8% per gli studenti di scuole medie e superiori) (Audiweb e Doxa 2013b).

Sul versante della produzione, il numero di giochi a disposizione dell'utente di computer e dispositivi mobili disegna un'offerta caratterizzata da facile accessibilità, elevata fruibilità e natura social. Tanto le app sui dispositivi mobili, quanto i siti internet o le app di Facebook e Google Play consentono al giocatore di interagire con altri utenti, stabilendo un'importante differenza rispetto ai tradizionali giochi su computer non connessi alla rete: anche giocando da solo, l'utente sfida un altro giocatore collegato alla medesima applicazione. Le app ludiche di Facebook si distinguono ulteriormente poiché lo sfidante può essere scelto nella propria cerchia di contatti, perdendo l'anonimità caratteristica delle sfide classiche.

Un ulteriore criterio di differenziazione è il costo delle app ludiche. I mercati di app presentano un'offerta tripartita:

- app completamente gratuite;
- app esclusivamente a pagamento;
- app con doppia versione, gratuita e a pagamento, in cui la seconda è caratterizzata da un numero più elevato di funzioni o da un maggior numero di possibilità ludiche (molteplici livelli di gioco, possibilità di giocare contro altri utenti, ecc.).

L'assenza della finalità di lucro mette al riparo i creatori di app dalle limitazioni che il legislatore impone ai concessionari di giochi d'azzardo, in primo luogo il divieto di accesso ai giochi per i minori di 18 anni. Pertanto è possibile incontrare "quasi giochi d'azzardo" rivolti a bambini e minorenni, in particolare slot machines le cui ambientazioni ammiccano all'infanzia: si pensi al mondo dei dinosauri che fa da sfondo a *DinoSlot*, alle caramelle di *CandySlot*<sup>46</sup> (Fig. 14).

Fig. 14 *DinoSlot* e *CandySlot*, esempi di "quasi giochi 'azzardo" rivolti a un target di minorenni



All'interno dei mercati di app, le applicazioni che si etichettano come appartenenti al "quasi gioco d'azzardo" sono reperibili in specifiche sottocategorie: "carte", "casinò" e "dadi" nell'App Store di Apple; "casinò-carte" nell'App Center di Facebook; "carte" e "casinò" in Google Play. Si esaminano qui di seguito, a scopo esemplificativo, alcune app appartenenti a queste categorie.

- **BlackJack++**. Gioco di carte che simula il BlackJack, è scaricabile gratuitamente dall'App Store su iPhone e iPad. Permette sin dalla prima schermata di scegliere tra gioco con chip gratuite e l'acquisto di una maggiore quantità di chip. L'eventuale acquisto avviene attraverso l'App Store con pagamento attraverso l'account Apple dell'utente, collegato a una carta di credito.

Fig. 15 L'acquisto di Chip su *BlackJack++*



- **Book of Ra.** Si tratta di uno dei numerosi giochi da casinò disponibili nell'App Store di Apple. Simula il funzionamento di una slot machine. I crediti necessari al gioco sono chiamati twist. Ne sono offerti 1.000 al giorno gratuitamente, 5.000 a chi si registra creando un account GameTwist. L'acquisto di twist nello store di iTunes è incentivato pochi secondi dopo l'accesso, con una schermata che propone opzioni dal costo compreso da 1,79 € e 89,99 €. Il giocatore può accedere alla slot puntando quantità variabili di twist. Le vincite in twist possono essere ulteriormente assoggettate alla sorte decidendo di scommettere la posta sulla possibilità che esca la carta rossa o la carta nera da un mazzo virtuale.

Fig. 16 BookOfRa



Fig. 17 BookOfRa: l'acquisto di twist



- **Farkle Mania online.** Appartenente alla categoria dei giochi con i dadi, come l'app precedente offre una modalità di gioco gratuita, con limitazioni sul numero di crediti (qui chiamati monete) disponibili. Pochi istanti dopo l'accesso, l'app invita a comprare ulteriori monete "a un prezzo ridotto". L'utente può giocare da solo oppure sfidare altri giocatori.

Fig. 18 Farkle Mania online





- **Zynga Poker.** Se dall'App Store ci spostiamo all'App Center di Facebook, le caratteristiche dei "quasi giochi d'azzardo" non mutano sensibilmente. In Zynga Poker l'utente può unirsi a un tavolo da poker, invitando i contatti della propria rete amicale. Una quantità addizionale di fiches può essere acquistata con una spesa che varia da poche decine di centesimi a oltre 90 €.

Fig. 19 Zynga Poker



- **Bingo Fever.** Gioco del Bingo disponibile su Google Play e scaricabile su dispositivi Android. La partecipazione al gioco è gratuita, così come l'app, ma è possibile acquistare "extra-chances" di vittoria.

Queste app esemplificano le caratteristiche e il funzionamento delle migliaia di applicazioni ludiche disponibili online e scaricabili su tablet e smartphone. Due elementi sono degni di attenzione:

1. Porosità dei confini tra giochi tout court e giochi aleatori e normalizzazione dell'azzardo. Le app che simulano roulette, bingo, giochi da casinò sono inventariate come sottocategorie della categoria "Giochi", accanto a giochi di abilità, avventura, da tavolo, di parole, di strategia e simili – giochi, questi ultimi, assimilabili alla categoria di Agon proposta da Caillois (2000) – in quanto richiedono un qualche livello di abilità. In questo modo i giochi aleatori sono "normalizzati" come facenti parte del più ampio mondo delle attività ludiche, sottacendo alcune caratteristiche peculiari quali l'atteggiamento passivo e attendista del giocatore.
2. Il sistema dei crediti/punti e l'ambiguità dell'investimento monetario. Le app aleatorie sopra descritte propongono un doppio livello d'accesso: gratuitamente, ma con un livello limitato di risorse (denominate in vario modo: crediti, punti, fiches, monete, twist, ecc.) da puntare; oppure acquistando con denaro reale (pur smaterializzato dalla transazione che avviene attraverso un account collegato alla carta di credito dell'utente) un numero aggiuntivo di risorse e, dunque, maggiori possibilità di vincita. L'investimento di denaro del giocatore assume così una forma ambigua. Da un lato, il giocatore investe risorse monetarie per aumentare le proprie chance di vincita; dall'altro, tali vincite non consistono in denaro, ma in crediti o punti non convertibili in denaro. Si ripresenta una situazione prossima all'azzardo, in cui tuttavia non si può parlare di fine lucrativo in senso proprio, mancando la posta in gioco monetaria.

## DIFFUSIONE DEI "QUASI GIOCHI D'AZZARDO"

Le applicazioni sinora presentate, e inquadrabili nei "quasi giochi d'azzardo", possono essere scaricate e utilizzate su qualsiasi dispositivo elettronico connesso a internet. I principali canali di fruizione sono i computer, i tablet e gli smartphone.

Il più recente dato disponibile sulla *digital audience* in Italia (Audiweb 2014)<sup>47</sup> indica in 28 milioni il numero di italiani di età compresa tra i 18 e i 74 anni che hanno fruito di internet nel mese di giugno 2014; per 26,9 milioni l'accesso avviene da pc, mentre sono 17,2 milioni gli utenti unici che nell'arco del mese accedono alla rete da dispositivo mobile. Secondo uno studio degli Osservatori Ict del Politecnico

di Milano il crescente utilizzo dei dispositivi mobili ha generato un mercato di app del valore di 25,4 miliardi di euro, che raggiungerà i 40 miliardi nel 2016 (pari al 2,5% del PIL) (Politecnico di Milano 2014).

### *Computer e dispositivi mobili*

Questi canali presentano un'ampia offerta di "quasi giochi d'azzardo" scaricabili gratuitamente nei principali marketplace di applicazioni (App Store e Google Play). Inoltre, i social network sites (SNSs) come Facebook espandono le opportunità ludiche poiché i giochi sono integrabili all'interno del social network con la possibilità di coinvolgere i contatti della propria rete come sfidanti e di far conoscere loro le proprie performance di gioco attraverso aggiornamenti automatici sulla timeline.

### *Console domestiche*

Quando si parla di "console domestiche" si intendono Nintendo DS, Wii, PlayStation. Uno sguardo alle categorie sotto cui tali videogiochi sono collocati non evidenzia nessuna delle voci presenti dell'App Store, nell'App Center o in Google Play, quali "carte o casinò". Tuttavia, non mancano esempi di videogames ambientati in casinò e sale gioco, quali "Nintendo SegaCasinò", "LasVegas Casinò Party", "WiiCasino", "Casino Nights" per Xbox, "Paradise Springs" per PlayStation. Come gli altri canali online, le console consentono di giocare con altri utenti connessi contribuendo alla normalizzazione dell'azzardo. Diversamente dalle app per computer e dispositivi mobili, questi videogame non sono caratterizzati da una strategia commerciale egualmente aggressiva che incentiva i giocatori a investire denaro reale per l'acquisto di fiches virtuali, dal momento che tali sistemi di home entertainment fondano i propri introiti sulla vendita di console e videogiochi, invece che sull'offerta di app gratuite pienamente utilizzabili solo a fronte di successivi pagamenti. Si ritiene tuttavia che il canale delle console domestiche debba essere seguito con attenzione nei prossimi anni come possibile mercato per un'ulteriore espansione del "quasi gioco d'azzardo".

### **2.2.3. Sviluppi attesi, questioni irrisolte**

Il mercato del gioco online dopo aver fatto registrare una fase iniziale di forte crescita si è stabilizzato e sta, nel corso degli anni, ridistribuendo le attività tra i diversi canali di gioco.

Per il futuro sarà necessario monitorare il fenomeno della diffusione del gioco per comprendere se il gioco digitale per la sua natura e grazie alle nuove tecnologie che ne permettono una rapida diffusione, agevola lo sviluppo di situazioni di gioco problematiche o patologiche.

Tra i molteplici rischi connessi al fenomeno del "quasi gioco d'azzardo" online si segnalano i due seguenti come particolarmente critici:

1. la diffusione di un **modello di azione sociale aleatorio**, in cui l'esito dell'agire è attribuito a fattori esterni al soggetto (caso, fortuna), rafforzando nell'attore sociale un comportamento attendista e passivo in cui il valore dell'impegno e le capacità personali sono sminuite;
2. la **normalizzazione dell'azzardo** come pratica corrente, a causa della difficoltà nel distinguere i luoghi (fisici o virtuali) in cui è possibile praticarlo da quelli in cui non è consentito. Il fenomeno del "quasi gioco d'azzardo" online non si discosta, in questo senso, da quanto avviene nel panorama del gioco d'azzardo propriamente detto, sia online sia offline. I "quasi giochi d'azzardo" online contribuiscono alla normalizzazione dell'azzardo in virtù della facile accessibilità e della possibilità del loro consumo in mobilità, attraverso tablet e smartphone, e dunque in momenti interstiziali della vita quotidiana.

L'investimento di denaro è presente nel "quasi gioco d'azzardo" online nella misura in cui l'utente decide di acquistare crediti utili al gioco. Nonostante questo uso ambiguo del denaro non corrisponda a una finalità di lucro, elemento che farebbe ricadere questi giochi nell'ambito del gioco d'azzardo vero e proprio e dunque sotto il controllo di AAMS, i "quasi giochi d'azzardo" costituiscono un potenziale rischio sociale in quanto possono indurre l'utente a investire denaro in giochi dal carattere compulsivo e rappresentano un terreno preparatorio di una cultura dell'alea e di un'etica del rischio.

## 3. IL GIOCATTORE D'AZZARDO E IL RUOLO DELL'IMPULSIVITÀ

### 3.1. L'identità del giocatore

#### 3.1.1. Il giocatore d'azzardo patologico

La definizione del giocatore d'azzardo e della sua deriva patologica è da sempre problematica. In letteratura i giocatori problematici sono chiamati in vario modo: "giocatori patologici" (Skinner 1953), "giocatori compulsivi" (Bergler 1957), "giocatori dipendenti" (Kusyszyn 1972). Come meglio illustrato più avanti (cap. 7), il giocatore d'azzardo patologico per essere diagnosticato come tale deve soddisfare almeno cinque criteri riportati nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, DSM-IV (APA 2000).

Un individuo affetto da gioco d'azzardo patologico (GAP) spesso presenta comorbidità<sup>48</sup> con altri disturbi quali depressione, ipomania, disturbo bipolare, abuso di sostanze (alcol, sostanze psicoattive), disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline), disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, disturbi fisici da stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa) (Blaszczynski, Steel, e McConaghy 1997). Inoltre, si riscontra l'associazione tra GAP e bassa attenzione, iperattività e impulsività.

Dal punto di vista patogenetico, il gioco d'azzardo compulsivo si caratterizza per essere un disturbo progressivo per molti aspetti simile all'alcol-dipendenza. Infatti, si manifesta da un lato attraverso la perdita del controllo dell'impulso al gioco (che può essere periodica o continua), dall'altro tramite un coinvolgimento completo nel gioco e nella ricerca di denaro con cui giocare. A ciò si aggiunga che è presente una perseveranza in questo comportamento malgrado le conseguenze negative. In uno scommettitore incallito anche i processi decisionali risultano essere compromessi e deficitari. Dalle analisi condotte da May (1997) pare che i GAP sviluppino una sorta di "illusione di controllo" che li porta a confondere un gioco di probabilità, caratterizzato da incertezza, con un gioco di abilità, in cui capacità personali ed esperienza sono fondamentali per il successo.

Dal punto di vista neurale, la dopamina e la corteccia prefrontale sono implicate nel mantenere la dipendenza da gioco d'azzardo (Joutsa et al. 2012). In particolare, l'area prefrontale è associata alla capacità di assumere decisioni vantaggiose sul lungo periodo. Lesioni o ipoattivazioni di quest'area determinano ipersessualità, relazioni sociali povere, tendenza al gioco patologico, all'abuso di alcol, scarsa lealtà, assenza di sensi di colpa. Nel giocatore d'azzardo patologico, quest'area sembra essere meno attiva rispetto

alla stessa area esaminata in soggetti che non giocano (de Ruiter et al. 2008). Questo spiegherebbe perché il giocatore d'azzardo compia scelte meno efficienti rispetto a un non giocatore.

La dopamina, invece, è implicata nella gratificazione e ha il compito di inviare al cervello informazioni riguardo a cosa è importante per sopravvivere e quando un'esperienza è positiva o negativa. Il cervello registra tutti gli elementi ambientali associati agli stimoli ricevuti e li memorizza nell'amigdala e nell'ippocampo, in vista di eventi futuri. Quando poi un soggetto vive situazioni simili a quelle memorizzate, quel ricordo si attiverà incentivando il comportamento. Il gioco d'azzardo patologico, così come le tossicodipendenze, agisce sul sistema di gratificazione e quindi sul livello di dopamina. Questo, qualora non si giochi, risulta inferiore alla norma e provoca perciò un abbassamento del tono dell'umore, irritabilità e altri sintomi della "fase di astinenza" propri di altri tipi di dipendenza.

Dal punto di vista della psicologia cognitiva, un'attenzione particolare nello studio dei giocatori patologici è stata dedicata al ruolo dell'impulsività.

### 3.2. Impulsività e gioco d'azzardo

Un tratto del giocatore d'azzardo patologico (GAP) è l'alto livello di impulsività<sup>49</sup>. Uno dei modelli interpretativi del GAP individua nella difficoltà di gestione dell'impulsività uno degli elementi osservabili in questa patologia comportamentale caratterizzata da comportamenti economicamente irrazionali, antisociali o incoerenti (Goudriaan et al. 2005; Bechara e Van Der Linden 2005; Bechara 2003).

In generale, gli studi che utilizzano sia GAP sia persone dipendenti da sostanze mostrano come, rispetto ai soggetti non dipendenti, i primi prediligano scelte impulsive (Bickel e Marsch 2001; Dixon, Marley, e Jacobs 2003; Holt, Green, e Myerson 2003; Kirby e Petry 2004). Il maggior numero di scelte impulsive è associato alla ricerca di ricompense immediate (es. droghe) o alla possibilità di mettere in atto comportamenti di gioco, piuttosto che alla ricerca di benefici nel medio-lungo termine. Quindi, la difficoltà nella gestione dello stimolo impulsivo indurrebbe l'individuo all'attuazione di comportamenti egoistici ed impazienti.

Uno dei primi autori che ha studiato il ruolo dell'impulsività nel gioco d'azzardo è stato Blaszczynski che insieme ad altri colleghi ha esaminato il ruolo dell'impulsività in 115 giocatori patologici utilizzando la *Eysenck Impulsivity Scale*, un

questionario per indagare la maggiore o minore impulsività in un soggetto. Lo studio ha evidenziato un'alta correlazione tra la presenza della dipendenza da gioco e l'impulsività (Blaszczynski, Steel, e McConaghy 1997). Successivamente Bechara e colleghi (1998) hanno dimostrato la presenza della relazione tra gioco e impulsività. È implicito, infatti, nel concetto di "disordine di impulso" la presenza di una tendenza ripetuta ad esibire comportamenti improvvisi, imprevedibili e spontanei, che si verificano sotto l'influenza di una pressione irresistibile che limita la libertà del soggetto diagnosticato con GAP (Martinotti et al. 2014). Uno dei più comuni problemi nei GAP è dunque legato a comportamenti incontrollati che conducono i giocatori ad assumere decisioni ad alto rischio sotto il profilo finanziario per fronteggiare preoccupazioni economiche e sociali. Molti dei processi che guidano le decisioni rischiose in individui dipendenti dal gioco sono ancora irrisolti. In questo contesto, alcuni studi suggeriscono che nei giocatori patologici siano presenti disfunzioni attenzionali ed esecutive (Specker et al. 1995). Sembrerebbe, infatti, al pari di individui con altri problemi di dipendenza, che i giocatori d'azzardo riescano con fatica a comportarsi e ragionare in maniera razionale ed equilibrata, riportando frequenti condotte che possono essere definite impulsive (Specker et al. 1995).

In uno studio italiano condotto da Savron e colleghi (2001) i GAP riportavano punteggi significativamente maggiori per quanto concerne la dipendenza al gioco, rilevata tramite il SOGS di Lesieur e Blume (1987), e presentavano tratti caratteriali di impulsività, praticità e distacco rilevati tramite il TPQ (*Tridimensional Personality Questionnaire*) di Cloninger (1991) e l'EIS (*Emotional Inhibition Scale*) di Kellner (1973).

Cavedini e colleghi (2002) hanno proposto ad un campione di GAP un test (*Iowa Gambling Task*), che prevede scelte in condizioni ambigue, rivelando deficit nel processo decisionale. Il gruppo di GAP ha presentato punteggi bassi, a dimostrazione del fatto che prediligono ricompense immediate. Questo compito è stato utilizzato in molti studi che hanno evidenziato deficit nei processi di presa di decisione, in un ampio *range* di pazienti, sia con problemi a livello neurologico (lesioni della corteccia orbitofrontale/ventromediale prefrontale) (Bechara et al. 1998; Bechara, Damasio, e Damasio 2000; Fellows e Farah 2005), sia in pazienti con problemi psichiatrici (Whitney et al. 2004; Cavedini et al. 2004). In conformità con diversi studi (Cavedini et al. 2002; Forbush et al. 2008) è possibile legare questi risultati ad alti livelli di impulsività nei giocatori patologici.

Paliwal e colleghi (2014) hanno effettuato un'indagine sull'argomento, confrontando i risultati della BIS-11 (scala di misura dell'impulsività) di 47 individui maschi con i comportamenti adottati dagli stessi durante una simulazione virtuale del gioco della slot-machine per poi elaborare i dati ottenuti attraverso l'applicazione di modelli computazionali. I risultati relativi al comportamento dei soggetti rivelano che l'impulsività è significativamente correlata

all'incremento globale dell'aumento della scommessa (*bet increases, BIs*), del passaggio da una slot-machine all'altra (*machines switches, MS*), da una sala all'altra (*casino switches, CS*), e dall'utilizzo delle vincite nella partita successiva (*double-ups, Dus*).

Anche altri studi basati sulla somministrazione di questionari, quali il *California Personality Inventory* (CPI) (McCormick et al. 1987), l'*Eysenck Impulsivity Scale* (EIS) (Blaszczynski, Steel, e McConaghy 1997), la *Barratt's Impulsivity Scale* (BIS) (Fossati et al. 2001), hanno fornito risultati a sostegno del possibile legame tra impulsività e GAP.

### 3.2.1. Studio sperimentale sull'impulsività e il gioco d'azzardo in Trentino

Questo paragrafo descrive i risultati di uno studio sperimentale per indagare il ruolo dell'impulsività nel gioco d'azzardo. Lo studio ha coinvolto 120 soggetti residenti nelle province di Trento e Bolzano nel periodo compreso tra gennaio e settembre 2014.

L'ipotesi di partenza prevedeva la rilevazione di valori più alti di impulsività nei giocatori d'azzardo patologici, valori più bassi nel gruppo dei giocatori sociali e valori ancora minori nel gruppo dei non giocatori. Inoltre, il gruppo dei giocatori d'azzardo patologici avrebbe dovuto prendere decisioni più svantaggiose e più rischiose rispetto agli altri due gruppi.

Se questi risultati fossero confermati si potrebbe affermare che il giocatore d'azzardo patologico ha una personalità tendenzialmente impulsiva che lo porta a scegliere una gratificazione immediata rispetto a una gratificazione posticipata nel tempo così come a una maggiore tendenza ad effettuare scelte rischiose. Inoltre, nel caso in cui i giocatori sociali riportino nei test di impulsività punteggi significativamente maggiori rispetto ai non giocatori, l'impulsività potrebbe essere un indice di rischio per sviluppare una dipendenza.

## METODOLOGIA

**Selezione del campione.** Sono stati selezionati 120 partecipanti da una popolazione di 357 volontari, divisi in 3 gruppi: 40 giocatori patologici, 40 giocatori sociali e 40 non giocatori. Per reclutare i partecipanti sono stati utilizzati il sito, la pagina Facebook, il profilo Twitter del progetto<sup>50</sup> e il volantaggio soprattutto in luoghi sensibili<sup>51</sup>. Inoltre, sono stati distribuiti volantini ai passanti nelle città di Trento, Rovereto, Riva del Garda e Bolzano; sono stati appesi manifesti del progetto presso il Dipartimento di Psicologia e Scienze Cognitive, di Economia e Management e di Sociologia dell'Università degli Studi di Trento, presso l'Università della terza età di Trento, presso la Biblioteca civica di Rovereto, la Biblioteca comunale di Trento, la Biblioteca civica di Riva del Garda e l'Ospedale di Bolzano. È stato pub-

blicato un articolo sul quotidiano "L'Adige" ed è stata svolta un'intervista radiofonica per Radio Anania. Manifesti del progetto sono stati appesi anche presso la sede Ser.D. di Trento e negli uffici dell'APSS. Successivamente, ai fini del reclutamento dei partecipanti, è stata richiesta la collaborazione anche al Ser.D. di Riva del Garda, alla Biblioteca civica di Rovereto, alla Biblioteca civica di Riva del Garda, alla Biblioteca comunale di Trento, all'Associazione AMA<sup>52</sup> di Trento, alla S.I.I.Pa.C<sup>53</sup> di Bolzano e all'associazione Hands<sup>54</sup> di Bolzano. In particolare, i Ser.D. hanno contribuito segnalando i contatti di pazienti mentre presso le biblioteche è stato organizzato uno spazio in cui presentare la ricerca e raccogliere contatti dei volontari.

Per dividere i partecipanti nei gruppi è stato utilizzato il *South Oaks Gambling Screen* (Box 11) che è il test più utilizzato nel mondo per la rilevazione del gioco d'azzardo patologico e si è scelto di utilizzare la classificazione di Lesieur (1987) (Tab. 20).

**Tab. 20** Punteggio assegnato per modalità di risposta

Classificazione	Punteggio
Nessun problema di gioco	0-2
Giocatore a rischio	3-4
Giocatore patologico	5+

Il test è stato somministrato a 357 volontari, da cui sono stati selezionati i 120 soggetti che hanno preso parte alla ricerca. Dei 237 esclusi dallo studio, 86 hanno deciso di non partecipare alla fase sperimentale in laboratorio, mentre i restanti sono stati esclusi perché non rientravano nei criteri di selezione. I tre gruppi sono stati creati in modo da essere simili per l'età e sesso. Il gruppo di giocatori patologici era composto da 40 adulti (22 maschi e 18 femmine di età media 49 anni) con diagnosi di gioco d'azzardo patologico in linea con il DSM IV, il gruppo di giocatori sociali era composto da 40 adulti (23 maschi e 17 femmine di età media 49 anni), mentre il gruppo di non giocatori (controllo) era composto da 40 adulti (20 maschi e 20 femmine di età media di 51 anni) senza problemi fisici, psichiatrici o neurologici.

**Misurazione del gioco patologico.** Sono stati somministrati due questionari riguardanti il gioco d'azzardo: il summenzionato *SOGS* (Box 11) e il *PG-Y BOCS* (Box 12).

### Box 11 Il South Oaks Gambling Screen questionnaire (SOGS)

Il questionario SOGS, realizzato da Lesieur e Blume (1987) è forse il più noto tra gli strumenti di rilevazione del gioco patologico a livello mondiale. Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare la presenza di problemi di gioco. Fornisce informazioni su:

- il tipo di gioco privilegiato;
- la frequenza delle attività di gioco;
- la difficoltà a giocare in modo controllato;
- la consapevolezza circa il proprio problema di gioco;
- i mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare;
- il tornare a giocare per tentare di recuperare il denaro perso;
- le menzogne circa le attività di gioco;
- il giocare più della somma prevista inizialmente;
- l'allontanamento dal lavoro o dalla scuola per giocare;
- il prendere in prestito denaro per giocare;
- i prestiti non rimborsati.

Inoltre, fornisce informazioni sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco, se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Infine, rileva se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.

Il valore massimo che si può ottenere rispondendo ad un elenco standard di domande è 20 punti. Secondo i suoi autori, un valore di 3 o 4 punti è indice di difficoltà potenziali circa il gioco, chi ottiene un livello di 5 punti o più ha un problema di gioco manifesto, mentre un punteggio pari o superiore a 9 indica la presenza di un problema grave.

### Box 12 La Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS)

La Yale Brown Obsessive Compulsive Scale o Y-BOCS è una scala di riferimento per le ricerche nell'ambito dei disturbi ossessivo-compulsivi ed è stata creata allo scopo di fornire una misura della gravità dei sintomi, utile nel caso di valutazione dei trattamenti. Siccome si basa sull'eterovalutazione, non dipende dall'insight del paziente. Questo strumento è stato adattato da DeCaria e colleghi (1998) per il gioco d'azzardo patologico (*Pathological Gambling Yale Brown Obsessive Compulsive Scale o PG-YBOCS*) al fine di misurare la gravità e la variazione di gravità dei sintomi del gioco d'azzardo patologico tramite somministrazione al paziente da parte dell'operatore.

Nel questionario sono proposti dieci item, per ciascuno dei quali sono proposte cinque alternative di risposta con criteri dettagliati relativi al livello di gravità.

La caratteristica che contraddistingue il PG-YBOCS è il confronto tra due aree, che fornisce utili elementi aggiuntivi alla diagnosi. Si considerano l'impulso a giocare, inteso come tutto ciò che ha a che fare con i pensieri e gli intenti, e il comportamento di gioco, concentrato su tutto ciò che ha a che fare con le azioni. Per ciascuna di queste due aree si approfondiscono il tempo investito, le interferenze sulla sfera sociale e su quella psicologica, gli sforzi di controllo e la capacità effettiva di tenuta rispetto al proposito di non giocare. Le due sezioni possono essere valutate separatamente. Più punti si acquisiscono, più è grave la situazione.

La PG-YBOCS si presta anche alla valutazione del decorso dell'affezione. In tal caso, le domande riguardano il periodo di tempo decorso dall'ultima applicazione della scala.

**Misurazione dell'impulsività.** Per quanto riguarda la misurazione dell'impulsività sono stati somministrati due questionari che indagano aspetti diversi dell'impulsività. I due questionari sono il BIS-11 (Box 13) e l'UPPS-P<sup>55</sup> (Box 14).

### Box 13 Il questionario BIS-11

Il questionario BIS-11 (Patton, Stanford, e Barratt 1995) misura l'impulsività e le sue componenti: l'assenza di pianificazione delle azioni, l'impulsività cognitiva e quella motoria. La scala BIS-11 è stata messa a punto per la valutazione dell'impulsività, intesa come "agire senza pensare", come mancanza di controllo sui pensieri e sui comportamenti. La BIS-11 prende in considerazione tre tipi di impulsività: l'assenza di pianificazione delle azioni, l'impulsività cognitiva e l'impulsività motoria.

Il questionario comprende 30 domande con quattro risposte possibili ("mai o quasi", "talvolta", "spesso", "sempre o quasi"), alle quali corrisponde un punteggio da 1 a 4. La somma dei punteggi degli item costituisce il punteggio di sei fattori di primo ordine (attenzione, impulsività motoria, autocontrollo, complessità cognitiva, perseveranza e instabilità cognitiva), che a loro volta sommati i punteggi di tre fattori di secondo ordine (impulsività attentiva, impulsività motoria, impulsività da non pianificazione).

### Box 14 L'UPPS-P

L'UPPS, rispetto al BIS-11 propone quattro percorsi di personalità distinte per comportamento impulsivo (Whiteside e Lynam 2001). Il modello e il suo strumento di valutazione derivavano in origine da un'analisi delle 21 misure ampiamente usate di impulsività. L'analisi ha rivelato una struttura a quattro fattori:

- **urgenza (*urgency*):** misura la tendenza di un individuo ad agire "d'impulso" in condizioni di affetti negativi;
- **mancanza di persistenza (*lack of persistence*):** la tendenza di un individuo a rinunciare di fronte a noia, stanchezza o frustrazione;
- **mancanza di pianificazione (*lack of planning*):** la tendenza di un individuo di agire senza tener conto delle potenziali conseguenze del comportamento;
- **ricerca delle sensazioni (*sensation seeking*):** si riferisce agli interessi di un individuo e alla tendenza a svolgere attività nuove ed eccitanti.

**Compiti comportamentali utilizzati per indagare l'impulsività.** Oltre alla somministrazione dei questionari, i compiti comportamentali utilizzati per indagare l'impulsività, sono l'Iowa Gambling Task che riguarda la presa di decisione e il Balloon Analogue Risk Task che riguarda la propensione al rischio.

### Box 15 L'Iowa Gambling Task (IGT)

L'Iowa Gambling Task (Bechara et al. 1994) è un compito psicologico sviluppato per simulare la presa di decisioni nella vita reale. Inizialmente è stato pensato per confrontare le performance di soggetti con lesioni prefrontali e individui sani.

L'utilizzo dell'IGT negli studi sul gioco d'azzardo e l'impulsività non è nuovo. I giocatori patologici sono stati associati con un'attività prefrontale ridotta durante l'IGT che riflette un cambiamento nel rischio

coinvolto durante la presa di decisione (Tanabe et al. 2007). Una scelta più rischiosa rispecchierebbe dunque una mancanza di pianificazione e un'impulsività attentiva.

L'IGT richiede che i partecipanti scelgano 100 carte da 4 mazzi di carte (indicati con A, B, C, D). Ogni mazzo ha lo stesso retro e non ci sono indizi visivi che possano spingere a scegliere un mazzo piuttosto che un altro. Ai partecipanti si richiede di scegliere le carte per guadagnare più soldi possibili. Non sanno però che la selezione delle carte comporta differenti pagamenti: i mazzi cattivi (A, B) sono composti da carte con grosse vincite e grosse perdite (perdita netta), mentre nei mazzi buoni (C, D) sono combinate vincite modeste e piccole perdite (utile netto). Ai soggetti si mostra il risultato di ogni scelta (guadagno o perdita) e il guadagno totale ottenuto fino a quel momento.

In questo studio è stato somministrato un blocco di pratica di 10 scelte, dove il partecipante prendeva confidenza col compito. Successivamente una schermata avvisava che il compito stava per cominciare. Il partecipante svolgeva poi il compito di scelta, e alla fine delle 100 pescate, veniva mostrata una slide con riportato il valore totale raggiunto.

zato per misurare le prestazioni BART è il numero medio ponderato di pompaggi di palloncini non esplosi, con punteggi più elevati indicativi di una maggiore propensione ad assumere rischi (Bornovalova et al. 2005; Lejuez et al. 2002). I partecipanti scelgono di incassare tra il ventiseiesimo ed il trentacinquesimo pompaggio, in pochi casi continuano oltre al sessantaquattresimo click, che è il numero ottimale di pompaggio per massimizzare i guadagni sul compito. Ciò significa che gli individui più predisposti al rischio sono quelli che in questo compito ottengono i guadagni più alti ed è ancora poco chiaro perché si verifichi questo basso numero di pompaggi tra gli altri soggetti. Un'ipotesi è che il comportamento di mantenere un basso numero di click possa essere il risultato di una scarsa esperienza con il BART.

In questo studio i partecipanti dovevano gonfiare 60 palloncini divisi in due blocchi da 30 ciascuno. I blocchi differivano nelle prime 5 gonfiate. Infatti, in un blocco, i primi 5 palloncini scoppiavano dopo pochissime pompate, mentre nell'altro blocco la probabilità di esplosione era la stessa per tutti i palloncini. Questo blocco "sfortunato" è stato introdotto per osservare eventuali cambiamenti di strategia e nel numero di pompate.

#### Box 16 Il Balloon Analogue Risk Task (BART)

Il Balloon Analogue Risk Task (BART) è un test che misura la propensione al rischio utilizzando il comportamento che i partecipanti assumono nel bilanciare vincite e perdite per studiare la loro propensione a correre rischi nella vita reale (Lejuez et al. 2002).

In questo compito a computer al partecipante si presenta un palloncino alla volta e ha la possibilità di guadagnare soldi premendo un bottone per gonfiarlo. Ad ogni click il palloncino aumenta di volume e sono aggiunti i soldi ad un contatore. Oltre una certa soglia il palloncino esplode e i soldi sono persi. Quindi ad ogni click corrisponde un rischio sempre più elevato, ma anche maggiori potenzialità di vincita. Se il partecipante sceglie di incassare prima che il palloncino esploda, aggiunge i soldi alla vincita finale, mentre se il palloncino esplode perde la vincita relativa a quel palloncino.

I partecipanti non sono informati sul punto di interruzione dei palloncini: l'assenza di questa informazione consente di testare entrambe le risposte iniziali dei partecipanti al compito e le modificazioni nella risposta a mano a mano che acquistano esperienza nelle contingenze della prova. Il punteggio primario utiliz-

#### I RISULTATI DELL'INDAGINE

Il questionario SOGS è stato utilizzato per suddividere i partecipanti nelle tre categorie: giocatori patologici (23 maschi, 17 femmine. SOGS: media = 11,41), giocatori sociali (22 maschi, 18 femmine. SOGS: media = 3,35) e non giocatori (20 maschi, 20 femmine. SOGS: media = 0,05). L'età dei rispettivi gruppi era di  $49.58 \pm 10.91$  per i giocatori patologici,  $49.15 \pm 11.89$  per i giocatori sociali e  $51.85 \pm 7.42$  anni per i non giocatori. Un giocatore patologico è stato escluso dalle analisi dei dati a causa di una performance che ha portato a risultati non attendibili (Tab. 21).

Tab. 21 Caratteristiche dei soggetti testati

	Non giocatori	Giocatori sociali	Giocatori patologici
<b>Genere</b>	20M - 20F	22M - 18F	23M - 17F
<b>Età</b>	51,85 ± 7,42	49,15 ± 11,89	49,58 ± 10,91
<b>SOGS</b>	0,05	3,35	11,41

Fonte: elaborazione Bonini et al.

È stata svolta l'analisi della varianza che è utilizzata per testare le differenze tra le medie dei campioni, sui risultati riportati dal questionario BIS-11. È stata trovata una significativa differenza fra i tre gruppi. Questo significa che i punteggi dell'impulsività, rilevati con la BIS-11 sono maggiori per i GAP rispetto agli altri due gruppi e che i punteggi dei giocatori sociali sono maggiori rispetto ai non giocatori. Infatti, il punteggio ottenuto dai GAP (media 69,8) nel questionario BIS-11 è significativamente più elevato rispet-

to agli altri due gruppi, così come il gruppo dei giocatori sociali (media 64) riporta una significativa differenza con i non giocatori (media 54,8) che riportano punteggi più bassi (Tab. 22).

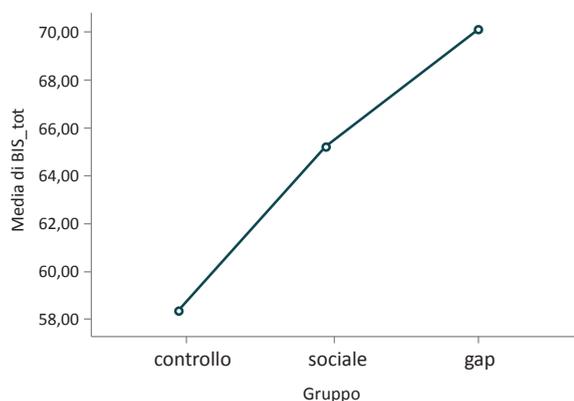
Si può osservare l'andamento delle medie dei punteggi BIS-11 tra i 3 gruppi. I valori con l'asterisco sono valori significativi (Fig. 20).

Tab. 22 Punteggi BIS-11

		Controllo	Sociali	Gap
	<b>Media</b>	58,28	64,98	69,79
<b>Differenze tra medie</b>	<b>Contrasti 1</b>		-6,70*	-11,52*
	<b>Contrasti 2</b>	-6,70*		-4,82
	<b>Contrasti 3</b>	11,52*	4,82	

Fonte: elaborazione Bonini et al.

Fig. 20 Punteggio BIS-11



Fonte: elaborazione Bonini et al.

Alcuni punteggi ottenuti nel compito dell'Iowa Gambling Task all'interno dei tre gruppi sperimentali sono molto diversi tra loro. Alcuni partecipanti hanno ottenuto punteggi molto elevati, mentre altri hanno ottenuto punteggi molto bassi. Si registra, dunque, una grande variabilità tra i dati in quanto in tutti e tre i gruppi tra il valore più alto e il valore più basso ci sono quasi 8000 punti di differenza. Ciononostante, la media dei punteggi ottenuti nell'IGT è simile tra i tre gruppi (Tab. 23).

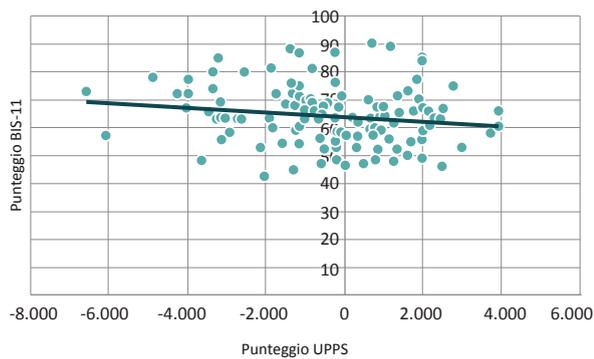
Tab. 23 Tabella descrittiva Punteggio IGT

	Media	Mediana	Moda	Minimo	Massimo
<b>Controllo</b>	-409,38	-175,00	-600,00	-6.575,00	2.500,00
<b>Sociale</b>	-367,50	-450,00	-400,00	-4.000,00	3.950,00
<b>Gap</b>	-326,28	-250,00	-800,00	-4.875,00	3.900,00

Fonte: elaborazione Bonini et al.

Nelle seguenti figure sono riportate le correlazioni della BIS-11 con le variabili dello studio. Questo significa che c'è un rapporto tra il questionario BIS-11 con altri fattori. Tuttavia non si può affermare che questa relazione sia causale. Si può osservare che c'è una tendenza alla correlazione negativa tra punteggio BIS-11 e punteggio ottenuto nell'Iowa Gambling Task (Fig. 21). Questo sta a significare che, maggiore è il livello di impulsività, minore è il punteggio ottenuto nell'Iowa Gambling Task. Infatti, una maggiore impulsività porta a non pianificare le scelte, tenendo in considerazione solamente il presente. In aggiunta, è stata riscontrata una correlazione positiva tra impulsività e punteggio SOGS (Fig. 22). Questo significa che maggiore è il punteggio ottenuto al SOGS maggiore è l'impulsività del soggetto. Anche i 5 fattori dell'UPPS sono correlati positivamente con la BIS-11 (Fig. 23).

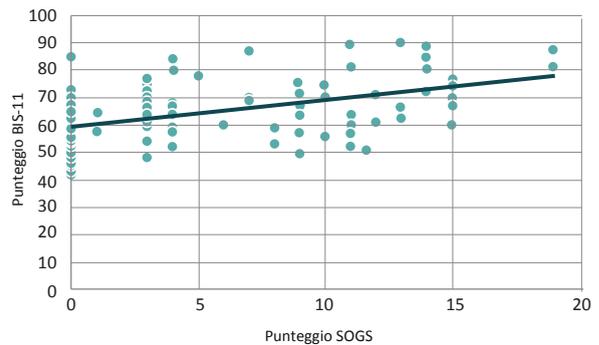
Fig. 21 Correlazione tra BIS-11 e Iowa Gambling Task



Fonte: elaborazione Bonini et al.

La linea indica la tendenza dei dati. In questo caso si registra una correlazione negativa: all'aumentare del punteggio dell'IGT il punteggio della BIS-11 diminuisce.

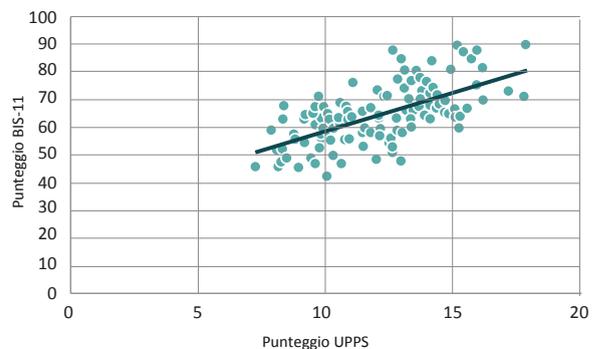
Fig. 22 Correlazione tra BIS-11 e SOGS



Fonte: elaborazione Bonini et al.

La linea indica la tendenza dei dati. In questo caso si registra una correlazione positiva: all'aumentare del punteggio del SOGS il punteggio della BIS-11 aumenta.

Fig. 23 Correlazione tra BIS-11 e UPPS



Fonte: elaborazione Bonini et al.

La linea indica la tendenza dei dati. In questo caso si registra una correlazione positiva: all'aumentare del punteggio dell'UPPS il punteggio della BIS-11 aumenta.

Un ulteriore dato è quello riportato dall'analisi del BART dove è stata osservata una differenza significativa nel guadagno ottenuto nel blocco sfortuna, in cui i primi 5 palloncini scoppiavano dopo poche pompate. I giocatori patologici hanno guadagnato significativamente meno rispetto agli altri due gruppi (Tab. 24, Fig. 24, Fig. 25).

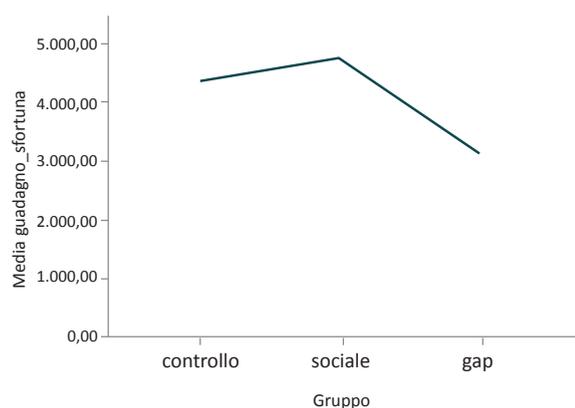
**Tab. 24** Punteggi BART divisi per i due blocchi baseline e sfortuna

	Gruppo	Media	Mediana	Moda	Minimo	Massimo
Blocco Sfortuna	Controllo	4.337,00	4.750,00	5.120,00	610,00	8.810,00
	Sociale	4.757,00	4.910,00	5.300,00	600,00	9.760,00
	Gap	3.148,21	2.750,00	2.200,00	360,00	7.500,00

	Gruppo	Media	Mediana	Moda	Minimo	Massimo
Blocco Baseline	Controllo	6.255,50	6.465,00	7.020,00	670,00	10.270,00
	Sociale	6.054,75	6.065,00	4.990,00	940,00	11.980,00
	Gap	4.943,59	4.800,00	7.870,00	450,00	10.250,00

Fonte: elaborazione Bonini et al.

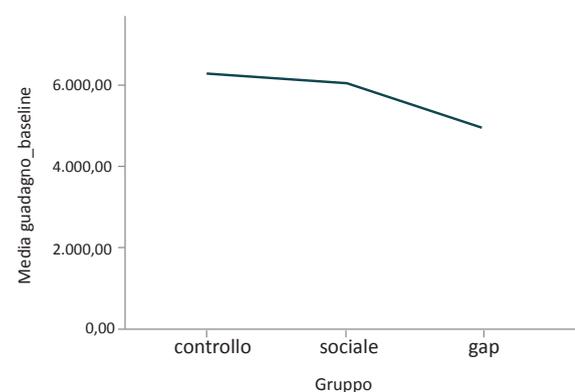
**Fig. 24** Media punteggio BART nel blocco sfortuna



Fonte: elaborazione Bonini et al.

Nella Fig. 24 si può osservare la differenza di guadagno nel blocco sfortuna nei tre gruppi.

**Fig. 25** Media punteggio BART nel blocco baseline



Fonte: elaborazione Bonini et al.

Nella Fig. 25 si può osservare la differenza di guadagno nel blocco baseline nei tre gruppi.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Lo scopo di questo studio era testare l'impulsività nel gioco d'azzardo. I dati forniscono supporto all'ipotesi che i giocatori d'azzardo patologici sono più impulsivi rispetto ai non giocatori e ai giocatori sociali. Infatti, i risultati riportano una differenza di impulsività tra i tre gruppi e una correlazione tra questionari e compiti comportamentali. Il gruppo di giocatori patologici non differisce dagli altri due gruppi per età o scolarità, il che indica che le differenze osservate non sono imputabili a diverse capacità cognitive, come, ad esempio, l'intelligenza o la scolarizzazione. Questi risultati sono compatibili con alcuni studi sull'impulsività (Bechara et al. 1998; Bechara, Damasio, e Damasio 2000; Cavedini et al. 2002; Fellows e Farah 2005; Forbush et al. 2008).

Cavedini e colleghi (2002) hanno riportato punteggi dei giocatori d'azzardo patologici bassi nel compito dell'Iowa Gambling Task (IGT), a dimostrazione del fatto che essi prediligono ricompense immediate. Nello studio qui presentato, come in quello appena citato, è stata osservata una correlazione negativa tra il punteggio dell'impulsività e il punteggio ottenuto nell'IGT. Questo significa che maggiore era l'impulsività del soggetto misurata con il BIS-11, minore è il punteggio ottenuto nell'Iowa Gambling Task. I giocatori più impulsivi tenderebbero a scegliere i mazzi "A" e "B" che, sul lungo periodo, comportano perdite maggiori rispetto ai mazzi "C" e "D". Questo perché il giocatore patologico, più impulsivo del non giocatore e del giocatore sociale, presenta un'impulsività da non pianificazione che non gli consente di pensare al futuro, tendendo a cristallizzarsi sul presente.

In accordo con precedenti studi (Bickel e Marsch 2001; Dixon, Horner, e Guercio 2003; Kirby e Petry 2004) che hanno dimostrato una predilezione per scelte impulsive da parte di giocatori d'azzardo patologici, alcolisti e dipendenti da sostanze, anche in questo caso sembra che il maggior numero di scelte impulsive sia associato alla ricerca di ricompense immediate, piuttosto che alla ricerca di benefici a lungo termine. Il minor punteggio ottenuto all'IGT può

essere letto in quest'ottica. I giocatori patologici scelgono i mazzi "cattivi" per ottenere una ricompensa immediata, piuttosto che i mazzi "buoni" che portano una ricompensa a lungo termine.

È stata trovata anche una correlazione positiva tra impulsività e SOGS. Questo dato supporta l'ipotesi che il giocatore patologico sia più impulsivo. In altri termini, è possibile predire il livello di problematicità al gioco di azzardo di un individuo sulla base del suo livello di impulsività generale. Tanto è maggiore il suo livello di impulsività, tanto maggiore sarà la sua problematicità.

Questi risultati riportano correlazioni tra GAP e impulsività e sono concordi con i dati ottenuti da Barrault e Varescon (2013), che hanno studiato i giocatori di poker online, affermando che l'impulsività discrimina il giocatore patologico, a conferma del fatto che essa sia in effetti un buon predittore del gioco d'azzardo patologico.

Un ulteriore dato ottenuto dall'analisi dei risultati è stato il punteggio medio conseguito dai tre gruppi nel blocco sfortuna del BART.

Innanzitutto si registra una differenza fra i due blocchi: i punteggi della condizione sfortuna sono minori rispetto al blocco baseline. Questo sembra essere dovuto al minor rischio preso dai partecipanti all'esperimento.

Inoltre, i giocatori patologici riportano un punteggio minore in entrambi i blocchi che rispecchia un particolare comportamento di avversione al rischio. Questo sembra essere dovuto al fatto che i giocatori patologici, essendo stati reclutati tramite strutture di cura e quindi in terapia, avevano imparato a rischiare di meno. L'avversione al rischio risulta nel rischiare molto di meno rispetto alla normale propensione. Questo porta di conseguenza ai risultati ottenuti nei due blocchi. Addirittura nel blocco sfortuna, la media dei guadagni del gruppo dei giocatori patologici è ancora più bassa del blocco baseline. Questo risultato è congruente con quello rilevato in un recente studio condotto dal gruppo di ricerca coordinato dal professor Bonini (Giorgetta et al. 2014). Nonostante i giocatori d'azzardo siano impegnati nella risoluzione di compiti decisionali molto diversi da quelli presi in esame in questo studio, si è rilevato che i giocatori d'azzardo patologici hanno mostrato una maggiore avversione alla perdita con conseguente maggiore avversione al rischio rispetto al gruppo di controllo. In particolare, questo effetto è più marcato per i giocatori che sono da più tempo in trattamento psicoterapico.

Riassumendo, l'impulsività aumenta con la gravità della dipendenza e viceversa. Considerando l'impulsività come un tratto della persona e non come uno stato dipendente dal momento, essa può essere considerata una concausa dello sviluppo della patologia. Questo spiegherebbe perché i giocatori d'azzardo patologici spendano somme rilevanti. Molto probabilmente la loro capacità di giudizio, relativa

al pianificare, all'inibire un comando e a pensare alle conseguenze, viene meno a causa di questo tratto che porta a non pensare alle conseguenze del proprio comportamento, all'incapacità di fermare un comportamento autolesionista. Sicuramente l'impulsività è un tratto presente nel giocatore patologico e, come ha dimostrato questo studio, è significativamente maggiore rispetto ai non giocatori. Tuttavia, non tutti i giocatori sono impulsivi, e non tutte le persone impulsive giocano. Può essere considerato come un fattore di rischio.

Meccanismi sociali, psicologici e costitutivi rendono più o meno sensibili i soggetti a sviluppare una dipendenza. Tuttavia, sarebbe opportuno prestare attenzione ai soggetti identificati come giocatori sociali in quanto più a rischio di sviluppare una dipendenza rispetto ai non giocatori. Utilizzando i questionari sull'impulsività BIS-11 e UPPS è possibile eseguire una prima fase di *screening* della popolazione permettendo di identificare i soggetti più impulsivi.

Inoltre, sarebbe interessante svolgere uno studio confrontando giocatori patologici in terapia e giocatori patologici che non seguono alcuna terapia<sup>56</sup>. Un'ulteriore approfondimento si può svolgere con i test comportamentali utilizzati nello studio nei soggetti che riportano punteggi elevati nei questionari. Si otterrebbe così un profilo dell'impulsività dettagliato che consentirebbe di attuare un intervento di prevenzione mirato sull'individuo. Infatti, intervenendo in anticipo sul soggetto a rischio dipendenza, si può tentare di arginare il problema del gioco patologico informando il giocatore del rischio di dipendenza, rinforzando schemi non patologici e dando concrete alternative al gioco.

## 4. LA DOMANDA DI GIOCO IN TRENTINO

Questo capitolo presenta i risultati di tre indagini sul gioco d'azzardo condotte su diversi gruppi di popolazione residenti nella provincia di Trento. Nel primo paragrafo si presentano i risultati di un'indagine CATI condotta su un campione rappresentativo di 500 trentini. Nel secondo paragrafo si presentano i risultati di un'analisi sui giocatori patologici in carico presso i Servizi per le Dipendenze della Provincia autonoma di Trento (Ser.D.). Infine, nel terzo paragrafo si presentano i risultati di un'indagine CAWI condotta su un campione di oltre 1000 studenti delle scuole superiori e degli istituti professionali della provincia di Trento.

### 4.1. Il gioco d'azzardo tra gli adulti del Trentino

#### 4.1.1. Scopo e obiettivi dell'indagine

L'indagine condotta su un campione rappresentativo della popolazione trentina adulta ha lo scopo di rilevare la prevalenza e le caratteristiche del gioco d'azzardo nella popolazione trentina compresa tra i 18 e i 69 anni. Nel dettaglio, lo studio mira a:

1. comprendere la dimensione e le caratteristiche del fenomeno del gioco d'azzardo;
2. conoscere l'incidenza del gioco d'azzardo problematico e patologico sul territorio;
3. descrivere le caratteristiche dei giocatori;
4. valutare l'eventuale compresenza di altri rischi per la salute;
5. testare la conoscenza dei servizi esistenti nell'area trentina.

L'indagine ha sviluppato un modulo pilota che è stato inserito all'interno di una sessione aggiuntiva del sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) della Provincia di Trento, prima in Italia a sperimentare un sistema di raccolta sul fenomeno del gioco d'azzardo patologico anche in prospettiva di un'eventuale estensione del modulo a livello nazionale (Battisti et al. 2015).

#### 4.1.2. Metodologia

##### IL QUESTIONARIO

L'indagine è stata condotta secondo le metodologie già utilizzate per il sistema PASSI (Box 17).

#### Box 17 Il sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia)

Il sistema di monitoraggio PASSI è una sorveglianza della popolazione adulta in sanità pubblica<sup>57</sup> che ha l'obiettivo di stimare la frequenza e l'evoluzione degli stili di vita e dei fattori di rischio per la salute, legati ai comportamenti individuali oltre alla diffusione e conoscenza delle misure di prevenzione<sup>58</sup>.

**I temi indagati** sono: l'abitudine al fumo, il consumo di alcol, l'inattività fisica, l'eccesso ponderale, il consumo di frutta e verdura, il controllo del rischio cardiovascolare, il diabete, l'adesione a programmi di prevenzione individuale (screening oncologici e vaccinazioni), l'adozione di misure di sicurezza per prevenzione degli incidenti stradali, sul lavoro e domestici, lo stato di benessere fisico e psicologico e alcuni aspetti inerenti la qualità della vita connessa alla salute. Nel 2014 hanno partecipato a PASSI 130 su 147 Aziende sanitarie locali italiane, dove risiede circa il 90% della popolazione adulta italiana. Dal 2008 al 2013 sono state raccolte informazioni su più 228.500 persone<sup>59</sup>. Per la provincia di Trento il campione ha rappresentatività provinciale<sup>60</sup>; annualmente sono intervistate circa 650 persone per un totale di 4.006 persone dal 2008 al 2013.

Il questionario, creato *ad hoc*, consta di 15 domande (Appendice 3). Nella prima parte (domande 1-7) si indaga la partecipazione al gioco d'azzardo, i giochi e i luoghi preferiti dai giocatori. Il periodo di riferimento sono gli ultimi tre mesi dalla data dell'intervista. Tale finestra temporale è stata ritenuta soddisfacente poiché in grado di raccogliere informazioni utili sui giocatori ricreazionali e patologici. I quesiti della seconda parte (domande 8-13) permettono di calcolare, sulla base di un punteggio assegnato alle diverse modalità di risposta (Tab. 25), un indice di classificazione dei giocatori (Tab. 26).

Tab. 25 Punteggio assegnato per modalità di risposta

Risposta	Punteggio assegnato
Mai	0
A volte	1
La maggior parte delle volte	2
Quasi sempre	3

**Tab. 26** Indice di classificazione dei giocatori

Categoria	Punteggio
Assenza di rischio <sup>61</sup>	0
A rischio basso	1-2
A rischio moderato	3-7
A rischio elevato	8+

Per la costruzione dell'indice si è fatto riferimento al questionario *Problem Gambling Severity Index* (PGSI) e *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI) ideato Ferris e Wynne (2001) per il *Canadian Centre on Substance Abuse*. Rispetto al PGSI, caratterizzato da nove quesiti, si è deciso di utilizzarne sei per andare incontro a necessità di brevità del questionario. Pertanto, sono stati seguiti tre criteri che hanno portato all'esclusione di tre domande: la tendenza alla sovrapposizione dei quesiti, la genericità del quesito, le domande di carattere prettamente clinico.

A causa di tali modifiche il punteggio massimo raggiungibile è 18 e non 27 come per il PSGI<sup>62</sup>. Nonostante la riduzione dei quesiti si è scelto di mantenere lo stesso punteggio del PGSI in quanto anche rispondendo ad una sola delle sei domande "a volte" si rientra nel gruppo di giocatori con qualche tipo di rischio.

Nella terza parte, la somministrazione delle domande (domande 14-15) ha come scopo quello di comprendere e testare la conoscenza dei servizi sul territorio. In tal modo si è indagato se la popolazione è a conoscenza dei servizi dedicati a questa problematica e quali sono in generale i soggetti con competenze specifiche e/o aspecifiche che la popolazione ritiene adeguati a chiedere aiuto.

## IL CAMPIONE

Il campione indagato è composto da 500 unità selezionate dalle liste dell'anagrafe sanitaria; il campionamento è di tipo casuale stratificato per sesso e per tre fasce d'età (18-34; 35-49; 50-69). Nel caso di rifiuto o di impossibilità di sostenere l'intervista da parte della persona estratta (titolare) è prevista la sua sostituzione con una persona dello stesso sesso e appartenente alla stessa classe d'età.

Il questionario è stato somministrato tramite *Computer Assisted Telephone Interviewing* (CATI) tra marzo e giugno 2014 da intervistatori con esperienze pregresse nella som-

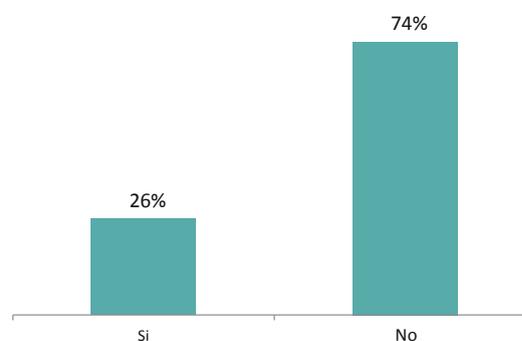
ministrazione di questionari tramite metodo CATI. Gli stessi hanno partecipato ad una giornata di formazione nel corso della quale è stato presentato il progetto Pre.Gio. e sono state spiegate caratteristiche e criticità del questionario affinché la somministrazione risultasse standardizzata e priva di dubbi. La somministrazione del questionario è stata anticipata da un *pretest* avvenuto durante i mesi di dicembre 2013 e gennaio 2014 che ha avuto lo scopo di valutare alcuni aspetti dello strumento, quali la chiarezza espositiva, la complessità e l'aderenza del linguaggio, la formulazione dei quesiti e la tempistica di somministrazione.

### 4.1.3. I risultati dell'indagine

Nel periodo marzo-giugno sono state somministrate 498 interviste (99,6% dell'atteso) con un tasso di risposta dell'88,1% (rifiuto 7,3%, non reperibilità 4,6%).

Tra le persone intervistate il 26% ha dichiarato di aver giocato d'azzardo negli ultimi 3 mesi (Fig. 26), la maggior parte dei rispondenti (74%), al contrario, dichiara di non aver partecipato ad alcuna attività inerente il gioco d'azzardo nel periodo di tempo indicato<sup>63</sup>.

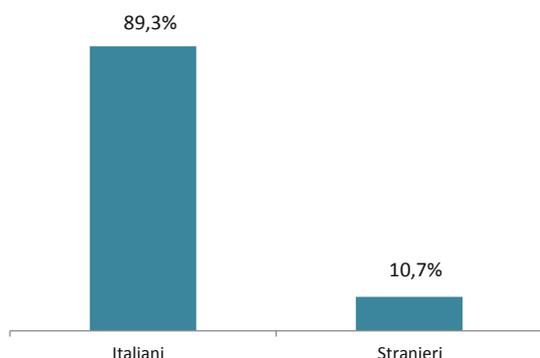
In precedenza, la relazione statistica elaborata dal Ser.D. di Trento su dati IPSAD (2010) ha individuato il Trentino Alto Adige come una regione con percentuali di giocatori inferiori alla media nazionale: il 42% dei trentini dichiarava di aver giocato almeno una volta nella vita contro il 45,2% della popolazione italiana (15-64 anni). Nella fascia d'età 15-34 anni le percentuali di giocatori erano ancora più basse (Trentino Alto Adige 37,8%, Italia 43%).

**Fig. 26** Hai giocato d'azzardo negli ultimi tre mesi? Valori percentuali

Fonte: elaborazione Transcrime

Tra i soggetti che hanno giocato d'azzardo negli ultimi 3 mesi (26%), il 58,3% è rappresentato da uomini mentre il 41,7% da donne. La maggior parte dei giocatori è di nazionalità italiana (89,3%), mentre il 10,7% è rappresentato dagli stranieri (Fig. 27).

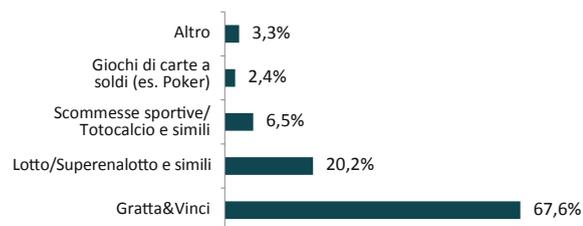
**Fig. 27 Nazionalità dei soggetti che hanno dichiarato di aver giocato d'azzardo negli ultimi 3 mesi. Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

I risultati raccolti forniscono ulteriori informazioni in merito ai luoghi di gioco e ai giochi preferiti. Il Gratta&Vinci è il gioco predominante (67,6%), seguono Lotto e simili (20,2%) e scommesse di carattere sportivo (6,5%) (Fig. 28).

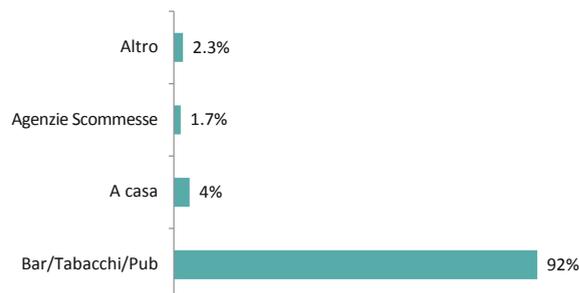
**Fig. 28 Giochi prevalentemente giocati dai soggetti intervistati. Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

Tra le percentuali inerenti i luoghi preferiti dai giocatori (Fig. 29), la voce "bar, tabacchi, pub" presenta la percentuale più alta di risposte (92%). Una minima parte tra i rispondenti conferma di giocare d'azzardo in casa (4%), presso agenzie scommesse (1,7%) o altri luoghi come sale bingo e casinò (2,3%).

**Fig. 29 Luoghi designati come prevalenti nell'attività del gioco d'azzardo. Valori percentuali**

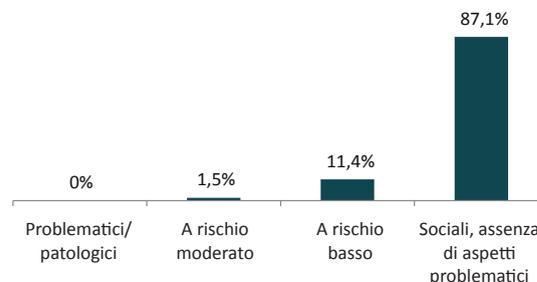


Fonte: elaborazione Transcrime

Tra il 26% dei soggetti che hanno affermato di aver giocato d'azzardo negli ultimi 3 mesi, l'87% gioca in assenza di aspetti problematici, l'11% presenta un rischio basso e l'1,5% un rischio moderato. Nessun giocatore manifesta aspetti patologici (Fig. 30). Con riferimento all'intero campione intervistato, il 3,4% può essere considerato giocatore con un qualche problema, che rapportato all'intera popolazione adulta trentina, sono circa 12.000 persone.

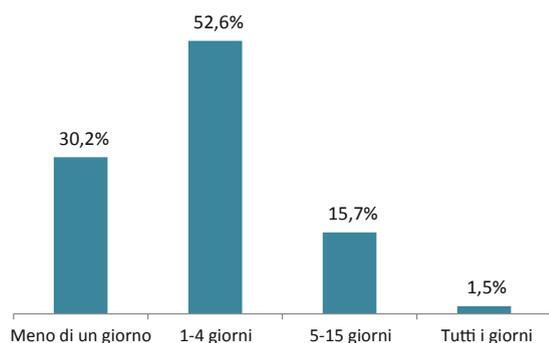
I dati sono generalmente in linea con i dati regionali IPSAD elaborati nella precedente relazione statistica del Ser.D. (2010), che indicava come tra i soggetti che hanno giocato l'89,9% non presenta aspetti problematici nell'attività di gioco. Secondo l'indagine 2014 inoltre, i giocatori con rischio moderato o alto sono in percentuale inferiore rispetto a quella indicata dall'indagine 2010.

**Fig. 30 Punteggi dell'indice del gioco d'azzardo. Valori percentuali**



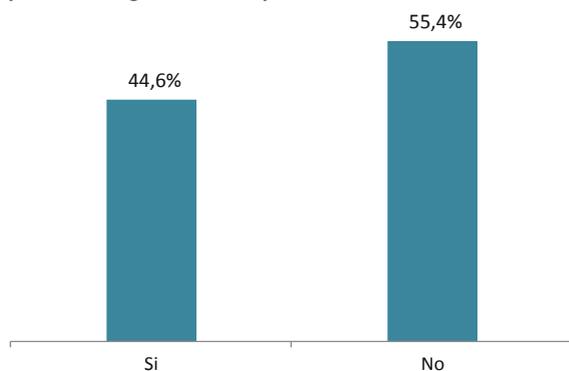
Fonte: elaborazione Transcrime

Le persone intervistate dichiarano di dedicare poco tempo al gioco: tra chi gioca il 30,2% dice di farlo meno di una volta la mese, il 52,6% da una a 4 volte al mese, il 15,7% da 5 a 15 volte al mese e l'1,5% dichiara di giocare tutti i giorni (Fig. 31). Inoltre, quasi tutti dicono di giocare per pochi minuti. L'82,9% dei giocatori dedica per occasione di gioco al massimo 5 minuti, il 12,3% dai 10 ai 15 minuti, il 3,2% e l'1,6% rispettivamente un'ora e più di un'ora.

**Fig. 31 Giorni al mese dedicati al gioco. Valori percentuali**

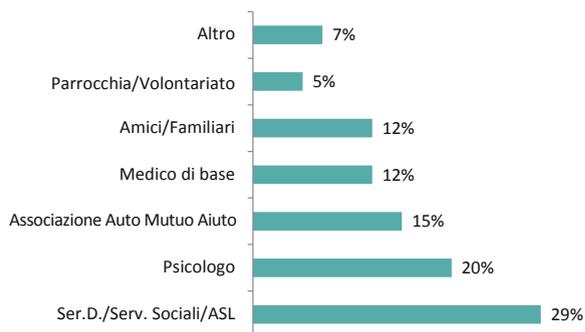
Fonte: elaborazione Transcrime

La terza parte del questionario ha avuto come scopo quello di testare la conoscenza dei servizi messi a disposizione sul territorio per contrastare il fenomeno della ludopatia. Ai soggetti intervistati è stato chiesto se, in caso di necessità, sarebbero stati in grado di trovare supporto ed in caso di risposta positiva, è stato chiesto di specificare a chi si sarebbero rivolti. Il 44,6% del campione intervistato afferma di essere in grado e di conoscere come trovare aiuto, il restante 55,4% non saprebbe dove trovare aiuto e supporto per un soggetto ludopatico (Fig. 32).

**Fig. 32 Saprebbe come trovare aiuto per una persona con problemi di gioco? Valori percentuali**

Fonte: elaborazione Transcrime

Infine, ai soggetti che hanno dichiarato di saper trovare aiuto è stato chiesto di specificare a chi si sarebbero rivolti. In questo modo è stato possibile testare se i servizi messi a disposizione sul territorio sono effettivamente noti alla popolazione.

**Fig. 33 A chi si rivolgerebbe? Valori percentuali**

Fonte: elaborazione Transcrime

La maggior parte dei rispondenti (29%) indica i servizi per la dipendenza, i servizi sociali o l'azienda sanitaria più in generale, come primo strumento utile ed in grado di fornire un aiuto contro il gioco d'azzardo, segue l'aiuto da uno psicologo (20%) e le associazioni di Auto Mutuo Aiuto (15%). Altre opzioni considerate dai soggetti sono il medico di famiglia (12%) e gli amici e i familiari (12%). In particolare, i soggetti che hanno risposto con la voce "Altro" (7%) hanno indicato internet come primo strumento per fornire supporto, mentre altri hanno dichiarato che avrebbero tentato di risolvere il problema affrontando il soggetto interessato in prima persona.

## 4.2. I giocatori patologici in carico al Ser.D.: quali caratteristiche hanno, a cosa giocano, quanto spendono

### 4.2.1. Caratteristiche socio-demografiche

Nel 2013 sono state 116 le persone che si sono rivolte ai Servizi per le Dipendenze dell'Azienda sanitaria della Provincia di Trento (Ser.D.) per problemi legati al gioco d'azzardo patologico.

Si tratta soprattutto di uomini (85%), di età compresa fra i 19 ed i 73 anni. L'età media è di circa 48 anni. Si rileva una maggiore concentrazione di soggetti nelle fasce d'età comprese fra i 44 ed i 64 anni, dato in linea con altri studi nazionali ed internazionali (Tab. 27).

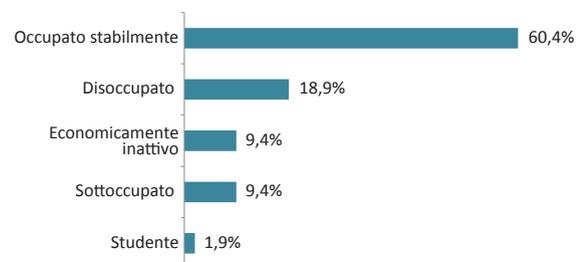
**Tab. 27 Classi d'età dei giocatori in cura presso i Ser.D. della Provincia di Trento. Valori assoluti e percentuali**

Classi d'età	N	%
Meno di 24	4	3,4
25 – 34	21	18,1
35 – 44	26	22,4
44 – 54	22	19,0
55 – 64	31	26,7
Più di 65	12	10,3
<b>Totale</b>	<b>116</b>	<b>100</b>

Fonte: Ser.D.

Relativamente al titolo di studio, quasi la metà (53) dei soggetti è in possesso di un titolo di licenza media inferiore, 20 giocatori hanno conseguito una qualifica professionale e 28 sono in possesso di un diploma di maturità. I restanti si dividono fra chi ha conseguito il titolo elementare e chi, viceversa, è in possesso di una laurea.

**Fig. 34 Stato occupazionale dei giocatori patologici in cura presso i Ser.D. nella Provincia di Trento. Valori percentuali**

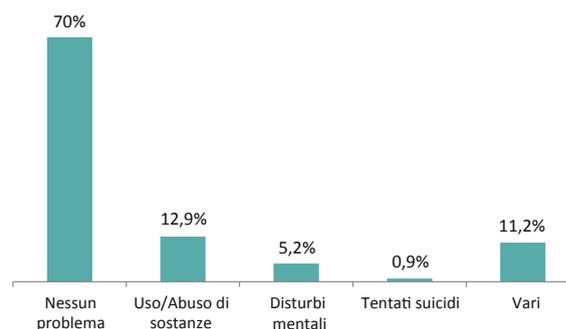


Fonte: Ser.D.

Oltre il 60% di questi utenti risultava stabilmente occupato nel momento in cui si è presentato al Servizio, mentre circa un terzo dichiarava di non lavorare (disoccupati, economicamente inattivi, sottoccupati)<sup>64</sup>. Poco più del 40% dei soggetti è celibe o nubile, altrettanti sono sposati, mentre i restanti risultano separati o divorziati. Oltre la metà di questo gruppo di utenti dichiara di avere figli, nel 50% dei casi minorenni.

Poco meno di un terzo delle persone che si sono recate al Ser.D. portando una richiesta di aiuto per problemi di gioco d'azzardo patologico nel periodo qui considerato proviene da famiglie caratterizzate da disagi e difficoltà di varia natura. Quasi il 13% dei soggetti giunge da famiglie in cui uno o più membri hanno fatto uso di sostanze stupefacenti. Nel 6% dei casi si rileva un background contraddistinto da problematiche connesse a disturbi mentali o a tentati suicidi e per circa l'11% dei soggetti i disagi sono di vario genere.

**Fig. 35 Problemi familiari dei giocatori in cura presso i Ser.D. della Provincia di Trento. Valori percentuali**



Fonte: Ser.D.

#### 4.2.2. Gioco praticato e spese sostenute

Per quanto riguarda il gioco praticato si rileva una netta prevalenza delle slot machine o VLT: il 75% degli utenti dichiara infatti di avere un problema rispetto a questa tipologia di gioco e un ulteriore 6% ha sviluppato una dipendenza in relazione alle slot machine abbinata ad un'altra tipologia di gioco (Lotto, Gratta&Vinci, Bingo, poker online, ecc.). Gli altri soggetti si suddividono fra chi gioca prevalentemente a Gratta&Vinci, Lotto, Superenalotto e simili e chi pratica altre tipologie di gioco che sono state raggruppate sotto l'etichetta "Altro" perché molto eterogenee (giochi online di vario tipo, poker, bingo, scommesse sportive, ecc.).

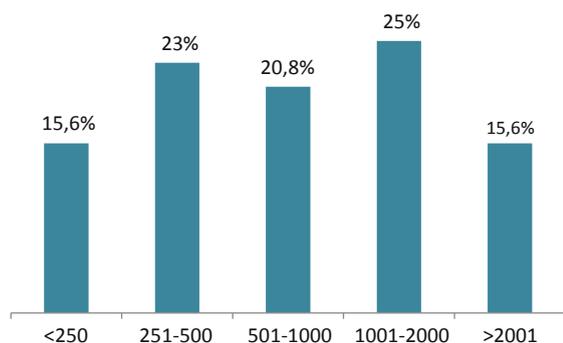
**Tab. 28 Tipologia di gioco praticato dai giocatori in cura presso i Ser.D. della Provincia di Trento. Valori assoluti e percentuali**

Tipologia gioco praticato	N	%
Slot e VLT	87	75,0
Slot e VLT + altro gioco	7	6,0
Gratta&Vinci, Lotto, Superenalotto e simili	8	6,9
Altro	14	12,1
<b>Totale</b>	<b>116</b>	<b>100,0</b>

Fonte: Ser.D.

Il range di spesa mensile dei giocatori in carico presso i Ser.D. è molto ampio e varia da un minimo di 83 euro ad un massimo di 20 mila euro<sup>65</sup>; la media è di 1.635,80 euro. Considerando le spese medie mensili suddivise in fasce, si rileva che il gruppo più numeroso (25%) è composto da persone che spendono fra i 1.000 ed i 2.000 euro, seguiti – in ordine – da coloro che spendono fra i 250 ed i 500 euro, da quelli che ne impiegano fra i 500 ed i 1.000, mentre di pari numerosità risultano i due gruppi più "estremi": chi spende meno di 250 euro mensili e chi ne impegna più di 2.000.

**Fig. 36** Denaro speso in media mensilmente dai giocatori in cura presso i Ser.D. della Provincia di Trento. Valori percentuali



Fonte: Ser.D.

#### Box 18 Slot machine VLT: un gioco praticato molto, da pochi

La prevalenza delle slot machine o VLT come gioco prediletto dai soggetti in cura presso il Ser.D. potrebbe, ad una prima analisi, sembrare in contrasto con il dato rilevato dalle indagini svolte con la popolazione adulta e con gli studenti. Infatti, nessuno degli adulti intervistati e solamente il 2,5% degli studenti ha asserito di scegliere come gioco principale slot machine o VLT. Le scelte relative alle tipologie di gioco predilette da parte della popolazione trentina si orientano soprattutto verso Gratta&Vinci, Lotto, Superenalotto e simili, mentre quelle degli studenti si indirizzano verso Gratta&Vinci e scommesse sportive, Totocalcio e Totip. Eppure, secondo i dati AAMS relativi ai volumi di gioco dell'anno 2013, gli apparecchi da gioco – ossia Newslot, VLT e comma 7 – coprono in Trentino Alto Adige il 77,7% della raccolta complessiva di gioco ed il 66,5% della spesa per giocatore. Sarebbe dunque ragionevole attendersi una percentuale maggiore di soggetti che preferiscono questa tipologia di gioco.

Tuttavia, ciò che qui si intende sostenere, sia con riferimento alla tipologia di gioco prescelta che in relazione alle spese sostenute per la stessa, è che vi sia una percentuale molto ridotta di soggetti che gioca quasi esclusivamente a slot machine e VLT impiegando cifre significative.

Considerando congiuntamente le analisi qui condotte, infatti, pare evidente che il gioco degli apparecchi da intrattenimento coinvolga in modo più marcato coloro che hanno sviluppato una patologia rispetto alla gestione dell'attività di gioco, mentre non rappresenti un passatempo attrattivo per soggetti che giocano in modo sociale. D'altra parte la connessione fra determinate tipologie di gioco e la possibilità di sviluppare una dipendenza da GAP è stata più volte posta in luce in diversi studi.

Analoghe considerazioni possono essere svolte considerando la spesa sostenuta mediamente a livello mensile per giocare d'azzardo. Secondo i dati preliminari Ipsad relativi al 2013/2014, il numero di soggetti di età compresa fra i 15 ed i 64 anni e residenti in Trentino Alto Adige che negli ultimi 12 mesi ha partecipato a giochi d'azzardo sarebbe pari a 262.000 (con una prevalenza del 38,8% sulla popolazione regionale totale). Incrociando questo dato con quello di AAMS relativo alla spesa sostenuta dai giocatori nel corso del 2013 (263 milioni di euro), risulterebbe dunque una spesa media mensile per giocatore pari a 83,60 euro pro-capite. Tuttavia, come posto in luce, la spesa media sostenuta dai giocatori in carico presso i Ser.D. della Provincia di Trento risulta assai maggiore (media: 1.635,80 euro).

Complessivamente, dunque, benché non sia possibile stabilire la quota di giocatori patologici attualmente intercettati dai Servizi per le Dipendenze e di conseguenza non sia possibile neppure determinare il numero di soggetti dipendenti da gioco d'azzardo a partire dal dato relativo ai soggetti in cura, l'ipotesi sostenuta – per cui una percentuale assai ridotta di soggetti giochi quasi esclusivamente a slot machine e VLT impiegando cifre particolarmente elevate – appare valida, rafforzando in tal modo quanto emerso dalle altre indagini condotte con la popolazione e con gli studenti.

Seppur con tutte le cautele del caso, i dati rilevati sembrano confermare che in provincia di Trento il fenomeno del gioco d'azzardo patologico ha una dimensione più contenuta rispetto alle stime presentate a livello nazionale (Serpelloni 2014).

### 4.3. Il gioco d'azzardo tra gli studenti delle scuole superiori del Trentino

Questo paragrafo presenta l'analisi dell'indagine sulle caratteristiche e la prevalenza del gioco d'azzardo tra gli studenti degli istituti superiori trentini. Lo studio ha coinvolto un campione rappresentativo di oltre 1000 studenti di licei, istituti tecnici e centri di formazione professionale ed è stato condotto nei mesi di aprile e maggio 2014. Si tratta del primo studio a livello italiano di questo genere.

#### 4.3.1. Scopo e obiettivi dell'indagine

L'indagine ha lo scopo di rilevare la prevalenza e le caratteristiche del gioco d'azzardo tra gli studenti delle scuole superiori. Nel dettaglio, lo studio mira a:

1. definire il fenomeno del gioco d'azzardo nella popolazione studentesca trentina, individuandone l'incidenza e le caratteristiche;

2. identificare eventuali caratteristiche socio-demografiche, comportamentali e ambientali correlate con l'insorgenza di un comportamento di gioco a rischio o problematico;

3. individuare la prevalenza e le caratteristiche delle situazioni a rischio o problematiche rispetto alla gestione del gioco, anche per porre le basi per possibili azioni di carattere preventivo.

#### 4.3.2. Metodologia

Lo strumento scelto è il questionario, che è stato somministrato agli studenti appartenenti alle classi 2°, 3°, 4° e 5° degli istituti scolastici superiori e dei centri di formazione professionale.

### IL QUESTIONARIO

#### Struttura

Il questionario è composto da 51 domande a risposta chiusa per indagare:

1. le caratteristiche socio-demografiche del rispondente (es. genere, età, composizione familiare, ecc.);
2. la gestione del tempo libero (es. attività preferite e luoghi frequentati) e del denaro (es. i soldi a disposizione e le modalità di spesa);
3. le possibili condotte a rischio messe in atto dal rispondente (es. uso di sostanze stupefacenti o comportamenti devianti)<sup>66</sup>;
4. la presenza di variabili di contesto specifiche e la percezione del gioco d'azzardo. In particolare:
  - a. la familiarità con il gioco d'azzardo (es. se i genitori o gli amici giocano)<sup>67</sup>;
  - b. la percezione del gioco d'azzardo, con domande *ad hoc* che mirano a valutare atteggiamenti e credenze relative al gioco d'azzardo (es. motivi per cui si gioca, età legale per giocare, esistenza di servizi sul territorio, ecc.);
5. la prevalenza e le caratteristiche del gioco d'azzardo praticato (es. giochi praticati, tempo e denaro speso), con un focus specifico sul gioco online e sull'utilizzo di applicazioni e social network<sup>68</sup>;
6. la prevalenza e le caratteristiche di comportamenti a rischio o patologici attraverso l'utilizzo di un indice sul gioco d'azzardo patologico tratto dal *Problem Gambling Severity Index* (PGSI) (Ferris e Wynne 2001)<sup>69</sup>.

#### L'indice sul gioco d'azzardo problematico

L'indice sul gioco d'azzardo problematico utilizzato nell'indagine è stato costruito tenendo conto delle risposte fornite a 6 domande. Queste chiedevano al rispondente se gli era mai capitato di:

1. giocare oltre la propria disponibilità economica;
2. rincorrere le perdite;
3. farsi prestare soldi per giocare;
4. aver avuto problemi familiari, scolastici, di salute, causati dal tempo di gioco;
5. esperire sensi di colpa connessi al gioco;
6. ricevere critiche per il modo di giocare.

Il punteggio è stato assegnato in base alle diverse modalità di risposta (Tab. 29) e ha generato un indice di classificazione dei giocatori (Tab. 30).

**Tab. 29 Punteggio assegnato per modalità di risposta**

Risposta	Punteggio assegnato
Mai	0
A volte	1
La maggior parte delle volte	2
Quasi sempre	3

**Tab. 30 Indice di classificazione dei giocatori**

Categoria	Punteggio
Assenza di rischio	0
A rischio basso	1-2
A rischio moderato	3-7
A rischio elevato	8+

### IL PRETEST

Il questionario è stato testato per valutare la chiarezza espositiva, la complessità e l'aderenza del linguaggio, la formulazione dei quesiti e la tempistica di somministrazione.

Il pretest è stato condotto nel mese di marzo 2014 su quattro classi selezionate in base agli indirizzi di studio (licei, istituti tecnici, C.F.P.) e all'anno di frequenza (2°, 3°, 4°, 5°) (Tab. 31). Sulla base delle osservazioni degli studenti, il questionario è stato abbreviato e sono state eliminate alcune domande ridondanti.

**Tab. 31 Istituti e classi selezionati per il pretest**

Istituto	Classe	N studenti
Liceo Scientifico "L. Da Vinci", Trento	4° SI	18
Istituto Tecnico Tecnologico "G. Marconi", Rovereto	5° B scientifico-tecnologico	20
Centro di Formazione Professionale Enaip, Ossana	3° B operatore cucina	16
Istituto di Formazione Professionale Alberghiero, Levico	2° C gastronomia e arte bianca	25

#### MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE

Il questionario è stato autosomministrato in formato CAWI (*Computer Assisted Web Interviewing*). Ciascun intervistato ha letto le domande e ha risposto autonomamente. Per facilitare la compilazione, un ricercatore ha guidato gli studenti nella somministrazione, leggendo le domande ad alta voce e rendendosi disponibile per rispondere ad eventuali dubbi o fornire chiarimenti. Queste modalità hanno permesso di garantire l'anonimato del rispondente riducendo il rischio di non comprensione delle domande. La somministrazione ha impegnato i ricercatori nei mesi di aprile e maggio 2014.

#### IL CAMPIONE

##### La scelta delle scuole e delle classi

Il questionario è stato somministrato ad un campione di studenti appartenenti alle classi 2°, 3°, 4° e 5° di cinque licei e cinque istituti tecnici e alle classi 2°, 3° e 4° di cinque centri di formazione professionale. Ai fini dell'indagine è stato selezionato un campione di 1200 studenti (Tab. 32). Le 15 scuole sono state selezionate dalle liste fornite dal Dipartimento della Conoscenza della Provincia autonoma di Trento mediante un campionamento non probabilistico, a scelta ragionata. Questa modalità ha inteso garantire la rappresentatività per indirizzo scolastico e Comunità di Valle.

Per ogni istituto, infine, sono state selezionate alcune classi che rispecchiassero le tipologie di indirizzo presenti all'interno di licei (es. classico, scientifico, scienze sociali, ecc.), istituti tecnici (es. ragioneria, geometra, tecnologico, ecc.) e centri di formazione professionale (es. settore industria e artigianato, settore dei servizi).

In data 25 febbraio 2014 presso il Dipartimento della Conoscenza i ricercatori hanno incontrato i dirigenti delle scuole selezionate per presentare lo studio e raccogliere le adesioni. In seguito, è stata inviata una lettera di presentazione del progetto ad ogni istituto. La lettera di presentazione è stata corredata di una *checklist* che aveva lo scopo di: a) individuare il docente di riferimento, b) verificare l'esistenza delle classi selezionate, c) rilevare il numero di studenti, di maschi e femmine, la presenza di studenti con disturbi specifici dell'apprendimento o portatori di handicap fisici/cognitivi e di altre situazione che avrebbero potuto aumentare la complessità della compilazione del questionario da parte degli studenti, d) verificare l'esistenza di un'aula informatica, del collegamento ad internet, di un proiettore e di possibili interventi di manutenzione nei mesi della somministrazione.

Tutti gli istituti selezionati hanno dato il consenso alla ricerca.

Tab. 32 Istituti e classi selezionati per tipologia di scuola, comune di ubicazione, indirizzo scolastico e numero di studenti

Tipologia di scuola	Istituti	Corso di studi	Classe	N studenti	N studenti presenti alla somministrazione
Licei	Liceo "L. Da Vinci", Trento	Sezione scientifica	2° C	24	22
			3° G	24	21
			4° A	22	24
			5° E	25	19
	Liceo "A. Rosmini", Trento	Liceo delle scienze umane e sociali	2° UF	21	21
			3° UE	23	21
			4° UA	24	21
	Liceo "A. Rosmini", Rovereto	Liceo linguistico	2° BL	17	16
			3° AL	19	19
	Liceo "A. Rosmini", Rovereto	Licei linguistico – Progetto pilota	4° AL	23	22
			5° AL	21	19
	Liceo "A. Maffei", Riva del Garda	Sezione classica	2° A	21	20
			3° A	19	18
			4° A	18	17
			5° A	16	15
	Liceo Scuola Ladina di Fassa, Pozza di Fassa	Biennio liceo artistico	2° LAA	18	15
Design		3° LAD	14	12	
Indirizzo arti figurative		4° LAFB	13	11	
Arte e restauro delle opere lignee – Mich.2		5° LR	11	9	
Istituti tecnici	Istituto Tecnico Tecnologico "G. Marconi", Rovereto	Biennio settore tecnologico	2° BS	23	22
		Meccanica e mecatronica	3° AM	14	14
		Automazione	4° AEa	25	24
		Informatica "ABACUS"	5° B	19	16
	Istituto di Istruzione "M. Curie", Pergine Valsugana	Biennio settore economico	2° AEC	21	19
		Informatica	3° AIN	23	17
		Amministrazione, finanza e marketing	4° AFM	18	17
		Programmatori "mercurio"	5° AMC	16	16

Tipologia di scuola	Istituti	Corso di studi	Classe	N studenti	N studenti presenti alla somministrazione
Istituti tecnici	Istituto di Istruzione "M. Martini", Mezzolombardo	Biennio settore tecnologico	2° ITTA	17	16
		Amministrazione, finanza e marketing	3° AFMA	14	14
		Sistemi informativi aziendali	4° SIAA	15	14
		Tecnico gestione az. – lingua straniera	5° AZA	19	16
	Istituto Tecnico Economico E Tecnologico "C.A. Pilati", Cles	Biennio settore economico	2° B	20	20
		Costruzioni, ambiente e territorio	3° A	16	12
		Amministrazione, finanza e marketing	4° A	15	12
		Ragioneria	5° B	17	15
	Istituto di Istruzione "L. Guetti", Tione di Trento	Biennio settore economico	2° ECA	20	18
		Costruzioni, ambiente e territorio	3° CTA	18	10
		Amministrazione, finanza e marketing	4° FM	19	18
		Giuridico, economico, aziendale "IGEA"	5° RIA	20	15
C.F.P.	Istituto di Formazione Professionale "S. Pertini", Trento	S. Ind./Art. – Biennio legno	2° C	20	19
		S. Ind./Art. – Operatore del legno	3° A	21	19
			3° B	22	21
		S. Ind./Art. – Tecnico del legno	4° A	20	19
	S. Serv. – Acconciatore	3° B	25	21	
	Istituto Formazione Professionale Alberghiero, Levico Terme	S. Serv. – Gastronomia e arte bianca	2° B	25	24
		S. Serv. – Operatore servizi sala bar	3° D	17	14
		S. Serv. – Operatore di cucina	3° C	20	16
		S. Serv. – Tecnico servizi di sala bar	4° B	19	16
		S. Serv. – Tecnico cucina e ristoraz.	4° A	20	16

Tipologia di scuola	Istituti	Corso di studi	Classe	N studenti	N studenti presenti alla somministrazione
C.F.P.	Centro Formazione Professionale Enaip, Primiero	S. Ind./Art. – Meccanica	2° A	6	5
		S. Ind./Art. – Operatore meccanico	3° A	6	4
		S. Serv. – Operatore servizi di cucina	3° A	17	14
		S. Serv. – Operatore servizi sala bar	3° A	12	11
	Centro Formazione Professionale Enaip, Tesero	S. Ind./Art. – Biennio legno	2° LA	16	16
		S. Ind./Art. – Operatore del legno	3° LA	19	19
		S. Ind./Art. – Tecnico del legno	4° LA	13	13
		S. Serv. – Operatore servizi di cucina	3° A	15	12
		S. Serv. – Tecnico cucina e ristoraz.	4° A	17	15
	Centro Formazione Professionale Enaip, Ossana	S. Serv. – Gastronomia e arte bianca	2° A	21	20
		S. Serv. – Operatore servizi di cucina	3° A	14	11
		S. Serv. – Operatore servizi sala bar	3° A	16	15
		S. Serv. – Tecnico servizi di sala bar	4° A	6	5
		S. Serv. – Tecnico cucina e ristoraz.	4° A	14	13

### Il campione finale e la modalità di pesatura

Il numero effettivo di questionari somministrati è stato di 1040<sup>70</sup>. In particolare, sono stati raggiunti 574 maschi (55,2%) e 466 femmine (44,8%), per un totale di 358 studenti di liceo (34,4%), 324 studenti di istituti tecnici (31,2%) e 358 studenti di centri professionali (34,4%).

Le risposte sono state pesate per ottenere risultati rappresentativi della popolazione studentesca trentina<sup>71</sup>. I coefficienti di pesatura sono stati calcolati sulla base del sesso e dell'indirizzo di studio dello studente (Tab. 33).

**Tab. 33** Pesi calcolati per indirizzo di studio e genere degli studenti

Indirizzo di studio	Genere dello studente	Campione	Popolazione	Peso
Liceo	Maschio	105	3.178	30,27
	Femmina	253	6.069	23,99
Istituto tecnico	Maschio	197	4.799	24,36
	Femmine	127	2.959	23,30
Centro di formazione professionale	Maschio	272	2.663	9,79
	Femmina	86	1.797	20,90

### Studenti e iniziative di prevenzione: quale efficacia?

I ricercatori hanno somministrato il questionario anche a un gruppo di 124 studenti che nel corso dell'anno scolastico 2012/2013 avevano seguito percorsi formativi e informativi e progetti di prevenzione del gioco d'azzardo problematico e patologico<sup>72</sup> (es. visite a mostre dedicate al tema, creazione di video e manifesti, ecc.). L'obiettivo era comprendere se e come la partecipazione a queste iniziative avesse prodotto un cambio di atteggiamenti e comportamenti degli studenti in relazione al gioco d'azzardo. I progetti di prevenzione primaria del gioco d'azzardo problematico, cui ha preso parte il gruppo di studenti qui in esame, sono stati attivati all'interno di 5 istituti di Istruzione di secondo grado del Trentino e sono stati strutturati intorno ad iniziative e attività differenziate che hanno coperto un numero di ore sempre superiore alle 10 (in tre

casi superiore alle 20). Le azioni progettuali attivate in tali istituti scolastici hanno avuto una comune articolazione intorno a:

- incontri informativi sul gioco, il gioco d'azzardo sociale e il gioco d'azzardo patologico;
- incontri di formazione e sensibilizzazione sugli aspetti matematici, probabilistici e sulle credenze errate intorno al gioco d'azzardo;
- attività di elaborazione, da parte degli studenti, di prodotti (video, cd musicali, manifesti) sul gioco d'azzardo, con la guida di un tutor adulto.

La somministrazione ha impegnato i ricercatori nei mesi di aprile e maggio 2014 (Tab. 34).

**Tab. 34 Istituti e classi selezionate e impegnate in percorsi preventivi sul G.A.P. nell'a.s. 2012/13**

Istituto	Classe	N studenti presenti alla somministrazione
Istituto di Istruzione Superiore "Don Milani" Rovereto	4° A turismo	7
	4° B turismo	14
	4° D turismo	14
Istituto Tecnico Tecnologico "G. Marconi" Rovereto	ex 2° D	10
Istituto di Istruzione "M. Martini" Mezzolombardo	3° LSA + LOS	13
Istituto d'Arte "Fortunato Depero" Rovereto	5° A grafica	7
	5° C grafica	7
Istituto Tecnico Economico e Tecnologico "C. A. Pilati" Cles	4° A turismo	16
	4° C amm., finanza, marketing	17
	5° C giuridico, ec. az. "Igea"	17

Fonte: elaborazione Transcrime

### 4.3.3. I risultati dell'indagine

#### CARATTERISTICHE SOCIO-DEMOGRAFICHE

La popolazione studentesca degli istituti superiori in provincia di Trento nell'anno scolastico 2013/2014 è equamente ripartita tra maschi (49,6%) e femmine (50,4%). Gli studenti stranieri sono pari al 10,9%.

La maggior parte degli studenti frequenta il liceo (43,1%), seguita da istituti ad indirizzo tecnico (36,1%) e da centri di formazione professionale (20,8%). I maschi sembrano preferire indirizzi tecnici (45,1%), mentre le

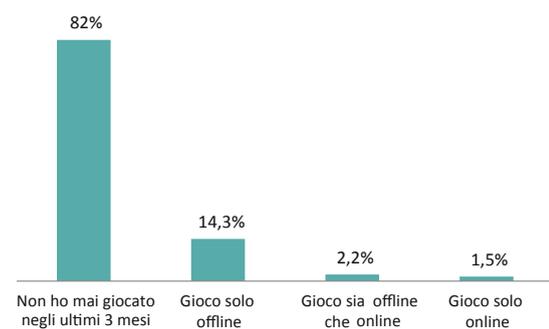
femmine frequentano prevalentemente il liceo (56,1%). La maggior parte degli studenti stranieri è iscritta a corsi tecnici (51,4%) o professionalizzanti (28%), mentre gli studenti italiani frequentano prevalentemente il liceo (45,8%).

La maggior parte degli studenti vive con entrambi i genitori (85%). Il livello di istruzione prevalente dei genitori è la licenza media o un titolo inferiore per i padri (36%) e il diploma per le madri (35,2%). Il 94,2% degli studenti ha entrambi i genitori che lavorano. Seguono coloro che vivono in famiglie monoreddito (5,8%). Non vi sono casi di studenti con entrambi i genitori disoccupati.

## DIMENSIONI E CARATTERISTICHE DEL GIOCO D'AZZARDO PRATICATO

Il 18% degli studenti ha giocato d'azzardo offline o online negli ultimi tre mesi. In particolare, il 14,3% ha giocato solo offline, l'1,5% solo online e il 2,2% ha giocato sia online sia offline. L'82% dei ragazzi dichiara di non aver mai giocato negli ultimi tre mesi.

**Fig. 37 Hai giocato d'azzardo negli ultimi tre mesi? Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

I ragazzi sono più propensi delle compagne a cimentarsi nel gioco d'azzardo, infatti, il 27% dei maschi dichiara di aver giocato negli ultimi 3 mesi, contro il 9,3% delle ragazze.

**Tab. 35. Negli ultimi tre mesi hai giocato d'azzardo online e/o offline? Confronto rispetto alla variabile di genere. Valori percentuali**

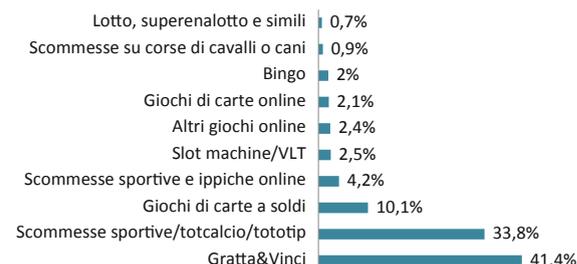
	Mai	Offline	Online	Entrambi
<b>Maschi</b>	73,0%	20,9%	2,2%	3,9%
<b>Femmine</b>	90,7%	7,9%	0,8%	0,6%
<b>Totale</b>	<b>82,0%</b>	<b>14,0%</b>	<b>1,5%</b>	<b>2,2%</b>

Fonte: elaborazione Transcrime

Per ciò che concerne l'età, gli studenti più grandi sembrano avere più spesso occasione di giocare d'azzardo rispetto ai compagni più giovani: il 23% dei diciottenni ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 3 mesi, contro il 17,4% dei sedicenni e nessuno dei quattordicenni. Non vi sono invece differenze significative relative alla cittadinanza.

Tra coloro che hanno giocato d'azzardo negli ultimi tre mesi, il 41,4% indica come gioco preferito il Gratta&Vinci, seguito dalle scommesse sportive, dal Totocalcio o Totip (33,8%) e dai giochi di carte a soldi (10,1%). Le altre tipologie di gioco sono inferiori al 5% (Fig. 38).

**Fig. 38 A quale gioco giochi di più? Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

Si noti che i Gratta&Vinci sono il gioco preferito dalle ragazze (77,5%), seguono i giochi di carte a soldi (12,5%) e le scommesse sportive (5,3%). I ragazzi hanno preferenze più eterogenee: il 44,2% sceglie le scommesse sportive, il Totocalcio e il Totip, il 28,2% predilige il Gratta&Vinci e il 9,2% i giochi di carte a soldi<sup>73</sup>.

La predilezione per il gioco offline, fra coloro che dichiarano di aver giocato d'azzardo nell'ultimo trimestre, è confermata anche dall'analisi del luogo in cui l'attività è praticata; più della metà degli studenti (55,5%), infatti, gioca al bar, al pub o ai tabacchi, seguono coloro che giocano a casa (21,2%) e presso le agenzie di scommesse (13,3%). Si osserva la tendenza a praticare l'attività in un solo posto, tuttavia i ragazzi sono molto più propensi delle compagne a praticare più giochi e in più luoghi.

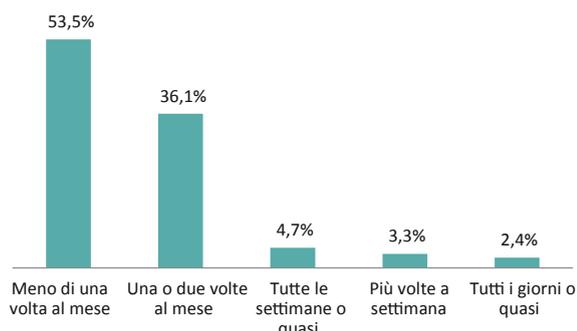
Tra gli studenti giocatori, oltre il 60% è solito giocare con gli amici, il 33% gioca con genitori o parenti e il 25,5% preferisce giocare da solo.

## IL GIOCO OFFLINE

Gli studenti trentini che nell'ultimo trimestre hanno giocato d'azzardo hanno scelto nella stragrande maggioranza dei casi il gioco offline, mostrando di gradire soprattutto Gratta&Vinci, scommesse sportive e giochi di carte a soldi. Questo paragrafo analizza la frequenza di gioco, il tempo dedicato e il denaro speso.

Per ciò che concerne la frequenza, si rileva che oltre la metà degli studenti (53,5%) dichiara di aver giocato offline meno di una volta al mese, seguono coloro che hanno giocato al massimo due volte al mese (36,1%); il restante 10,4% si divide fra chi ha giocato tutte le settimane o quasi (4,7%), più volte a settimana (3,3%) o tutti i giorni o quasi (2,4%). Non si rileva, quindi, una frequenza assidua: i giovani trentini che giocano lo fanno in modo limitato. Non va trascurato, tuttavia, che una ridotta quota di studenti dichiara di giocare più volte a settimana. Questo dato manifesta un'abitudine e una vicinanza quotidiana con l'azzardo, tuttavia non identifica di per sé un gruppo di giocatori "a rischio".

**Fig. 39 Negli ultimi tre mesi con che frequenza hai giocato offline? Valori percentuali**

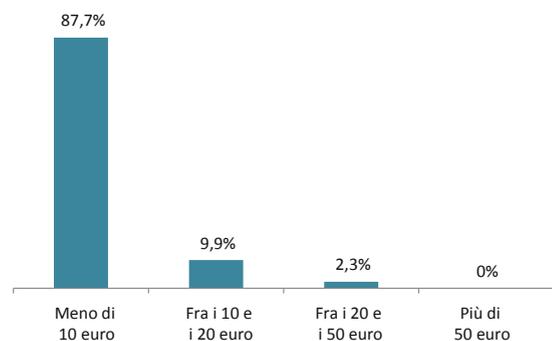


Fonte: elaborazione Transcrime

Rispetto al tempo impiegato, oltre l'80% dei giovani dedica meno di mezz'ora in media all'attività di gioco; il 5,7% gioca per un tempo compreso fra mezz'ora e un'ora, il 7,8% riserva fra una e due ore all'attività ludica ed infine il 2,7% spende più di due ore per ogni occasione di gioco. Il tempo dedicato all'attività risulta significativamente legato al tipo di gioco praticato: coloro che dichiarano tempi maggiori giocano soprattutto a giochi di carte e bingo. Inoltre, sembra che coloro che dedicano tempi più lunghi al gioco lo facciano con una frequenza alquanto limitata, ad esempio, chi ha dichiarato di giocare per più di due ore ha anche asserito di farlo meno di una volta al mese (52,7%) o una o due volte al mese (47,3%). Si tratta di un dato importante poiché le due variabili sembrano, in un certo senso, "ridimensionarsi vicendevolmente" rispetto alla quantità di tempo dedicata all'azzardo: chi gioca spesso lo fa tendenzialmente per tempi brevi, mentre chi gioca per tempi lunghi lo fa raramente.

Infine, considerando quanto denaro è impiegato in media per occasione di gioco si rileva come la stragrande maggioranza degli studenti (87,8%) spenda meno di 10 euro, poco meno del 10% spende una cifra compresa fra i 10 ed i 20 euro, e il 2,3% dichiara di spendere fra i 20 ed i 50 euro. Nessuno studente dichiara di spendere più di 50 euro per occasione di gioco.

**Fig. 40 Solitamente, quando giochi, quanti soldi spendi in media per volta (gioco offline)? Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

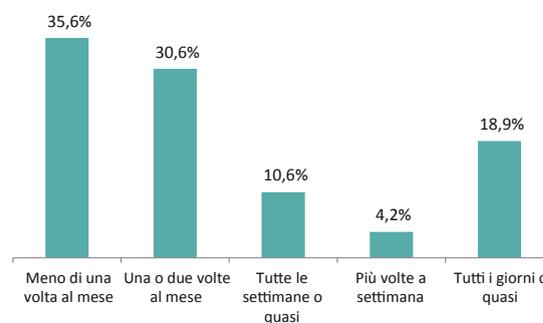
Non si colgono differenze significative fra le cifre impiegate per giocare da ragazzi e ragazze o da studenti di diverse età. Relazioni significative emergono invece considerando quali sono i giochi preferiti ed i tempi solitamente dedicati all'azzardo da chi spende cifre elevate<sup>74</sup>. Dunque, se i giovani trentini che giocano offline lo fanno in circa il 90% dei casi al massimo due volte al mese, dedicando meno di mezz'ora all'attività e spendendo non più di 10 euro, vi è un gruppo – numericamente molto ridotto – che gioca soprattutto a carte impiegando cifre e tempi considerevoli.

## IL GIOCO ONLINE

Nonostante la molta attenzione dedicata in recenti studi al gioco online (Derevensky e Gupta 2007; Williams e Wood 2007; Griffiths e Barnes 2008; Monaghan e Wood 2010), questa modalità riguarda un numero ridotto di studenti, che, nel caso in cui giochino, sembrano preferire la modalità *live*. Gli studenti che dichiarano di giocare online sono, infatti, il 3,7% del totale (l'1,5% gioca solo online e il 2,2% afferma di giocare sia online che offline). I giochi praticati da questi ragazzi sul web sono soprattutto giochi di carte, giochi da casinò e scommesse sportive.

Questo gruppo ristretto di studenti sembra giocare in modo diverso dai compagni che praticano il gioco offline. In primo luogo giocano con una frequenza maggiore: il 35,6% gioca, infatti, meno di una volta al mese, il 30,6% una o due volte al mese, il 10,6% tutte le settimane o quasi, il 4,2% più volte a settimana, ma, in particolare, il 18,9% dichiara di giocare tutti i giorni o quasi.

**Fig. 41 Negli ultimi tre mesi con che frequenza hai giocato online? Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

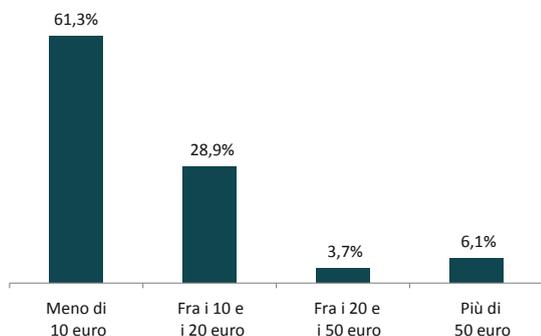
Parimenti, il tempo dedicato al gioco online è maggiore. Per ogni occasione di gioco, quasi la metà degli studenti impiega tempi superiori alla mezz'ora. In particolare, il 9,0% impiega un tempo compreso fra la mezz'ora e l'ora, il 26,9% dedica a questa attività fra l'una e le due ore e l'11,1% si intrattiene per più di due ore. Contrariamente a quanto rilevato in precedenza, tendenzialmente chi pratica l'attività più spesso lo fa anche per tempi più lunghi. Ad esempio, chi gioca tutti i giorni o quasi lo fa nel 32,2% dei casi per una o

due ore e nel 67,1% dei casi per più di due ore. Questo dato potrebbe essere spiegato dal fatto che il gioco online:

1. può essere praticato gratuitamente o spendendo cifre inferiori al gioco offline;
2. offre una soglia di accessibilità particolarmente bassa, poiché non richiede un tempo ed uno spazio "specifici" e "dedicati"<sup>75</sup>;
3. può essere positivamente correlato al rischio di perdere la cognizione del tempo (Shapira et al. 2003; K. S. Young 2000).

Un ultimo aspetto da considerare riguarda il denaro impiegato. Benché il gioco online permetta di spendere cifre ridotte rispetto al gioco offline, si osserva una propensione alla spesa maggiore. Il 61,3% degli intervistati dichiara di spendere meno di 10 euro per occasione di gioco, il 28,9% spende mediamente cifre comprese fra i 10 ed i 20 euro, il 3,7% dedica all'attività di gioco fra i 20 ed i 50 euro ed infine il 6,1% afferma di spendere più di 50 euro per ogni occasione di gioco<sup>76</sup>.

**Fig. 42 Solitamente, quando giochi, quanti soldi spendi in media per volta (gioco online)? Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

Gli studenti che spendono cifre più elevate (superiori ai 20 euro) sono tutti maggiorenni, esclusivamente maschi e, ad ampia maggioranza, ritengono insufficiente il denaro a propria disposizione, anche se possono far conto su possibilità economiche medie settimanali molto diverse (da un minimo di 10 euro ad un massimo di oltre 160 euro).

Anche a fronte delle cifre che gli studenti dichiarano di spendere per giocare online, un'ulteriore considerazione riguarda le modalità con cui sono effettuati i pagamenti. Il 30% circa degli studenti ha dichiarato di utilizzare come metodo di pagamento la propria carta ricaricabile (24%) o carta di credito (6,8%), il 6,4% ha fatto riferimento invece alla carte di credito di un amico e il 2,6% alla ricaricabile dei genitori. Inoltre, il 21,7% ha dichiarato di giocare gratuitamente utilizzando crediti e bonus e il 15% ha sostenuto di giocare gratuitamente utilizzando le applicazioni di Facebook<sup>77</sup>.

Infine, sembra d'interesse considerare i motivi per cui i ragazzi giocano d'azzardo online. Come è possibile notare (Fig. 43) la maggior parte degli studenti dichiara di giocare online per allenarsi e migliorare le proprie tecniche di gioco (27,6%). Seguono coloro che lo fanno perché "è più comodo" del gioco offline (23,5%), perché "è più veloce" (17,9%), perché offre la possibilità di giocare 24 ore al giorno (16,6%), perché non ci sono restrizioni relative all'età (8,6%), perché offre maggiori garanzie di anonimato ed è più economico (entrambe 6,8%) ed infine perché aiuta a socializzare con persone sconosciute (3,0%)<sup>78</sup>.

**Fig. 43 Per quali motivi giochi online? Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

## IL GIOCO ONLINE GRATUITO E L'UTILIZZO DEI NUOVI MEDIA

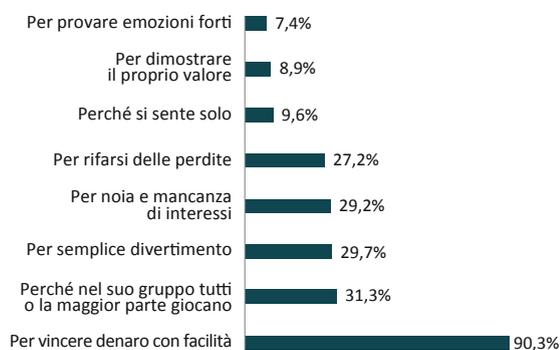
Una parte del questionario era dedicata ad indagare le abitudini dei giovani trentini rispetto al gioco d'azzardo gratuito online e all'utilizzo di applicazioni su cellulare, smartphone, tablet e Social Network. Il 10,3% degli studenti ha dichiarato di aver scaricato ed utilizzato applicazioni per giocare a questi giochi offline o online e il 9,4% ha asserito di aver giocato, nel corso degli ultimi tre mesi, a giochi d'azzardo sui social network. Si noti che i due gruppi (chi ha scaricato app e chi ha giocato sui social network) solo in parte si sovrappongono. Infatti, oltre la metà di chi dichiara di aver scaricato applicazioni per giocare sostiene di non aver praticato questo genere di giochi sui social network. Complessivamente, i giovani che hanno giocato d'azzardo in una e/o nell'altra modalità rappresentano il 14,8% del totale. È interessante rilevare che il gioco praticato attraverso questi canali non sembra essere relazionato alla possibilità di giocare realmente d'azzardo online o offline. Tra coloro che giocano gratuitamente utilizzando applicazioni o social network, infatti, il 61,8% dichiara di non aver mai giocato d'azzardo spendendo denaro, il 28% dichiara di aver giocato offline, il 4,4% asserisce di aver giocato online ed infine il 5,8% ha giocato sia online che offline.

## ATTEGGIAMENTO VERSO IL GIOCO D'AZZARDO

Nel questionario proposto agli studenti si è scelto di inserire una parte – precedente alle domande relative alle abitudini personali di gioco – in cui si domandava per quale motivo, a loro avviso, un ragazzo della loro età decidesse di giocare d'azzardo e, specularmente, per quale motivo invece un ragazzo decidesse di non giocare d'azzardo. Anche in questo caso gli intervistati potevano selezionare più risposte fra quelle proposte.

Rispetto al perché un giovane decida di cimentarsi in questa attività, gli studenti trentini hanno fatto in primo luogo riferimento alla speranza di “vincere denaro con facilità” (90,3%), secondariamente, hanno posto attenzione alla pressione del gruppo dei pari e alla necessità di uniformarsi allo stesso (31,3%). Rilevanza è stata attribuita anche al “semplice divertimento” (29,7%), alla “noia e mancanza di interessi” (29,2%) e alla necessità di “rifarsi delle perdite” (27,2%). Risulta dunque evidente come l'aspetto legato alla vincita sia assolutamente preponderante, mentre sembrano di scarso rilievo per la maggioranza dei ragazzi aspetti legati all'audacia, alla dimostrazione del proprio valore (8,9%) e all'esperire forti emozioni attraverso il gioco (7,4%). Eccezion fatta per la risposta relativa al “semplice divertimento” – che certamente conquista un punteggio rilevante e che palesa un aspetto del gioco d'azzardo innegabile – risulta interessante constatare come le altre risposte fornite dagli studenti trentini rivelino una certa riprovazione per il gioco d'azzardo: si gioca perché spinti da altri, perché non si sa cosa fare o addirittura per recuperare quanto perso.

**Fig. 44 Secondo te, perché un ragazzo della tua età gioca a giochi d'azzardo? Valori percentuali<sup>79</sup>**



Fonte: elaborazione Transcrime

**Fig. 45 Secondo te, perché un ragazzo della tua età non gioca a giochi d'azzardo? Valori percentuali<sup>80</sup>**



Fonte: elaborazione Transcrime

Considerando la domanda inversa, si rileva che, secondo la maggior parte degli intervistati, i ragazzi non giocano d'azzardo perché non hanno “interesse ad impiegare così il proprio tempo e denaro” (80,0%), “perché alla fine si perde sempre” (62,0%), “perché non è divertente” (25,0%), perché si ha “paura di giocare troppo” (21,4%) e “perché costa troppo” (20,2%). È evidente come, anche considerando questo secondo gruppo di risposte, i ragazzi palesino una sorta di disapprovazione e critica per questa attività che non è produttiva, può portare a conseguenze negative e illude chi la pratica. È interessante notare come il giudizio negativo su questa attività sia più forte fra coloro che non giocano. Ad esempio, i ragazzi che giocano asseriscono che lo si fa “per semplice divertimento” nel 46,5% dei casi contro il 26% di chi non gioca, mentre sostengono si giochi per noia nel 17,4% dei casi contro il 31,7% di chi non pratica questa attività. Inoltre, i ragazzi che praticano l'attività di gioco palesano una preoccupazione, maggiore dei compagni che non lo fanno, rispetto alla possibilità di giocare troppo (31,1% fra chi gioca, 19,3% fra chi non gioca) e sono più attenti alla “sfortuna”: non si gioca perché ci si sente sfortunati secondo il 19,2% di chi gioca, contro l'8,0% di chi invece non lo fa.

## CREDENZE E INFORMAZIONI RELATIVE AL GIOCO D'AZZARDO

L'ultima parte del questionario ha indagato le conoscenze dei ragazzi su vari aspetti del fenomeno del gioco d'azzardo. Questi sono stati invitati a dichiarare se, secondo loro, determinate affermazioni fossero vere o false (Tab. 36). Complessivamente, le conoscenze dei ragazzi rispetto al gioco d'azzardo – alla casualità che lo caratterizza in modo prevalente, al divieto di giocare per i minorenni, alla possibilità di sviluppare una dipendenza da questo tipo di comportamento e anche in relazione ai Servizi che nel territorio si occupano di questa problematica – sono piuttosto buone.

Quasi un terzo degli studenti ha risposto correttamente a tutte le domande. Un altro terzo ha sbagliato solo una risposta, poco più del 20% ha risposto correttamente a sei quesiti e i rimanenti hanno commesso tre o più errori. Non si riscontrano differenze significative di genere o età, ma alcune lievi differenze si rilevano suddividendo i ragazzi in

base alla tipologia di istituto. I ragazzi dei centri di formazione professionale mostrano, infatti, una conoscenza del fenomeno leggermente inferiore rispetto ai compagni dei licei e degli istituti tecnici. Non ci sono invece differenze fra giocatori e non giocatori<sup>81</sup>.

**Tab. 36 Secondo te le seguenti affermazioni sono vere o false? Valori percentuali**

Quesito	Vero	Falso
Il gioco d'azzardo è vietato ai minori di 18 anni	96,1	3,9
Nel gioco d'azzardo conta molto l'abilità: più ti alleni e più vinci	12,0	88,0
I giochi d'azzardo si basano esclusivamente o prevalentemente sul caso	77,6	22,4
In provincia di Trento vi sono Servizi pubblici specialistici che si occupano di giocatori patologici	88,8	11,2
Gratta&Vinci, Superenalotto e scommesse sportive sono vietate ai minori di 18 anni	81,4	18,6
Per alcune persone il gioco d'azzardo può diventare una dipendenza	98,3	1,7
Nel mio territorio non ci sono state campagne di sensibilizzazione e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo	36,0	64,0
Gratta&Vinci e bingo non sono giochi d'azzardo	19,6	80,4

Fonte: elaborazione Transcrime

## PREVALENZA DEL GIOCO SOCIALE, PROBLEMATICO E PATOLOGICO

Tra gli studenti che hanno dichiarato di aver giocato d'azzardo negli ultimi tre mesi, il 56,9% gioca in un modo sociale, privo di qualsiasi rischio o problematicità, il 29,5% manifesta, invece, un rischio basso, l'11,7% un rischio moderato e, infine, l'1,9% mostra una chiara problematicità nella gestione dell'attività di gioco. Benché non si tratti di un dato da sottovalutare, questo risultato permette di ridimensionare gli allarmi che hanno caratterizzato il dibattito pubblico sul tema negli ultimi mesi.

**Fig. 46 Indice gioco d'azzardo patologico. Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

## LE CARATTERISTICHE DEL GIOVANE GIOCATORE SOCIALE, PROBLEMATICO E PATOLOGICO

In primo luogo, si rileva che i ragazzi che hanno dichiarato di giocare sia online che offline manifestano una tenden-

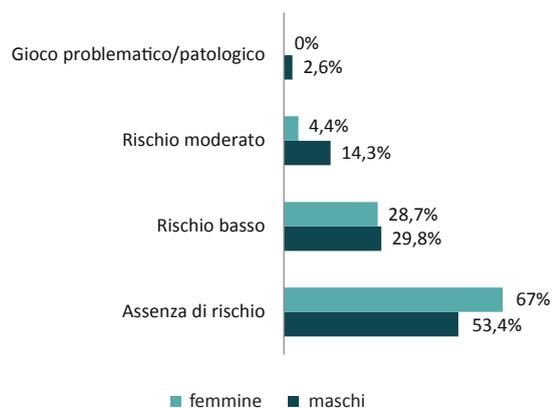
za maggiore a sviluppare un rapporto problematico con il gioco rispetto ai compagni che giocano solo offline o solo online<sup>82</sup>. Analogamente, chi tende a giocare a più giochi ha una maggiore predisposizione a sviluppare un rapporto problematico con il gioco. Inoltre, provenire da un ambiente culturale, familiare e specialmente amicale in cui il gioco rappresenta un comportamento accettato e condiviso pare favorire lo sviluppo di una modalità di gioco a rischio o problematica.

È possibile constatare poi come, tendenzialmente, chi pratica l'attività con cadenza almeno settimanale abbia una probabilità maggiore di giocare in modo rischioso o patologico rispetto a chi lo fa meno frequentemente. Non emerge invece una relazione chiara considerando il tempo dedicato al gioco per ogni singola sessione<sup>83</sup>. Emerge, inoltre, che la percentuale di ragazzi che gioca in modo moderatamente rischioso o addirittura problematico cresca quasi linearmente al crescere della spesa sostenuta<sup>84</sup>.

## GIOCOD'AZZARDO E VARIABILI SOCIO-DEMOGRAFICHE

Per ciò che concerne la relazione fra la possibilità di sviluppare una dipendenza da gioco d'azzardo e le principali variabili socio-demografiche, si rileva innanzitutto che la variabile di genere assume un'influenza rilevante. Infatti, gli studenti maschi risultano più numerosi in entrambe le categorie di rischio (basso e moderato) e, per quanto riguarda il gioco problematico, si rileva come siano solo i ragazzi a comporre questo gruppo.

**Fig. 47 Indice GAP, confronto rispetto alla variabile di genere. Valori percentuali**



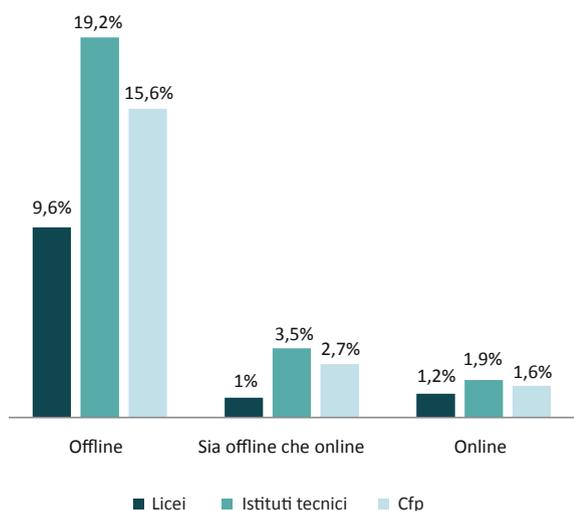
Fonte: elaborazione Transcrime

Per quanto riguarda l'età non si rilevano differenze significative<sup>85</sup>, mentre una relazione – seppur non particolarmente forte – emerge rispetto alla cittadinanza: pare che i ragazzi stranieri abbiano una probabilità maggiore, rispetto agli italiani, di sviluppare un rapporto distorto con il gioco d'azzardo.

Rispetto alla condizione familiare, si coglie come i ragazzi che vivono in una famiglia mono-genitoriale mostrino una maggiore tendenza ad avere problemi di controllo dell'attività di gioco<sup>86</sup>. Non emergono differenze significative considerando invece titolo di studio o professione dei genitori.

Un aspetto interessante si osserva considerando la tipologia di scuola frequentata dai ragazzi. Gli studenti degli istituti tecnici, infatti, sono quelli che, più degli altri, giocano d'azzardo offline, online ed in entrambe le modalità.

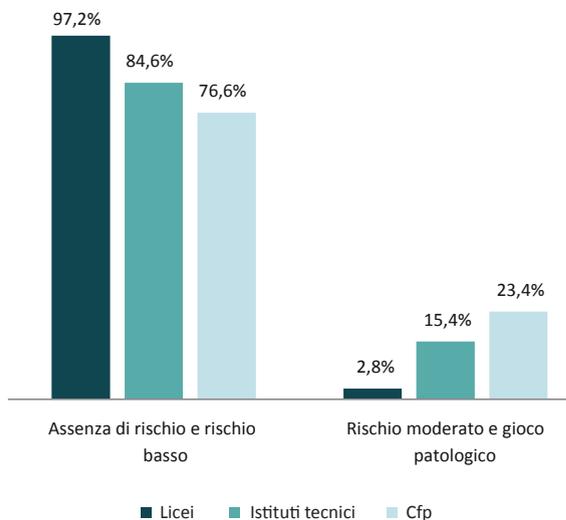
**Fig. 48 Hai giocato d'azzardo negli ultimi tre mesi? Confronto rispetto alla variabile "tipologia di scuola frequentata". Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

Tuttavia, considerando il rischio di sviluppare un problema nella gestione dell'attività di gioco, non sono più gli studenti degli istituti tecnici ad interessare, bensì quelli dei centri di formazione professionale. Infatti, i ragazzi dei CFP mostrano una difficoltà nella gestione dell'attività di gioco nel 23,4% dei casi, contro il 15,4% degli studenti degli istituti tecnici e il 2,8% dei ragazzi dei licei. Si noti che gli studenti che frequentano un liceo giocano meno degli altri ragazzi sia online che offline e, benché anche fra loro vi siano studenti che palesano un problema nel controllo dell'attività di gioco, globalmente rappresentano il gruppo che meno è toccato dal rischio GAP.

**Fig. 49 Indice GAP dicotomizzato. Confronto rispetto alla variabile "tipologia di scuola frequentata". Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

## GIOCO D'AZZARDO E STILI DI VITA

Si è voluto verificare se esistesse una relazione fra il profitto scolastico, la probabilità di giocare d'azzardo e la probabilità di sviluppare un rapporto distorto con questa attività.

Suddividendo il profitto scolastico dichiarato dai ragazzi in buono, sufficiente ed insufficiente, si evince che al calare del profitto aumentano sia la probabilità di cimentarsi nel gioco d'azzardo sia la probabilità di farlo in modo rischioso o problematico. Fra i ragazzi con un profitto buono la percentuale di chi gioca d'azzardo è pari 15,7%, fra chi ha un profitto sufficiente cresce al 20,3%, mentre fra gli studenti che non raggiungono la sufficienza arriva al 37,6%. Accorpando rischio moderato e gioco problematico, l'andamento è lo stesso: si passa dal 7,6% (profitto buono), al 16,9% (profitto sufficiente), al 39,4% (profitto insufficiente). Dunque, in modo del tutto simile a quanto confermato da numerosi studi (Bonino, Cattelino, e Ciairano 2003; Bryant et al. 2003; Catalano et al. 2004; Cristini e Santinello 2012)

rispetto a varie tipologie di condotte a rischio, compreso il gioco d'azzardo patologico, anche in questo caso è possibile evincere come l'impegno verso la scuola rappresenti un fattore protettivo di rilievo. Nessuna relazione statisticamente significativa emerge, invece, considerando la condotta scolastica degli studenti (note, richiami, sospensioni, ecc.).

Rispetto al modo in cui i giovani amano trascorrere il proprio tempo libero non è possibile identificare attività che si leghino in modo significativo alla possibilità di sviluppare un rapporto problematico con il gioco<sup>87</sup>. Anche prendendo in considerazione la disponibilità economica di questi studenti non è possibile identificare una chiara relazione con la probabilità di giocare in modo rischioso o problematico. Certamente il rischio di giocare in modo eccessivo risulta maggiore fra i soggetti – numericamente ridotti – che hanno a disposizione più denaro, tuttavia non si può cogliere una relazione lineare tale per cui al crescere della disponibilità economica cresce il rischio di giocare in modo non controllato. È possibile però evidenziare una certa relazione fra l'insoddisfazione per la quantità di denaro a propria disposizione e l'indice GAP. Pare infatti che i ragazzi che si dicono insoddisfatti delle cifre su cui possono far conto per i propri bisogni abbiano una possibilità maggiore di giocare in modo eccessivo (27,9%) rispetto ai compagni soddisfatti (7,8%).

#### GIOCO D'AZZARDO E ALTRI COMPORTAMENTI A RISCHIO

Poiché, come noto (Bonino, Cattelino, e Ciairano 2003), spesso i comportamenti a rischio in adolescenza tendono a presentarsi come “costellazioni” composte da una molteplicità di azioni potenzialmente rischiose, si è deciso di prendere in esame, congiuntamente al rischio di giocare in modo eccessivo, una varietà di condotte a rischio che, non di rado, si presentano fra gli adolescenti.

Rispetto al fumo di tabacco e di marijuana non è possibile identificare un chiaro rapporto con il rischio di incorrere in una dipendenza da gioco d'azzardo<sup>88</sup>. Lo stesso discorso è valido per coloro che hanno affermato di fare uso di altre sostanze stupefacenti (ecstasy, lsd, cocaina, ecc.), anche se, in questo caso, fra i consumatori quotidiani la probabilità di giocare in modo eccessivo sale al 58,8%<sup>89</sup>. In modo del tutto simile, non esiste una relazione lineare fra consumo di alcol e rischio di sviluppare una dipendenza dal gioco d'azzardo, sebbene chi si ubriaca più volte a settimana mostri una percentuale di rischio GAP più alta (il 22,2% è a rischio moderato e il 35,9% a rischio problematico)<sup>90</sup>. Infine, considerando la possibilità di picchiarsi con qualcuno, si rileva come fra coloro che dichiarano di aver colpito e/o minacciato qualcuno più di una volta negli ultimi tre mesi, la percentuale di soggetti a rischio moderato o patologico sia, nuovamente, piuttosto significativa (rispettivamente 14,3% e 15,7%).

In conclusione, non si riscontrano relazioni lineari fra i comportamenti a rischio e la possibilità di sviluppare un rapporto distorto con il gioco d'azzardo. Tuttavia, sembra emergere che il rischio di giocare d'azzardo in modo problematico si manifesti in soggetti che adottano più condotte a rischio con frequenze e modalità particolarmente marcate.

#### GIOCO D'AZZARDO E FAMILIARITÀ

Per quanto riguarda la familiarità e la socializzazione al gioco d'azzardo, è possibile cogliere relazioni significative fra differenti variabili.

Il comportamento dei genitori<sup>91</sup> e ancor più quello degli amici<sup>92</sup> sembrano avere un impatto sulla scelta di giocare d'azzardo e sulla possibilità di sviluppare un rapporto problematico con questa attività. Chi proviene da una famiglia in cui i genitori giocano almeno una volta a settimana tende a praticare questa attività più degli altri, fatto questo in linea con quanto riscontrato in altri studi nazionali ed internazionali (Marino 2002; Serpelloni e Rimondo 2012; Williams, West, e Simpson 2012a). Considerato il peso del gruppo dei pari in età adolescenziale, non stupisce constatare che il comportamento degli amici sembra avere un rilievo maggiore rispetto a quello dei genitori. Infatti, il 48,6% di chi ha amici che giocano almeno qualche volta a settimana dichiara di giocare, contro il 14,2% di chi ha amici che non giocano o lo fanno al massimo qualche volta al mese.

Considerando solo gli studenti che hanno giocato nell'ultimo trimestre e analizzando l'indice di rischio, si riscontrano le medesime relazioni. L'atteggiamento degli amici risulta molto più rilevante nell'incidere sul comportamento di gioco rispetto a quello dei genitori. Infatti, si rileva che la totalità di chi gioca in modo problematico ha amici che giocano d'azzardo. La percentuale scende al 73,3% se si considera il comportamento dei genitori. Inoltre, oltre il 60% di chi risulta a rischio moderato ha amici che giocano, contro il 4,4% di chi ha i genitori che lo praticano.

#### 4.3.4. Differenze di atteggiamento e comportamento tra gli studenti che hanno seguito percorsi formativi e informativi

In questo paragrafo è analizzato il gruppo di 124 studenti che ha partecipato a percorsi di prevenzione del gioco d'azzardo problematico nell'ambito del proprio istituto scolastico di appartenenza. La somministrazione dello stesso questionario a questo gruppo di studenti aveva lo scopo di attivare un processo, seppur parziale, di valutazione circa l'efficacia dei progetti formativi e informativi sul gioco d'azzardo attivati nelle scuole.

## PROFILI A CONFRONTO

Questo paragrafo descrive il profilo delle caratteristiche anagrafiche, socio familiari e di stile di vita del gruppo di studenti che hanno seguito programmi di prevenzione del gioco d'azzardo (d'ora in poi "gruppo prevenzione") confrontato con le caratteristiche del campione complessivo di studenti intervistati (d'ora in poi "gruppo campione"). Tale operazione permette di individuare eventuali particolarità e caratteristiche sociali che il gruppo di studenti che ha partecipato ai programmi di prevenzione sul gioco d'azzardo tende ad esprimere rispetto agli altri studenti che costituiscono l'intero campione degli intervistati.

Tutti i 124 soggetti che caratterizzano il "gruppo prevenzione" sono studenti degli istituti tecnico-scientifici<sup>93</sup>. Nel "gruppo prevenzione", facendo riferimento alle variabili socio-anagrafiche e operando il confronto col "gruppo campione", emergono i seguenti aspetti<sup>94</sup>:

- prevale il genere femminile (57,3% rispetto a 44,7%);
- c'è una presenza certa e cospicua di maggiorenni (oltre i 18 anni) (44,4% rispetto a 27%);
- tende ad essere sovra-rappresentata l'area residenziale Roveretana (Rovereto – Mori) (18% rispetto al 9%);
- c'è una minor presenza di studenti con cittadinanza straniera o doppia cittadinanza (4,8% contro 11,6%);
- più ragazzi sono inseriti in famiglie bi-genitoriali (88,7% contro 84,2%);

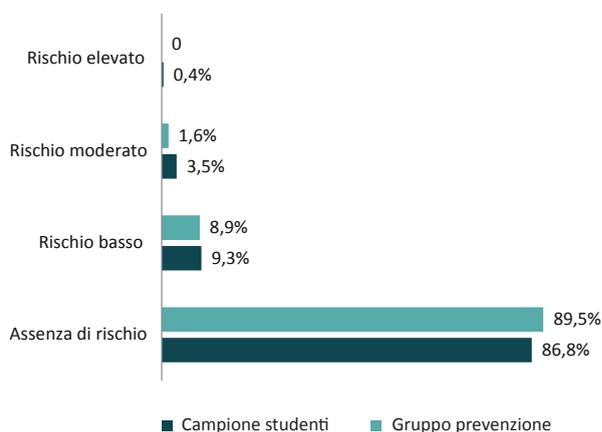
Non si rilevano differenze fra i due gruppi per quanto concerne il livello di istruzione dei genitori e il relativo tipo e livello di occupazione. Su quest'ultimo aspetto le categorie più rappresentate, per entrambi i gruppi sono, in ordine, gli operai, gli impiegati e gli artigiani, con riferimento al padre, e le impiegate, le casalinghe e le operaie, con riferimento alla madre. Pressoché analoga, fra i due gruppi, anche la percentuale di genitori disoccupati (dal 2 al 3%).

## SUL GIOCO D'AZZARDO: QUALI DIFFERENZE?

Dal confronto tra i due gruppi emerge che il gioco d'azzardo è praticato anche da chi ha seguito progetti di prevenzione, ma in forme più ridotte e sociali rispetto al gruppo campione. Infatti, non risulta negli ultimi tre mesi alcun tipo di gioco d'azzardo praticato online (0% contro il 3,7%) da parte degli studenti del gruppo in esame. Il gioco d'azzardo praticato offline coinvolge meno il gruppo prevenzione (11,3% contro il 17,2%) ed è praticato soprattutto dai maschi. In particolare, solo il 4,2% delle femmine gioca con una frequenza meno che mensile, contro l'8,6% delle studentesse del gruppo campione. I giochi praticati sono soprattutto il Gratta&Vinci e le scommesse sportive, spes-

so in compagnia degli amici e dei genitori. Le modalità non si discostano molto fra i due gruppi. Il rischio di sviluppare forme di gioco d'azzardo problematico è più contenuto nel gruppo prevenzione (Fig. 50).

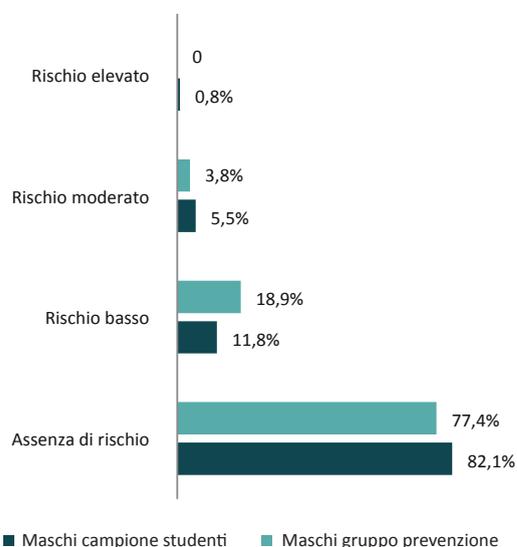
**Fig. 50 Indice gioco d'azzardo problematico nei due gruppi. Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

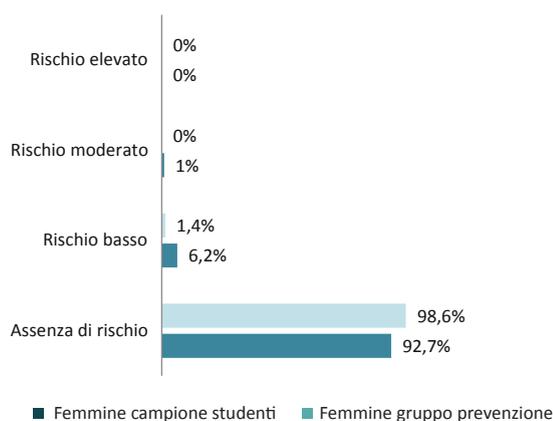
In particolare, nel gruppo di studenti che hanno partecipato ai progetti di prevenzione sul gioco d'azzardo il rischio è quasi nullo nel caso delle studentesse e, anche nei confronti dei maschi, non si rileva alcun caso di rischio elevato, ossia di gioco problematico (Fig. 51).

**Fig. 51 Indice gioco d'azzardo problematico nei due gruppi per sesso – MASCHI. Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

**Fig. 52 Indice gioco d'azzardo problematico nei due gruppi per sesso – FEMMINE. Valori percentuali**



Fonte: elaborazione Transcrime

Anche in presenza di rischio si evidenzia che la quasi totalità dei casi del gruppo prevenzione si colloca sui valori più bassi della scala dell'indice che definisce i diversi livelli di rischio.

Con riguardo agli atteggiamenti verso il gioco d'azzardo non si segnalano differenze di rilievo fra i due gruppi di studenti, se non una certa accentuazione nel gruppo prevenzione del fatto che nel gioco d'azzardo "alla fine si perde sempre" (74,2% contro 62%), anche se il gioco ha una forte connotazione di "divertimento" (35,5% contro 29,7%) o ad esso si può ricorrere pure "per noia o mancanza di interessi" (36,3% contro 29,2%).

È possibile confrontare conoscenze, informazioni e credenze sul gioco d'azzardo dei due gruppi (Tab. 37).

**Tab. 37 Secondo te le seguenti affermazioni sono vere o false? Confronto fra i due gruppi. Valori percentuali**

Quesito	Vero		Falso	
	Gruppo prevenzione	Gruppo campione	Gruppo prevenzione	Gruppo campione
Il gioco d'azzardo è vietato ai minori di 18 anni	93,5	96,1	6,5	3,9
Nel gioco d'azzardo conta molto l'abilità: più ti alleni e più vinci	10,5	12,0	89,5	88,0
I giochi d'azzardo si basano esclusivamente o prevalentemente sul caso	77,4	77,6	22,6	22,4
In provincia di Trento vi sono Servizi pubblici specialistici che si occupano di giocatori patologici	93,5	88,8	6,5	11,2
Gratta&Vinci, superenalotto e scommesse sportive sono vietate ai minori di 18 anni	82,3	81,4	17,7	18,6
Per alcune persone il gioco d'azzardo può diventare una dipendenza	99,2	98,3	0,8	1,7
Nel mio territorio non ci sono state campagne di sensibilizzazione e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo	19,4	36,0	80,6	64,0
Gratta&Vinci e bingo non sono giochi d'azzardo	6,5	19,6	93,5	80,4

Fonte: elaborazione Transcrime

Come si può notare, le differenze fra i due gruppi sono significative soprattutto con riferimento al fatto che "Gratta&Vinci" e "bingo" siano o meno da considerarsi giochi d'azzardo e alla conoscenza di campagne di sensibilizzazione e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo. Quest'ultimo risultato dipende probabilmente dal fatto che gli studenti del gruppo prevenzione sono stati parte di questi progetti. Per il resto le risposte evidenziano un grado diffuso di conoscenza, in entrambi i gruppi, delle possibili conseguenze del gioco d'azzardo, dei divieti e della presenza di servizi per la cura dei giocatori patologici. Rimane ancora una quota minoritaria, ma non trascurabi-

le, di studenti che ritiene che nel gioco d'azzardo si possa contrastare il caso con l'abilità. Questo appare congruente soprattutto con quella parte di studenti dediti ai giochi con le carte, dove il caso incrocia anche una parte di abilità del giocatore.

Gli studenti che hanno seguito progetti di prevenzione sembrano aver acquisito una maggior conoscenza sull'impatto sociale del gioco d'azzardo e sulle sue possibili conseguenze (Tab. 38). Il dato, dunque, sembrerebbe mostrare una certa efficacia dei programmi scolastici di formazione e sensibilizzazione sul gioco d'azzardo nel rafforzare gli

orientamenti degli studenti in senso dissuasivo. Tuttavia non è possibile generalizzare questo dato poiché le variabili incidenti, sia in una direzione che in un'altra, possono

essere varie (compreso il numero esiguo dei casi e la particolarità delle situazioni) e tutte sfuggono al controllo poiché non monitorate con apposito disegno di ricerca.

**Tab. 38 Secondo te le seguenti affermazioni sono vere o false? Confronto fra i progetti di prevenzione. Valori percentuali**

Quesito	Vero		Falso	
	Progetti con + di 20 ore	Progetti da 10 a 20 ore	Progetti con + di 20 ore	Progetti da 10 a 20 ore
Il gioco d'azzardo è vietato ai minori di 18 anni	100,0	87,9	0,0	12,1
Nel gioco d'azzardo conta molto l'abilità: più ti alleni e più vinci	3,5	16,7	96,5	83,3
I giochi d'azzardo si basano esclusivamente o prevalentemente sul caso	79,3	75,8	20,7	24,2
In provincia di Trento vi sono Servizi pubblici specialistici che si occupano di giocatori patologici	94,8	92,4	5,2	7,6
Gratta&Vinci, superenalotto e scommesse sportive sono vietate ai minori di 18 anni	84,4	80,3	15,6	19,7
Per alcune persone il gioco d'azzardo può diventare una dipendenza	100,0	98,5	0,0	1,5
Nel mio territorio non ci sono state campagne di sensibilizzazione e prevenzione del gioco d'azzardo eccessivo	20,7	18,2	79,3	81,8
Gratta&Vinci e bingo non sono giochi d'azzardo	6,9	6,1	93,1	93,9

Fonte: elaborazione Transcrime

#### PER UNA MIGLIORE FINALIZZAZIONE DEI PROGETTI DI PREVENZIONE SUI COMPORTAMENTI A RISCHIO ATTUATI IN AMBITO SCOLASTICO

Il confronto attuato fra i due gruppi permette di avanzare alcune considerazioni sulla necessità di sviluppare una più attenta sensibilità alla valutazione dell'efficacia degli interventi di prevenzione del gioco d'azzardo problematico e di altri comportamenti a rischio dipendenza (alcol, fumo, droghe, ecc.) svolti in ambiente scolastico e sul territorio.

Questo paragrafo ha cercato di capire meglio se quanto è fatto possa essere efficace nel distogliere da comportamenti dannosi per la salute individuale e per la società. L'operazione svolta, pur avendo limiti sul piano metodologico<sup>95</sup>, ha il merito di evidenziare la necessità di prevedere un sistema di valutazione già in fase progettuale, prima cioè dell'inizio di qualsiasi intervento o azione di tipo preventivo.

Una valutazione adeguata di qualsivoglia programma o progetto di prevenzione richiede, infatti:

- la condivisione di un disegno progettuale nei contenuti e nelle finalità, ben scandito per azioni, per fasi e per tem-

pi, con la chiara indicazione degli obiettivi che si intendono conseguire;

- l'individuazione precisa del gruppo target dell'intervento progettuale e di un gruppo di controllo con caratteristiche analoghe a quelle del target verso cui non si attiva il progetto;
- il monitoraggio costante dell'implementazione delle varie azioni di cui si compone il progetto con indicazione dei ruoli e dei compiti e di chi ne assume la responsabilità;
- la valutazione iniziale delle conoscenze, degli orientamenti, degli atteggiamenti e dei comportamenti dei soggetti destinatari degli interventi, nonché dei soggetti che compongono il gruppo di controllo;
- la valutazione in itinere della effettiva partecipazione e coinvolgimento nelle azioni progettuali dei soggetti target;
- la valutazione finale sull'effettivo compimento di tutte o parte delle azioni progettuali e della completa o parziale partecipazione dei destinatari;

- la valutazione finale dei cambiamenti nelle conoscenze, negli orientamenti, negli atteggiamenti e nei comportamenti dei soggetti destinatari e coinvolti nel progetto. Tale valutazione deve essere fatta anche nei confronti dei soggetti che compongono il gruppo di controllo e che non hanno partecipato ad alcuna azione progettuale;
- la possibilità di svolgere follow-up a distanza (es. a 6, 12, 24 mesi) dopo che il progetto si è concluso per verificare l'effettiva tenuta del progetto in termini di efficacia nel tempo.
- la possibilità di compiere un'analisi del rapporto costi-efficacia per comprendere meglio il grado di convenienza ed utilità sociale del progetto o del programma preventivo.

Se si seguono queste procedure è possibile valutare quanto un programma o un progetto di prevenzione sia efficace (o inefficace) su base scientifica e capire meglio, anche in termini di politica sociale, come impiegare le risorse in modo produttivo.

In questa sede, non si è in grado di affermare se i programmi di prevenzione sul gioco d'azzardo problematico presi in considerazione nelle pagine precedenti siano efficaci o meno. Molti degli elementi portanti sopra elencati mancano e si sa poco sull'effettiva implementazione delle azioni e sul loro grado di copertura ed effettivo coinvolgimento degli studenti intervistati. Tuttavia, rimane la percezione, sostenuta in parte dai dati presentati, che le azioni preventive svolte in ambito scolastico abbiano un impatto positivo nel rinforzare orientamenti sul piano cognitivo. Potrebbero quindi avere effetti preventivi su una quota non trascurabile di giovani studenti. L'auspicio è che i futuri progetti di prevenzione possano essere costruiti secondo quei criteri scientifici che permettono non solo ai ricercatori, ma anche ai politici, agli operatori culturali, sociali e dei servizi e all'opinione pubblica, di poter conoscere il loro grado di efficacia rispetto agli obiettivi attesi.

## 5. COSTI SOCIALI DEL GIOCO PATOLOGICO

### 5.1. Rassegna delle letterature internazionale e nazionale sulle metodologie di stima del costo del gioco d'azzardo

Questo paragrafo presenta una rassegna della letteratura sulle metodologie di stima dei costi del gioco d'azzardo. La rassegna si concentra sugli aspetti inerenti i costi sanitari di questa patologia (*cost of illness*) e si divide in tre parti. Nella prima parte si definisce il concetto di *cost of illness* e si presentano gli studi connessi (*cost of illness studies*). Nella seconda parte si discute del legame esistente tra *cost of illness* e gioco d'azzardo. Infine, nella terza parte si illustrano alcune delle metodologie adottate per la stima dei *cost of illness* in materia di gioco d'azzardo.

#### 5.1.1. Cosa si intende per *cost of illness*

Per *cost of illness* la comunità scientifica intende le risorse economiche che devono essere utilizzate per curare un problema di salute (Lattarulo e Plechero 2005).

I *cost of illness studies* considerano principalmente tre voci di costo necessarie alla stima:

- **costi diretti:** spese mediche connesse alla patologia. Riguardano principalmente spese economiche medico-sanitarie che devono essere sostenute dal soggetto affetto dalla patologia;
- **costi indiretti:** spese non necessariamente di carattere medico-sanitario che sono il risultato della malattia e hanno un impatto sociale. È possibile suddividere i costi indiretti in due categorie minori:
  - *morbidity costs*: il valore della perdita di produttività della persona impossibilitata a lavorare;
  - *mortality*: il valore della perdita della produttività causata da morte prematura;
- **costi intangibili:** costi inerenti dolore e sofferenza causati dalla malattia. Sono difficili da stimare poiché non monetizzabili.

Come si vedrà, esistono diversi metodi per la stima di queste categorie di costo.

#### 5.1.2. Voci di costo e modalità di calcolo

##### COSTI DIRETTI

Con il termine “costi diretti” si intendono tutti i costi direttamente correlati – e quindi imputabili in modo esclusivo – a determinate attività o ai loro risultati. I costi diretti fanno riferimento alle risorse sanitarie (l'insieme dei ricoveri e delle visite specialistiche) e non sanitarie (l'assistenza domiciliare ed il trasporto presso luoghi di cura) legate alla malattia (Amato, Siracusa, e Portaccio 2005). Esistono molti approcci per il calcolo dei costi diretti che si differenziano per tre aspetti: a) precisione, b) facilità di applicazione e c) completezza dei risultati (Segel 2006).

Gli approcci maggiormente utilizzati e citati in letteratura sono tre (Segel 2006; Walker 2007):

1. **Top-down approach:** prevede la suddivisione del fenomeno complesso in sotto-sistemi. Il vantaggio principale nell'utilizzo di questo sistema è la possibilità di calcolare i costi sanitari totali effettivi. Questo permette di ridimensionare la sovrastima del fenomeno (Bloom et al. 2001; Reynaud, Gaudin-Colombel, e LePen 2001; Morgenstern, Kleinbaum, e Kupper 1980; Benichou 2001; Amato, Siracusa, e Portaccio 2005).
2. **Bottom-up approach:** stima i costi calcolando la media dei trattamenti e moltiplicandoli per la prevalenza della malattia sul territorio (Rice e Miller 1998). Il *bottom-up approach* tende ad enfatizzare il punto di vista degli individui e per questo è stato spesso utilizzato nei *cost of illness studies* (Covington 2008).
3. **Econometric approach:** stima la differenza in costi tra un gruppo di persone affette dalla dipendenza/malattia e un gruppo di persone non affette dalla dipendenza/malattia. I due gruppi sono comparati attraverso una regressione utilizzando diverse caratteristiche demografiche<sup>96</sup>.

##### COSTI INDIRETTI

Con il termine “costi indiretti” si fa riferimento all'impatto sociale conseguente alla riduzione o perdita di produzione da parte del paziente per malattie a breve termine, disabilità permanente o morte prematura. Comprendono costi di morbilità legati alla perdita o alla riduzione della qualità della prestazione lavorativa e costi di mortalità legati alla definitiva perdita di produttività (Amato, Siracusa, e Portaccio 2005).

I costi indiretti presentano caratteristiche complesse in particolare in relazione agli approcci utili al loro calcolo (Walker 2007), tra questi la letteratura descrive i più usati:

1. **Human capital method:** è considerato il metodo più utilizzato per raccogliere informazioni sui costi indiretti. La prospettiva presa in considerazione è quella del paziente, infatti l'approccio si focalizza sulla perdita di produttività lavorativa. Per casi di morte prematura o disabilità permanente, l'approccio moltiplica i profitti persi ad ogni età con la speranza di vita<sup>97</sup> del soggetto (Rice e Max 1996; Cooper e Rice 1976; Rice 1967; Rice, Kelman, e Miller 1991; Hodgson e Meiners 1982; Wohl et al. 2010).
2. **Friction cost method:** misura le perdite causate dalla mancata produttività lavorativa del soggetto durante il tempo necessario per sostituirlo. Questo approccio prevede che le perdite di lavoro di breve durata possano essere superate con la sostituzione del lavoratore. La perdita è pertanto tale solo nel momento in cui si fa riferimento al tempo necessario per trovare ed istruire il nuovo lavoratore. Questo periodo di tempo è conosciuto con il nome di *friction period* (Segel 2006; Koopmanschap e van Ineveld 1992; Johannesson e Karlsson 1997; Koopmanschap et al. 1995).
3. **Willingness to pay method:** misura quanto il soggetto sarebbe disposto a pagare affinché la situazione negativa in cui si trova non si verifichi. Come conferma la letteratura, questo metodo risulta di difficile applicazione poiché presenta una tendenza a sovrastimare il fenomeno con la conseguente perdita di oggettività del risultato (Hirth et al. 2000).

## COSTI INTANGIBILI

Con il termine "costi intangibili" si fa riferimento ai costi che il soggetto è costretto a sostenere a causa della mancanza di una o più caratteristiche qualitative. Si considerano costi intangibili tutti quei costi connessi a situazioni che si ripercuotono direttamente sull'immagine del soggetto e che sono collegati a stati psicologici e di insoddisfazione (Amato, Siracusa, e Portaccio 2005). Questi costi sono il risultato psicologico secondario di un'intensa attività di gioco e sono difficilmente monetizzabili.

### 5.1.3. I cost of illness e il gioco d'azzardo

La letteratura ha mostrato come la dipendenza da gioco d'azzardo è spesso connessa anche ad altre dipendenze (French, Popovici, e Tapsell 2008) ed il giocatore patologico danneggia economicamente e psicologicamente chi lo circonda. La maggior parte dei *cost of illness studies* inerenti il gioco d'azzardo fa riferimento a **costi diretti** ed **indiretti**, solo un numero minore ha considerato i **costi intangibili** nonostante le criticità relative alla monetizzazione (Walker 2007; Reith 2007).

## I COSTI DIRETTI, INDIRETTI E I COSTI INTANGIBILI NEL GIOCO D'AZZARDO

Tra i principali **costi diretti**, la letteratura ha evidenziato una serie di voci di costo che possono essere messe in relazione con il gioco d'azzardo patologico (Tab. 39) (National Gambling Impact Study Commission 2002; Gazel 1998; Grinols e Mustard 2006; Becker 2011).

Tab. 39 Voci di costo dei costi diretti

Costi diretti	Voci di costo
	Spese mediche coperte da assistenza sanitaria
	Consulti medici coperti da assistenza sanitaria
	Farmaci
	Spese ospedaliere
	Possibili servizi di primo soccorso
Acquisto di farmaci non rimborsabili	

Fonte: elaborazione Transcrime

In relazione ai **costi indiretti**, le voci di costo si possono distinguere in due macrogruppi: i costi indiretti privati e i costi indiretti pubblici (Tab. 40).

Tab. 40 Voci di costo dei costi indiretti

Costi indiretti	Privati	Voci di costo
		Assenteismo
		Casi di morte premature
		Costi per sostituire il soggetto malato
		Costi per istruire i/il nuovi/o soggetti/o
		Morbosità
		Disoccupazione a causa del gioco (volontario e involontario)
		Bancarotta e debiti
		Criminalità (furti contro la proprietà)
		Altri costi finanziari (divorzio o separazione)
	Pubblici	Spese di prevenzione adottate dal Governo (linee telefoniche ad hoc, campagne di prevenzione, costo servizi Ser.D.)
		Spese di prevenzione adottate da ONG
		Studi e ricerche

Fonte: elaborazione Transcrime

I **costi intangibili** non sono facilmente classificabili e per questo motivo non può essere fornita una tabella riassuntiva. Questi costi riguardano la sfera psicologica del soggetto e possono essere tradotti con danni connessi a stati d'ansia o depressione. Questi costi possono essere calcolati attraverso dei metodi tabellari, definiti in sede giudiziale, che permettono la quantificazione di sofferenza e dolore. Infatti i metodi di liquidazione dei danni di carattere biologico e morale sono stati pensati per garantire ai cittadini una sostanziale uniformità di trattamento (Cassazione 2000).

#### 5.1.4. Quantificare i *cost of illness* del gioco d'azzardo: le esperienze extraeuropee ed europee

La letteratura sui *cost of illness* del gioco d'azzardo presenta applicazioni delle metodologie di stima a livello extraeuropeo ed europeo che sono riportate in questo paragrafo.

Le ricerche sono state divise in due sezioni, la prima fa riferimento ai risultati ottenuti in campo extraeuropeo (Stati Uniti e Australia), la seconda in campo europeo. Per ciascuna ricerca è presente una tabella sinottica che sintetizza gli aspetti chiave della ricerca (autore, data, luogo, strumento utilizzato per la rilevazione dei dati, campione individuato e i principali risultati ottenuti). Sebbene si tratti di un argomento relativamente recente, gli studi hanno evidenziato alcune criticità nelle stime (necessità di una definizione comune del termine "giocatore d'azzardo", presenza di multi-dipendenze tra i giocatori patologici, mancanza di una definizione di costi sociali condivisa e necessità di armonizzare le voci di costo e le categorie di costo per rendere i risultati comparabili) (Lesieur 1998; Walker e Barnett 1999; Henriksson 2001; Eadington 2003; Walker 2003; 2007; Collins e Lapsley 2003; Rice 2000; Bianchetti e Croce 2007; Volberg 2007)

## LE RICERCHE EXTRA EUROPEE

### STATI UNITI

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti
<b>Insurance problems and pathological gambling</b>	Lesieur e Puig	1987	USA	Questionario	241 unità <sup>98</sup>	Costi sociali causati da frodi: 33 mld \$
	<b>Descrizione della ricerca</b>					
Lesieur e Puig hanno somministrato nel 1987 un questionario a 241 membri del <i>Gamblers Anonymous</i> negli Stati Uniti. La ricerca aveva il compito di indagare la connessione tra gioco patologico e frodi finanziarie. Secondo i risultati, circa il 52% dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico ha avuto problemi finanziari per pagamenti saltati, il 46% ha utilizzato i fondi della propria assicurazione sulla vita e il 47% ha ammesso di aver attuato frodi finanziarie per ottenere un risarcimento.						

Fonte: elaborazione Transcrime

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti
<b>The economic impacts of casino gambling at the state and local levels</b>	Gazel et al.	1998	USA	Questionario	210 unità <sup>99</sup>	Costo sociale per giocatore patologico <sup>100</sup>
	<b>Descrizione della ricerca</b>					
Gazel e colleghi affrontano il problema dei costi sociali del gioco d'azzardo in due stati americani: Connecticut e Wisconsin. Le informazioni sono state ottenute attraverso la somministrazione del South Oaks Gambling Screen (SOGS) ad un campione di 210 unità. Le due ricerche hanno preso in considerazione diverse variabili connesse la vita del giocatore e di chi gli sta intorno <sup>101</sup> . I risultati hanno evidenziato delle differenze nelle stime nonostante i sistemi sanitari fossero simili: il costo medio annuale per un giocatore patologico in Connecticut è pari a 15.994 \$ e 8.681 \$ in Wisconsin.						

Fonte: elaborazione Transcrime

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti	
<b>Gambling impact and behavior study</b>	NORC	1999	USA	Questionari e casi studio	3.481 unità <sup>102</sup>	Costo sociale per giocatore	Patologico: 1.200 \$ Problematico 715 \$
	<b>Descrizione della ricerca</b>						
La National Opinion Research dell'Università di Chicago, in collaborazione con il Gemini Research, Lewin Group e Christiansen Cummings Associates ha stimato il fenomeno del gioco d'azzardo somministrando un questionario ad un campione di 3.481 soggetti. I risultati hanno fornito una serie di informazioni utili in relazione alla frequenza di gioco, al sesso, alla nazionalità, all'età media e alla tipologia di giochi preferiti. Il NORC stima una spesa media di 1.200 \$ per giocatore patologico e 715 \$ per giocatore problematico.							

Fonte: elaborazione Transcrime

## AUSTRALIA

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti	
<b>Estimating the extent and degree of gambling-related problems in the Australian population: A national survey</b>	Dickerson et al.	1996	Australia	Questionario	2.599 unità <sup>103</sup>	Costi sociali (diretti e indiretti) l'anno <sup>104</sup> : 50 mln \$	
	<b>Descrizione della ricerca</b>						
Dickerson e colleghi hanno condotto una ricerca nel territorio de New South Wales somministrando il SOGS ad un campione di 2.599 unità. Secondo le ricerche compiute circa lo 0,85% della popolazione adulta ha un problema con il gioco d'azzardo che si traduce con 39.117 giocatori patologici con un costo medio pro capite di 1.300 \$ l'anno. Si stima che i costi sociali connessi al gioco d'azzardo siano pari a 50 milioni di dollari l'anno.							

Fonte: elaborazione Transcrime

## LE RICERCHE EUROPEE

### SVIZZERA

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti	
<b>Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz</b>	Kunzi et al.	2004	Svizzera	Questionario, Interviste	Vario <sup>105</sup>	Costi sociali per anno	Diretti: 8,2 mln CHF Indiretti: 89,9 mln CHF
	<b>Descrizione della ricerca</b>						
Kunzi e colleghi hanno stimato il costo del gioco d'azzardo in Svizzera nel 2002. La ricerca ha adottato una serie di strumenti tra cui la somministrazione di questionari presso centri di consulenza, interviste e analisi di dati secondari. L'analisi ha considerato costi e benefici del gioco d'azzardo, quantificando i costi sociali diretti e indiretti. Si stima che in Svizzera i costi sociali connessi al gioco d'azzardo siano pari a 98,1 milioni <sup>106</sup> di franchi l'anno.							

Fonte: elaborazione Transcrime

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti	
<b>Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz</b>	Kunzi et al.	2009	Svizzera	Questionario	Vario <sup>107</sup>	Costi sociali per anno	Diretti: 8,62 mln CHF
	<b>Descrizione della ricerca</b>						Indiretti: 61,05 mln CHF
<p>Kunzi e colleghi hanno stimato il costo del gioco d'azzardo in Svizzera nel 2008. La ricerca ha adottato una serie di strumenti tra cui la somministrazione di questionari e sondaggi presso centri di consulenza. L'analisi ha considerato il fenomeno del gioco d'azzardo in tutte le sue sfaccettature, analizzando costi connessi alla sfera familiare, lavorativa e relativa alla criminalità. Si stima che in Svizzera i costi sociali connessi al gioco d'azzardo nelle case da gioco siano pari a circa 70 milioni<sup>108</sup> di franchi l'anno.</p>							

Fonte: elaborazione Transcrime

## SLOVENIA

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti	
<b>Policy challenges of problem gambling in Slovenia</b>	Makarovic et al.	2011	Slovenia, Regione di Goriska	Regressione logistica su dati NORC	Dati National Gambling Impact Study Commission adattati	Costi sociali (diretti e indiretti)	Metodo NORC: 33,3 mln €
	<b>Descrizione della ricerca</b>						Metodo APC: 29,4 mln €
<p>Makarovic e colleghi considerano come base per la propria analisi gli studi americani del National Gambling Impact Study Commission (NORC) e le stime dell'Australian Productivity Commission (APC). Attraverso l'applicazione di un coefficiente di regressione ai risultati di tali ricerche è stato stimato il costo del gioco d'azzardo nella regione di Goriska in Slovenia perché in quest'area si è registrato un cospicuo aumento dell'apertura di sale gioco. Nel primo caso i costi sociali sono pari a 33,3 milioni di euro (regressione applicata alle stime NORC) nel secondo 29,4 milioni di euro (regressione applicata alle stime dell'APC).</p>							

Fonte: elaborazione Transcrime

## GERMANIA

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti	
<b>Soziale Kosten des Glücksspiels in Deutschland</b>	Becker	2011	Germania	German Addiction Aid	238.500 unità	Costi sociali (diretti e indiretti): 326 mln €	
	<b>Descrizione della ricerca</b>						
<p>La ricerca di Becker rappresenta un importante punto di partenza per le stime dei costi sociali del gioco d'azzardo in Europa e ancora di più in Italia. Infatti, la Germania e l'Italia condividono un sistema sanitario e di welfare con caratteristiche simili che rende la comparazione e l'utilizzo della medesima metodologia più semplice. Partendo dall'analisi dei giocatori patologici in Germania (238.500 soggetti) si calcolano costi sociali pari a 326 milioni di euro. La stima non tiene conto dei costi intangibili.</p>							

Fonte: elaborazione Transcrime

## ITALIA

Titolo della ricerca	Autore	Data	Luogo	Strumento di rilevazione	Campione individuato	Risultati ottenuti
<b>Dossier Azzardopoli</b>	Iori	2012	Italia	Variabili svizzere utilizzate come proiezione in Italia	N/A	Costi sociali (diretti e indiretti): da 5,5 a 6,6 mld €
	<b>Descrizione della ricerca</b>					
Iori applica un tentativo di stima dei costi sociali del gioco d'azzardo in Italia utilizzando i dati della ricerca svizzera di Kunzi e colleghi (2004). L'autore della ricerca tiene in considerazione le variabili applicate per una proiezione sul nostro paese (valuta, popolazione residente e popolazione patologica calcolata per l'Italia allo 0,8%). Seguendo questo procedimento stima che i costi sociali del gioco d'azzardo in Italia siano all'incirca tra i 5,5 miliardi e i 6,6 miliardi di euro di cui: 85,53 milioni di euro in costi diretti, tra 4,25 e 4,65 miliardi di euro per costi indiretti, tra 1,15 e 1,90 di costi di perdita di qualità della vita.						

Fonte: elaborazione Transcrime

# NOTE

## 1. Le regole del gioco

1 Art. 43 Cost.: A fini di utilità generale la legge può riservare originariamente o trasferire, mediante espropriazione e salvo indennizzo, allo Stato, a enti pubblici o a comunità di lavoratori o di utenti determinate imprese o categorie di imprese, che si riferiscano a servizi pubblici essenziali o a fonti di energia o a situazioni di monopolio ed abbiano carattere di preminente interesse generale.

2 Inoltre, l'art. 723 c.p. stabilisce che esistono anche dei giochi che, pur non essendo qualificabili come giochi d'azzardo ai sensi dell'art. 721 c.p., sono comunque "vietati dall'Autorità", in base a quanto stabilito dall'art. 110 del TULPS. Quest'ultima disposizione, detta una serie di precisazioni che consentono di individuare gli apparecchi da intrattenimento leciti, punisce chi gestisce, giochi in astratto leciti, ma con apparecchi non rispondenti alle prescrizioni della stessa norma (art. 110, commi 6 e 7, TULPS), e quindi, come tali, d'azzardo in luoghi pubblici o aperti al pubblico.

3 Per la descrizione dei giochi si veda il capitolo 2.

4 L'affidamento dell'organizzazione ed esercizio delle attività di gioco sono disciplinate dal Decreto Legislativo 1948 n. 496.

5 Gli apparecchi *news slot* e *videolottery* sono disciplinati dall'art. 110, comma 6, lett. a) e b), TULPS, che, unitamente al comma 7, individua gli apparecchi da intrattenimento per il gioco lecito.

6 Art. 21, comma 3, d.l. n. 78/2009, convertito nella l. n. 102/2009.

7 Art. 21, comma 4, d.l. n. 78/2009, convertito nella l. n. 102/2009.

8 Lo strumento predisposto dall'ordinamento è una concessione di tipo traslativo, con cui lo Stato non rinuncia alla riserva originaria sul gioco, ma trasferisce in capo al concessionario il potere di esercitare l'attività di gestione dei giochi.

9 L'art. 86 del TULPS, al 1° comma prevede la necessità di ottenere una licenza apposita, rilasciata dal questore, ai fini dell'esercizio di "sale pubbliche per bigliardi o altri giochi leciti". Al 3° comma, la medesima disposizione prescrive il rilascio di un'apposita licenza, rilasciata ugualmente dal questore, "relativamente agli apparecchi e congegni automatici, semiautomatici ed elettronici, di cui all'art 110, commi 6 e 7", per l'attività di produzione o importazione, per l'attività di distribuzione e gestione, anche indiretta, ed infine, per l'attività di installazione. L'art. 88 richiede, inoltre, una licenza specifica per l'esercizio delle scommesse.

10 Consiglio di stato 2008.

11 D.l. n. 223 del 4 luglio 2006, convertito in legge n. 248 del 4 agosto 2006.

12 L'art. 53 della Costituzione stabilisce, al comma 1: "Tutti sono tenuti a concorrere alle spese pubbliche in ragione della loro capacità contributiva".

13 Con i Decreti Direttoriali dell'AAMS nn. 49929 e 49938 del 2011, è introdotta (dal 1° gennaio 2012) un'addizionale del 6% sulle vincite superiori ai 500 euro per i seguenti giochi: Videolottery, Gratta&Vinci e SuperEnalotto (e giochi accessori, comprensivi della modalità online, come il "Win for Life", e il "Si vince tutto").

14 Si tratta dell'imposta unica, del prelievo erariale unico PREU e dell'imposta sugli intrattenimenti.

15 Art. 2 Decreto AAMS del 12 febbraio 2012: "Per *evento virtuale* si intende l'evento sul quale si effettuano scommesse il cui esito è determinato in maniera casuale e visualizzato tramite grafica animata o per mezzo di un evento reale precedentemente registrato".

16 Al 21 ottobre 2014 sono 4895 i siti inibiti. Un elenco aggiornato è consultabile al link: <http://www.agenzia-doganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/internet/ed/lagenzia/monopoli+comunica/contrasto+illegalita/siti+soggetti+ad+inibizione>

17 Cassazione 2004.

18 I Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA) sono le prestazioni e i servizi che il Servizio sanitario nazionale è tenuto a garantire a tutti i cittadini, gratuitamente o dietro pagamento di un ticket. Essi sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001, entrato in vigore il 23 febbraio 2002. I LEA sono organizzati in tre settori: prevenzione collettiva e sanità pubblica, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

19 Si prevede l'istituzione da parte del Ministero dell'Economia e delle Finanze, in concerto con il Ministero della Salute, di un fondo che attinge dai proventi dei giochi autorizzati da AAMS, per garantire la copertura finanziaria dei livelli di assistenza per le prestazioni di prevenzione e di cura delle persone affette da ludopatia.

20 Le azioni di prevenzione sono classificate in a) Prevenzione universale (PU), indirizzata alla popolazione generale (non target specifico), ad impostazione informativa/comunicativa generale; b) Prevenzione ambientale (PA), indirizzata al territorio e agli ambienti dove si concentra il rischio (sale, ambienti di intrattenimento, bar, internet, ecc.), ad impostazione più specifica; c) Prevenzione selettiva e indicata (PS/I), indirizzata alle persone vulnerabili (che non abbiano ancora sviluppato un gioco problematico ma per caratteristiche individuali abbiano un rischio aumentato) e a persone con gioco d'azzardo problematico (con rischio evolutivo verso il gioco patologico).

21 Si tratta di interventi collocati nell'ambito delle possibilità offerte dall'art. 16 del decreto legislativo 446/1997 (Istituzione dell'imposta regionale sulle attività produttive, revisione degli scaglioni, delle aliquote e delle detrazioni dell'Irpef e istituzione di una addizionale regionale a tale imposta, nonché riordino della disciplina dei tributi locali), che attribuisce alle regioni la possibilità di variare le aliquote IRAP previste dal medesimo decreto fino a un massimo di un punto percentuale in maniera differenziata per settori di attività e per categorie di soggetti passivi.

22 Presentato su iniziativa dei consiglieri Viola Walter, Grisenti Silvano, Simoni Marino e Zanon Gianfranco.

23 Presentato su iniziativa dei consiglieri Plotegher Violetta, Civico Mattia, Zeni Luca, Manica Alessio e Maestri Lucia.

24 Si tratta del criterio in base al quale l'esercizio dei compiti e delle funzioni amministrative deve essere tendenzialmente allocato al livello più prossimo possibile a quello dell'interesse regolato, e comunque in armonia con i principi di differenziazione e adeguatezza.

25 Inoltre, nelle ipotesi di accertata commissione di reato, il divieto di esercizio dell'attività permane per la durata di cinque anni a decorrere dal giorno in cui la pena è stata scontata. Qualora la pena si sia estinta in altro modo, il termine di cinque anni decorre dal giorno del passaggio in giudicato della sentenza, salvo riabilitazione.

26 Tar Piemonte, sentenza n. 513 del 2011.

27 Tar Veneto, sentenza n. 578 del 2013.

28 Il Tar ha chiarito che devono ritenersi manifestamente infondate le questioni di legittimità costituzionale della L. reg. Liguria n. 17/2012, la quale è intervenuta non direttamente sull'individuazione dei giochi leciti, ma su fattori, quali la prossimità a determinati luoghi e la pubblicità, che potrebbero, da un lato, "indurre al gioco un pubblico costituito da soggetti psicologicamente più vulnerabili o immaturi e, quindi, maggiormente esposti alla capacità suggestiva dell'illusione di conseguire, tramite il gioco, vincite e facili guadagni" e, dall'altro, "influire sulla viabilità e sull'inquinamento acustico delle aree interessate".  
L'offerta di gioco

## 2. L'offerta di gioco

29 Per giocare è necessario essere maggiorenni. La verifica di tale requisito spetta al concessionario del gioco (tabacchino, gestore di sala, ecc.) che è autorizzato a richiedere un documento di identità al giocatore.

30 La tabella dei coefficienti è consultabile ai link [http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/Internet/ed/Monopoli/Giochi/Gioco+del+Lotto/lotto\\_g/lotto\\_gioca/](http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/Internet/ed/Monopoli/Giochi/Gioco+del+Lotto/lotto_g/lotto_gioca/) (Lotto) [http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/Internet/ed/Monopoli/Giochi/Gioco+del+Lotto/10lotto/10elotto\\_desc/](http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/Internet/ed/Monopoli/Giochi/Gioco+del+Lotto/10lotto/10elotto_desc/) (10eLotto)

31 [http://www.lottomaticaitalia.it/ricerca\\_pdv/ricerca\\_pdv\\_lottomatica.html](http://www.lottomaticaitalia.it/ricerca_pdv/ricerca_pdv_lottomatica.html)

32 L'elenco delle modalità di pagamento dei premi è consultabile al link [http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/Internet/ed/Monopoli/Giochi/giochi\\_num\\_total/SuperStar/superstar\\_gioca/](http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/Internet/ed/Monopoli/Giochi/giochi_num_total/SuperStar/superstar_gioca/)

33 Le lotterie istantanee attive sono 51 (aggiornato a novembre 2014): 10° Anniversario, Arriba la Fortuna, Assopigliatutto, Battaglia navale, Botta di fortuna, Bowling, Buon compleanno, Caraibi, Cominciamo Bene!, Cruciverba, Cruciverba d'oro, Doppia Sfida, Fantastici 1000, Goal Mondiale Brasile, Gratta Quiz, I tesori del Pascia, L'eredità - La ghigliottina, Magic Roulette, Maxi miliardario, Mega doppia sfida, Mega Miliardario, Mega Turista per sempre, Mi sento fortunato, Miliardario, Natale in famiglia, Nuovo Batti Banco, Nuovo Dado Matto, Nuovo Fai Scopa, Nuovo Maxi miliardario, Nuovo Mega Miliardario, Nuovo Miliardario, Oro e Diamanti, Oroscopo Fortunato, Pazzi per lo Shopping, Portafortuna, Prendi Tutto, Quadrifoglio d'oro, Sette e mezzo, Stregati dalla fortuna, Sudoku, Super Portafortuna, Super Sette e Mezzo, Super settimana 1500, Super settimana 500, Super settimana 200, Texas casinò, Tris e vinci, Turista Per 10 Anni, Turista per Sempre, Vegas Casino, Viva l'estate!.

34 I dati sui giochi a base sportiva, a base ippica e del gioco del bingo sono stati acquisiti attraverso il sito AAMS. In particolare, per ciascun gioco sono stati raccolti i dati disponibili nelle sezioni "Dove si gioca". I dati sugli apparecchi da gioco sono stati forniti dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli.

Per quanto concerne il gioco del Lotto, i giochi numerici a totalizzatore e le lotterie è difficile ottenere un elenco definitivo e aggiornato dei soggetti abilitati. Il sito di AAMS informa che le lotterie istantanee attive al momento sul territorio nazionale sono 51, ma non è possibile conoscere il numero di tagliandi distribuiti e le disponibilità per punto vendita territoriale. Le richieste dati rivolte ai concessionari non hanno trovato risposta.

35 Dati aggiornati a giugno 2014, data di redazione del paragrafo.

36 "Decorrenza degli obblighi relativi alla raccolta del gioco a distanza", attuativo dell'articolo 24, commi da 11 a 26, della legge 7 luglio 2009, n. 88 pubblicato nella GURI Serie generale n. 56 del 9 marzo 2011.

37 Dato aggiornato al 31 maggio 2014.

38 Betting 2000 srl e Stravinci srl.

39 Decreto prot. n. 2014/44317 RU di decadenza dall'atto integrativo per il gioco a distanza n. 15187 - PUNTO MATCH S.r.l. e Decreto prot. n. RU 42087/2014 di decadenza dalla concessione per il gioco a distanza n.15090 - THE NICE HAND S.r.l. consultabili al link <http://www.aams.gov.it/site.php?id=6981>.

40 Per ulteriori dettagli si veda <http://www.aams.gov.it/site.php?id=11760>.

41 Data di redazione del paragrafo.

42 Per ulteriori dettagli si veda <http://www.aams.gov.it/site.php?id=11760>.

43 Per spesa si intende la somma complessiva del fatturato degli operatori e del prelievo erariale. Corrisponde a quanto i giocatori online, nella loro totalità, spendono sui siti con concessione dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (Politecnico di Milano 2013, 19).

44 Nel rapporto del 2012 del Politecnico di Milano non figura.

45 Riferito a giugno 2013.

46 Per una denuncia delle app ludiche rivolte all'infanzia si veda N. Martinelli, Bambini: l'azzardo ammicca dalle app, *Avvenire*, 26 febbraio 2014.

47 Si intende ad ottobre 2014, data di redazione del paragrafo.

### 3. Il giocatore d'azzardo e il ruolo dell'impulsività

48 Presenza contemporanea di una diagnosi di dipendenza e di una significativa diagnosi psichiatrica.

49 Più di 60 anni fa, Murray (1938) ha suggerito che l'impulsività è una tendenza a rispondere velocemente senza riflettere. Più recentemente, l'impulsività è stata definita come un costrutto multimodale (Gerbing, Ahadi, e Patton 1987). Secondo Petry (2001, 30) l'impulsività "... diminuisce la capacità di ritardare la gratificazione, porta a un comportamento disinibito, a scelte rischiose, alla ricerca di sensazioni forti, propensione alla noia, sensibilità alla ricompensa, edonismo e poca pianificazione". Patton e colleghi (1995) affermano che il comportamento impulsivo compromette tre componenti: a) Capacità motoria: si agisce senza pensare; b) Capacità attentiva: manca l'attenzione verso il compito che si sta eseguendo; c) Capacità di pianificazione: azioni orientate al presente e non al futuro. Questa classificazione presenta alcune somiglianze con il modello di Bechara e colleghi (2000), che affermava che ci sono differenze funzionali e strutturali tra l'impulsività motoria, che riguarda l'inibizione di risposte prepotenti, e il processo decisionale che è un esempio di "impulsività cognitiva".

50 Sito: [progettopregio.it](http://progettopregio.it) Facebook: <https://www.facebook.com/ProgettoPreGio> Twitter: <https://twitter.com/ProgettoPreGio>

51 I tabacchini del centro storico di Trento e Rovereto, i bar contenenti slot machine la sala Bingo e le sale Admiral delle due città.

52 <http://www.automutuoaiuto.it/>

53 Società Italiana di Intervento sulle Patologie Compulsive, <http://www.siipac.it/>

54 <http://www.hands-bz.it/cms/>

55 Versione italiana concessa dal dott. Graziano Bellio.

56 Uno studio con un approccio simile è stato realizzato da Giorgetta e colleghi (2014).

#### 4. La domanda di gioco in Trentino

57 La sorveglianza PASSI, coordinata dal Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (Cnesps) dell'Istituto Superiore di Sanità, prende avvio nel 2007 in fase sperimentale ed entra a regime nel 2008. È uno strumento interno al sistema sanitario in grado di produrre, in maniera continua e tempestiva, informazioni non solo a livello regionale, ma anche aziendale, essendo gestito direttamente dalle singole Asl. A livello nazionale è svolto un coordinamento centrale che assicura la diffusione di procedure standardizzate di rilevazione (il piano di campionamento, il questionario per la raccolta delle informazioni, strumenti di monitoraggio della qualità dei dati raccolti e delle performance nella rilevazione delle singole aziende) e di strumenti di analisi dei dati (per l'analisi dei dati aziendali e regionali) e la comunicazione dei risultati nazionali e regionali. Tramite tra il livello centrale e quello aziendale è il livello regionale che ha compiti di coordinamento delle Asl, di analisi e di comunicazione ai decisori regionali.

58 La conoscenza dei profili di salute e dei fattori di rischio della popolazione è requisito per realizzare attività di prevenzione, per il monitoraggio e la valutazione dell'efficacia degli interventi attuati. Le informazioni raccolte possono essere utilizzate per la programmazione e valutazione delle aziende sanitarie e delle regioni/province autonome.

59 La raccolta delle informazioni avviene tramite interviste telefoniche, previa lettera informativa spedita dall'Asl di appartenenza ai cittadini selezionati e ai loro medici di medicina generale. Le interviste sono effettuate nel corso di tutto l'anno da personale sanitario opportunamente formato sul metodo dell'intervista telefonica e sulle modalità del contatto e il rispetto della riservatezza delle persone. La compilazione del questionario è prevista sia in cartaceo sia con il metodo CATI (Computer assisted telephone interview), che per la provincia di Trento avviene circa nel 70% delle interviste. L'intervista dura mediamente 20 minuti. La qualità dei dati è assicurata da un sistema automatico di controllo al momento del caricamento e da una successiva fase di analisi ad hoc con conseguente correzione delle anomalie riscontrate.

60 La popolazione di studio è costituita dalle persone di età compresa tra 18 e 69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie. Criteri di inclusione nel campione sono la residenza nel territorio della Asl e la disponibilità di un recapito telefonico (cellulare e rete fissa). I criteri di esclusione sono: la non conoscenza della lingua italiana, l'impossibilità di sostenere un'intervista (es. per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine. Il campionamento è di tipo casuale stratificato proporzionale, per sesso e classi di età, direttamente effettuato dalle liste delle anagrafi sanitarie delle Asl.

61 Secondo Serpelloni (2012) il 54% della popolazione italiana di età compresa fra 18-74 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi; secondo la ricerca IPSAD (C.N.R.- I.F.C. 2012) ha giocato d'azzardo nel 2011 quasi la metà della popolazione compresa fra i 15 ed i 64 anni; secondo la ricerca NOMISMA (2009) nel 2008 ha giocato d'azzardo il 55% della popolazione italiana con più di 15 anni, in particolare il 32,8% ha giocato meno di 2, 3 volte al mese, il 9,2% 2 o 3 volte al mese, l'11,6% una volta a settimana, l'1,4% ogni giorno o quasi.

62 0 = Assenza di problema; 1-2 = Rischio basso; 3-7= Rischio moderato; +8 = Rischio Alto.

63 L'arco temporale è stato scelto per includere all'interno del campione anche i giocatori ricreazionali. I risultati ottenuti hanno permesso una classificazione dei giocatori.

64 Sono stati eliminati i valori inferiori a 2 per motivi di privacy.

65 Deviazione standard di 2.702,9 euro.

66 Numerose ricerche italiane ed internazionali mostrano che i giovani tendono a mettere in atto più condotte a rischio contemporaneamente e che il gioco d'azzardo problematico si presenta in associazione all'uso di sostanze stupefacenti, all'abuso di alcol, ecc. (Bonino, Cattelino, e Ciairano 2003; Lorains, Cowlishaw, e Thomas 2011; Milesi e Clerici 2001; Serpelloni 2013; Williams, West, e Simpson 2012; Wallisch 1993; 1996).

67 Come riportano numerose ricerche internazionali, la familiarità con il gioco d'azzardo è spesso positivamente correlata al gioco d'azzardo praticato dai giovani (Wallisch 1993; 1996).

68 Alcune ricerche riportano che negli ultimi anni il gioco d'azzardo online è aumentato in misura esponenziale, divenendo popolare soprattutto tra i più giovani (Ipsos MORI 2009).

69 Numerose ricerche mostrano che il gioco d'azzardo patologico colpisce soprattutto i giovani. Infatti, mentre nella popolazione italiana globale i giocatori d'azzardo problematici sono stimati fra l'1,3% e il 3,8%, per ciò che concerne i giovani questa percentuale sale al 18% (Serpelloni 2013).

70 Rispetto al campione selezionato, il campione effettivo è risultato più basso a causa di studenti assenti e studenti che hanno rinunciato agli studi.

71 La pesatura è un'operazione statistica che, attraverso la moltiplicazione dei casi per coefficienti standard, consente di rendere il campione scelto per l'analisi rappresentativo dell'universo ed evita la sovrastima o la sottostima delle risposte.

72 Il gruppo ha considerato solo gli studenti che, alla data della somministrazione, non avevano ancora terminato il percorso di studi.

73 Nel questionario era data la possibilità agli studenti di selezionare, oltre al gioco principale, altre undici tipologie di giochi d'azzardo. Più della metà dei giovani ha dichiarato di non giocare a nessun altro gioco oltre al principale. Poco più di un quarto ha asserito di praticare un'altra tipologia di gioco in aggiunta alla prima e – a scalare – il 12,3% ha dichiarato di praticarne due, il 6,4% tre e solamente lo 0,6% cinque. L'ordine di preferenza dei giochi selezionati come scelta secondaria è il medesimo di quello individuato per il gioco "principale": in primo luogo gli studenti scelgono infatti i Gratta&Vinci (22,5%), seguiti dalle scommesse sportive, Totocalcio e Totip (11,2%), dai giochi di carte a soldi (9,2%), e ancora dal Lotto, Superenalotto e simili (8,0%) e dalle slot machine o VLT (6,7%).

74 Sebbene si tratti di un sottogruppo ridotto (solo il 2,3% spende più di 20 euro per occasione di gioco), è interessante constatare che questo è composto interamente da soggetti che dichiarano di giocare fra una e due ore per occasione, nel 72,2% dei casi più volte a settimana e nel 68% dei casi a giochi di carte a soldi.

75 È possibile, infatti, giocare in qualsiasi luogo ed in qualsiasi momento, ed è sufficiente una connessione internet e un pc, un tablet, uno smartphone o simili.

76 Si ricorda che nessuno dei giocatori offline ha dichiarato di spendere più di 50 euro per occasione di gioco.

77 La domanda permetteva più opzioni di risposta.

78 La domanda permetteva più opzioni di risposta.

79 La domanda permetteva più opzioni di risposta.

80 La domanda permetteva più opzioni di risposta.

81 Alcune osservazioni emergono però considerando singole domande. In particolare si rileva che all'affermazione "nel gioco d'azzardo conta molto l'abilità: più ti alleni e più vinci" rispondono in modo più corretto i ragazzi che non giocano rispetto a quelli che giocano: il 90,1% degli studenti che non giocano sostengono si tratti di un'affermazione sbagliata, contro il 78,8% dei ragazzi che giocano.

82 Aggregando le categorie "rischio problematico" e "gioco patologico", si evince che la percentuale dei soggetti che manifesta comportamenti di gioco non adeguati si attesta attorno al 10,5% sia per chi gioca solo offline sia per chi gioca solo online. Diversamente, per gli studenti che tendono a praticare entrambe le modalità (offline e online) la percentuale sale al 34,8%.

83 Questo dato non stupisce poiché buona parte dei giochi più praticati dai ragazzi richiede pochi minuti (Gratta&Vinci, scommesse sportive).

84 Alcune relazioni significative si potrebbero rilevare anche rispetto al gioco praticato e ai luoghi in cui è esperita l'attività: ad esempio, fra chi gioca alle slot machine o alle corse dei cavalli si rileva una percentuale di soggetti che giocano in modo moderatamente rischioso o problematico più elevata rispetto ai gruppi di studenti che scelgono altre tipologie di gioco. La scarsa numerosità dei sottogruppi, tuttavia, non permette di generalizzare questi risultati.

85 Si ricorda che, invece, considerando l'età in relazione alla possibilità o meno di giocare d'azzardo era emerso come i ragazzi più grandi avessero una maggiore probabilità rispetto ai compagni più giovani di praticare l'attività.

86 Si consideri che i ragazzi che provengono da famiglie mono-genitoriali sono meno di un sesto del totale.

87 Tuttavia, le attività che appaiono meno correlate al rischio e che dunque potrebbero porsi come potenziali fattori protettivi sono la scelta di trascorrere il proprio tempo libero leggendo o studiando, facendo sport, rimanendo in famiglia, frequentando associazioni, circoli o la parrocchia. Per le altre attività non è possibile identificare relazioni chiare e statisticamente significative.

88 Ad esempio, benché fra coloro che fumano giornalmente o settimanalmente la percentuale di chi manifesta un problema nella gestione del gioco sia più alta (il 25,2% di chi fuma tutti i giorni marijuana gioca in modo problematico e il 14,2% di chi fuma qualche volta a settimana è a rischio moderato), non è possibile cogliere una linearità nella relazione: fra chi fuma qualche volta al mese, infatti, il 9,2% è a rischio moderato, ma fra chi fuma qualche volta all'anno la percentuale sale al 12%, cui si aggiunge anche un 1,2% di ragazzi che giocano in modo problematico; infine, fra chi non fuma mai, si riscontra un 12,4% di soggetti moderatamente a rischio, cui si aggiunge l'1,6% di ragazzi con evidenti problemi di GAP.

89 Il sottogruppo cui ci si riferisce (consumatori quotidiani di sostanze stupefacenti) è molto esiguo.

90 Anche in questo caso i gruppi risultano numericamente molto ridotti.

91 Si precisa che, stando a quanto dichiarato dagli studenti nel questionario loro somministrato, oltre la metà dei ragazzi proviene da famiglie dove i genitori non giocano mai, e nel 95% dei casi giocano al massimo una volta al mese, il 3,2% dei genitori gioca qualche volta a settimana, l'1,6% più volte a settimana e lo 0,4% tutti i giorni.

92 Anche per ciò che concerne gli amici, si riscontra un background culturale caratterizzato perlopiù dall'assenza del gioco d'azzardo. Poco meno del 90% dei ragazzi dichiara di frequentare amici che giocano al massimo qualche volta al mese (41,9% mai, 28,8% qualche volta all'anno, 18,1% qualche volta al mese). A questi si aggiungono i ragazzi che dichiarano di avere amici che giocano qualche volta a settimana (7,5%), più volte a settimana (2,9%) e tutti i giorni (0,7%). Si rileva comunque che, complessivamente, il gioco è più praticato dagli amici che non dai genitori.

93 L'esclusione di licei e centri di formazione professionale è stata dettata dal fatto che all'avvio della ricerca in tali tipologie di istituti figuravano conclusi progetti di prevenzione del gioco d'azzardo problematico con studenti (classi 5°) già usciti dal circuito scolastico e quindi non più rintracciabili.

94 Tutte le percentuali fanno riferimento ai dati non pesati relativi ai due gruppi.

95 Non essendo stato effettuato un controllo pre-post, infatti, ciò che si è potuto raccogliere può essere opinabile sotto il profilo dell'attendibilità scientifica.

## 5. Costi sociali del gioco patologico

96 All'interno di questo approccio è possibile distinguere due metodi di stima: a) *mean differences approach*: compara la media dei costi sostenuta da ciascuno dei due gruppi per determinare differenze attribuibili alla malattia; b) *multistage regression approach*: è solitamente utilizzato quando è presente un cospicuo numero di casi a costo zero e un numero basso di casi con costi molto elevati.

97 Indicatore statistico relativo al numero di anni di vita di un essere vivente a partire da una certa età all'interno di una popolazione indicizzata.

98 Membri del Gamblers Anonymous.

99 N=112 giocatori del Connecticut e N=98 del Wisconsin.

100 Costo medio annuale per giocatore.

101 Perdita del lavoro, debiti; furti; costi civili (tribunale); costi della criminalità welfare; terapia.

102 N=2.417 adulti, N=530 adulti intercettati presso luoghi di gioco, N=534 adolescenti

103 Dickerson e colleghi (1998) hanno unito i risultati della somministrazione dei questionari nel 1997 a 1.390 giocatori con i risultati di un'altra somministrazione avvenuta nel 1995 a 1.209 soggetti.

104 Costo medio per giocatore patologico 1.300 \$ per anno. Numero totale di giocatori patologici stimati 39.117.

105 Questionario scritto inviato a 375 centri di consulenza terapeutica. Tasso di risposta 59% (220). Persone con problemi con il gioco in carico: 335. Tra le altre fonti consultate: censimento svizzero sulle condizioni di salute (2002), le statistiche mediche degli ospedali svizzeri (1998-2001) e la letteratura internazionale sul tema.

106 La ricerca non ha tenuto conto dei costi intangibili.

107 N=64 Istituti con consulenza per i problemi di gioco; N=167 persone che tra agosto 2008 e marzo 2009 sono state escluse dal gioco nei casinò svizzeri. Dati esclusioni dal gioco 2007, Valutazioni dell'indagine sulla salute, Sondaggi presso consulenti e Valutazione statistica medica degli ospedali.

108 La ricerca non ha tenuto conto dei costi intangibili.

# PARTE 2

# GIOCARE D'AZZARDO: TRA PREVENZIONE E TRATTAMENTO



## 6. LA PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: MISURE E INIZIATIVE

### 6.1. Misure di prevenzione del gioco patologico

Per inquadrare le misure preventive attivate a livello nazionale ed internazionale, questo paragrafo illustra i principi e modelli preventivi adottati nell'ambito del contrasto al gioco d'azzardo patologico ed i fattori di vulnerabilità e resilienza specifici in relazione al GAP.

#### 6.1.1. Principi e modelli preventivi

La prevenzione è un'azione positiva svolta da vari agenti che prevede interventi a differenti livelli per ridurre i fattori di rischio e gli effetti negativi di condotte devianti, patologie o disturbi di differente origine (van der Stel e Voordewind 2001).

Tradizionalmente, gli interventi preventivi sono suddivisi in tre tipologie (Caplan 1964; Gordon 1983; 1987):

1. prevenzione **primaria** (o *scelta informata o universale*);
2. prevenzione **secondaria** (o *protezione o selettiva*);
3. prevenzione **terziaria** (o *consulenza o specifica*).

Questa classificazione, nata in ambito medico, è stata spesso criticata poiché ritenuta poco adatta alla complessità dei fenomeni, tuttavia è tuttora largamente utilizzata in differenti ambiti (Santinello e Cenedese 2002) ed è stata adottata anche in riferimento al gioco d'azzardo patologico. In particolare, in base a tale classificazione, gli interventi di prevenzione possono essere raggruppati in (IPART Staff e Wales 2004; Dickson-Gillespie et al. 2008):

1. **prevenzione primaria o "scelta informata"** ("*informed choice*"): mira a rendere la popolazione consapevole dei rischi e delle potenziali conseguenze negative associate al gioco d'azzardo eccessivo. L'obiettivo è offrire ai cittadini e a categorie specifiche di soggetti (es. giovani, anziani, ecc.) informazioni utili a indirizzarsi verso un comportamento di gioco responsabile. Esempi di questo tipo di misure sono le campagne di consapevolezza dei rischi associati al gioco, le indicazioni sulle reali probabilità di vincita e le campagne informative sui servizi che possono offrire aiuto;
2. **prevenzione secondaria o "protezione"** ("*protection*"): mira a diminuire il danno potenziale per i giocatori a rischio e problematici senza incidere negativamente

sui giocatori ricreazionali<sup>109</sup> prevenendo tuttavia che questi ultimi sviluppino una dipendenza. Esempi di tali interventi sono la formazione e la sensibilizzazione degli operatori di gioco, i programmi di auto-esclusione, le modificazioni ambientali e sugli apparecchi da gioco (AWP, VLT) al fine di contrastare le decisioni impulsive ed il gioco eccessivo, la pubblicizzazione dei servizi di assistenza e trattamento;

3. **prevenzione terziaria o "consulenza"** ("*counselling*"): si riferisce ai diversi tipi di trattamenti volti ad assistere le persone che stanno sviluppando o hanno sviluppato un problema nella gestione del gioco d'azzardo. Queste misure comprendono, ad esempio, la terapia individuale o di gruppo, i gruppi di auto mutuo aiuto, la consulenza finanziaria e l'assistenza per la famiglia del giocatore.

Le azioni volte a minimizzare gli effetti negativi del gioco d'azzardo patologico possono essere prese in esame non solo in relazione al livello di prevenzione su cui lavorano – e dunque al target cui si riferiscono – ma anche in una prospettiva più globale di salute pubblica (Korn, Gibbins, e Azmier 2003; Marshall 2009; Messerlian, Derevensky, e Gupta 2005). Questo punto di vista, oltre ad affrontare gli aspetti della prevenzione e del trattamento, presta attenzione ai processi e alle attività che migliorano la qualità della vita e alle strategie adattive di *coping* (Dickson-Gillespie et al. 2008). Questa prospettiva permette di comprendere il complesso fenomeno del gioco d'azzardo su più piani. In particolare (Korn, Gibbins, e Azmier 2003):

- consente un'analisi dei costi e dei benefici ad esso connessi;
- coglie l'impatto economico e sociale di tale attività;
- favorisce un dibattito allargato;
- permette di identificare strategie di interventi a più livelli.

Secondo questo inquadramento, i principi guida che devono accompagnare il processo decisionale nel campo della politica socio-sanitaria sono tre:

1. garantire la **prevenzione dei problemi connessi al gioco d'azzardo**, la quale si pone come priorità della comunità, con un'adeguata ripartizione delle risorse fra interventi di prevenzione primaria, secondaria e terziaria;

2. adottare un approccio interdisciplinare di **promozione alla salute** in grado di costruire coesione sociale all'interno della comunità, rispondendo alle esigenze dei giocatori a rischio (o problematici) e dei loro familiari;

3. **promuovere la responsabilità individuale e sociale** per le politiche e le scelte relative al gioco d'azzardo.

Tali principi dettano gli obiettivi in tema di salute pubblica, le strategie di azione e gli standard di responsabilità pubblica e mirano a (Korn, Gibbins, e Azmier 2003):

- **prevenire problemi legati al gioco d'azzardo** in individui e gruppi a rischio di dipendenza;

- **promuovere atteggiamenti, comportamenti e politiche consapevoli ed equilibrati** rispetto al gioco e ai giocatori,

sia da parte dei singoli individui, sia da parte della comunità e dell'opinione pubblica in generale;

- **proteggere i soggetti vulnerabili** dai pericoli legati al gioco d'azzardo eccessivo.

A fronte di tali obiettivi, i modelli principali di questo approccio sono due:

- la **“riduzione del danno”** (Dickson-Gillespie, Derevensky, e Gupta 2002a; 2004a; 2004b; Dickson-Gillespie et al. 2008);

- il **“gioco responsabile”** (Blaszczynski et al. 2011).

Di seguito sono poste a confronto le caratteristiche più rilevanti dei due modelli (Tab. 41).

**Tab. 41** Principali caratteristiche dei modelli di riduzione del danno e di gioco responsabile

	Modello della riduzione del danno	Modello del gioco responsabile
<b>Target</b>	Principalmente i giovani	Amministrazione, industria e giocatori
<b>Obiettivo</b>	Identificare i fattori di rischio e promuovere la resilienza	Promuovere il gioco responsabile
<b>Responsabilità del giocatore</b>	Astinenza non richiesta	Giocare d'azzardo sulla base di decisioni informate ed entro limiti ragionevoli
<b>Responsabilità dell'industria</b>	Prevenire l'esposizione dei giovani all'ambiente del casinò (e ai luoghi di gioco in genere, <i>n.d.r.</i> )	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Offrire informazioni sui prodotti di gioco</li> <li>• Incoraggiare scommesse entro limiti ragionevoli</li> </ul>
<b>Responsabilità delle amministrazioni</b>	Assumere un interesse attivo nel programma	Identificare programmi di intervento efficaci e servizi di trattamento

Fonte: elaborazione Transcrime di Ariyabuddhiphongs (2013, 569)

Come illustra la tabella, mentre il modello di riduzione del danno ha come target principale i giovani giocatori e si pone l'obiettivo di identificare e ridurre i possibili fattori di rischio e di promuovere la resilienza – aspetti questi che saranno affrontati nel prossimo paragrafo – il modello del gioco responsabile si riferisce ad una vasta gamma di concetti applicati a questioni e politiche differenti, dal comportamento individuale ad aspetti di salute pubblica. Esso mira ad un coinvolgimento ampio di attori al fine di incoraggiare un gioco responsabile e offrire programmi di intervento e servizi di trattamento (Dickson-Gillespie et al. 2008)<sup>110</sup>.

## FATTORI DI VULNERABILITÀ E DI RESILIENZA

La valutazione dei fattori di vulnerabilità (o rischio) e di resilienza (o protezione) svolge un ruolo chiave nel campo della prevenzione dell'abuso di alcol, della tossicodipendenza e dei comportamenti a rischio in genere, sia a livello nazionale che internazionale (Bonino, Cattelino, e Ciairano 2003; Cristini e Santinello 2012; Hawkins e Catalano 2005). Tale approccio è applicato anche al gioco d'azzardo patologico (Dickson-Gillespie, Derevensky, e Gupta 2002a) e prende in esame **fattori individuali, familiari ed ambientali** che spesso si presentano nella realtà fra loro interconnessi e combinati:

1. **fattori individuali:** alcuni degli indicatori sociodemografici che caratterizzano il giocatore eccessivo rispetto a quello ricreazionale sono:

- l'appartenenza al genere maschile, la giovane età, una scarsa acquisizione di competenze scolastiche e un titolo di studio non elevato, una scarsa capacità di gestire il proprio denaro, nonché una precoce iniziazione al gioco (La Barbera e Matinella 2010; Milesi e Clerici 2001; Pani e Biolcati 2006; Serpelloni e Rimondo 2012);
- l'uso di sostanze stupefacenti, l'abuso di alcol e il tabagismo (Serpelloni e Rimondo 2012; Petry 2007; Vitaro et al. 2001);
- la presenza di condizioni psicopatologiche predisponenti (es. disturbi dell'umore, deficit di attenzione con iperattività, disturbo antisociale, narcisistico o *border-line*) (Marino 2002; Vitaro et al. 2001; Serpelloni e Rimondo 2012);
- un sistema dopaminergico della gratificazione alterato, un temperamento sempre orientato al rischio<sup>111</sup>, un'alta attitudine al rischio e una bassa capacità di autocontrollo con alti livelli di impulsività; una bassa autostima (o un'autostima "onnipotente"), una scarsa capacità di *coping* e di comportamento adattivo, nonché la presenza di distorsioni cognitive legate al gioco (La Barbera e Matinella 2010; Serpelloni e Rimondo 2012);

2. **fattori familiari:** è ormai accertato che, in via generale, frequentare un ambiente di vita (familiari, amici, conoscenti) ove il gioco d'azzardo rappresenti un'abitudine aumenta l'esposizione al rischio (Marino 2002; Serpelloni e Rimondo 2012; Williams, West, e Simpson 2012). In particolare, si rileva che i padri dei giocatori e le madri delle giocatrici tendono ad avere lo stesso problema dei figli in misura maggiore rispetto alla popolazione generale (Pani e Biolcati 2006; Milesi e Clerici 2001). Inoltre, in riferimento agli adolescenti e analogamente a quanto accade per altri tipi di comportamenti a rischio, atteggiamenti genitoriali e norme favorevoli a quel particolare comportamento, conflitti familiari, scarso *monitoring* genitoriale, relazioni familiari poco supportive, con legami di attaccamento deboli rappresentano ulteriori elementi di rischio (Bonino, Cattelino, e Ciairano 2003);

3. **fattori ambientali:** che svolgono un ruolo essenziale nel modulare le caratteristiche del gioco e la sua diffusione:

- la disponibilità e l'accessibilità del gioco d'azzardo sul territorio (Marino 2002; Serpelloni e Rimondo 2012; Williams, West, e Simpson 2012);
- la pubblicizzazione del gioco e le relative operazioni di marketing: ove queste azioni sono portate avanti in

modo massiccio e capillarizzato si verifica una maggiore influenza sui soggetti vulnerabili (Marino 2002; Serpelloni e Rimondo 2012; Serpelloni 2013);

- le condizioni sociali (povertà e/o microcriminalità diffusa, alti livelli di disoccupazione, ecc.) possono rappresentare ulteriori elementi di rischio nell'incorrere nel gioco eccessivo.

Di conseguenza, i soggetti che presentano il maggior rischio di sviluppare una modalità di gioco patologica e su cui deve essere concentrata l'azione preventiva sono (Serpelloni 2013):

- bambini (3-12 anni) con deficit del controllo comportamentale ed emozionale;
- adolescenti vulnerabili con presenza di disturbi comportamentali e temperamenti di propensione al rischio;
- persone giovani con disturbi del controllo dell'impulsività;
- persone con familiarità di gioco d'azzardo patologico;
- persone con false e distorte credenze sulla fortuna e sulla reale possibilità di vincita al gioco d'azzardo;
- persone con problemi mentali o di uso di sostanze o abuso di alcol;
- persone prevalentemente di sesso maschile;
- persone divorziate;
- adulti/anziani con carenti attività ricreative e socializzanti (anti-noia).

In conclusione, il quadro eziologico qui esposto consente di desumere alcune importanti implicazioni per la prevenzione del GAP (Williams, West, e Simpson 2012):

- l'efficacia di qualsiasi intervento preventivo dipende dalla sua **capacità di modificare uno o più fattori di vulnerabilità**, specialmente quelli legati in modo diretto al gioco;
- il **livello di gioco d'azzardo** problematico o patologico presente in una data popolazione può essere **ridotto**, ma è **improbabile che sia eliminato** a causa dell'elevato numero di fattori di rischio e a causa delle basi biologiche di alcuni di essi;
- **iniziative di prevenzione generale** rivolte ad una vasta gamma di problemi ed indirizzate specialmente ai giovani possono risultare efficaci e rappresentare componenti essenziali per la prevenzione del GAP poiché molti fattori di vulnerabilità per il gioco d'azzardo patologico coincidono con quelli per lo sviluppo di abuso di sostanze, psicopatologie e altre problematiche;

- la **prevenzione dovrebbe avere una matrice poliedrica**, coordinata e sostenuta da iniziative politiche ed educative previste per una vasta gamma di gruppi di età differenti per minimizzare i limiti dell'applicazione dei singoli interventi contro l'elevato numero dei fattori di rischio.

### 6.1.2. Metodologia

Tradizionalmente, l'analisi delle misure preventive adottate rispetto ad una determinata problematica è effettuata sulla base dei soggetti verso cui queste sono dirette (target), suddividendo così gli interventi in base al livello di prevenzione: primaria, secondaria o terziaria.

Tuttavia, in questa sede si propone un approccio differente:

1. si presta particolare attenzione a quegli interventi che possono essere classificati come appartenenti alla **prevenzione primaria e secondaria** del gioco d'azzardo patologico. Gli interventi di prevenzione terziaria, infatti, possono più facilmente essere associati al trattamento (Ariyabuddhiphongs 2013).
2. per chiarezza espositiva, le differenti iniziative sono suddivise in due gruppi analitici: iniziative **restrittive** e iniziative **educative**. Queste si differenziano per il tipo di obiettivi che mirano a raggiungere:
  - le **iniziative di restrizione** o di modificazione dell'offerta di gioco, puntano alla prevenzione di potenziali problematiche connesse alla ludopatia attraverso l'alterazione del *setting* e l'esclusione di alcuni soggetti;
  - le **iniziative educative**, sia che si rifacciano al modello del gioco responsabile, sia a quello della riduzione del danno, aspirano a migliorare le conoscenze e modificare le credenze errate, indirizzando il soggetto verso atteggiamenti e comportamenti consapevoli e responsabili;
3. per ogni azione preventiva considerata si pone in luce il livello di **efficacia** dimostrata e, al termine della rassegna, si indicano quelle che possono essere definite le **best practices** rispetto alla prevenzione del gioco d'azzardo patologico.

Si separano il piano di analisi internazionale da quello nazionale. Tale decisione nasce dalla constatazione di una notevole carenza di analisi scientifiche italiane rispetto alle misure preventive del GAP. Se negli ultimi anni, infatti, sono fiorite nel nostro Paese numerose iniziative volte a contrastare questo fenomeno, sono tuttavia mancate le azioni volte a valutarne l'efficacia e l'impatto, aspetto quest'ultimo che ha caratterizzato anche altri campi in tema preventivo (Santinello e Cenedese 2002). Segue, poi, l'analisi delle misure preventive messe in atto a livello provinciale e si conclude con la valutazione degli sviluppi attesi per il futuro e delle questioni ancora non risolte.

La metodologia utilizzata per l'indagine bibliografica ha previsto la ricerca sistematica di articoli scientifici e documenti, in formato elettronico o cartaceo, che contenessero le seguenti stringhe di parole chiave: "prevention", "gambling"/"prevenzione", "gioco d'azzardo"<sup>112</sup>. La ricerca è stata effettuata attraverso i seguenti strumenti:

- **banche dati:** SpringerLink, PsycINFO, Sociological Abstract, Social Services Abstract, ERIC, ESSPER;
- motore di ricerca **Scholar di Google**;
- **archivi di centri di documentazione specialistici:** Centro Studi, Documentazione e Ricerche Gruppo Abele; Ce.Do.S.T.Ar. – Centro documentazione, studi e ricerca sul fenomeno delle dipendenze patologiche del Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda U.S.L. 8 di Arezzo; ReteCedro – Rete dei centri di documentazione sulle dipendenze patologiche della Regione Toscana; A.N.D. – Azzardo e Nuove Dipendenze, Associazione di Promozione Sociale; Ce.S.D.A. – Centro Studi, ricerca e documentazione su dipendenza e Aids; ALEA, Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio.

La bibliografia dei singoli articoli così individuati è stata poi consultata per reperire ulteriore materiale. È poi importante specificare che la ricerca tramite Google Scholar e l'analisi del materiale reperibile attraverso i centri di documentazione specialistici ha permesso di individuare anche documenti appartenenti alla cosiddetta letteratura "grigia"<sup>113</sup>, particolarmente importante per l'analisi dei progetti preventivi attuati nel nostro Paese. Il materiale complessivo così individuato è stato poi selezionato sulla base della rilevanza rispetto all'obiettivo di ricerca.

Per l'indagine sulle attività di prevenzione realizzate sul territorio provinciale nel corso del 2014 sono state realizzate diverse **interviste con esperti**. In particolare: dott. William Mantovani (APSS, Dip. Prevenzione, Promozione ed Educazione alla Salute, Sorveglianza stili di vita), dott.ssa Marialuisa Grech (APSS, Ser.D. di Trento), dott.ssa Miriam Vanzetta (assistente sociale, associazione AMA di Trento).

### 6.1.3. Il livello internazionale: le misure preventive e la loro efficacia

Negli ultimi quindici anni è emerso un notevole interesse per il gioco d'azzardo problematico che ha generato un significativo sforzo per sviluppare strategie di prevenzione. Tuttavia, lo sviluppo, l'implementazione e la valutazione della maggior parte di queste iniziative si è svolta secondo un processo disordinato, discontinuo e lacunoso. Spesso gli interventi sono stati messi in atto perché "sembravano buone idee" o erano stati utilizzati in altre giurisdizioni, e non perché avevano dimostrato un'efficacia scientifica o derivavano da una approfondita conoscenza nell'ambito preventivo (Williams, West, e Simpson 2012).

L'obiettivo di questa sezione è presentare in modo analitico le principali iniziative messe in atto a livello internazionale per contrastare e prevenire il gioco d'azzardo patologico e rilevare quali di queste hanno dimostrato una maggiore efficacia sotto il profilo scientifico, tracciando la strada di quelle che possono essere definite *best practices*.

## INIZIATIVE EDUCATIVE

In questa sezione si analizzano le iniziative educative, ossia quelle strategie preventive volte a:

- modificare le **credenze errate** rispetto al gioco;
- limitare i **comportamenti a rischio**;
- incentivare una **modalità di gioco responsabile** attraverso un lavoro che coinvolge in modo diretto l'individuo.

In particolare, la rassegna considera:

1. **interventi di prevenzione con bambini e giovani**, che si suddividono in:

- interventi ad **ampio spettro**;
- interventi **formativi** sul gioco d'azzardo;

2. **campagne di informazione e sensibilizzazione**, che possono essere rivolte a:

- **tutta la popolazione**;
- un **target specifico** (es. i giovani);

3. **altri interventi educativi**:

- interventi rivolti agli **operatori di gioco**;
- interventi di **"pre-impegno"** rispetto al denaro speso o al tempo impiegato giocando.

## INTERVENTI DI PREVENZIONE CON BAMBINI E GIOVANI

### Interventi ad ampio spettro

Mutuando l'esperienza relativa alla prevenzione di altri comportamenti a rischio (abuso di alcol, tabagismo, uso di sostanze stupefacenti, ecc.), gli interventi ad ampio spettro mirano a:

- creare uno **sviluppo positivo nel bambino e nel giovane** attraverso la promozione di competenze emotive, sociali, cognitive e comportamentali, lo sviluppo dell'autoefficacia, l'incoraggiamento verso comportamenti pro-sociali e lo sviluppo di fattori di resilienza;

- rafforzare le **famiglie** e incentivare **pratiche genitoriali efficaci** mediante lo sviluppo di uno stile educativo autorevole, relazioni supportive di sostegno e supervisione, *monitoring* genitoriale;

- creare un clima positivo nell'**ambito scolastico** e nel **gruppo dei pari** attraverso l'esposizione a gruppi ben socializzati di coetanei e che si indirizzano verso valori pro-sociali e grazie alla partecipazione spontanea a gruppi formali con finalità esplicite.

Azioni di questo tipo hanno già dimostrato in altri contesti la loro efficacia nel ridurre i comportamenti a rischio fra gli adolescenti e le relative conseguenze in età adulta, anche se, per quanto riguarda il gioco d'azzardo, l'approccio deve ancora essere scientificamente validato (Evans 2003). È dunque auspicabile che futuri interventi di questo tipo includano l'incidenza del gioco d'azzardo (problematico e non) fra i risultati da misurare (Williams, West, e Simpson 2012).

### Interventi formativi sul gioco d'azzardo: credenze errate e probabilità

Un'ampia parte delle misure preventive volte a contrastare il gioco d'azzardo eccessivo ha come punti focali la **formazione** e l'**informazione** degli uditori rispetto alle **credenze errate sul gioco**, ai suoi meccanismi e alle reali **probabilità di vincita**. Questo tipo di interventi è stato il più analizzato in termini di efficacia, anche se, di fatto, i risultati sono poco significativi e a volte contraddittori (Turner et al. 2005; Williams, West, e Simpson 2012). È bene specificare che, benché la stragrande maggioranza di questi interventi abbia coinvolto nella valutazione di efficacia studenti (bambini, adolescenti e giovani universitari) (Gaboury e Ladouceur 1993; Lavoie e Ladouceur 2004; Takushi et al. 2004; Turner et al. 2005; Williams e Connolly 2006; Williams, Wood, e Currie 2010), alcuni studi hanno interessato soggetti adulti (Doiron e Nicki 2007; Pelletier e Ladouceur 2007; Wohl et al. 2010).

Questa tipologia di intervento utilizza solitamente **differenti strumenti**, quali:

- lezioni su probabilità di vincita al gioco e fallacie cognitive (Williams e Connolly 2006);
- discussioni sui problemi legati al gioco e fattori di rischio (Williams, Wood, e Currie 2010);
- video creati *ad hoc* (Doiron e Nicki 2007; Ferland, Ladouceur, e Vitaro 2002; Ladouceur, Ferland, e Vitaro 2004; Ladouceur et al. 2005; Lavoie e Ladouceur 2004);
- educazione al riconoscimento dei segni premonitori di una perdita del controllo (Ferland, Ladouceur, e Vitaro 2005);

- attività e letture (Ferland, Ladouceur, e Vitaro 2002);
- simulazioni di giocate (Derevensky, Gupta, e Baboushkin 2007; Turner et al. 2008).

A tali strumenti specifici per il gioco d'azzardo, possono essere affiancate anche attività più generali, che riguardano le strategie di coping e di resistenza alle pressioni del gruppo dei pari, lo sviluppo di *life skills*, principi di auto-monitoraggio, *problem-solving* e costruzione dell'autostima (Ferland, Ladouceur, e Vitaro 2005; Turner et al. 2008; Williams, Wood, e Currie 2010).

#### Box 19. Alcuni esempi di interventi formativi sul gioco d'azzardo nel panorama internazionale

Fra i programmi più strutturati di questo tipo vi sono: "Don't Bet On It" e "Gambling: Minimising Health Risks", che sono stati sviluppati ed implementati in Australia e coinvolgono rispettivamente bambini dai 6 ai 9 anni e bambini al quinto grado di istruzione.

Per ciò che concerne gli Stati Uniti, sono attivi i programmi "Facing the Odds" (Louisiana), gestito dall'US National Center for Responsible Gambling, per bambini dal quinto all'ottavo grado di istruzione; "All Bets are Off" (Michigan), coinvolge bambini del settimo e dell'ottavo grado di istruzione; "Kids Don't Gamble... Wanna Bet" (Minnesota e Illinois), interessa studenti dal terzo all'ottavo grado; "Problem Gambling Prevention Program" (Florida), per ragazzi delle scuole medie e superiori.

In Canada si sono svolti programmi come "Youth Making Choices", sviluppato dal Centre for Addictions and Mental Health, Problem Gambling Institute of Ontario, coinvolge studenti delle scuole superiori; "Don't Bet On It", sviluppato dal Responsible Gambling Council of Canada per ragazzi delle scuole superiori; "Count me Out" (Quebec), per studenti dagli 8 ai 17 anni; "Gambling: A Stacked Deck" (Alberta) che coinvolge studenti di età compresa fra i 9 e i 12 anni (Williams, West, e Simpson 2012)<sup>114</sup>.

Complessivamente queste misure mostrano di avere successo nel breve e medio termine<sup>115</sup> nel:

- ridurre le **idee errate** rispetto al gioco;
- aumentare il **livello di conoscenza** relativamente al gioco d'azzardo sociale ed eccessivo;
- portare ad un **cambiamento di mentalità** nei confronti dello stesso;
- migliorare il **processo decisionale** e di *problem solving*.

Tuttavia, eccetto rari casi<sup>116</sup>, il loro successo nel ridurre i comportamenti di gioco si mostra piuttosto limitato. Il miglioramento e l'ampliamento delle conoscenze sulle reali probabilità di vincita e la capacità di resistere alle fallacie cognitive legate al gioco non sono infatti associati a diminuzioni nel comportamento di gioco effettivo<sup>117</sup> (Ariyabudhiphongs 2013; Ferland, Ladouceur, e Vitaro 2005; Turner et al. 2008; Williams e Connolly 2006). Le credenze irrazionali sul gioco, infatti, possono essere molto difficili da falsificare. Spesso sono legate al contesto e possono derivare più da un uso improprio e selettivo delle informazioni che da una mancanza di conoscenze (Delfabbro 2004). In via generale è risaputo che avere delle conoscenze rispetto ad una determinata questione e modificare il proprio comportamento in merito rappresentano due aspetti assai differenti (si pensi ai fumatori o agli alcolisti). Dunque, se è vero che la conoscenza rappresenta un antecedente necessario per prevenire o modificare comportamenti a rischio o dannosi, è altresì vero che raramente questa è sufficiente di per sé (Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008; Williams, West, e Simpson 2012). Anche la letteratura internazionale in ambito preventivo su altri campi (promozione della salute, uso di sostanze stupefacenti, tabacco, ecc.) che ha considerato gli approcci educativi interdisciplinari e più strutturati, mostra risultati modesti e poco promettenti, sia nel breve sia nel lungo periodo (Foxcroft et al. 2002; Gates et al. 2006; Giesbrecht 2007; Merzel e D'Afflitti 2003; Thomas, Baker, e Lorenzetti 2007; Wandersman e Florin 2003). A fronte di tali constatazioni, si ripropone la necessità di un'adeguata valutazione d'efficacia dei programmi preventivi al fine di meglio indirizzare le risorse.

#### CAMPAGNE DI INFORMAZIONE E SENSIBILIZZAZIONE

##### Campagne rivolte a tutta la popolazione

Le campagne di informazione e sensibilizzazione mirate in modo specifico al gioco d'azzardo sono rivolte ad un vasto pubblico e hanno l'obiettivo di contrastare gli sforzi commerciali volti a promuovere i giochi. Di norma sono sviluppate e implementate dai Servizi per la salute o dai Servizi sociali delle agenzie governative, dalle scuole o dalle industrie che offrono gioco d'azzardo. Gli elementi principali di cui si compongono sono (Serpelloni 2013; Williams, West, e Simpson 2012):

- incoraggiamento a **giocare in modo "responsabile"**;
- linee guida per un gioco non problematico;
- avvertenze circa la **natura** potenzialmente rischiosa del gioco d'azzardo e il possibile **sviluppo di dipendenza**;

- indicazioni per la precoce individuazione dei **sintomi “sentinella”** tipici del gioco problematico;
- indicazioni sui **servizi** cui rivolgersi **per assistenza o informazioni** (centri di assistenza, *help line*, ecc.);
- informazioni rispetto alle **reali probabilità di vincita** ai diversi giochi;
- spiegazioni per evitare **distorsioni cognitive e convinzioni errate** sul gioco.

Solitamente, tali indicazioni sono fornite:

- direttamente sul prodotto di gioco (es. inviti a giocare “responsabilmente” su apparecchi di gioco, Gratta&Vinci e probabilità di vincita stampate su biglietti della lotteria);
- su manifesti, volantini e cartelli pubblicitari nei luoghi di gioco o altrove;
- attraverso annunci di servizio pubblico su radio, televisioni e giornali;
- per mezzo di presentazioni, video o cd interattivi utilizzati specialmente in ambito educativo, soprattutto scolastico;
- su siti internet delle agenzie governative o su siti ove il gioco d’azzardo è offerto.

Trattandosi di una modalità relativamente **poco costosa** per inviare messaggi preventivi ad un’ampia parte della popolazione, questo tipo di iniziativa è **diffusa** in molte giurisdizioni, ma l’analisi del suo impatto e della sua efficacia è assai limitata (Williams, West, e Simpson 2012). Sulla base delle indagini svolte (Najavits, Grymala e George 2003; Turner et al. 2005), pare che questo tipo di misura abbia un **impatto molto limitato** su persone che non siano già interessate all’argomento o che non siano esplicitamente invitate a farlo<sup>118</sup>. In ogni caso, sembra che questo genere di campagne abbia il merito di:

- avvicinare i soggetti a rischio o problematici ai servizi di trattamento<sup>119</sup>;
- aumentare la collaborazione fra servizi di assistenza e personale che opera nei luoghi di gioco (es. con sessioni di formazione/informazione sul problema del gioco problematico e patologico) (Jackson, Thomason, e Thomas 2002).

Tuttavia, non esiste alcuna prova diretta dell’efficacia di queste campagne come strumento di prevenzione primaria per il gioco d’azzardo eccessivo (Williams, West, e Simpson 2012).

Nonostante ciò, è importante notare che iniziative di informazione e sensibilizzazione permanente possono migliorare in modo significativo la conoscenza e aiutare a modificare gli atteggiamenti a rischio della popolazione. Ciò vale specialmente con riferimento al target giovanile e a comportamenti quali, ad esempio, l’uso di droghe, di alcol e tabacco o comportamenti sessuali a rischio (Messerlian e Derevensky 2006). Indicazioni importanti in merito possono dunque essere tratte anche per ciò che concerne il gioco d’azzardo patologico (Byrne et al. 2005; Messerlian e Derevensky 2006). È inoltre fondamentale ricordare che le campagne di sensibilizzazione possono aumentare il proprio potenziale nel concorrere a modificare il comportamento quando si inseriscono in programmi completi e coordinati a livello comunitario, composti da differenti iniziative educative e politiche (Williams, West, e Simpson 2012).

#### Campagne rivolte ai giovani

Meritano un approfondimento le campagne di marketing sociale che si rivolgono specificamente ai giovani. È infatti risaputo che i ragazzi sono sottoposti a numerose pressioni, spesso contrastanti, da parte di genitori e adulti in genere, coetanei e mass media, rispetto agli stili di vita da adottare. Inoltre, l’accessibilità, la disponibilità e la promozione di numerosi prodotti, quali alcol, tabacco e gioco d’azzardo, il cui impiego è “normalizzato” dai media, pongono gli adolescenti in una posizione di significativa vulnerabilità per lo sviluppo di comportamenti a rischio (Villani 2001). In particolare, il gioco d’azzardo è il comportamento a rischio che di recente si è posto come problema di salute pubblica (Messerlian, Derevensky, e Gupta 2005). Infatti, i giovani rappresentano una parte della popolazione particolarmente esposta al rischio di sviluppare un problema di gioco d’azzardo patologico e la prevalenza di questo tipo di problematica fra i ragazzi è assai più elevata che fra la popolazione adulta, come dimostrano numerose ricerche (Blinn-Pike, Worthy, e Jonkman 2010; Dickson-Gillespie, Derevensky, e Gupta 2002a; Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008; Shead et al. 2011; Takushi et al. 2004; Todirita e Lupu 2013; Turner, Macdonald, e Somerset 2008; Williams e Connolly 2006). In particolare, negli ultimi anni si è assistito ad un maggior coinvolgimento dei giovani in tale attività causato soprattutto da:

- ampliamento del mercato del gioco d’azzardo;
- graduale deregolamentazione nel settore;
- incremento di pubblicità promozionali sia con riferimento ai canali tradizionali (televisione *in primis*) sia ai nuovi media (internet).

A ciò si aggiunge che le pubblicità veicolano spesso messaggi illusori e fuorvianti, utilizzano testimonial noti e apprezzati dal grande pubblico, non spiegano le reali possibilità di vincita e tendono ad alimentare aspettative di facili guadagni (Griffiths 2005). Nel lungo periodo si è notato che

l'aumento della promozione del gioco d'azzardo è andato di pari passo con un maggior coinvolgimento dei giovani in tale attività (Messerlian e Derevensky 2006; Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008), tanto che alcuni autori hanno indicato una serie di azioni precise volte a limitare l'impatto di tali pubblicità e della promozione dei prodotti di gioco, con particolare riferimento a soggetti più vulnerabili (Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008; Serpelloni 2013).

Ritornando alle campagne di marketing sociale che mirano a prevenire i comportamenti di gioco patologico fra i giovani, si rileva un numero ancora assai scarso di indagini. Alcuni spunti possono giungere da uno studio condotto nel 2006 da Messerlian e Derevensky. Secondo questa indagine qualitativa che ha coinvolto direttamente i giovani sono più efficaci le campagne che informano sui rischi connessi al gioco d'azzardo e propongono alternative a questa attività, piuttosto che quelle che si limitano ad invitare a non giocare ("*don't do it*"), che tendono invece a creare effetti perversi come comportamenti provocatori e ribelli. In particolare, le strategie raccomandate per la realizzazione delle campagne di prevenzione e sensibilizzazione mirate sul target giovanile sono, in ordine di importanza (Messerlian e Derevensky 2006):

- **storie di vita reale** di giovani che hanno avuto problemi di GAP e ne sono usciti. Questo approccio permette un'attivazione emotiva e una identificazione col soggetto che racconta le proprie vicende;
- **focus sugli effetti negativi del gioco d'azzardo**, nel breve e lungo periodo, nei diversi ambiti di vita (familiare, lavorativo, finanziario, ecc.);
- **de-normalizzazione del gioco d'azzardo**: si tratta di una strategia volta a contrastare i messaggi pubblicitari accattivanti che presentano il gioco come un'attività popolare e affascinante;
- **accento sulla manipolazione dell'industria**: questa tecnica mira a portare in luce i guadagni che l'industria del gioco ed i governi ricavano dalle perdite al gioco della popolazione.

Inoltre, secondo gli autori, tali strategie dovrebbero sempre:

- presentare la questione in modo equilibrato, evitando drammatizzazioni o esagerazioni, poiché ciò potrebbe rendere le azioni inefficaci;
- non sottovalutare l'eccessiva sovraesposizione a campagne di sensibilizzazione/informazione, che potrebbe condurre ad una desensibilizzazione e assuefazione dell'uditore verso i messaggi inviati.

Sulla base di un altro studio (Shed et al. 2011), uno strumento particolarmente valido nella realizzazione delle campagne di prevenzione rivolte ai giovani è rappresenta-

to dall'utilizzo di testimonial celebri che si facciano portavoce di un gioco responsabile. Si tratta, infatti, di una strategia che ha già dato buoni risultati rispetto ad altri tipi di comportamenti a rischio.

Oltre a quanto detto, si aggiunge che le campagne preventive dovrebbero essere mirate su **target specifici** rispetto a variabili come genere, età e livello di coinvolgimento nel gioco, poiché target differenti sono attirati da messaggi con caratteristiche diverse<sup>120</sup> (Messerlian e Derevensky 2006; Shed et al. 2011).

Infine, in linea con quanto esplicitato in precedenza, per essere realmente efficaci le campagne di marketing sociale dovrebbero far parte di un **approccio di prevenzione giovanile integrato**, comprendente interventi di salute pubblica e di politiche sociali, così come lo sviluppo di programmi di prevenzione basati su evidenze scientifiche (Messerlian e Derevensky 2006).

## ALTRI INTERVENTI EDUCATIVI

### Interventi sugli operatori di gioco

Gli interventi sugli operatori di gioco rientrano tra le azioni di tipo educativo e preventivo. Questo settore si è sviluppato di recente e riguarda, essenzialmente, la **formazione degli operatori** al fine di renderli maggiormente attenti e capaci nell'individuazione, e dunque nell'avvicinamento, di soggetti che manifestano un comportamento di gioco problematico. Secondo alcuni studi (Dufour, Ladouceur, e Giroux 2010; Giroux et al. 2008; LaPlante et al. 2012), la formazione degli operatori di gioco può:

- migliorare l'atteggiamento dei lavoratori verso i giocatori problematici;
- aumentare le loro conoscenze rispetto a come aiutarli<sup>121</sup>.

### Box 20 Centri di informazione in materia di gioco responsabile (Responsible Gambling Information Centres)

Un esempio concreto di interventi sugli operatori di gioco è costituito dai cosiddetti **Centri di informazione in materia di gioco responsabile** (*Responsible Gambling Information Centres – RGICs*, o *Onsite Casino Information Centres – OCICs*) situati all'interno di luoghi dedicati esclusivamente al gioco, come i casinò. Questi punti informativi in genere sono gestiti da dipendenti della struttura formati appositamente, a volte affiancati da professionisti dei Servizi per le dipendenze e mirano a:

- fornire ai visitatori **informazioni sui rischi connessi al gioco d'azzardo** (es. informando sulle reali probabilità di vincita ai diversi giochi, sul funzionamento delle slot machines, ecc.) e indicare le **strategie per un gioco responsabile**;

- **individuare e dare sostegno in loco ai giocatori che dimostrano un comportamento a rischio o problematico**, con eventuale suggerimento di rivolgersi ad un servizio di trattamento del GAP;
- assistere i **lavoratori di gioco** nella relazione con i clienti al fine di garantire supporto ed informazione.

Secondo uno studio che ha valutato l'impatto e l'efficacia di un centro di Montreal, in Quebec (OCIC Au Centre du Hasard), la visita ai punti informativi e di sostegno è stata molto apprezzata dai visitatori<sup>122</sup>. I clienti hanno percepito che la visita al centro ha contribuito a modificare il loro modo di pensare e i loro pregiudizi rispetto al gioco e al concetto di casualità. Tuttavia, non è stato possibile rilevare alcun cambiamento significativo nel loro comportamento di gioco o rispetto alle loro strategie di gioco responsabile (Boutin, Tremblay, e La-douceur 2009).

Inoltre, secondo un'altra analisi che ha valutato l'efficacia di due Centri di questo genere in Ontario, circa il 9% dei visitatori ha ricevuto un invito a rivolgersi ad un Servizio di trattamento per il gioco d'azzardo eccessivo, ma in pochi hanno seguito l'indicazione (TOG 2008).

Programmi piuttosto simili sono presenti anche in Europa, in particolare in Svizzera, Olanda e Austria (Carlevaro 2001; Lavanco e Remmers 2001; Sani 2002; Williams, West, e Simpson 2012). che, insieme ad altre questioni, ha affrontato il tema relativo a come gli operatori di gioco possano influenzare le condotte dei giocatori in senso preventivo, emerge un quadro caratterizzato da differenti criticità. Gli studi internazionali, infatti, sino ad ora non hanno consentito di ottenere risultati univoci circa l'efficacia dei diversi programmi sperimentati, tuttavia *“sembrano suggerire la necessità di costruire forme di intervento articolate, che operino su piani differenti ed integrino azioni complementari, sia a livello educativo che strutturale e normativo, stimolando la reale partecipazione e l'assunzione di responsabilità da parte di ciascuno dei soggetti sociali coinvolti, nonché favorendo l'adesione critica e consapevole alle politiche di prevenzione”* (Consoli, Marcacini, e Camera 2013, 37).

### Interventi di “pre-impegno”

Infine, gli interventi di “pre-impegno” (*pre-commitment*) si pongono a metà strada fra le azioni educative e quelle restrittive. Si tratta di una strategia che impone al giocatore stesso di **prefissare dei limiti** di tempo, frequenza o denaro spendibile prima di iniziare a giocare. Questa misura potrebbe essere utile in un'ottica di **riduzione del danno**, poiché permette ai giocatori di prendere decisioni razionali circa il proprio coinvolgimento nell'attività prima

di iniziaria, obbligandoli a rispettare i limiti decisi precedentemente, nonostante le tentazioni che si potrebbero presentare (Parke, Rigbye, e Parke 2008). È ormai noto, infatti, che i giocatori regolari, compresi quelli problematici, tendono a porsi dei limiti prima di iniziare l'attività, ma raramente li rispettano (Williams, West, e Simpson 2012). Questa strategia si mostra particolarmente adatta al **gioco online**, in cui tutta l'attività è registrata elettronicamente e dovrebbe essere legata ad una persona identificabile. Nel **gioco offline**, invece, il “pre-impegno” è solitamente implementato utilizzando una *smart card*<sup>123</sup>, la cui efficacia è valutata positivamente dai pochi contributi rinvenuti in letteratura (Parke, Rigbye, e Parke 2008; Williams 2010). Le difficoltà esistenti nella valutazione di questa strategia sono condizionate dall'applicazione che prevede modalità ed estensioni molto varie, che ne vincolano l'efficacia. Si sostiene, quindi, che un “pre-impegno” volontario, revocabile, eccedibile, di breve durata, limitato solo ad alcune forme di gioco e ad alcuni luoghi (offline e online) e che non preveda specifiche forme di identificazione del soggetto, sia scarsamente efficace; diversamente, con un'adeguata implementazione, questa strategia potrebbe essere molto utile, specialmente nell'ottica della riduzione del danno (Williams, West, e Simpson 2012).

### INIZIATIVE DI RESTRIZIONE O MODIFICAZIONE DELL'OFFERTA DI GIOCO

In questa sezione si analizzano le iniziative che possono essere definite “strutturali”, in quanto mirano a modificare gli atteggiamenti o i comportamenti di gioco non attraverso un'azione sull'individuo, bensì tramite **controlli, modificazioni e restrizioni ambientali esterne**. Queste misure agiscono sulla **disponibilità, l'accessibilità e le caratteristiche** dell'offerta di gioco. In particolare, si prendono in esame le misure relative a:

- restrizioni sulla disponibilità di gioco;
- modificazioni e/o limitazioni strutturali dell'offerta di gioco (in particolare sulle macchine da gioco);
- restrizioni sulle categorie di soggetti che hanno accesso al gioco.

### RESTRIZIONI SULLA DISPONIBILITÀ DI GIOCO

È noto che l'aumentare della disponibilità di determinate tipologie di prodotti, che possono creare una dipendenza pur essendo legali, incrementa anche il loro utilizzo<sup>124</sup>, tuttavia tale relazione non è mai semplice e lineare (Williams, West, e Simpson 2012). Per ciò che concerne il gioco d'azzardo, diversi autori hanno sostenuto una **relazione positiva** fra la **disponibilità** e l'**accessibilità** dei **giochi d'azzardo legalizzati** da un lato, e i **tassi di prevalenza del gioco d'azzardo patologico** dall'altro (Marshall e Baker 2002; Parsons e Webster 2000; Pearce et al. 2008; Shaf-

fer, LaBrie, e LaPlante 2004; John William Welte et al. 2009; 2004). Tuttavia, tale relazione si presenta alquanto complessa. Come spiegato da Williams e colleghi (2012), i tassi di gioco problematico in Nord America e Australia hanno iniziato a crescere nel decennio 1985-1995, hanno raggiunto l'apice nel decennio successivo, ma da quel momento hanno iniziato ad abbassarsi. Il periodo di crescita dei tassi di prevalenza del GAP è risultato sostanzialmente coincidente con la rapida introduzione e la relativa espansione delle opportunità di gioco legali<sup>125</sup> nei Paesi considerati, il che si è mostrato strettamente connesso all'incremento della spesa pro-capite per gioco d'azzardo e ad un aumento complessivo dei tassi di partecipazione a questa attività. Dopo tale fase è iniziato un graduale calo delle percentuali complessive dei soggetti definiti come problematici e, attualmente, i tassi di persone con problemi di gioco d'azzardo eccessivo sono analoghi a quelli degli anni '80, prima dell'espansione del gioco. Poiché la disponibilità del gioco d'azzardo è in costante aumento negli ultimi trent'anni in molti Paesi, i risultati dell'indagine possono supportare due tesi differenti, ma non necessariamente in contrasto (Shaffer, LaBrie, e LaPlante 2004; Storer, Abbott, e Stubbs 2009):

1. l'aumento della disponibilità del gioco d'azzardo porta ad una crescita nei tassi complessivi di GAP;
2. le popolazioni tendono ad adattarsi nel corso del tempo.

Esistono infatti differenti meccanismi potenzialmente responsabili della diminuzione della prevalenza del gioco d'azzardo eccessivo<sup>126</sup> (Williams, Volberg, e Stevens 2012, 7):

- crescita della consapevolezza della popolazione dei possibili danni legati al gioco d'azzardo (abbassamento dei livelli di predisposizione all'attività);
- diminuzione complessiva della partecipazione alle attività di gioco (maggiore cautela dopo il primo periodo di novità);
- esclusione di alcuni soggetti dal gruppo di giocatori considerati problematici a causa di gravi conseguenze negative derivanti dal gioco stesso (banca rotta, suicidio, ecc.);
- aumento degli sforzi complessivi volti a garantire un gioco "sicuro" e a mettere in atto programmi di prevenzione efficaci contro il GAP;
- aumento dell'età della popolazione.

Considerato che esiste una relazione fra la disponibilità di gioco ed i tassi di gioco problematico, non stupisce che una possibile via in termini preventivi e di riduzione del danno sia quella della **restrizione complessiva dell'offerta** (Storer, Abbott, e Stubbs 2009).

In via generale, differenti Paesi pongono restrizioni:

- sul numero di **licenze** consentite per i luoghi in cui è possibile giocare (casinò, sale bingo, sale scommesse, ecc.);
- sul numero di **macchine da gioco** (EGMs<sup>127</sup>, AWP o VLT) che possono essere distribuite sul territorio.

Le restrizioni si indirizzano, in particolare, su quei tipi di gioco che sono ritenuti **maggiormente pericolosi** e potenzialmente più legati ad una **modalità di gioco patologica** per le caratteristiche che li contraddistinguono, ovvero (Breen e Zimmerman 2002; Croce, Lavanco, e Varveri 2001; Parke e Griffiths 2007; John W. Welte et al. 2007):

- molto **rapidi**;
- con possibilità di **riscossione immediata** della vincita;
- che forniscono **continui rinforzi** (es. le cosiddette "quasi vincite" o "*near miss*" o le vincite ridotte, ma continue).

Questo genere di giochi incentiva un'attività ludica continua, priva di interruzioni e parzialmente estraniante dalla realtà. Fra essi vi sono, in primo luogo, le slot machines e tutte le macchine da gioco simili (VLT, fruit machines, ecc.), le lotterie cosiddette "continue" (Gratta&Vinci, Win For Life, Lotto istantaneo, ecc.), nonché differenti tipi di giochi da casinò (blackjack, baccarat, roulette, ecc.).

Per quanto riguarda le macchine da gioco, si evidenzia che esse sono proibite in differenti Paesi. Si noti che è stata rilevata una sola ricerca relativamente all'impatto dei divieti di queste sui livelli complessivi da gioco d'azzardo patologico. In particolare, nel 2000 sono stati vietati 36.000 apparecchi di gioco legali in South Carolina, cui è seguito un significativo aumento dei sequestri di macchine illegali. A distanza di tre mesi da queste operazioni, il numero dei gruppi attivi di Giocatori Anonimi<sup>128</sup> nel Paese si è dimezzato, passando da 32 a 16 e i gruppi rimasti hanno visto un forte decremento del numero dei partecipanti. A ciò si aggiunga che, nel medesimo periodo, vi è stato un drastico calo delle chiamate alle *help line* per giocatori eccessivi. L'aspetto particolarmente interessante riguarda però il fatto che questi risultati sono stati mantenuti negli anni successivi e nel 2012 i gruppi attivi per Giocatori Anonimi nel South Carolina erano sette. Risultati analoghi si sono avuti in altri Paesi, ad esempio in South Dakota e in Norvegia (Williams, West, e Simpson 2012). Tuttavia, impatti significativi nella diminuzione di problematiche connesse al GAP si sono finora ottenuti solamente quando la riduzione della disponibilità delle macchine da gioco è stata particolarmente drastica. Infatti, nelle giurisdizioni in cui negli ultimi anni si è tentato di operare una riduzione di queste in modo limitato<sup>129</sup> si sono ottenuti risultati poco significativi (Williams, West, e Simpson 2012).

Altri aspetti restrittivi riguardano poi il numero di giochi disponibili in un dato Paese e, soprattutto, la capillarizzazione dell'offerta di gioco. Relativamente a ciò si è registrato rispetto al passato (Croce 2006):

- una sempre maggiore differenziazione delle tipologie di prodotti proposti;
- un graduale abbassamento della soglia d'accesso.

Infine, un'ultima questione si riferisce all'accessibilità, intesa in termini di numero di ore di apertura dei locali che offrono gioco d'azzardo, anche se rispetto a ciò si deve considerare che il significativo aumento dell'offerta di gioco online potrebbe rappresentare una valida alternativa nei momenti in cui non sono disponibili modalità di gioco offline. Tuttavia, rispetto a tali aspetti non sono stati rinvenuti studi specifici.

#### MODIFICAZIONI E LIMITAZIONI STRUTTURALI SULLE MACCHINE DA GIOCO (EGMs)

Gli studiosi del settore ritengono che le **caratteristiche strutturali** di alcuni giochi d'azzardo possano fungere da **rinforzi positivi** rispondendo ai bisogni che il giocatore prova durante la sessione di gioco e, di conseguenza, rappresentano un fattore particolarmente importante nel mantenere un certo comportamento di gioco, anche eccessivo (Parke e Griffiths 2007). In particolare, le **EGMs** rappresentano la tipologia di gioco che più di ogni altra ha caratteristiche strutturali che inducono al **gioco continuo e potenzialmente problematico** (M. Dickerson e Baron 2000; Griffiths 2005; Munoz, Chebat, e Suissa 2010; Parke e Griffiths 2007; Sharpe et al. 2005). Non stupisce dunque che esse rappresentino ad oggi la tipologia di gioco associata ai più alti tassi di GAP nei Paesi occidentali (Griffiths 1995; Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008; Parke e Griffiths 2007; Williams, West, e Simpson 2012).

Nonostante gli **studi mirati** sul tema siano ancora **scarsi** e caratterizzati da **risultati contrastanti**, le caratteristiche strutturali delle macchine da gioco che sembrano avere una correlazione col possibile sviluppo di una modalità patologica riguardano (Parke e Griffiths 2007, 215):

- il grado di divertimento ed interattività del gioco ("playability");
- le modalità di pagamento;
- le modalità con cui si riceve la vincita;
- la frequenza, la durata e la convenienza (*pay off*) del gioco;
- la presenza o meno di fattori di protezione che educano o forniscono informazioni ai giocatori;
- la presenza o meno di fattori ambientali che possono influenzare la situazione di gioco o intensificare i fattori già menzionati (es. uso di suoni e colori)<sup>130</sup>.

A fronte di ciò, molti studi hanno indagato le iniziative volte a modificare le caratteristiche delle macchine da gioco al fine di limitarne i possibili danni. Di seguito si offre una panoramica di questo tipo di indagini.

#### Restrizioni sulle dimensioni dei premi e delle scommesse

In diversi Paesi europei si può osservare un'offerta di macchine da gioco fra loro differenti rispetto alla dimensione:

- delle scommesse accettabili;
- delle vincite;
- del jackpot.

Le macchine che consentono giocate e premi più alti sono sottoposte a maggiori restrizioni in termini di numero e posizionamento delle stesse. Tale distinzione nasce dal presupposto che **apparecchi che consentono giocate e vincite maggiori rappresentano potenzialmente un rischio più elevato in termini di sviluppo di un comportamento problematico** (Meyer, Hayer, e Griffiths 2009). A fronte di tale ipotesi, alcuni studi hanno preso in esame il ruolo svolto sui tempi e sul denaro speso giocando da:

- la dimensione della puntata massima (Box 21);
- i lettori di banconote (Box 22).

#### Box 21 Gioco problematico e dimensioni delle puntate: quale relazione?

Anche se non sono state condotte molte indagini su questo aspetto, si può notare che la prevalenza di gioco d'azzardo problematico in Europa è complessivamente più bassa rispetto a quella di altri Paesi: ciò può essere giustificato dalle puntate e vincite inferiori permesse (Meyer, Hayer, e Griffiths 2009; Williams, Volberg, e Stevens 2012; Williams, West, e Simpson 2012).

Rispetto a ciò, alcuni risultati sono emersi dallo studio di Blaszczynski e colleghi (2001). In Australia è stato rilevato che **ridurre la puntata massima** da 10 ad 1 dollaro alle EGMs ha comportato, complessivamente, una **diminuzione dei tempi e del denaro speso** giocando. Secondo gli autori, dunque, ridurre la puntata massima potrebbe limitare sia lo sviluppo che la gravità di problematiche connesse ad un gioco eccessivo quantomeno per una parte di giocatori. Questi risultati sono stati confermati da uno studio successivo, che ha confrontato il comportamento di giocatori sociali e problematici di EGMs (Sharpe et al. 2005).

## Box 22 Il ruolo dei lettori di banconote sulle dinamiche di gioco

Alcuni studi hanno poi analizzato il ruolo svolto dai lettori di banconote presenti sulle EGMs nelle dinamiche di gioco. Tali lettori sono stati introdotti al fine di agevolare sia i gestori sia i giocatori evitando di dover gestire una continua richiesta di cambio delle banconote in monete. Ciò ha comportato un significativo incremento dei ricavi delle macchine da gioco e si è dunque ipotizzato che questi lettori potessero incentivare una **modalità di gioco eccessiva**<sup>131</sup> (Hansen e Rossow 2010):

- diminuendo la necessità di rivolgersi alla cassa per cambiare il denaro (attività che potrebbe agire come vincolo sociale o psicologico);
- riducendo la necessità di pause.

Ad oggi, seppur con alcune eccezioni, i lettori di banconote sono molto diffusi in diversi Paesi. Nonostante le indagini siano limitate, alcune evidenze sono state riscontrate nel già citato studio di Blaszczynski e colleghi (2001). A seguito dell'analisi, gli autori hanno concluso che limitare l'uso dei lettori di banconote a quelli da 20 dollari (vietando i lettori che accettano banconote di tagli superiori, così come richiesto dalla proposta di legge discussa nel contributo) non ha alcun effetto significativo sul tempo o sul denaro speso giocando, anche se è stato rilevato che i giocatori problematici tendono ad usare lettori che accettano tagli maggiori. Ciò è stato imputato al fatto che in tutte le sale in cui è possibile giocare sono comunque presenti servizi di cambio, dunque limitazioni sui lettori di banconote risultano scarsamente efficaci. Risultati assai differenti sono emersi però da uno studio condotto in Norvegia su 20.000 studenti adolescenti (13-19 anni) (Hansen e Rossow 2010). Secondo questa analisi, a seguito della rimozione dei lettori di banconote dalle slot machines – vietati dal 2006 dal governo norvegese – si è registrata una significativa riduzione della frequenza complessiva di gioco, delle spese per tale attività ed anche dei livelli di GAP fra gli adolescenti considerati. Inoltre, a seguito dell'intervento, non è stato osservato alcuno spostamento verso altre tipologie di gioco. A ciò si aggiunga che, sempre contestualmente alla rimozione dei lettori di banconote nel 2006, in Norvegia si è registrato un calo del 16% del numero di chiamate alla *help line* nazionale attiva per il gioco d'azzardo eccessivo e una riduzione del 24% del numero di soggetti richiedenti aiuto per problemi connessi al gioco (Williams, West, e Simpson 2012). Tali risultati suggeriscono che le misure che regolamentano le modalità con cui il gioco è offerto, se adeguatamente implementate, possono avere effetti positivi non solo sulle spese complessive per gioco d'azzardo, ma anche sui problemi legati ad un gioco eccessivo.

La ricerca in questo campo è ancora scarsa ed i risultati raggiunti sono, come mostrato, a volte contrastanti. Dunque si tratta di un ambito che merita ulteriori approfondimenti al fine di comprendere meglio la portata e la validità di misure come quella qui discussa.

### Modificazioni per informazioni e incentivi al gioco responsabile

L'applicazione dei principi del gioco responsabile comporta, fra gli altri strumenti, l'adozione di una serie di misure volte ad offrire **informazioni** al giocatore rispetto a:

- **come** sta giocando;
- quanto **denaro** sta spendendo;
- quanto **tempo** sta impiegando nell'attività.

L'obiettivo di queste informazioni è indirizzare il giocatore verso un comportamento basato su **scelte informate complete ed accessibili** e che non sia, quindi, foriero di problematiche.

Alcuni esempi di modificazioni comprendono l'utilizzo di **messaggi pop-up dinamici** e di **orologi** sulla schermata di gioco.

### Box 23 L'efficacia dei messaggi pop-up sul gioco eccessivo

La misura più adottata in Australia, Nuova Zelanda e Canada consiste nell'utilizzo di **messaggi pop-up dinamici**, progettati per essere efficaci nel catturare l'attenzione del giocatore in presenza di altri stimoli concorrenti. Si tratta di messaggi informativi che compaiono ciclicamente sugli schermi delle macchine da gioco bloccandole per alcuni secondi, al fine di creare una rottura rispetto alla sessione di gioco e incoraggiare il soggetto a decidere in modo attivo se continuare o interrompere l'attività (Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008). L'**efficacia** di questo strumento è stata inizialmente testata in due studi canadesi:

- il primo studio è stato condotto in Nuova Scozia, ed ha esaminato l'effetto dei messaggi pop-up sulla **durata delle sessioni di gioco** e sul **denaro speso** per un periodo di oltre nove mesi (Ltd et al. 2002; Tony et al. 2004). I risultati mostrano una lieve riduzione della durata delle sessioni di gioco e una diminuzione della spesa fra i giocatori ad alto rischio a seguito dell'esposizione ai messaggi pop-up<sup>132</sup> ogni 60 minuti di gioco continuativo e ogni 30 minuti successivi (Ltd et al. 2002). Tuttavia, nella seconda fase dello studio si è rilevato che i messaggi riproposti ogni 30 minuti

non producevano alcun miglioramento significativo rispetto al primo pubblicato dopo 60 minuti di gioco. L'**assuefazione** a questi messaggi è stata identificata come un potenziale problema per il mantenimento degli effetti (Tony et al. 2004).

- il secondo studio è stato condotto presso la Laval University del Québec ed ha analizzato gli effetti dei messaggi pop-up sulla **lunghezza delle sessioni di gioco** grazie ad un esperimento di laboratorio (Ladouceur e Sevigny 2003). I risultati hanno posto in luce che, rispetto al gruppo di controllo, si registrava una **significativa riduzione** del numero di scommesse effettuate sia da parte dei giocatori che erano stati sottoposti ai messaggi pop-up informativi durante la sessione di gioco, sia da quelli che avevano visualizzato sullo schermo la parola "pausa" ("break"). Gli autori hanno dunque ipotizzato che i pop-up tendono ad **interrompere i processi cognitivi** che facilitano un abbassamento dell'attenzione e la "perdita della realtà" (Ladouceur e Sevigny 2003).

Successivamente, altri studi (Cloutier, Ladouceur, e Sévigny 2006; Floyd, Whelan, e Meyers 2006; Jardin e Wulfert 2009; Monaghan e Blaszczynski 2007; 2010; Wohl et al. 2010) hanno dimostrato l'efficacia dei messaggi pop-up nel modificare il comportamento di gioco anche se, come riscontrato in precedenza rispetto ad altre misure preventive, **gli effetti tendono ad attenuarsi, se non a scomparire, nel lungo periodo** (Gallagher et al. 2011; Wohl et al. 2010). A ciò si aggiungono poi **questioni metodologiche** (es. numerosità dei campioni utilizzati per gli esperimenti, tassi di abbandono, riferimento a self-report, utilizzo di ambienti artificiali di laboratorio, ecc.) che rendono almeno alcuni di questi studi limitati rispetto alla possibilità di generalizzare i risultati (Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008).

La ricerca dovrebbe dunque svilupparsi ulteriormente rispetto a questo strumento di prevenzione, che mostra di certo alcune potenzialità.

#### Box 24 L'utilizzo dell'orologio ed altri strumenti di controllo del tempo e il gioco eccessivo

Un'altra misura preventiva analizzata al fine di aiutare il giocatore ad avere il controllo della propria attività prevede l'utilizzo di un **orologio** sulla schermata di gioco. Secondo Schellinck e Schrans (2002), l'utilizzo di questo strumento è associato a **miglioramenti**:

- nella **consapevolezza del tempo speso** giocando;
- nel **rispetto di limiti temporali** prefissati.

Tuttavia non sono stati rilevati effetti significativi nella riduzione della durata della sessione di gioco o delle spese sostenute. Inoltre, in altre due indagini (Ladouceur e Sevigny 2003; Wynne e Stinchfield 2004), questo strumento non si è rivelato efficace per la prevenzione del GAP e la promozione del gioco responsabile. Analogamente, l'utilizzo di pause nel corso del gioco alle EGMs non ha mostrato effetti sul numero di partite giocate (Cloutier, Ladouceur, e Sévigny 2006). Sempre in relazione al tempo impiegato giocando, altri autori (Williams, West, e Simpson 2012) suggeriscono che un'ulteriore misura preventiva da valutare potrebbe riguardare l'imposizione di limiti temporali o di tetti massimi di spesa, anche se rispetto a ciò non vi sono ancora indagini significative.

#### Altre modificazioni

Altre possibili modificazioni sulle macchine da gioco possono riguardare:

- **la velocità delle partite**: poiché, similmente ad altri aspetti (come la dimensione dei premi, il meccanismo della "quasi vincita", ecc.), anche la velocità delle partite è considerata un **parametro di rinforzo**, essendo direttamente legata alla frequenza dei premi, alcuni Paesi hanno imposto una regolamentazione in merito. Ad esempio, in Spagna le partite alle macchine da gioco non possono durare meno di 5 secondi; il tempo si abbassa a 3,5 secondi nel Sud Australia, a 3 secondi in Belgio, Tasmania e Queensland e a 2,1 secondi a Victoria (Williams, West, e Simpson 2012). Tuttavia, i risultati delle indagini si mostrano contrastanti. Secondo gli studi condotti da Blaszczynski e colleghi (2001) e da Sharpe e colleghi (2005) non sono presenti significative differenze nelle modalità di gioco (denaro speso e tempo impiegato) adottate dai soggetti che hanno giocato a slot machines con partite della durata di 3,5 secondi rispetto a 5 secondi. Secondo gli autori questo risultato è probabilmente attribuibile al fatto che solo una ridotta percentuale di soggetti gioca solitamente con cicli di scommesse che durano meno di 5 secondi. Un altro studio (Ladouceur e Sevigny 2006) ha considerato un tempo di gioco/partita maggiore, concludendo che si riscontrano differenze significative – sempre in termini di denaro speso e partite giocate – fra macchine da gioco con partite della durata di 5 secondi rispetto a quelle che propongono partite da 15 secondi<sup>133</sup>. Allo stesso modo, un'altra indagine (Corporation e Inc 2006) ha riscontrato che una riduzione del 30% nella velocità delle partite era positivamente correlata ad una significativa riduzione del tempo e del denaro speso giocando alle VLT, in particolare in relazione ai giocatori ad alto rischio di sviluppare una dipendenza;
- **la possibilità di giocare con macchine da gioco con più linee di pagamento (o multilinea)** che permettono di

operare scommesse multiple con puntate minime per ogni linea. Secondo un'indagine di laboratorio (Delfabbro, Falzon, e Ingram 2005), un maggior numero di linee, associato alla velocità delle partite e ad una bassa illuminazione, aumenta il numero complessivo di partite giocate e il tempo trascorso praticando l'attività;

- **le luci ed i suoni prodotti dalle macchine da gioco:** nonostante si riscontri una carenza di ricerche empiriche relative all'effetto delle luci e dei suoni delle EGMs sul gioco, alcuni spunti possono essere tratti dal già citato studio di Delfabbro e colleghi (2005). In particolare, come già accennato, gli autori hanno rilevato che le macchine da gioco con un'illuminazione più bassa del 35% risultavano più attrattive e dunque erano utilizzate più a lungo dai giocatori rispetto alle altre; mentre non sono emersi risultati significativi in relazione al suono emesso dalle macchine<sup>134</sup>;

- **il design dei luoghi di gioco:** i fattori che sembrano incidere su un tempo di gioco ed una spesa maggiore sono (Griffiths 2009):

- la possibilità di accedere a spazi che offrono una buona privacy, con comodi posti a sedere;
- la mancanza di finestre e di orologi;
- un'organizzazione interna degli spazi "labirintica";
- un'illuminazione bassa scandita da luci brillanti e colorate delle EGMs;
- il costante rumore di fondo del pagamento delle vincite delle macchine da gioco.

Tuttavia, anche in questo caso, si riscontra una carenza di indagini scientifiche specifiche. Inoltre, non si può fare a meno di notare che le slot machines, pur posizionate in ambienti molto differenti tra loro (bar, club, ristoranti, casinò, ecc.) e non aventi necessariamente le caratteristiche sopra descritte, non hanno al momento alcuna difficoltà a generare significative entrate. Dunque, se i fattori relativi al design ambientale possono avere un qualche peso, di certo non possono essere considerati cruciali rispetto al tempo e al denaro speso giocando (Williams, West, e Simpson 2012).

## RESTRIZIONI SUI SOGGETTI CHE POSSONO GIOCARE

Per quanto riguarda le misure di restrizione sui soggetti autorizzati al gioco, in letteratura sono presenti indicazioni rispetto a:

- proibizioni per i **minorenni**;
- restrizioni per i **residenti**;
- auto-esclusione di **giocatori eccessivi** dai casinò.

## PROIBIZIONI PER MINORENNI

A livello mondiale, nonostante alcune eccezioni, è molto diffusa la politica che limita il gioco d'azzardo alle persone legalmente adulte. Tale età si colloca in un *range* che varia tra i 15 e i 21 anni in base al Paese considerato; perlopiù, tuttavia, si colloca a **18 anni**. Anche se alcuni Paesi mancano di proibizioni specifiche rispetto al gioco d'azzardo praticato dai giovani, ciò che più incide è la **variazione** esistente in materia di **applicazione delle leggi**. Infatti, l'attuazione delle norme che vietano il gioco ai minori tende ad essere:

- più rigorosa nei luoghi dedicati, il cui accesso è consentito esclusivamente agli adulti (casinò, club, ecc.);
- minore nelle situazioni in cui il gioco è offerto in luoghi pubblici (bar, ristoranti, rivenditori di tabacchi, ecc.) (Williams, West, e Simpson 2012).

Come già esplicitato in precedenza, è importante rilevare che, nonostante i divieti volti a preservare i giovani da un contatto prematuro con il gioco d'azzardo, **la prevalenza del GAP fra i ragazzi è più elevata che fra la popolazione adulta** (Blinn-Pike, Worthy, e Jonkman 2010; Dickson-Gillespie, Derevensky, e Gupta 2002a; Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008; Shead et al. 2011; Takushi et al. 2004; Todirita e Lupu 2013; Turner, Macdonald, e Somerset 2008; Williams e Connolly 2006). Anche se la lettura di questo fenomeno risulta piuttosto complessa e le evidenze empiriche rispetto alle questioni qui analizzate sono assai scarse, alcuni spunti possono essere tratti da altri campi. Guardando ad esempio all'uso e all'abuso dell'alcol, alcuni studi (Bonino, Cattelino, e Ciairano 2003) mostrano come gli **adulti di riferimento** svolgano un ruolo educativo fondamentale:

- ponendosi come **modelli di comportamento**;
- agendo un **controllo**, attraverso l'imposizione di limiti e regole;
- offrendo l'**adeguato contesto culturale** entro cui attuare un certo comportamento<sup>135</sup>.

Traslando tale lettura nell'ambito ludico, si può supporre allora che un'**educazione ad un gioco responsabile** possa rappresentare un fattore di resilienza più efficace rispetto ad una restrizione imposta dall'esterno, fermo restando che un'esposizione prematura al comportamento di gioco può risultare **controproducente**, così come accade per l'alcol (Babor et al. 2010; Wagenaar e Toomey 2002).

In conclusione, le misure preventive dovrebbero tendere verso due direzioni:

1. educare i giovani a comportamenti di gioco responsabili, considerando la famiglia come soggetto fondamentale per fornire modelli adeguati;

2. innalzare l'età legale per l'accesso al gioco d'azzardo al fine di evitare contatti prematuri e potenzialmente pericolosi.

### RESTRIZIONI PER I RESIDENTI

Alcuni Paesi **non consentono** ai residenti di giocare ai casinò presenti sul loro territorio. Attualmente, ciò accade alle Bahamas, in Malesia, Papua Nuova Guinea, Nepal e Vietnam. Si registrano poi casi di **restrizioni parziali**: ad esempio, l'Australia non consente ai residenti di giocare presso i casinò online con sede amministrativa nel Paese e la Slovenia consente ai residenti di giocare presso i casinò del Gruppo Hit<sup>136</sup> non più di quattro volte al mese (Williams, West, e Simpson 2012). La logica che guida questo tipo di politica è la stessa per cui spesso i casinò sono posizionati in **località turistiche**, ovvero:

1. **garantire le entrate** al casinò grazie a soggetti che provengono da altrove;
2. **proteggere la popolazione** locale da possibili rischi connessi al gioco eccessivo.

Anche tralasciando il fatto che misure di questo tipo risulterebbero poco incisive in Italia, considerato che la maggioranza dell'offerta di gioco è esterna ai casinò, non si registrano evidenze scientifiche dell'efficacia di questa misura nel prevenire il problema del gioco d'azzardo fra la popolazione locale (Williams, West, e Simpson 2012).

### AUTO-ESCLUSIONE DI GIOCATORI DAI CASINÒ

Trattandosi di una misura che mira ad aiutare il giocatore che ha già manifestato un problema nella gestione dell'attività ad ottenere il controllo sul proprio futuro comportamento di gioco, può essere considerata di **trattamento** (Ariyabuddhiphongs 2013). Si noti che, similmente a quanto sostenuto rispetto alle restrizioni per i residenti, anche questa misura appare poco incisiva se il gioco d'azzardo è offerto in luoghi pubblici, dove non è richiesta l'identificazione del soggetto (Dickson-Gillespie et al. 2008) come accade in Italia.

### BEST PRACTICES NELLE MISURE DI PREVENZIONE DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO: ALCUNI CRITERI DI FONDO

L'importanza di progetti di prevenzione del gioco d'azzardo patologico è ribadita da tutti gli esperti ed operatori di settore, in tutti i Paesi del mondo in cui il problema si presenta. Tuttavia, ad un'analisi della letteratura scientifica, soprattutto con riferimento al mondo anglosassone che, per primo, si è attivato sulla questione già a partire dagli ultimi decenni del secolo scorso, assai scarso risulta il numero dei progetti attivati con l'applicazione di criteri rigorosi di valutazione.

Come evidenziato già nei paragrafi precedenti, esistono molteplici iniziative di prevenzione, di tipo politico ed educativo di cui sono stati misurati gli esiti ed è stata stimata l'efficacia nel breve periodo, con riferimento soprattutto all'acquisizione di conoscenze e alla diminuzione delle false credenze rispetto al gioco d'azzardo (nel caso di iniziative educative) e alla diminuzione del numero di giocatori o giocate (nel caso di iniziative politiche). Nessuna azione preventiva, tuttavia, è stata finora sottoposta a verifiche di efficacia sul lungo periodo (*follow-up* a tre o più anni di distanza) con specifica attenzione agli effetti sui comportamenti, quali la non attrazione verso il gioco d'azzardo, la resistenza alle pressioni al gioco portate dall'ambiente e dai pari, la diminuzione del tempo e delle risorse dedicate al gioco, l'abbandono del gioco stesso (Ladouceur, Goulet, e Vitaro 2013).

Da una rassegna sulle migliori e più diffuse pratiche connesse alla prevenzione del gioco d'azzardo problematico sviluppate nel mondo (Williams, West, e Simpson 2012), riconosciuta e condivisa a più livelli, sia sul piano della ricerca (Ladouceur, Goulet, e Vitaro 2013) sia delle politiche preventive (British Columbia 2013, 54) risulta che su 28 iniziative preventive (5 di carattere educativo<sup>137</sup> e 23 di carattere politico<sup>138</sup>):

- 13 appaiono solo promettenti poiché al momento indicano un'evidenza insufficiente di efficacia tale da non poter essere ancora definite come *best practices*<sup>139</sup> (1 di carattere educativo e 12 di carattere politico). Esse non forniscono risultati omogenei e nella stessa direzione alla prova della valutazione;
- 6 mostrano un'efficacia moderatamente<sup>140</sup> bassa (3 di carattere educativo e 3 di carattere politico) poiché raggiungono solo alcuni obiettivi e in misura modesta; non tutte le ricerche valutative tendono ad accreditarne gli esiti di moderata efficacia;
- 4 hanno un'efficacia moderata (4 di carattere politico), ossia raggiungono l'obiettivo prefissato in misura ridotta e non in tutte le implementazioni;
- 5 evidenziano un'efficacia moderata verso l'alto (1 di carattere educativo e 4 di carattere politico), vale a dire che confermano una tendenza a raggiungere gli obiettivi, in modo sufficientemente significativo, nelle realtà in cui sono implementate.

Queste ultime 5 iniziative che sembrano dimostrarsi fra le più efficaci rientrano in due tipologie diverse di prevenzione: a carattere educativo e a carattere politico.

L'iniziativa a carattere educativo che promette una riduzione dei comportamenti a rischio (come alcol, droga e anche gioco problematico) in età adolescenziale e in fase adulta (anche se per quest'ultima fase sono necessarie ulteriori conferme empiriche) è sostanziata da una progettualità

preventiva tesa a rafforzare i fattori protettivi a livello familiare e parentale durante il periodo dell'infanzia del soggetto (Petrie, Bunn, e Byrne 2007; Foxcroft et al. 2002). Una buona socializzazione caratterizzata da un sostegno familiare adeguato, dalla presenza qualificata di insegnanti, da un percorso scolastico buono, da un gruppo di pari ben socializzato, appare il principale fattore protettivo per prevenire, nel corso del ciclo di vita del soggetto, sia il gioco patologico che altre condotte socialmente problematiche (Nation et al. 2003; Toumbourou et al. 2005). Mirare l'attenzione, in campo preventivo, sulle competenze di base e sul *problem-solving*, appare utile anche nelle iniziative sviluppate a livello scolastico per adolescenti e giovani. Ricerche condotte in Canada (in Quebec City e in Alberta), alcune delle quali replicate a distanza di tempo e soggette a follow-up (Ferland, Ladouceur, e Vitaro 2005; Williams et al. 2004; 2010), hanno dimostrato che programmi articolati in percorsi che includono sessioni di informazione sul gioco e sui problemi correlati, capacità di prendere decisioni, abilità sociali di *problem-solving*, capacità di *coping* producono significativi cambiamenti nelle conoscenze e nelle attitudini al gioco, nelle competenze personali e interpersonali, nonché un abbassamento nella frequenza al gioco e nella percentuale degli studenti con problemi connessi al gioco d'azzardo<sup>141</sup> (Ladouceur, Goulet, e Vitaro 2013).

Molti studiosi e ricercatori del campo sono concordi nel ritenere che i programmi di prevenzione siano più efficaci se guidati dalla ricerca sulla resilienza durante il periodo dell'adolescenza (Dickson-Gillespie, Derevensky, e Gupta 2002a; 2002b). La focalizzazione sulla costruzione della resilienza<sup>142</sup> appare fondamentale per un'azione preventiva che, come sopra evidenziato, cerca di potenziare aspetti essenziali della personalità alla base del fronteggiamento di un ampio spettro di comportamenti a rischio, che possono manifestarsi sia in fase adolescenziale che in età adulta (Stewart e Brown 1988; Grant e Potenza 2010). La resilienza è una qualità che, tuttavia, ha radici nell'infanzia (Farrington 2007) e dunque la sua crescita graduale va accompagnata con adeguati percorsi educativi sia a livello familiare, sia scolastico. In tal senso i progetti mirati sulla fase adolescenziale dovrebbero sempre trovare un raccordo complessivo entro politiche locali già impegnate nello sviluppo di iniziative a favore dei bambini più esposti a fattori di rischio (carenze sul piano bio-psicologico, socializzazione problematica per situazioni familiari deficitarie, ambiente accondiscendente verso dipendenze, devianze e illegalità, ecc.).

Tuttavia si sottolinea che se da un lato le iniziative preventive di carattere educativo sembrano promettere effetti più a lungo termine, dall'altro appaiono complesse e difficili da implementare e richiedono tempi prolungati per capire l'effettivo raggiungimento degli obiettivi e la loro persistenza. Ciò è vero soprattutto se si vogliono cogliere cambiamenti nei comportamenti e non solo negli orientamenti o nelle convinzioni di tipo cognitivo. Sul piano della ricerca occorreranno ancora molta attenzione e dedizione per va-

lidare pienamente le promesse che sembrano manifestare i progetti educativi di prevenzione primaria<sup>143</sup>.

Le quattro iniziative preventive a carattere politico che si dimostrano fra le più efficaci concernono l'implementazione di provvedimenti restrittivi, posti in essere in modo effettivo e per un periodo consistente su:

- numero dei locali dedicati al gioco;
- tipi di gioco considerati più dannosi per lo sviluppo di dipendenza (es. videolottery);
- dislocazione territoriale dei locali di gioco;
- uso di alcol e tabacco concomitante al gioco.

La restrizione della disponibilità e dell'accessibilità al gioco si correla, dunque, con un abbassamento del numero di giocatori problematici a livello locale (Williams, West, e Simpson 2012).

L'aumento dell'offerta di gioco capillare, diversificata, invasiva e pubblicizzata, verificatasi negli ultimi decenni in molti Paesi, ha fatto crescere anche il numero dei giocatori a rischio di dipendenza. Le restrizioni dell'accessibilità al gioco sono finalizzate a contrastare tale offerta, che tende a muoversi secondo logiche di libero mercato. In una prospettiva di medio periodo è probabile che tali restrizioni si allarghino anche alla modalità con cui il gioco è proposto (regolamentazione accesso, tempo, frequenza, denaro da spendere, tetto delle vincite, rilanci di gioco, rimandi di gioco, ecc.). Queste restrizioni sul piano regolamentare, che già sembrano offrire moderati effetti di efficacia, paiono destinate a crescere e ad acquisire nuove configurazioni applicative anche di fronte allo sviluppo repentino del gioco online, che sta coinvolgendo in modo crescente il mondo giovanile (Griffiths e Barnes 2008)

Le iniziative preventive di carattere politico che si articolano in precise e quantificabili misure di restrizione e/o riduzione di gioco d'azzardo sono relativamente semplici da validare sotto il profilo dell'efficacia. Esse, infatti, permettono di avere dati comparabili sui fenomeni che si intendono prevenire prima e dopo la loro implementazione. Tuttavia, non sono ancora in grado di informare sull'effetto dell'abbassamento dei livelli di gioco o di un suo spostamento verso altri "territori": dal legale all'illegale, da aree di residenza ad aree più lontane, da luoghi reali a luoghi virtuali. Solo ricerche più mirate potranno, in un prossimo futuro, illustrare la portata complessiva dei livelli di efficacia delle iniziative carattere politico mirate alla prevenzione del gioco d'azzardo problematico.

Infine, si sottolinea come i programmi e i progetti di prevenzione focalizzati sui potenziali e/o reali giocatori dovrebbero (Dickson-Gillespie et al. 2008):

- A **livello di prevenzione primaria**, essere integrati in programmi più generali di carattere educativo e mirati sulle condotte a rischio, quali, soprattutto l'uso di sostanze. Inoltre, dovrebbero essere sviluppati cercando di intercettare i bisogni di gruppi specifici (giovani, anziani, donne, ecc.). Per quanto riguarda i giovani, informazione e sensibilizzazione dovrebbero poi coinvolgere anche il mondo degli adulti significativi, quali insegnanti, genitori, animatori di gruppi giovanili sportivi, ricreativi e culturali.
- A **livello di prevenzione secondaria**, i progetti dovrebbero sviluppare strategie di riduzione del danno fornendo materiale di auto-aiuto, proponendo tecniche di gioco responsabile, incentivando linee-guida per l'astinenza dal gioco. Anche il sostegno psicologico, sociale, legale ed economico può accompagnare questi progetti, attraverso forme di ascolto e rilevazione dei bisogni (*interventi help line*).
- **Tutti i progetti** dovrebbero includere i processi di valutazione dei risultati conseguiti (*output*) e della persistenza nel tempo degli effetti positivi (*follow-up* per misurare l'*outcome*).

Senza l'attivazione di adeguati processi di valutazione non è possibile comprendere quale iniziativa preventiva abbia, in quel contesto, per quel determinato target, più efficacia (capacità di distogliere il giocatore dall'area del "rischio patologico") rispetto ad un'altra iniziativa e rispetto a target non sottoposti ad intervento. Inoltre, la valutazione può permettere di analizzare e confrontare il rapporto costi/benefici favorendo il migliore utilizzo delle risorse.

Alla luce dell'analisi svolta nei paragrafi precedenti, in linea generale si può sostenere che nessuna iniziativa di prevenzione, sia di carattere educativo, sia di carattere politico, potrebbe ritenersi inutile, così come nessuna potrebbe definirsi la migliore. Tutte hanno una loro validità (per l'informazione, il coinvolgimento di persone, la mobilitazione, il cambio di situazione, la riduzione di fenomeni negativi, ecc.) anche se ancora poco si conosce della loro efficacia (Griffiths 2008).

Oggi solo alcune iniziative, grazie alla ricerca applicata, sembrano avere requisiti adeguati per potersi affermare come delle *best practices*. Tali requisiti, che richiedono una più ampia e diffusa validazione sul piano empirico, concernono gli intrinseci livelli di razionalità e coerenza fra contenuti ed obiettivi nonché:

- risorse apposite derivanti da politiche di sostegno alla prevenzione;
- coordinamento effettivo di tutta l'attività programmatoria, d'implementazione e di restituzione dei risultati alla cittadinanza;
- continuità nel tempo delle iniziative;

- sostegno verso il processo di valutazione, il più possibile prolungato nel tempo.

#### 6.1.4. Il livello nazionale: quali misure preventive?

Dopo aver analizzato e posto in luce l'efficacia delle diverse misure preventive attivate a livello internazionale, l'analisi si concentra sul **livello nazionale** e su quello **provinciale**, con il duplice obiettivo di:

1. investigare nel dettaglio lo **stato di avanzamento** rispetto al campo considerato;
2. suggerire **possibili sviluppi futuri**.

Come già precisato, a causa di una carenza di indagini scientifiche nazionali sul tema, non sarà possibile esporre i risultati in modo armonico e comparabile al livello internazionale.

#### IL CONTESTO ITALIANO

Prendendo in esame la letteratura scientifica italiana rispetto alle misure di prevenzione del GAP e alla valutazione d'efficacia delle stesse, non si può fare a meno di cogliere uno stato fortemente lacunoso. Infatti, nonostante a livello nazionale negli ultimi anni siano stati attivati numerosi progetti preventivi volti a limitare i rischi connessi al gioco d'azzardo, questi sono stati implementati prevalentemente a livello locale, senza continuità, nè integrazione di azioni fra loro complementari, ma soprattutto senza un'adeguata valutazione d'efficacia. Dunque qui, ancor più che altrove, è valso il principio per cui le azioni sono state attivate perché "parevano buone idee" o erano state utilizzate altrove, senza un'approfondita conoscenza dell'ambito considerato (Williams, West, e Simpson 2012).

La rassegna della letteratura italiana ha permesso di individuare **quattro contributi scientifici** che hanno valutato alcuni interventi di prevenzione dedicati al GAP. Tali contributi concernono l'ambito delle **iniziative educative rivolte ai giovani** (Capitanucci et al. 2009; Capitanucci, Smaniotto, e Biganzoli 2010; Capitanucci 2012; Donati, Primi, e Chiesi 2013), più precisamente "Interventi formativi sul gioco d'azzardo: credenze errate e probabilità", mentre gli altri campi restano ancora inesplorati.

Di seguito si espongono gli interventi che hanno ricevuto una valutazione scientifica e le azioni più significative attivate negli ultimi anni in Italia che non hanno previsto un'adeguata valutazione d'efficacia.

#### INTERVENTI VALUTATI

I contributi presentati in questo paragrafo sono quattro (Tab. 42).

Tab. 42 Contributi scientifici italiani sulle misure di prevenzione del GAP rivolte ad adolescenti

Titolo del progetto	Autore	Data	Luogo	Metodologia per la valutazione	Campione individuato	Risultati ottenuti
Il caso, Lucky, non si può influenzare	Capitanucci, Smaniotto, Biganzoli	2010	Sondrio	Pre-test, post-test e <i>follow up</i> a sei mesi con due gruppi sperimentali e un gruppo di controllo	220 studenti (classi 3° scuole superiori)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento delle conoscenze sul gioco d'azzardo e sui concetti di probabilità</li> <li>• Riduzione delle fallacie cognitive</li> <li>• Assenza di indicazioni specifiche rispetto a modificazioni nel comportamento di gioco</li> </ul>
	<b>Descrizione della ricerca</b>					
<p>Gli autori hanno adattato una versione del video "Il caso, Lucky, non si può influenzare" creato per correggere le cognizioni erranee e promuovere le conoscenze sul gioco d'azzardo e testato da Ladouceur e colleghi (2002; 2004). Il video ha una durata di venti minuti. La versione italiana è stata testata su 220 studenti delle classi terze delle scuole secondarie di secondo grado della provincia di Sondrio al fine di verificare che le differenze culturali non attenuassero l'efficacia del filmato, validato in Canada su analoga popolazione. La validazione è stata ripetuta in tre momenti (pre-test, post-test e <i>follow up</i> dopo sei mesi) utilizzando tre differenti condizioni sperimentali (gruppo sperimentale video, gruppo sperimentale video con attivazione in classe, gruppo di controllo senza alcun intervento sostenuto). Il progetto è stato realizzato in collaborazione con la ASL di Sondrio, su finanziamento della regione Lombardia e con la supervisione del professor Ladouceur.</p>						

Fonte: elaborazione Transcrime

Titolo del progetto	Autore	Data	Luogo	Metodologia per la valutazione	Campione individuato	Risultati ottenuti
Intervento integrato	Donati, Primi e Chiesi	2013	Toscana	Pre-test, post-test e <i>follow up</i> a sei mesi con gruppo sperimentale e gruppo di controllo	181 studenti (15 – 18 anni)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miglioramento delle conoscenze sul gioco d'azzardo</li> <li>• Riduzione delle fallacie cognitive, del pensiero magico, della percezione del gioco come attività redditizia</li> <li>• <u>Cambiamenti nel comportamento di gioco</u></li> </ul>
	<b>Descrizione della ricerca</b>					
<p>Il progetto si è concentrato sulle fallacie cognitive legate al gioco d'azzardo, sul ragionamento probabilistico, sulla concezione economica del gioco e sul pensiero superstizioso con un intervento integrato (Donati, Primi, e Chiesi 2013). Ha previsto l'utilizzo di diverse tecniche di formazione: attività su eventi casuali e principi di probabilità, presentazioni power point, video (Lucky), discussione collettiva, esercitazioni. L'attività prevedeva due unità didattiche da due ore ciascuna per ogni classe coinvolta. Il progetto ha interessato 181 studenti delle scuole secondarie superiori (15–18 anni) della Toscana, ai quali sono stati somministrati una serie di test volti a stabilire parametri fondamentali (livello di coinvolgimento nel gioco d'azzardo e comportamento di gioco, attitudine e conoscenza del gioco d'azzardo, capacità di ragionamento probabilistico, pensiero superstizioso). La validazione è stata ripetuta in tre momenti (pre-test, post-test e <i>follow up</i> dopo sei mesi) utilizzando due differenti condizioni sperimentali (gruppo sperimentale formazione; gruppo di controllo senza alcun intervento sostenuto). Le autrici hanno considerato gli effetti a breve e a lungo termine, distinguendo fra adolescenti con e senza problemi nella gestione del comportamento di gioco.</p>						

Fonte: elaborazione Transcrime

Titolo del progetto	Autore	Data	Luogo	Metodologia per la valutazione	Campione individuato	Risultati ottenuti
<b>Scommettiamo che non lo sai?</b>	Capitanucci ed al.	2009	Provincia di Torino	Pre-test e post-test con gruppo sperimentale e gruppo di controllo	189 studenti (classi 3° scuole superiori)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incremento delle conoscenze sul gioco d'azzardo</li> <li>• Modificazione delle cognizioni erronee</li> </ul>
	<b>Descrizione della ricerca</b>					
<p>Il progetto ha previsto la creazione di una guida cartacea sui rischi connessi al gioco d'azzardo rivolta agli studenti delle scuole secondarie di primo e secondo grado. Si tratta di un'iniziativa realizzata da A.N.D.<sup>144</sup> nell'ambito del più ampio progetto "Prevenzione dei rischi connessi al gioco d'azzardo patologico in età evolutiva" commissionato dal MIUR nel 2008. La guida ideata per correggere le cognizioni erronee ed aumentare le conoscenze sul gioco d'azzardo, è stata predisposta attraverso un ampio lavoro con gli studenti e sottoposta a verifica d'efficacia con metodologia sperimentale in due momenti ripetuti (pre-test e post-test) e utilizzando due differenti condizioni sperimentali (gruppo sperimentale e gruppo di controllo). I testi sono stati valutati per la loro capacità di generare cambiamento in una coorte di 189 studenti delle classi terze di un Istituto Comprensivo e tre Scuole Superiori nel torinese.</p>						

Fonte: elaborazione Transcrime

Titolo del progetto	Autore	Data	Progetto esaminato	Metodologia per la valutazione	Campione individuato	Risultati ottenuti
<b>Confronto fra 4 progetti preventivi</b>	Capitanucci	2012	Giovani e Gioco <sup>145</sup>	Nessuna	Ignoto	Gli interventi preventivi dovrebbero sempre essere: <ul style="list-style-type: none"> <li>• valutati</li> <li>• <i>evidence based</i></li> <li>• condotti da accreditati specialisti nel campo</li> </ul>
			Il gioco fa scuola <sup>146</sup>	Verifica parziale, non sperimentale	Ignoto	
			Il caso, Lucky, non si può influenzare	Pre-test, post-test e <i>follow up</i> a sei mesi con due gruppi sperimentali e un gruppo di controllo	220 studenti (classi 3° scuole superiori)	
			Una guida cartacea sui rischi del gioco d'azzardo	Pre-test e post-test con gruppo sperimentale e gruppo di controllo	189 studenti (classi 3° scuole superiori)	
	<b>Descrizione della ricerca</b>					
<p>L'autrice ha posto a confronto quattro diversi progetti preventivi attuati in Italia negli ultimi anni e rivolti ai giovani, mettendone in luce punti di forza e criticità al fine di proporre alcuni criteri per la progettazione e l'implementazione di strategie preventive efficaci.</p> <p>Gli interventi preventivi non valutati, non evidence-based e non condotti da accreditati specialisti nel campo, dovrebbero essere accolti con molte cautele<sup>147</sup>. Tuttavia, nei fatti, ciò non avviene. Infatti, sono numerose le iniziative preventive realizzate di cui non è (ancora) possibile rinvenire aspetti valutativi.</p>						

Fonte: elaborazione Transcrime

## INTERVENTI ATTIVATI

Come già più volte accennato, gli interventi preventivi attivati in Italia per contrastare il gioco d'azzardo eccessivo rappresentano un insieme molto eterogeneo sotto differenti punti di vista (caratteristiche del progetto, enti promotori, soggetti coinvolti, durata delle attività, ecc.). Si tratta spesso di esperienze difficilmente comparabili fra loro e dunque qui saranno presentate singolarmente, ponendo in rilievo specificità e caratteristiche di ognuna<sup>148</sup>. Fra i numerosi interventi attivati si ricordano i più rilevanti<sup>149</sup>:

- la **Campagna nazionale “Mettramoci in gioco”**<sup>150</sup> promossa nel 2012 da ACLI<sup>151</sup>, ADUSBEF<sup>152</sup>, ALEA<sup>153</sup>, ANCI<sup>154</sup>, ANTEAS<sup>155</sup>, Associazione Orthos<sup>156</sup>, ARCI<sup>157</sup>, AUSER<sup>158</sup>, Avviso Pubblico<sup>159</sup>, Azione Cattolica Italiana, CGIL, CISL, CNCA<sup>160</sup>, CONAGGA<sup>161</sup>, Federconsumatori, FeDerSerD, FICT<sup>162</sup>, FIDEL<sup>163</sup>, Fondazione PIME<sup>164</sup>, Gruppo Abele<sup>165</sup>, InterCear<sup>166</sup>, Libera<sup>167</sup>, Scuola delle Buone Pratiche/Legautonomie-Terre di mezzo<sup>168</sup>, Shaker – pensieri senza dimora<sup>169</sup>, UIL, Uisp<sup>170</sup>. Tale iniziativa ha previsto l'organizzazione di seminari, conferenze stampa e giornate di riflessione con l'obiettivo di:

- sensibilizzare l'opinione pubblica e le istituzioni sui rischi derivanti dal gioco d'azzardo;
- avanzare proposte di regolamentazione del fenomeno;
- fornire informazioni;
- catalizzare l'impegno dei vari soggetti che a livello locale e nazionale si mobilitano per gli stessi fini.

Questa iniziativa ha previsto sino ad ora azioni differenti e quindi difficilmente può essere fatta rientrare in una delle tipologie di intervento presentate in precedenza;

- la **Campagna informativa “Non fare il pollo”**, avviata nel 2012, finanziata dalla Regione Toscana e promossa dall'Azienda Sanitaria di Firenze in collaborazione col Comune di Firenze e la Società della Salute<sup>171</sup>. Questa campagna ha l'obiettivo di:
  - diffondere informazioni sulla prevenzione e la cura della dipendenza da gioco d'azzardo;
  - aumentare la consapevolezza dei cittadini circa i rischi che il gioco può comportare per i soggetti implicati e i loro familiari.
  - diffondere informazioni sull'esistenza e l'accessibilità dei Servizi territoriali che possono fornire supporto in caso di GAP.

Questa iniziativa, benché *sui generis*, può essere fatta rientrare fra le “Campagne di informazione e sensibilizzazione”;

- il **Progetto “Gioco on-line: rischi e pericoli”**, promosso da AAMS nel 2012 in collaborazione con la Polizia di Stato, il patrocinio del Dipartimento della Gioventù ed il supporto tecnologico di Google/YouTube e di Skuola.net. Il progetto mirava a:

- porre l'accento sul divieto per i minori di partecipare a tutte quelle forme di gioco che prevedono vincite in denaro;
- sensibilizzare circa i rischi e i pericoli che derivano da un accesso irresponsabile o improprio al gioco on line<sup>172</sup>.

Il progetto ha previsto un programma di incontri informativi (con la visione di due spot promozionali) nelle scuole superiori tenuti da rappresentanti della Polizia Postale e delle Telecomunicazioni con gli studenti e le loro famiglie. Le scuole, inoltre, sono state invitate a partecipare ad un “concorso a premi nel quale gli studenti erano chiamati a realizzare un video sull'idea che i giovani hanno sul gioco responsabile e sul divieto previsto per i minori”<sup>173</sup>. Hanno aderito al progetto 80 istituti scolastici di diverse regioni del Paese. Si tratta di un'iniziativa che non trova immediata corrispondenza con le attività considerate nell'ambito della letteratura internazionale; tuttavia può essere annoverata fra gli interventi formativi sul gioco d'azzardo “credenze errate e probabilità”;

- il **Progetto “Il gioco dipende da te!”**, realizzato nell'anno scolastico 2010/2011 dagli operatori dell'Associazione di volontariato Arianna ONLUS, in collaborazione con il Ser.T. della ASL 4 di Prato e sostenuto da un finanziamento regionale. Il progetto mirava a:

- definire il concetto di gioco d'azzardo e di come si presenti nella vita quotidiana;
- esplorare i significati che il gioco assume per i giovani e i loro comportamenti di gioco.

Il progetto ha coinvolto quattro classi seconde dell'Istituto Comprensivo “Convenerole da Prato” (89 studenti di 12 anni). Sono stati svolti per ogni classe tre incontri di due ore ciascuno con esercitazioni (*brainstorming*, drammatizzazioni, elaborazione di possibili proposte di legge) e discussioni in aula per raggiungere il primo obiettivo, mentre per il raggiungimento del secondo è stata svolta un'indagine conoscitiva (89 intervistati). I risultati sono stati esposti agli studenti sei mesi dopo l'intervento. All'attività svolta con i ragazzi è stata affiancata anche una parte dedicata agli adulti di riferimento: docenti ed insegnanti; a questi soggetti è stato proposto un incontro ciascuno con gli operatori che hanno seguito il lavoro con i ragazzi. Tuttavia, mentre l'incontro offerto ai docenti ha visto una discreta partecipazione, quello dedicato ai genitori ha avuto uno scarso numero di presenze (Anifantakis et al. 2013). Seppur con alcune peculiarità, si tratta di un'attività che può essere fatta rientrare negli interventi formativi sul gioco d'azzardo “credenze errate e probabilità”;

- il **Progetto “È ancora un gioco?”**<sup>174</sup>, avviato nel 2009 ad Arezzo e promosso dal Gruppo di Lavoro Interistituzionale GAND del Dipartimento delle Dipendenze di Arezzo, con l'obiettivo di sensibilizzare, attraverso i mass media, la popolazione sui rischi connessi al gioco d'azzardo<sup>175</sup>. Il progetto ha previsto degli incontri di sensibilizzazione

sui rischi del gioco lecito (intervento psico-educativo con *brainstorming*, visione di un video tratto dal programma tv "Le Iene", visione di diapositive informative sul gioco d'azzardo e discussione in aula) in venti classi delle scuole superiori di Arezzo, Valdarno, Valtiberina e Valdichiana. A ciò si è aggiunto un concorso (sono stati premiati i migliori elaborati sul tema "Gioco e Giovani") e un'indagine conoscitiva compiuta sugli studenti aderenti al progetto (400 ragazzi di età compresa fra i 16 ed i 20 anni) in relazione agli atteggiamenti, alla credenze e ai comportamenti di gioco. Dall'indagine (che ha previsto un pre-test ed un post-test) è emerso che, a seguito degli interventi, i ragazzi si mostravano più capaci di riconoscere come giochi d'azzardo alcuni giochi che nel pre-test non erano ritenuti tali (es. Bingo, Gratta&Vinci, Lotto/Superenalotto). Miglioramenti si sono notati anche rispetto alla conoscenza delle caratteristiche del gioco d'azzardo e del funzionamento psicologico-comportamentale del giocatore patologico (Casini e Ranieri 2011). La parte di progetto che è stata dedicata ai ragazzi può essere considerata tra gli interventi formativi sul gioco d'azzardo "credenze errate e probabilità".

Oltre ai progetti qui illustrati, che mostrano una profonda eterogeneità rispetto a metodologie impiegate, target di riferimento e approccio, negli ultimi anni hanno preso forma numerose iniziative, spesso promosse a livello locale, per contrastare il gioco d'azzardo eccessivo. Non è qui possibile rendere conto di ognuna di esse, anche perché non di rado sono state svolte in modo non continuativo, poco strutturato e scarsamente pubblicizzato<sup>176</sup>.

### 6.1.5. Il livello provinciale

In questa sezione si descrivono le iniziative preventive adottate sul territorio provinciale e i principali attori coinvolti.

Le iniziative educative nate e sviluppate a livello provinciale al fine di contrastare il GAP fanno riferimento a tre soggetti principali:

- **l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari**, in particolare il Dipartimento Prevenzione e il Ser.D.;
- **l'Associazione AMA** (Auto Mutuo Aiuto) ONLUS di Trento;
- **l'"Alleanza per la tutela e la responsabilità condivisa nel contrasto e nella prevenzione del gioco d'azzardo patologico"**.

Per quanto riguarda i primi due soggetti, dal 1° gennaio 2012 è attivo il **Progetto "Gioco d'azzardo problematico"** che prevede una **convenzione fra l'Azienda Sanitaria (specificamente il Ser.D.) e l'AMA**, in sinergia col Dipartimento di Prevenzione, finalizzata ad affrontare questa nuova forma di dipendenza tramite l'implementazione di uno specifico percorso di presa in carico e di trattamento, ma anche tramite iniziative di informazione e sensibilizzazione

sul gioco d'azzardo rivolte a tutta la popolazione. Più precisamente, il progetto elaborato di concerto fra Ser.D. e AMA si propone di (PAT e APSS 2011):

1. *"favorire l'informazione e la consapevolezza della comunità rispetto alla problematica del gioco d'azzardo;*
2. *creare percorsi psico-educativi per giocatori e loro familiari (occasioni di consapevolezza e aggancio terapeutico);*
3. *favorire la diffusione dei gruppi di auto mutuo aiuto per giocatori e familiari sul territorio provinciale (trattamento di cura in gruppo)".*

Il terzo soggetto è nato nel maggio 2012 nell'ambito di un'attenzione crescente sul tema. I principali promotori sono la **Provincia autonoma di Trento** ed i **Comuni di Trento e Rovereto**<sup>177</sup>. I soggetti firmatari *"si impegnano reciprocamente alla prevenzione e al contenimento delle conseguenze sociali del gioco d'azzardo patologico, ciascuno per le proprie competenze* (Associazione AMA Onlus 2013, 10):

- *attivando percorsi di informazione, sensibilizzazione e formazione all'interno dei rispettivi ambiti di azione;*
- *collaborando nell'individuazione di strategie e buone prassi attraverso periodici incontri;*
- *favorendo modalità di informazione eticamente corretta ai cittadini, per contrastare la promozione delle proposte di gioco e l'illusione del "vincere facile" che altera la percezione sulle reali probabilità di vincita in particolare per i soggetti più fragili;*
- *promuovendo iniziative comuni e coordinate tra Enti pubblici, privati e di privato sociale;*
- *assicurando l'accesso e la disponibilità di efficaci servizi di ascolto, informazione e trattamento con personale opportunamente formato, per le persone a rischio di dipendenza e per le loro famiglie;*
- *relazionando annualmente su risultati raggiunti in ragione della presente alleanza".*

Le differenti attività preventive che saranno di seguito illustrate sono dunque promosse, in via generale, dai soggetti indicati. La nascita e l'attuazione delle iniziative preventive provinciali ha previsto, non di rado, la collaborazione di più enti (pubblici e privati), che hanno dato vita ad azioni portate avanti in modo sinergico.

### Box 25 La rappresentazione delle iniziative di prevenzione sui quotidiani locali

Da una rassegna stampa sui principali quotidiani locali ("L'Adige", "Il Trentino", "Vita Trentina") con la ricerca sistematica di eventi, che contenessero le stringhe di parole chiave: "gioco d'azzardo", "slot", "ludopatia", "incontro", "incontri", "riunione", "riunioni" è emerso che dal gennaio 2012 a settembre 2014 sono state realizzate 86 iniziative di prevenzione. La prevalenza delle iniziative si concentra nel 2012 (31) e nel 2013 (40), mentre nei primi nove mesi del 2014 se ne contano meno (15).

La concentrazione nel biennio 2012/2013 è spiegabile come conseguenza della sensibilizzazione promossa

attraverso l'adozione, nel dicembre 2011, della Legge finanziaria provinciale n. 18 del 27 dicembre 2011 (art. 47, co6). In questo senso l'attività del 2014 si può considerare di "mantenimento".

La diffusione delle informazioni è stata realizzata utilizzando tutti i canali di comunicazione. Infatti accanto alle serate informative, sono stati realizzati programmi radio, cortometraggi e cortei. Ciò ha permesso una copertura capillare del territorio e il raggiungimento di tutta la popolazione.

I principali interventi educativi di prevenzione possono essere riassunti in modo sintetico come segue (Tab. 43).

Tab. 43 Interventi e progetti preventivi attivati a livello provinciale al fine di contrastare il GAP

Intervento/ Progetto	Tipologia intervento	Target	Periodo attivazione	Numero soggetti coinvolti	Principali enti promotori	Valutazione dell'intervento	
						Si	No
<b>Mostra "Fate il nostro gioco"</b>	Intervento formativo sul gioco d'azzardo	Studenti scuole superiori e adulti	15 marzo – 18 aprile 2013	4.447 visitatori (323 visite guidate)	Alleanza/AMA/ Comune di Trento/Fondazione Caritro		X
<b>Conferenza-spettacolo "Fate il nostro gioco"</b>	Intervento formativo sul gioco d'azzardo	Studenti scuole superiori e adulti	A.S. 2012 - 2013	1.500 studenti circa + 300 adulti	Alleanza/AMA/ Comunità della Val di Non; Valsugana e Tesino; Alta Valsugana e Bersntol/Istituti scolastici		X
<b>"Mi gioco un'idea. Win for school"</b>	Progetto educativo sul gioco d'azzardo con concorso	Studenti scuole superiori	A.S. 2012 - 2013	200 studenti circa	AMA/Comune di Rovereto/Istituti scolastici		X
<b>Serate informative</b>	Incontri informativi sul gioco d'azzardo	Cittadinanza	Da gennaio 2012	2.161 partecipanti (52 interventi)	AMA/APSS (Ser.D.)/Associazioni varie/ Comunità di Valle		X
<b>Slot Mob</b>	Mobilizzazione cittadina contro il GAP	Cittadinanza	24 gennaio 2014	200 partecipanti circa	Alleanza/AMA/ Comune di Trento/Forum associazione familiari trentino		X
<b>Marchio etico</b>	Riconoscimento esercizi comm. senza azzardo	Esercenti	Da gennaio 2014	Non ancora disponibile	Alleanza/AMA/ Comune di Trento	X	
<b>Progetto prevenzione comunitaria Val di Sole</b>	Progetto prevenzione comunitaria	Cittadinanza	Marzo 2013 – Marzo 2014	90 adulti significativi	Comunità della Val di Sole/Ser.D.		X

Intervento/ Progetto	Tipologia intervento	Target	Periodo attivazione	Numero soggetti coinvolti	Principali enti promotori	Valutazione dell'intervento	
						Si	No
<b>"In punta di piedi sul pianeta"</b>	Progetto educativo ad ampio spettro	Studenti, insegnanti e genitori istituti comprensivi e scuole superiori	A.S. 2013 - 2014	2.373 studenti delle scuole superiori (126 classi in 20 istituti aderenti); 196 inse- gnanti (istituti comprensivi)	APSS, Dip. Prevenzione		X
<b>"Unplug- ged"</b>	Progetto educativo ad ampio spettro	Insegnanti e studenti scuole medie e superiori	Dall'A.S. 2011 - 2012	49 insegnanti (istituti com- prensivi A.S. 2013/14)	APSS, Dip. Prevenzione		X

Fonte: elaborazione Transcrime

Come si può notare, si tratta di iniziative fra loro molto eterogenee sotto differenti punti di vista: tipologia dell'attività, target cui si indirizza, numero di persone coinvolte nella stessa, enti promotori<sup>178</sup>.

#### LA (MANCATA) VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DEGLI INTERVENTI

Lo sviluppo e l'implementazione dei progetti preventivi provinciali segue le stesse linee che si sono evidenziate con riferimento, più generale, al Paese. Emerge, infatti, un quadro caratterizzato dalla volontà di dare risposte ad un problema emergente, tuttavia con modalità assai eterogenee e, a volte, scarsamente coordinate fra loro. L'urgente consapevolezza di dover fronteggiare un problema, quello degli "effetti perversi" prodotti, sul piano individuale e sociale, dal gioco d'azzardo, ha mobilitato e sta mobilitando molteplici attori e risorse istituzionali e sociali, sia in Italia che in Trentino. Possiamo affermare che, al momento, ci troviamo ancora, in buona parte, entro una prima, iniziale, fase di attività preventive, che si manifesta in una sorta di "ordine sparso": tentativi di cercare risposte, spendibili nell'immediato, quale soluzione all'emergere di un problema di cui si colgono i primi, "vicini", drammatici segnali (diffusione esponenziale del gioco sul territorio, pericolo reale e potenziale per i giovani, casi di persone e famiglie "rovinati", ecc.). Il passaggio a una seconda fase, caratterizzata da una precisa pianificazione di interventi e articolazione di progetti mirati sulla prevenzione del gioco d'azzardo problematico e patologico, è appena agli inizi e appare, almeno con riferimento specifico al Trentino, ancora molto incerta, nel senso che, come sopra evidenziato, le attività di prevenzione primaria e secondaria sono ancora caratterizzate da "estemporaneità" e "sporadicità", lasciate all'iniziativa di qualche ente o associazione, con scarsa previsione di continuità nel tempo. La prospettiva di una terza fase, più sistematica, con progetti articolati su target differenti, continuati nel tempo, coordinati nell'implementazione e sottoposti a valutazione sia d'efficienza che di

efficacia, è ancora tutta da costruire. Alla luce delle esperienze internazionali nel settore (Williams, West, e Simpson 2012) è tuttavia questa la strada da intraprendere e da percorrere in uno sforzo sinergico di più forze ed organismi in grado di garantire, in modo integrato, tutti i compiti e le funzioni che un progetto ben fatto richiede. Fra queste funzioni c'è anche la valutazione, il più possibile scientifica, indispensabile se si vuol conoscere quali obiettivi siano stati effettivamente raggiunti, con quali risorse e con quali effetti nel tempo. La valutazione di tipo semi-sperimentale e sperimentale (con gruppi di controllo) permette di conoscere quali sono i progetti che garantiscono efficacia (risultati di abbassamento del GAP) e maggior efficienza (miglior impiego delle risorse e ottimizzazione del rapporto costi/efficacia). Questo è un aspetto che, se nel breve periodo richiede un modesto investimento, per il coinvolgimento di personale esperto nella valutazione (Università o Centri di ricerca), nel medio e lungo periodo garantisce politiche sociali di prevenzione molto più mirate e incisive (Wiebe, Single, e Falkowski-Ham 2003).

#### 6.1.6. Sviluppi attesi, questioni irrisolte

In questa parte finale dell'analisi centrata sulle iniziative di prevenzione del gioco d'azzardo problematico si vogliono cogliere alcune specifiche questioni che intersecano in positivo e in negativo i percorsi e i processi di prevenzione. Si è già evidenziato, a più riprese, l'aspetto critico della valutazione di efficacia degli interventi, che rischia di inficiare, se non preso con la dovuta serietà ed importanza, gran parte degli sforzi e delle risorse che oggi si stanno mettendo in campo per cercare di assicurare un gioco responsabile e contrastare il possibile danno patologico. Tuttavia, si sottolinea che accanto all'efficacia, occorre soffermarsi sull'efficienza degli interventi di prevenzione, ossia a come sono impiegate le risorse e implementati i programmi. Ecco perché, dopo aver delineato i diversi interessi che s'intersecano sul gioco d'azzardo, ci si sofferma sull'analisi dei costi/benefici, constatandone l'importanza, da una parte, ma anche la grave assenza nel campo specifico delle misure

preventive. Infine, prima di chiudere rimarcando gli aspetti salienti che danno prospettiva all'ambito della prevenzione, ci si interroga sul gioco d'azzardo online, nella convinzione che questa forma di gioco, ad oggi coinvolgente soprattutto giovani, sarà quella di cui ci si dovrà occupare attentamente nell'immediato futuro, sia sul piano politico e normativo, sia su quello della ricerca e della prevenzione.

### GIOCO D'AZZARDO: UN CONFLITTO DI INTERESSI?

Il gioco d'azzardo è un fenomeno sociale antico e presente in tutto il mondo; in buona parte esso rientra nell'alveo delle attività ludiche dell'uomo che rispondono all'esigenza fondamentale di impiegare parte del tempo di vita in attività ricreative extra-lavorative. Il gioco soddisfa alcuni bisogni che, a seconda dell'età e dei contesti, assumono forme e significati vari (dal gioco imitativo del bambino, a quello competitivo del ragazzo, a quello ricreativo dell'adulto, ecc.). Il gioco d'azzardo ha però la caratteristica di affidare alla sorte la vincita o la perdita di un bene (di solito denaro): esso si nutre del sogno, della possibilità di un guadagno facile e imprevisto. Per questa sua caratteristica il gioco d'azzardo attira intorno a sé interessi di tipo economico che possono facilmente prendere il sopravvento rispetto a qualsiasi altra funzione si intenda attribuire al gioco in quanto tale. Anche molte forme di gioco agonistico attirano interessi economici, tuttavia il giocatore agonista sa che la fortuna conta fino a un certo punto e le sue abilità, la sua preparazione, la sua tecnica hanno un peso determinante sul risultato. Il giocatore d'azzardo si affida alla fortuna e sa che è "cieca" (colpisce a caso), sa anche che il risultato non dipende dalle sue abilità: quando non accetta questa verità iniziano i suoi veri problemi. Le sue falsate convinzioni (controllare il caso, inseguire la fortuna) lo portano a sviluppare una dipendenza, con tutti gli effetti collaterali negativi sul piano personale, relazionale, sociale e economico che ne conseguono. Sono queste alcune delle ragioni che rendono il gioco d'azzardo un campo dove si intersecano e si scontrano molteplici interessi (non solo economici) e dove non sempre si riescono a trovare compromessi in grado di gestire al meglio l'ambivalenza delle scelte (es. più gioco, più entrate/più gioco, più patologia).

Gli attori principali che ruotano attorno al gioco d'azzardo sono (Blaszczynski et al. 2011):

- il **governo**, inteso come autorità legislativa, amministrativa e di controllo. Esso ha la responsabilità di porre in essere la legislazione che delinea la natura e l'estensione del gioco d'azzardo e stabilisce i requisiti per la protezione dei consumatori (giocatori), nonché la vigilanza sul rispetto di tali requisiti;
- l'**industria** del gioco (*gambling providers*), vale a dire chi produce e promuove il gioco (concessionari – gestori dei locali e dei siti internet – personale addetto). Essa opera con logiche economiche di mercato, ma non può esimersi dal prendere atto degli effetti collaterali perversi che

il gioco eccessivo può produrre. Tutto il comparto dovrebbe assumersi la responsabilità di non fare pubblicità ingannevole, di non mettere in atto pratiche di sfruttamento, di omettere o alterare importanti informazioni, di sviluppare prodotti atti a favorire il gioco d'azzardo eccessivo, o di incentivare il gioco in target particolari di popolazione (adolescenti e altri gruppi a rischio);

- i **giocatori** (persone che agiscono e scelgono di giocare d'azzardo spinte da varie motivazioni). Essi possono essere coinvolti nel gioco a vari livelli delineando uno spettro di situazioni che vanno dal gioco sociale, ricreativo, regolare, al gioco "pesante", eccessivo, problematico e compulsivo.

A questi tre principali attori si possono aggiungere anche significative componenti della società (associazioni di familiari, enti assistenziali, centri di cura e riabilitazione, organizzazioni culturali e di ricerca, banche, ecc.). Esse rappresentano spesso la vittima indiretta dei danni che il gioco d'azzardo può produrre sul piano relazionale, familiare, sociale, sanitario ed economico e possono mobilitarsi per orientare la regolamentazione, il controllo e la riduzione del danno.

È evidente che le aspettative che muovono questi attori sono molteplici e non sempre compatibili fra loro, in ragione anche delle interpretazioni ideologiche che si danno al fenomeno del gioco d'azzardo, oscillanti intorno ai due poli estremi di chi vede il gioco come male da eliminare e chi come libera espressione umana da incentivare.

Non addentrandoci nella miriade di conflitti e divergenze che possono verificarsi intorno ai modi di affrontare il problema, ci si sofferma qui solo su alcuni aspetti macroscopici legati all'azione dei tre principali attori sopra evidenziati. Gli interessi che muovono governo, industria e giocatori sono, infatti, diversi e, oltre ad essere in possibile tensione esterna (conflitti fra governo e industria o fra giocatori e governo o fra giocatori e industria), vivono anche una tensione interna (conflitto fra esigenze di profitto, di guadagno, di introiti ed esigenze di tutela della salute e di riduzione del danno, sia da parte del governo, che dell'industria che del giocatore). La composizione di tali variegati interessi su linee che possano rappresentare un minimo comune denominatore è tutta da costruire ed è facilmente sottoposta a tensioni continue.

Si tratta quindi di monitorare continuamente i conflitti che possono esistere fra (Williams, Rehm, e Stevens 2011):

- a) gli interessi economici del governo, delle *holding* del gioco, dei gestori dei locali e dei siti internet e del personale di tutta l'area produttiva e commerciale del gioco;
- b) i programmi di prevenzione del gioco d'azzardo problematico e la riduzione dell'eccesso di offerta di gioco sul mercato.

La necessità di determinare priorità sulla base di un compromesso che permetta il bilanciamento fra l'interesse economico e l'onere di far fronte a costi sociali, personali e legali del gioco problematico e patologico, richiede uno sforzo collaborativo non sempre facile da raggiungere, ma necessario per l'implementazione di programmi orientati verso il gioco responsabile, ossia quella modalità in grado di fornire un controllo che limita o impedisce il passaggio verso l'eccesso.

La collaborazione, per ora, sembra scaturire soprattutto dal timore che l'acuirsi degli esiti dannosi del gioco d'azzardo sulle persone e sulle comunità possa avere effetti boomerang sulla domanda e sugli introiti. Forse è importante imboccare un'altra strada per dare peso al consenso e alla collaborazione di portatori d'interessi divergenti. Si tratta della via che, come in seguito sottolineato, è purtroppo ancora poco calpestata: la verifica dell'impatto sociale dei progetti di prevenzione. Dimostrare, infatti, l'efficacia delle iniziative in campo preventivo e valutare il rapporto costi/benefici sono operazioni strumentali essenziali per comprendere la *ratio* e la portata di quanto si sta facendo. Questo è un altro modo, forse migliore, per spingere i diversi attori verso la convergenza d'intenti e contribuire al rafforzamento del loro spirito collaborativo.

#### L'ASSENZA DELL'ANALISI COSTI – BENEFICI PER LE MISURE DI PREVENZIONE

Le questioni relative al rapporto costi – benefici del mercato del gioco d'azzardo e ai costi sociali ed economici connessi al GAP sono state affrontate da diversi autori (Bianchetti e Croce 2007; Boccia 2013; Collins e Lapsley 2003; Walker e Barnett 1999; Walker 2007; Grinols 2011; Ladouceur et al. 1994; Eadington 2003; Williams, Rehm, e Stevens 2011). Tuttavia, quando non si tratta di dissertazioni piuttosto generiche, le stime dei costi (e dei benefici) appaiono spesso assai differenti fra loro (Boccia 2013; Collins e Lapsley 2003) perché condotte in Paesi diversi e perché basate su parametri differenti (costi diretti e indiretti, privati e pubblici, ecc.). A ciò si aggiunga che, nel caso in cui siano considerate le spese per la prevenzione del GAP, sono sempre associate ad altre voci, ad esempio alla ricerca (Becker 2008)<sup>179</sup> o al trattamento (Walker 2007; Williams, Rehm, e Stevens 2011). Dunque questi studi non permettono alcuna analisi significativa del rapporto costi – benefici delle misure di prevenzione, ed in verità faticano pure nel fornire una semplice valutazione dei costi. Inoltre, non è stato possibile rinvenire alcun studio che si sia occupato, in specifico, dei costi delle misure preventive fin qui discusse. Si è dunque costretti a rilevare una carenza, pressoché totale, di analisi e contributi scientifici sul tema. Una giustificazione potrebbe risiedere nel fatto che i programmi di prevenzione del gioco d'azzardo problematico sono piuttosto recenti e non si è ancora consolidato un *corpus* importante ed omogeneo di conoscenze dei risultati di efficacia delle iniziative, in parte per le carenze, più volte sottolineate, dei processi di valutazione, e in parte

perché mancano *follow-up* a distanza in grado di stimare effettivamente la durata nel tempo degli effetti positivi prodotti. L'analisi del rapporto costi/benefici può fornire, infatti, risultati significativi solo in presenza di programmi che hanno dimostrato la loro efficacia sulla base di una metodologia valutativa scientificamente rigorosa.

In generale, come sopra sottolineato, gli studi mirati sull'analisi costi/benefici del gioco d'azzardo, oltre ad essere pochi, spesso si pongono su prospettive differenti di approccio al problema<sup>180</sup> che incidono su una diversa modalità di misurazione e quantificazione sia dei costi che dei benefici, recando effetti disomogenei sia sulla ricerca che sulle politiche. Non si è ancora stabilizzata, in campo scientifico, una metodologia standardizzata poiché non c'è consenso unanime fra gli studiosi:

- sul quadro teorico e concettuale che dovrebbe guidare la ricerca sull'impatto socio-economico del gioco d'azzardo (Walker, 2007);
- sulla definizione dei costi privati e dei costi sociali attribuibili al gioco d'azzardo;
- su quali costi e benefici dovrebbero essere inseriti nell'analisi d'impatto socio-economico;
- sui metodi migliori per misurare benefici e costi del gioco d'azzardo (Wynne e Shaffer 2003).

Per fare stime appropriate dei costi e dei benefici è necessario partire dalla constatazione che il gioco d'azzardo non crea problemi alla maggioranza dei giocatori e che, per questi, dunque dovrebbe rimanere un'opzione praticabile. Per i giocatori che sviluppano problemi è necessario ridurre il più possibile il danno.

Il gioco d'azzardo, in questa prospettiva, produce dei benefici per i consumatori<sup>181</sup> e contribuisce allo sviluppo dell'economia locale<sup>182</sup> e, nello stesso tempo, genera costi sociali perché una percentuale non trascurabile di giocatori tende a sviluppare problemi di gioco o una vera e propria dipendenza.

Sui costi del gioco patologico diversi autori hanno applicato la metodologia già sperimentata sull'abuso di alcol e droghe. L'impatto dell'abuso di sostanze sul benessere materiale di una società è stimato sulla base dell'esame dei costi sociali del trattamento, della prevenzione, della ricerca, dell'applicazione della legge, della minore produttività, oltre a qualche misura della perdita della qualità della vita nel tempo a causa dell'abuso, rapportata alla situazione ideale caratterizzata da uno stato con assenza di sostanze (Wiebe, Single, e Falkowski-Ham 2003).

Nel caso del gioco d'azzardo sono stati individuati costi sociali significativi enucleabili intorno a nove ambiti della vita privata e pubblica del giocatore patologico (Grinols, 2011):

- **Illegalità e Giustizia** (costi connessi ad atti illegali, come falsità, frodi, furti, ricorso all'usura per finanziare il gioco patologico, le spese di giustizia e i danni diretti prodotti alle vittime);
- **Affari e Impiego** (costi che comprendono la perdita di ore di lavoro, la mancata produttività e i costi aggiuntivi per riqualificare e rimpiazzare i lavoratori);
- **Fallimenti** (costi legali e sostanziali);
- **Suicidi** (costi familiari e sociali);
- **Malattie** connesse al gioco patologico (costi legati a stress, depressione, malattie cardiovascolari, malattie mentali);
- **Servizi sociali** (costi legati alla disoccupazione, al trattamento, al sostegno familiare, ecc.);
- **Attività governativo-regolamentari** (costi di normazione, controllo e sorveglianza dell'industria del gioco, dei locali di gioco, dei siti internet, ecc.);
- **Famiglia** (costi che includono separazioni, divorzio, violenza domestica, abbandono di minori, ecc.);
- **Denaro in prestito** (denaro ottenuto da parenti o amici e mai restituito).

Con questi criteri l'economista texano Earl Grinols ha calcolato che, nel 2011, il costo sociale annuo di un giocatore patologico, ammontava a 9.393 dollari (Grinols, 2011).

C'è chi ritiene che questa cifra non sia rispondente al vero perché frutto di una impostazione che, oltre a trascurare completamente qualsiasi effetto benefico del gioco (vedi inserimento spese di normazione), inserisce fra i costi sociali aspetti che andrebbero messi fra i costi privati (famiglia, denaro in prestito, affari e impiego). Inoltre, tale orientamento, ponendo particolare enfasi sul denaro mal speso e che poteva essere impiegato per beni essenziali, tende a sovrastimare i costi sociali del gioco d'azzardo (Walker, 2007). Infatti mettere in luce quanto si sarebbe potuto risparmiare senza un problema di gioco non permette di quantificare in modo convincente quanto viene speso esattamente per il gioco e quanto per altri interessi o desideri prevalenti del giocatore problematico, quale ad esempio l'acquisto di un'auto sportiva o di lusso (Walker e Barnett, 1999).

Un'altra questione che spesso non viene chiarita, relativamente alla quantificazione dei costi, è la presenza di comorbilità nel giocatore d'azzardo problematico, con contestuale abuso di alcol, droghe, fumo, o presenza di problemi psichici. Di solito non viene proposta un'adeguata ripartizione dell'incidenza dei costi di tali problematiche specifiche e ciò finisce, spesso, per sovrastimare il costo del gioco patologico.

I costi sociali del gioco d'azzardo sono certamente difficili da definire e da misurare, anche perché alcuni non sono espressamente tangibili, tuttavia, guardando anche ad altri campi, quali l'abuso di sostanze e l'efficacia di misure preventive al riguardo, emerge che, negli USA, i programmi scolastici valutati come efficaci e basati sulle *life skills* (competenze di vita) riducono effettivamente, nella fascia di età 12-14, l'accostamento al consumo di alcol, tabacco, marijuana e cocaina, al punto che è possibile quantificare che per ogni dollaro investito nella prevenzione ne ritornano dai 15 ai 18 come risparmio di spesa nel tempo (T. Miller e Hendrie 2008).

L'investimento nella prevenzione appare, dunque, conveniente, poiché permette risparmi in termini di spesa pubblica sul medio e lungo periodo e migliora il benessere dei cittadini tutelandone la salute. Non c'è ragione di ritenere che anche i programmi di prevenzione mirati sul gioco d'azzardo problematico non possano andare nella stessa direzione.

## LA QUESTIONE DEL GIOCO ONLINE

Il gioco online merita un cenno a parte per alcune sue caratteristiche peculiari che rendono più complicati sia gli studi di prevalenza (metodologie di rilevazione del fenomeno e delle caratteristiche dei giocatori) e sia l'applicazione di misure preventive che possano effettivamente raggiungere l'intero target di riferimento (gruppi di giocatori problematici).

Per gioco d'azzardo online (*internet gambling* o *online gambling*) s'intendono tutte le forme di gioco (compresi i giochi di abilità con denaro e le scommesse) effettuate via internet, sia si tratti di computer o di telefoni o altri strumenti interattivi. In 20 anni, dalla metà degli anni '90 (primo sito in Antigua) al 2011, i siti di gioco presenti in internet sono diventati 2.313 (Gainsbury e Wood 2011). La maggioranza di tali siti riguarda le *slots* nelle loro varie configurazioni (oltre la metà dei siti), seguono i *casinò games* (circa 1/3 dei siti), il *poker* (circa 1/4 dei siti) e poi, in percentuali minori, le scommesse sportive, il bingo, le lotterie e, in percentuale quasi trascurabile, i giochi che richiedono abilità e competenza (*skill games*).

In Europa, come anche in Italia, il gioco online (gioco a distanza) finora rappresenta una quota di poco superiore al 10% di tutto il fatturato relativo al gioco d'azzardo in generale; tuttavia il settore è quello che negli ultimi anni appare più in crescita, sia per ricavi che per numero di giocatori (European Commission 2012).

Il gioco d'azzardo online ha molte caratteristiche che lo differenziano dal gioco praticato nei locali dedicati. In particolare il gioco via internet garantisce:

- L'anonimato, ossia la possibilità di rimanere sconosciuto e non visto da altri;

- L'accessibilità in qualsiasi momento della giornata e da qualsiasi punto in cui il giocatore si trovi (casa, posto di lavoro, automobile, ecc.);
- La diversità, ossia la possibilità di variare facilmente il tipo di gioco e di sperimentarne di nuovi;
- La convenienza, in quanto evita spostamenti sul territorio e spese accessorie.

È evidente che questi fattori possono rivelarsi dei forti stimoli al gioco, anche in ragione di un'offerta variegata che, sovente, favorisce l'accesso con incentivi in denaro.

Il tasso di gioco d'azzardo online è in aumento e coinvolge, più delle altre, la componente giovanile della popolazione, cosicché diverse ricerche tendono a sottolineare anche la crescita della prevalenza del gioco problematico soprattutto tra gli studenti giocatori (Derevensky e Gupta 2007; Williams e Wood 2007; Griffiths e Barnes 2008; Monaghan e Wood 2010).

Alcuni tipi di gioco online (es. *poker*) mescolano le caratteristiche tipiche dell'azzardo (affidarsi al caso) con l'abilità (capacità di compiere mosse vincenti) e tendono a coinvolgere per tempi molto più lunghi i giocatori, grazie anche a un rapporto fra vincite e perdite di denaro che può presentarsi favorevole anche per periodi prolungati. In quest'ottica acquista più peso, sulla problematicità del gioco, la perdita di tempo rispetto alla perdita di denaro e questo comporta il possibile intersecarsi di una doppia dipendenza, dal gioco e da internet, con gli effetti di fuga, dissociazione/immersione, simulazione e asocialità che ne possono conseguire (Meyer e Bachmann 2005).

Le politiche pubbliche di regolazione riguardanti il gioco online risultano difficili e complicate per la crescita globale di internet, l'anonimato di utenti ed operatori, la mancanza di confini fisici fra le giurisdizioni e la differente dislocazione geografica di giocatori e *providers* (Gainsbury 2010).

Sinora ogni Stato si è mosso con una propria regolamentazione che riguarda sia la concessione ai siti dell'autorizzazione ad operare sul proprio territorio, sia le modalità di accesso al gioco e sia le eventuali misure per cercare di prevenire situazioni di gioco eccessivo e problematico. Ma, alla luce della crescita repentina del volume di gioco online, del numero di giocatori<sup>183</sup> e dei soggetti che sviluppano problemi col gioco, è evidente che la questione della regolamentazione deve essere affrontata a livello internazionale. La Commissione europea, nell'ottobre 2012 ha proposto un piano d'azione<sup>184</sup> che possa orientare le autorità nazionali, gli operatori, i consumatori e l'industria coinvolta (servizi di pagamento e media). Tale piano individua cinque ambiti di intervento prioritario per affrontare le sfide poste a livello europeo e nazionale:

- l'integrazione delle normative nazionali con il diritto comunitario;
- il rafforzamento della cooperazione amministrativa per l'applicazione della normativa;
- la tutela dei consumatori e dei cittadini, dei minori e dei gruppi vulnerabili;
- la prevenzione di frodi e riciclaggio di denaro;
- la salvaguardia dello sport e la prevenzione di combine.

In Italia la normativa regolamenta sia le concessioni per esercitare il gioco telematico da parte di operatori italiani e stranieri, sia le modalità di accesso al gioco online<sup>185</sup>, cercando di tutelare i minori, verso cui è disposto il divieto di gioco. Tuttavia, pur a fronte di una normativa che appare rigorosa, i modi per eluderla sono vari e le forme di controllo, per quanto presenti, non sembrano in grado di garantire la presenza in rete solo di siti legali e pienamente conformi ai criteri di un gioco responsabile. In rete, inoltre, accedono al gioco anche minorenni, come confermato da ricerche sulla prevalenza (Serpelloni, 2013) e questo significa che, nel caso del gioco d'azzardo l'adolescente utilizza, di nascosto, generalità e carta di credito dei genitori (o di altro parente o conoscente) e poi falsifica la firma sul contratto cartaceo richiesto dall'AAMS.

Tutto ciò pone in primo piano la necessità di una regolamentazione del gioco online che dia priorità a misure di prevenzione in grado di tutelare al meglio le fasce più deboli (i minori) e quelle più esposte a rischi (i giovani e i soggetti che eccedono nel gioco).

La prevenzione del gioco problematico che si sviluppa via internet è sostanzialmente orientata secondo le linee già tracciate per il gioco d'azzardo che ha luogo nei locali dedicati. Esse si possono sintetizzare in:

- azioni di prevenzione primaria a livello educativo (familiare e scolastico) con attenzione all'uso corretto di internet da parte dei minori, entro un quadro di vita ricco di relazioni significative e di tempi dedicati (es. studio, sport, svago, impegni vari, famiglia, ecc.);
- iniziative di informazione e sensibilizzazione di giovani e adulti, nonché di tutti coloro che accedono ai siti di gioco online (possibilità di finestre informative e di avvertimento);
- sviluppo di strategie di minimizzazione del danno, con l'utilizzo di modalità restrittive e limitative verso chi gioca in modo eccessivo e prolungato.

Alcune ricerche hanno cercato di esaminare l'efficacia delle strategie di gioco responsabile, quelle che si basano su forme interattive di comunicazione: messaggi pop-up, informazioni sul gioco e sui problemi che può causare, avver-

timenti, limitazioni al volume, al tempo e alla frequenza di gioco, esclusione (temporanea) da un tipo di gioco (Wood e Wood 2009). Via internet è possibile, infatti, controllare tutta una serie di parametri sul gioco che viene effettuato ed è possibile “corredare” il sito con una serie di strumenti interattivi di auto aiuto, test autosomministrati e con informazioni sull’offerta di servizi e il modo di contattarli (Wood e Griffiths 2007).

La comunicazione interattiva è un’opzione importante che offre la tecnologia e che mira a rendere il giocatore più consapevole dei rischi di un gioco eccessivo. Tali misure di prevenzione si stanno rivelando efficaci per quella quota di giocatori che accettano e sono disponibili alla comunicazione, rimangono sempre sottogruppi di giocatori che rifiutano o ignorano queste modalità e verso cui sarebbe importante escogitare altre forme di relazione (suggerimenti di terzi che partecipano e seguono o gestiscono il gioco online) per far capire loro l’importanza di quei messaggi (Haefeli, Lischer, e Schwarz 2011).

## PROSPETTIVE FUTURE

Partendo dal presupposto che di fronte al fenomeno del gioco d’azzardo occorre sviluppare strategie complessive che tendano a minimizzarne gli effetti negativi e, nello stesso tempo, a riconoscerne i potenziali benefici, emerge chiaramente come, in prospettiva, siano da escludere dal dibattito le due opzioni estreme: il proibizionismo e il liberalismo di mercato.

L’opzione proibizionista, ossia considerare il gioco d’azzardo, in quanto tale, un’attività illegale, porterebbe a una crescita esponenziale del mercato clandestino dei giochi e darebbe ampio spazio alla criminalità organizzata e al banditismo. D’altro canto una libera promozione e un’espansione incontrollata dell’offerta di gioco porterebbe ad accrescere le dimensioni problematiche e patologiche ad esso connesse.

La via su cui esperti e studiosi del fenomeno cercano di indirizzare governi, operatori del settore, giocatori ed opinione pubblica è quella del gioco responsabile entro un approccio politico complessivo di salute pubblica e di regolamentazione del mercato (Blaszczynski et al. 2011; Williams, West, e Simpson 2012a; P. Griffiths, Lopez, e Götzt 2008).

In questa prospettiva sono tenute unite le dimensioni sociali, economiche e di salute del gioco d’azzardo e ci si muove verso lo sviluppo di politiche che ponendo al centro la qualità della vita di tutti i membri di una comunità, integrano, in unico disegno d’intenti e di azioni, gli interventi di:

- prevenzione, con azioni rivolte soprattutto ai problemi associati al gioco d’azzardo;

- promozione di atteggiamenti e comportamenti adeguati negli individui (resilienza) e nella comunità (community care);
- protezione dei gruppi vulnerabili (minori, giocatori problematici e patologici) dai danni associati al gioco;
- valutazione degli interventi;
- controllo della regolamentazione, vigilanza sull’applicazione delle norme, e sanzionamento delle attività illecite.

Per dare una solida consistenza, culturale ed operativa, al gioco responsabile è necessario il coinvolgimento di tutti gli attori chiamati a muoversi in una logica di strategia comune. Questo comporta lo sforzo di divenire ad una regolazione sul gioco d’azzardo, concordata fra Stato, Enti locali, industria del gioco, gestori del gioco, provider, giocatori ed anche forze sociali (organizzazioni scientifiche, associazioni culturali, assistenziali, ecc.). Gli interessi di parte devono trovare un giusto compromesso nella direzione di un gioco d’azzardo “monitorato” che non restringa le libertà civili e, nello stesso tempo, produca il minor numero possibile di effetti patologici. In questa direzione tutti gli attori che ruotano intorno al settore possono trarre vantaggi, se non nell’immediato di certo nel medio e lungo periodo. Conviene, infatti, a tutti che il gioco d’azzardo sia un’attività il più possibile “normalizzata” entro un quadro complessivo di difesa della qualità della vita.

La strada della regolamentazione del gioco d’azzardo non è certamente in discesa, anche perché richiede un costante sforzo di confronto degli attori in campo, non solo sul piano locale, ma anche ai livelli nazionali e internazionali (il gioco online ne è un esempio lampante per le sue implicazioni transfrontaliere), con l’intersecarsi di competenze non sempre facilmente componibili.

Sul piano della politica locale diverse realtà del mondo anglosassone (Governi dei territori del Canada, degli USA, dell’Australia, dell’Inghilterra) stanno offrendo percorsi credibili che vanno nella direzione sopra auspicata. In particolare emerge la consapevolezza che gli investimenti sulla prevenzione debbano assumere un ruolo prioritario. Prendendo ad esempio la Provincia del British Columbia (Canada), in quel contesto gli sforzi governativi intorno al gioco d’azzardo sono orientati verso (British Columbia 2013, 55):

- iniziative di sensibilizzazione ed educazione (sulla popolazione in generale e su target precisi, come minori, giovani, anziani) per prevenire nuovi casi di gioco problematico;
- programmi di ricerca per individuare le cause e le conseguenze del gioco problematico;

- interventi di prevenzione di tipo politico (misure contenitive, di controllo, di informazione, di allerta, di comunicazione mirate a rendere il gioco più salutare per la popolazione);
- programmi di riduzione del danno e di trattamento per i giocatori che stanno sperimentando problemi di gioco e forme di dipendenza patologica.

Queste iniziative, che in parte, come dimostra l'analisi svolta nei paragrafi precedenti, sembrano presenti anche nella realtà italiana e trentina, hanno tuttavia alcune caratteristiche peculiari, e godono del supporto di elementi collaterali, che le rendono particolarmente qualificate. Oltre a inserirsi in un quadro sistemico di politica locale volta a tutelare la salute e il benessere della popolazione esse sono sostenute da:

- una regolamentazione che delinea risorse specifiche<sup>186</sup> da impiegare per dar corso alla programmazione, all'implementazione, alla valutazione;
- processi di valutazione che mirano a cogliere l'efficacia nel raggiungimento degli obiettivi e a definire, in base all'analisi costi/benefici, quali percorsi sostenere e quale abbandonare;
- impegno continuato nel tempo di quelle azioni che appaiono più promettenti, che hanno un prevalente carattere educativo e che sono mirate su target di minori e giovani.
- comunicazione e divulgazione dei risultati alla popolazione.

Supportano le politiche preventive e di riduzione del danno due importanti Organismi: l'Osservatorio sul gioco e il Centro di ricerca.

Gli **Osservatori sul gioco d'azzardo**, composti da rappresentanti degli enti e delle organizzazioni coinvolte nel set-

tore, hanno il compito di verificare costantemente l'andamento del fenomeno, la sua regolamentazione, i risultati delle azioni e dei progetti attivati, la divulgazione di informazioni e di nuove conoscenze alla popolazione.

I **Centri qualificati di ricerca** (di livello universitario) sono chiamati a collaborare, anche per il loro ruolo "esterno", ai compiti e alle funzioni della valutazione delle iniziative di prevenzione poste in essere, nonché a sostenere il campo della ricerca in un settore che presenta costantemente novità e nuove emergenze.

Il futuro della prevenzione del gioco d'azzardo problematico passa dunque attraverso l'impegno costante di una pluralità di attori che sono chiamati a condividere un approccio comune, quello della tutela del benessere sociale e della salute pubblica. Si tratta di mettere in campo, in modo razionale, coordinato e continuativo, le conoscenze, le metodologie e gli strumenti che oggi sembrano in grado di poter raggiungere il miglior risultato possibile nel bilanciamento fra le azioni che tutelano le dimensioni benefiche del gioco d'azzardo e le azioni mirate a contrastarne gli effetti dannosi.

## 6.2. Iniziative di prevenzione del gioco patologico

### 6.2.1. Schede progetto interventi di prevenzione

In questa sezione si descrivono le iniziative preventive volte a contrastare il GAP svolte a livello provinciale dal 2012 al 2014. Si tratta in totale di nove iniziative di cui:

- cinque rivolte prevalentemente o esclusivamente a studenti (ed insegnanti);
- tre rivolte alla cittadinanza;
- una rivolta agli esercenti.

### FATE IL NOSTRO GIOCO (MOSTRA)

Fate il nostro gioco	
<b>Tipologia intervento</b>	Mostra interattiva
<b>Data/periodo di attivazione</b>	15 marzo – 18 aprile 2013
<b>Luogo</b>	Trento
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 4.447 visitatori</li> <li>• 323 visite guidate</li> </ul>
<b>Obiettivi</b>	Utilizzare la matematica per creare informazione e consapevolezza sul tema del gioco del gioco d'azzardo
<b>Attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduzione al concetto di probabilità</li> <li>• Presentazione dei giochi da casinò e analisi del funzionamento e dei margini di guadagno</li> <li>• Riflessione sul gioco d'azzardo patologico attraverso la trasmissione di testimonianze</li> </ul>

Fate il nostro gioco	
<b>Enti promotori</b>	Alleanza per la tutela e la responsabilità condivisa nel contrasto e nella prevenzione del gioco d'azzardo patologico/AMA/Comune di Trento/Fondazione Caritro.
<b>Target</b>	Studenti >13 anni, adulti
<b>Finanziamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 5 x 1000 devoluto al comune di Trento</li> <li>• Contributo degli enti partner<sup>187</sup></li> </ul>
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.fateilnostrogioco.it/">http://www.fateilnostrogioco.it/</a>
<b>Note aggiuntive</b>	Nessuna

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	La visita alla mostra ha permesso ai partecipanti di acquisire familiarità con le leggi matematiche del caso e della probabilità, con una modalità coinvolgente e divertente
<b>Criticità dell'intervento</b>	Non ha avuto luogo alcun tipo di valutazione dell'intervento effettuato e del suo impatto.

Fonte: elaborazione Transcrime

#### FATE IL NOSTRO GIOCO (CONFERENZA)

Fate il nostro gioco	
<b>Tipologia intervento</b>	Conferenza
<b>Data/periodo di attivazione</b>	Anno scolastico 2012 – 2013
<b>Luogo</b>	Trento, Rovereto, Cles, Borgo Valsugana, Pergine Valsugana
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 1.500 studenti circa</li> <li>• 300 adulti circa</li> </ul>
<b>Obiettivi</b>	Utilizzare la matematica per creare informazione e consapevolezza sul tema del gioco del gioco d'azzardo
<b>Attività previste</b>	Conferenze-spettacolo che si sviluppano dal medesimo progetto che ha dato vita alla mostra
<b>Enti promotori</b>	Alleanza per la tutela e la responsabilità condivisa nel contrasto e nella prevenzione del gioco d'azzardo patologico/AMA/Comunità della Val di Non, Valsugana e Tesino, Alta Valsugana e Bersntol/Istituti scolastici superiori
<b>Target</b>	Studenti scuole superiori (e adulti)
<b>Finanziamento</b>	Non disponibile
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.fateilnostrogioco.it/">http://www.fateilnostrogioco.it/</a>
<b>Note aggiuntive</b>	Nessuna

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	La partecipazione alla conferenza ha permesso ai partecipanti di acquisire familiarità con le leggi matematiche del caso e della probabilità, con una modalità coinvolgente e divertente
<b>Criticità dell'intervento</b>	Non ha avuto luogo alcun tipo di valutazione dell'intervento effettuato e del suo impatto

Fonte: elaborazione Transcrime

## MI GIOCO UN'IDEA. WIN FOR SCHOOL

Mi gioco un'idea. Win for school	
<b>Tipologia intervento</b>	Progetto educativo sul gioco d'azzardo con concorso
<b>Data/periodo di attivazione</b>	Anno scolastico 2012 – 2013
<b>Luogo</b>	Rovereto
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	200 studenti circa
<b>Obiettivi</b>	Sensibilizzare i giovani ad una cultura del gioco responsabile
<b>Attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introduzione generale sul gioco d'azzardo</li> <li>• Aspetti matematici e probabilistici di alcuni giochi</li> <li>• Indicazioni per la costruzione di un messaggio efficace</li> </ul>
<b>Enti promotori</b>	AMA/Comune di Rovereto/Istituti scolastici
<b>Target</b>	Studenti scuole superiori e dei Centri di Formazione Professionale <sup>188</sup>
<b>Finanziamento</b>	Non disponibile
<b>Sito web</b>	Non disponibile
<b>Note aggiuntive</b>	Nel mese di dicembre 2013 sono stati premiati i poster ed i video realizzati dagli studenti <sup>189</sup> . Alcuni poster saranno affissi nella città di Rovereto, mentre i video saranno inseriti nei siti internet istituzionali e in YouTube

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Il progetto ha coinvolto alcune classi e gruppi di studenti in un percorso informativo e formativo sul gioco d'azzardo, sulle sue caratteristiche e sui suoi potenziali rischi. Nel percorso gli studenti hanno potuto cimentarsi nella creazione di poster e video che sono stati poi premiati e resi pubblici, dando così visibilità e riconoscimento al lavoro svolto
<b>Criticità dell'intervento</b>	Non ha avuto luogo alcun tipo di valutazione dell'intervento effettuato e del suo impatto

Fonte: elaborazione Transcrime

## SERATE INFORMATIVE SUI RISCHI DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO

Serate informative sui rischi del gioco d'azzardo patologico	
<b>Tipologia intervento</b>	Incontri informativi sul gioco d'azzardo
<b>Data/periodo di attivazione</b>	Gennaio 2012 – 31 dicembre 2013
<b>Luogo</b>	Varie località della provincia di Trento
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2.161 partecipanti</li> <li>• 52 interventi</li> </ul> (Aggiornato al 31 dicembre 2013)
<b>Obiettivi</b>	Affrontare il tema del gioco d'azzardo sotto differenti punti di vista
<b>Attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panoramica generale del fenomeno</li> <li>• Differenze fra giocatore sociale e problematico</li> <li>• Servizi presenti sul territorio che si occupano di questa problematica</li> </ul>
<b>Enti promotori</b>	AMA/APSS (Ser.D.)/Associazioni varie/Comunità di Valle/Amministrazioni comunali
<b>Target</b>	Cittadinanza
<b>Finanziamento</b>	APSS
<b>Sito web</b>	Non disponibile

Serate informative sui rischi del gioco d'azzardo patologico	
<b>Note aggiuntive</b>	Gli incontri di sensibilizzazione ed informazione sono gestiti e coordinati prevalentemente da personale dell'Associazione AMA, <i>in primis</i> Stefano Bertoldi. Altri incontri di tale tenore e con le stesse finalità siano stati realizzati sul territorio trentino, su iniziativa di Comuni, scuole, centri di formazione, associazioni locali, comitati vari, con intervento di relatori, professionisti del settore o studiosi del fenomeno

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Le serate informative rappresentano un valido strumento per sensibilizzare la cittadinanza sul tema del gioco d'azzardo eccessivo; i numerosi interventi sono stati in grado di raggiungere in modo capillarizzato un significativo numero di soggetti
<b>Criticità dell'intervento</b>	Non ha avuto luogo alcun tipo di valutazione degli interventi effettuati e del relativo impatto

Fonte: elaborazione Transcrime

## SLOT MOB

Slot Mob	
<b>Tipologia intervento</b>	Mobilizzazione cittadina contro il GAP
<b>Data/periodo di attivazione</b>	24 gennaio 2014
<b>Luogo</b>	Trento
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	200 circa
<b>Obiettivi</b>	Proporre uno stile di vita più sano senza gioco d'azzardo
<b>Attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Premiare gli esercizi pubblici che scelgono di non proporre gioco d'azzardo</li> <li>• Mobilitare l'attenzione della stampa, dell'opinione pubblica e della politica.</li> </ul>
<b>Enti promotori</b>	Alleanza per la tutela e la responsabilità condivisa nel contrasto e nella prevenzione del gioco d'azzardo patologico/AMA/Comune di Trento/Forum associazioni familiari trentino
<b>Target</b>	Cittadinanza
<b>Finanziamento</b>	Non disponibile
<b>Sito web</b>	<a href="http://www.nexteconomia.org/slots-mob">http://www.nexteconomia.org/slots-mob</a>
<b>Note aggiuntive</b>	Lo Slot Mob si è svolto in mattinata presso il bar "Civico 131" di via Perini, primo locale a scegliere di non offrire gioco d'azzardo. Nel pomeriggio, a Palazzo Geremia, ha avuto luogo l'incontro pubblico "Gioco d'azzardo? No grazie", cui hanno partecipato l'onorevole Sberna (presidente Associazione Nazionale Famiglie Numerose, tra i promotori dell'Intergruppo parlamentare per il contrasto al gioco d'azzardo) ed il professor Bruni (economista, co-ideatore di Slot Mob)

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	La mobilitazione ha dato riconoscimento al primo bar di Trento che ha scelto di non proporre gioco d'azzardo; si è trattata di un'occasione per sensibilizzare la cittadinanza sul tema del gioco d'azzardo eccessivo sia attraverso momenti di animazione di strada, sia attraverso un incontro pubblico svolto nel pomeriggio a Palazzo Geremia
<b>Criticità dell'intervento</b>	Nonostante siano state svolte diverse mobilitazioni di questo tipo, non è noto che tipo di impatto abbiano rispetto agli obiettivi posti

Fonte: elaborazione Transcrime

## MARCHIO ETICO

Marchio etico	
<b>Tipologia intervento</b>	Riconoscimento esercizio commerciale senza giochi d'azzardo
<b>Data/periodo di attivazione</b>	Da gennaio 2014 – in corso
<b>Luogo</b>	Provincia autonoma di Trento
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	Hanno ricevuto il marchio etico tre esercizi pubblici: Bar Perini Civico 131 (via Perini 131, Trento); Bar ristorante Simposio (via Rosmini 19, Trento); The social stone (via Gorizia 18, Trento) (aggiornato a settembre 2014)
<b>Obiettivi</b>	Riconoscimento formale rilasciato dall'Alleanza per la tutela e la responsabilità condivisa nel contrasto e nella prevenzione del gioco d'azzardo patologico
<b>Attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Non consentire nel proprio ambito possibilità di gioco d'azzardo di qualsiasi natura</li> <li>• Non pubblicizzare il gioco d'azzardo</li> <li>• Rendere disponibile, nel proprio campo di attività, materiale informativo per la prevenzione del GAP</li> </ul>
<b>Enti promotori</b>	Alleanza per la tutela e la responsabilità condivisa nel contrasto e nella prevenzione del gioco d'azzardo patologico/AMA/Comune di Trento
<b>Target</b>	Esercenti
<b>Finanziamento</b>	Non disponibile
<b>Sito web</b>	Non disponibile
<b>Note aggiuntive</b>	In occasione della giornata dedicata allo Slot Mob a Trento il 24 gennaio 2014 è stato consegnato ufficialmente dal sindaco Alessandro Andreatta il primo marchio etico al proprietario del bar "Civico 131" di via Perini

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Il marchio etico rappresenta un riconoscimento formale della scelta etica compiuta da un ente, esercizio commerciale o azienda di esprimere la propria responsabilità sociale verso il problema dell'azzardo
<b>Criticità dell'intervento</b>	Ad oggi si tratta di un riconoscimento attribuito a pochi esercizi pubblici, esclusivamente di Trento

Fonte: elaborazione Transcrime

## PROGETTO PREVENZIONE COMUNITARIA VAL DI SOLE

Progetto prevenzione comunitaria Val di Sole	
<b>Tipologia intervento</b>	Progetto prevenzione comunitaria
<b>Data/periodo di attivazione</b>	marzo 2013 – marzo 2014
<b>Luogo</b>	Valle di Sole (Malè, Dimaro)
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	90 adulti significativi
<b>Obiettivi</b>	Formare coloro i quali accompagnano quotidianamente i giovani, per promuovere attivamente stili di vita sani e liberi da comportamenti dipendenti
<b>Attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creazione di un tavolo di lavoro</li> <li>• Focus group</li> </ul>
<b>Enti promotori</b>	Comunità della Val di Sole/Associazione "Progetto giovani Val di Sole"/Ser.D.
<b>Target</b>	Adulti significativi/Cittadinanza

Progetto prevenzione comunitaria Val di Sole	
<b>Finanziamento</b>	APSS
<b>Sito web</b>	Non disponibile
<b>Note aggiuntive</b>	È l'unico progetto provinciale che ha previsto una valutazione d'impatto

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Il progetto ha formato 90 adulti significativi i quali vivono quotidianamente a contatto con i giovani al fine di offrire loro gli strumenti necessari per promuovere attivamente stili di vita sani e liberi da comportamenti dipendenti. Ai fini della valutazione d'impatto, tutti i partecipanti hanno compilato un questionario prima e dopo l'intervento
<b>Criticità dell'intervento</b>	I tempi di restituzione alla cittadinanza rispetto all'impatto delle attività svolte sono risultati particolarmente dilatati

Fonte: elaborazione Transcrime

## IN PUNTA DI PIEDI SUL PIANETA

In punta di piedi sul pianeta	
<b>Tipologia intervento</b>	Progetto educativo ad ampio spettro
<b>Data/periodo di attivazione</b>	Dall'anno scolastico 2013 – 2014
<b>Luogo</b>	Provincia autonoma di Trento
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	2.373 studenti delle scuole superiori; 196 insegnanti degli istituti comprensivi
<b>Obiettivo</b>	Promozione di sani stili di vita
<b>Attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione per insegnanti e genitori delle scuole primarie e secondarie di primo grado (10 ore)</li> <li>• Formazione per insegnanti e studenti degli Istituti superiori (8-12 ore)</li> </ul>
<b>Enti promotori</b>	APSS, Dip. Prevenzione
<b>Target</b>	Studenti, insegnanti e genitori istituti comprensivi e scuole superiori
<b>Finanziamento</b>	APSS
<b>Sito web</b>	Non disponibile
<b>Note aggiuntive</b>	Nessuna

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Si tratta di un intervento "a spirale", in grado cioè di coinvolgere i soggetti dalla scuola dell'infanzia sino ai primi anni delle scuole superiori. Il progetto prevede una formazione di un numero significativo di ore ed un coinvolgimento di vari soggetti (studenti, genitori, insegnanti) con l'obiettivo di promuovere stili di vita sani
<b>Criticità dell'intervento</b>	Non è previsto alcun tipo di valutazione dell'intervento e del suo impatto

Fonte: elaborazione Transcrime

## UNPLUGGED

Unplugged	
<b>Tipologia intervento</b>	Progetto educativo ad ampio spettro
<b>Data/periodo di attivazione</b>	Dall'anno scolastico 2011 – 2012
<b>Luogo</b>	Provincia autonoma di Trento
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	49 insegnanti degli istituti comprensivi (a.s. 2013/14)
<b>Obiettivo</b>	Migliorare il benessere e la salute psicosociale
<b>Attività previste</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formazione degli insegnanti<sup>190</sup></li> <li>• Intervento dell'insegnate in classe</li> </ul>
<b>Enti promotori</b>	APSS, Dip. Prevenzione, Promozione ed Educazione alla Salute, Sorveglianza stili di vita
<b>Target</b>	Insegnanti (e studenti) di scuole medie e superiori
<b>Finanziamento</b>	APSS
<b>Sito web</b>	Non disponibile
<b>Note aggiuntive</b>	Nessuna.

Fonte: elaborazione Transcrime

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Il progetto mira a favorire la partecipazione dei giovani per migliorare il benessere e la salute psicosociale, lavorando sulle competenze personali e sulle abilità intra-personali. Esso mira a coinvolgere gli insegnanti e, a cascata, gli studenti, prevedendo un numero di ore di formazione assai significativo, nonché l'utilizzo di due kit didattici da impiegare in classe
<b>Criticità dell'intervento</b>	La partecipazione a questo progetto sino ad ora è stata alquanto esigua. Inoltre, non è previsto alcun tipo di valutazione dell'intervento e del suo impatto

Fonte: elaborazione Transcrime

### 6.2.2. Fattori di successo

Gli interventi attivati a livello provinciale negli ultimi anni al fine di contrastare il gioco d'azzardo patologico hanno il merito di aver tentato di rispondere ad un problema emergente, ormai sentito in modo significativo anche localmente. Le iniziative sono state in grado di coinvolgere un numero di soggetti elevato, puntando soprattutto sulla prevenzione mirata al target giovanile, senza tuttavia trascurare le altre fasce d'età. Alcuni progetti hanno puntato non solo alla prevenzione del GAP, ma più in generale alla promozione di stili di vita sani e liberi da comportamenti dipendenti o potenzialmente dannosi. Infine, non si rileva che i progetti attivati sono spesso riusciti a svolgere un'azione capillarizzata sul territorio, raggiungendo così soggetti che altrimenti non sarebbero stati raggiunti dall'intervento.

### 6.2.3. Criticità

La maggiore criticità dei progetti qui presentati riguarda la mancata valutazione d'efficacia. Ad eccezione del progetto di prevenzione comunitaria attivato in Val di Sole, nessuna delle iniziative presentate ha previsto, infatti, una valutazione di alcun tipo (sperimentale, semi-sperimentale, questionario di gradimento dell'intervento, ecc.). A ciò si aggiunga che le azioni, in alcuni casi, sono apparse scarsamente coordinate fra loro e con scarsa previsione di continuità nel tempo.

#### 6.2.4. Considerazioni conclusive

Il quadro che emerge considerando lo sviluppo e l'implementazione dei progetti preventivi attivati a livello provinciale palesa la volontà di rispondere piuttosto urgentemente ad un problema sempre più attuale, tuttavia con modalità assai eterogenee e a volte scarsamente coordinate, lasciate all'iniziativa di enti ed associazioni, caratterizzate da estemporaneità e sporadicità. La prospettiva futura, dunque, dovrebbe essere quella di una organizzazione maggiormente sistematizzata degli interventi, con una sinergia di organismi in grado di garantire, in modo integrato, tutti i compiti e le funzioni che un progetto di prevenzione ben articolato richiede. La valutazione rappresenta certamente un compito fondamentale, poiché permette di comprendere quali interventi garantiscono efficacia e maggior efficienza, indirizzando così le politiche sociali di prevenzione verso progetti mirati ed incisivi.

# 7. IL TRATTAMENTO DEL GIOCO D' AZZARDO PATOLOGICO: MISURE E INIZIATIVE

## 7.1 Misure di trattamento della domanda di gioco patologica

Nel 1980 l'APA, *American Psychiatric Association*, inserisce il Gioco d'Azzardo Patologico nella terza versione del manuale statistico e Diagnostico dei Disturbi Mentali (DSM) come un "disturbo del controllo degli impulsi non classificati altrove".

Il GAP (gioco d'azzardo patologico) assume così il valore di una vera e propria patologia psichiatrica e rimane catalogato anche nel DSM-III-R (1987), nel DSM IV (1994) e nel DSM-IV-TR (2000) nonché nel recentissimo DSM V (2013).

Il focus su cui gli autori del DSM si sono concentrati per individuare i criteri diagnostici per il GAP riguarda sostanzialmente l'area dell'impulsività e del discontrollo.

Nel DSM-IV-TR (2000) il Gioco d'azzardo Patologico è collocato all'interno dei "Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati" insieme alla cleptomania, alla piromania, alla tricotillomania e al disturbo esplosivo intermittente.

Queste patologie presentano alcuni punti in comune con il gioco d'azzardo, che giustificano la loro comune collocazione:

- l'incapacità di resistere agli impulsi, ai desideri o alla tentazione di compiere atti nocivi per se stesso o per gli altri;
- un senso crescente di tensione o eccitazione affettiva prima di compiere l'azione;
- un senso di piacere, di gratificazione o di liberazione mentre si commette l'azione;
- atti significativi compiuti senza pensare ai loro effetti sulla vita.

Di fatto si tratta, tuttavia, di una categoria che comprende disturbi alquanto eterogenei e, seppur vero che nel giocatore patologico si inseriscano elementi di antisocialità o ossessività, si evidenzia una importante concordanza di questo disturbo con i criteri diagnostici della dipendenza dall'uso di sostanze<sup>191</sup>: otto criteri sono sovrapponibili, esclusi la rincorsa delle perdite e il fare affidamento su altri per reperire il denaro (Croce, Picone, e Zerbetto 2010). Tale concordanza risulta confermata anche da altri ele-

menti quali la responsività ad alcuni tipi di trattamento, la ricerca di uno stato di eccitazione paragonabile a quello legato alle sostanze e il rilevamento di meccanismi neurobiologici di base comuni.

In linea con il DSM IV anche l'ICD 10 (1992), decima versione dell'"International Statistical Classification of Diseases and related Health problems" che classifica il GAP tra i "Disturbi del Controllo degli impulsi", che definisce "Disturbi delle abitudini e degli impulsi", all'interno dei disturbi di personalità.

Più precisamente il IV capitolo dell'ICD 10, dedicato ai disturbi mentali e del comportamento, al punto F63.0 tratta i disturbi da gioco d'azzardo patologico. Tali disturbi sono descritti come caratterizzati da atti ripetuti che non hanno una chiara motivazione razionale e che possono danneggiare gli interessi personali del soggetto o quelli di altre persone. Il comportamento è associato ad impulsi difficilmente controllabili e l'entità diagnostica "gioco d'azzardo patologico" è descritta come (Capitanucci 2004):

*un disturbo che consiste in episodi frequenti e ripetuti di gioco d'azzardo che dominano la vita del soggetto, a scapito dei valori, degli obblighi sociali, lavorativi e famigliari.*

I criteri diagnostici indicati nel DSM-IV-TR per il "Gioco d'azzardo patologico" (APA 2000) sono:

- 1) persistente e ricorrente comportamento di gioco d'azzardo maladattativo, come indicato dalla presenza di almeno cinque dei seguenti criteri:
  - a) eccessivo interesse nel gioco d'azzardo;
  - b) bisogno di giocare d'azzardo con quantità crescenti di denaro per raggiungere l'eccitazione desiderata;
  - c) ripetuti tentativi senza successo di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
  - d) irrequietezza o irritabilità quando si tenta di ridurre o interrompere il gioco d'azzardo;
  - e) giocare d'azzardo per sfuggire problemi o per alleviare un umore disforico;
  - f) quando perde il soggetto ritorna spesso a giocare per rifarsi (inseguimento delle perdite);
  - g) mente in famiglia e con gli altri per nascondere il grado di coinvolgimento nel gioco d'azzardo;

- h) ha commesso azioni illegali come falsificazione, frode, furto o appropriazione indebita per finanziare il gioco d'azzardo;
- i) mette a rischio o perde una relazione importante, un lavoro, un'opportunità di formazione o carriera a causa del gioco;
- j) confida negli altri perché gli forniscano il denaro necessario a far fronte a una situazione economica disperata, causata dal gioco;

2) il comportamento d'azzardo non è meglio attribuibile ad un Episodio Maniacale, vale a dire una condizione di elevamento del tono timico all'interno di un Disturbo Bipolare. Tale patologia è caratterizzata da alterazioni dell'umore patologiche sia in senso depressivo che eccitatorio-maniacale. Durante l'episodio maniacale la persona può presentare caratteristiche di euforia, iperattività e incapacità di valutare le conseguenze delle proprie azioni e in tale ambito può anche giocare in modo patologico.

La quinta edizione del DSM (2013) ha sostituito la diagnosi di Gioco Patologico con la dicitura di "Disturbo da Gioco". Dal punto di vista dei criteri ha reso necessaria la presenza di soli quattro criteri diagnostici e ha eliminato il criterio concernente il compiere atti illegali. Interessante è anche la nuova collocazione diagnostica, non più nella categoria dei disturbi del controllo degli impulsi, bensì nel capitolo delle dipendenze.

La nuova edizione del DSM V ha portato infatti significative modifiche nella categoria dei "disturbi correlati alle sostanze e dipendenza". I termini di dipendenza e di uso improprio o abuso sono stati sostituiti dal termine "disordine da uso di sostanze" ed è stato introdotto un criterio di gravità legato al numero di criteri diagnostici soddisfatti nell'arco di dodici mesi. Si parla di:

- **disturbo da uso di sostanza moderato** se sono soddisfatti due o tre criteri;
- **grave disturbo da uso di sostanza**, in presenza di quattro o più criteri soddisfatti.

Il gioco patologico rientra quindi nel DSM V come un disturbo additivo non correlato a sostanze.

Secondo i dati di prevalenza i giocatori patologici sono circa tra l'1,5% e il 3% della popolazione (Stucki e Rihs-Middel 2007), il che, a livello italiano porterebbe a una stima di circa 800.000 persone che potrebbero aver sviluppato tale patologia.

La carriera del giocatore patologico, come evidenziato da Custer (1984) è molto lunga e caratterizzata da diverse fasi:

1. **Fase vincente** variabile dai 3 ai 5 anni, in cui il giocatore vince, è convinto di essere più bravo o fortunato degli altri;
2. **Fase perdente**, che dura anche più di 5 anni e in cui si rafforza il meccanismo di rincorsa della perdita, cioè il giocare per cercare di rifarsi delle perdite precedenti;
3. **Fase della disperazione**, con la perdita di controllo di sé e della situazione con perdita della speranza e presenza di un elevato rischio suicidario;
4. **Fase critica**, in cui per il soggetto risulta indifferibile la richiesta di aiuto e di cura, e se i livelli motivazionali e le risorse personali lo consentono si può passare alla **fase della ricostruzione e della crescita**, altrimenti si va verso la **cronicizzazione**.

Come approfondito in precedenza, occuparsi del gioco d'azzardo patologico ha quindi un senso sia rispetto al singolo individuo, ma anche rispetto alla società, che lamenta una serie di costi importanti sia per il sistema familiare che per la rete sociale del giocatore. Si pensi al ricorso al prestito a usura, ai reati commessi dai giocatori e l'irretimento da parte della criminalità per la perdita di produttività lavorativa, alle spese relative ai controlli, all'applicazione della legge e ai costi sanitari per le cure dei giocatori (cap. 5).

### 7.1.1. Metodologia

Lo scopo della revisione della letteratura è stato individuare gli articoli presenti nella letteratura nazionale e internazionale che hanno valutato l'efficacia dei trattamenti psicofarmacologici, psicoterapeutici e sociali usati per il trattamento del GAP.

Le parole chiave usate nella ricerca booleana sono state ("pathological gambling" OR "gambling") AND ("pharmacological treatment" OR "psychotherapy" OR "social treatment"). Inoltre, per quanto concerne gli studi psicofarmacologici sono stati ulteriormente indagati usando come parola chiave le singole classi farmacologiche dei farmaci usati in psichiatria (antidepressanti, oppioidi, antipsicotici, mood stabilizers, glutamate agonists, cognitive stimulants). Analogamente, per gli studi psicoterapici e sociali sono state usate parole chiave dei singoli trattamenti (cognitive-behavioral therapy, gamblers anonymous, psychoeducational treatment)..

I criteri di inclusione comprendono tutti gli articoli di lingua inglese e italiana sul tema dell'efficacia dei trattamenti per il GAP presenti in:

- **banche dati:** Web of Science; Pubmed; Medline; Scopus
- motore di ricerca **Scholar di Google;**

- **riviste specialistiche italiane:** Italian Journal of Addiction, Quaderni italiani di psichiatria, Mission, Personalità e dipendenza, Psichiatria on line;
- **archivi di Centri di Documentazione specialistici:** Centro Studi, Documentazione e Ricerche Gruppo Abele; A.N.D. – Azzardo e Nuove Dipendenze, Associazione di Promozione Sociale; Ce.Do.S.T.Ar. – Centro documentazione, studi e ricerca sul fenomeno delle dipendenze patologiche del Dipartimento delle Dipendenze dell’Azienda U.S.L. 8 di Arezzo; in Rete.

### 7.1.2. Rassegne

#### RASSEGNA INTERNAZIONALE

Il GAP è un disturbo complesso con aspetti clinici che vanno da aspetti meramente biologici a quelli psicologici e comportamentali. Conseguentemente, gli approcci che sono stati sviluppati per il trattamento di questa patologia comprendono trattamenti psicofarmacologici, psicoterapici e psicosociali.

#### INTERVENTI FARMACOLOGICI

Gli studi di neurobiologia e di neuroanatomia sul GAP hanno inequivocabilmente dimostrato un’importante matrice biologica in questo disturbo favorendo così la sperimentazione di trattamenti farmacologici basati su ipotesi neurotrasmettitoriali specifiche in questo disturbo (Tab. 44).

I primi farmaci ad essere usati nella terapia del GAP sono stati gli antidepressivi per le evidenze biologiche di alterazioni del sistema serotoninergico presenti nei pazienti, ma anche per le caratteristiche cliniche di somiglianza della compulsività di questa patologia con quelle dello spettro ossessivo-compulsivo, che ben rispondono agli antidepressivi. Successivamente, sono stati proposti gli antagonisti dei recettori per gli oppiacei per il loro ruolo di modulazione del circuito mesolimbico coinvolto nelle dipendenze e per la loro efficacia per il trattamento della dipendenze da alcol e oppiacei, che clinicamente sono simili per la mancanza di controllo, la tolleranza e la persistenza con il comportamento di dipendenza nonostante le conseguenze negative. Recentemente, dato il ruolo del glutammato nella ricerca del comportamento di ricompensa e la sua efficacia sul *craving*<sup>192</sup> nei pazienti affetti da dipendenza da cocaina, ha portato a sperimentare trattamenti con farmaci con azione proglutamatergica, quali N-Acetil-Cisteina, acamprosato e memantina. Recentemente il modafinil, farmaco con azione stimolante cognitiva e meccanismo d’azione dopaminergico e noradrenergico, è stato usato per controllare i sintomi di astinenza nella dipendenza da cocaina grazie ad un effetto di riduzione della reattività agli stimoli associati all’assunzione della sostanza e un maggiore controllo cognitivo sui comportamenti di dipendenza. Per analogia con questa dipendenza è stato proposto un uso di questa sostanza nel trattamento del GAP. La farmacologia

clinica di questo disturbo si è allargata con la scoperta dei sottotipi di GAP e della comorbidità<sup>193</sup> con patologie psichiatriche facendo ipotizzare un possibile uso efficace dei farmaci stabilizzanti dell’umore e degli antipsicotici atipici (Bartley e Bloch 2013).

Diversi farmaci antidepressivi sono stati usati nel trattamento del GAP con risultati non univoci. Tra i farmaci inibitori selettivi del *re-uptake* della serotonina sono stati usati paroxetina, fluvoxamina e sertralina. Sebbene uno studio clinico abbia mostrato un miglioramento clinico della sintomatologia GAP con il trattamento con paroxetina a 8 settimane (Kim et al. 2001), questi risultati non sono stati confermati in un successivo studio a 16 settimane con simili dosaggi (Grant et al. 2003). Anche per la fluvoxamina, il primo studio a 16 settimane ha mostrato un’efficacia di questo farmaco superiore al placebo (Hollander et al. 2000) mentre questi dati non sono stati poi confermati in uno studio a 6 mesi e con un dosaggio minore (200 e 250 mg /die rispettivamente) (Blanco et al. 2002). La sertralina non ha mostrato alcuna efficacia nell’unico *trial* di 6 mesi condotto con questa sostanza. Altri due studi con citalopram ed escitalopram hanno mostrato una relativa efficacia di queste molecole sui comportamenti di gioco, ma il loro disegno non randomizzato e non controllato non permette di trarre conclusioni sulla loro efficacia nel GAP (Grant e Potenza 2006; Zimmerman, Breen, e Posternak 2002).

Tra gli antidepressivi Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor (NDRI), solo il bupropione è stato usato per il trattamento del GAP. Sebbene uno studio *open label* avesse suggerito un effetto sulla sintomatologia ludopatica (Black 2004), lo studio randomizzato non ha confermato questo effetto a 12 settimane (Black et al. 2007).

Anche la clomipramina e il nefazodone, antidepressivi di altre classi farmacologiche, hanno mostrato un effetto sulla sintomatologia GAP, ma i loro risultati non sono stati conclusivi (Hollander et al. 1992; Pallanti et al. 2002).

Le recenti ipotesi sulle basi neurobiologiche comuni tra dipendenza da sostanze e dipendenze comportamentali hanno suggerito il possibile uso degli antagonisti degli oppioidi naltrexone e nalmefene nel GAP (Grant et al. 2010; 2006; Grant, Kim, e Hartman 2008; Kim et al. 2001; Toneatto, Brands, e Selby 2009). Il primo studio con naltrexone ha mostrato che il trattamento con questo farmaco è efficace nei soggetti con maggiore gravità del gioco d’azzardo a 11 settimane (Kim et al. 2001). Questo risultato è stato poi replicato in un altro studio clinico randomizzato a 18 settimane, dove si sono registrati una diminuzione della spinta al gioco, del comportamento di gioco ed un miglioramento psicosociale (Grant, Kim, e Hartman 2008). In un altro studio effettuato su pazienti GAP con comorbidità con abuso di alcol, l’associazione tra naltrexone a basse dosi e CBT non ha dimostrato un’efficacia superiore del trattamento integrato e CBT (Toneatto, Brands, e Selby 2009).

Tra gli antagonisti degli oppioidi, il nalmeffene ha mostrato dei risultati interessanti in due grandi studi multicentrici (Grant et al. 2010; 2006). In questi studi alti dosaggi di questo farmaco si sono rivelati utili nella diminuzione dei pensieri e degli impulsi a giocare d'azzardo a 16 settimane.

L'aumento del tono glutamatergico nel circuito della ricompensa è stato anche suggerito come possibile meccanismo d'intervento nelle dipendenze (Kalivas 2004). L'N-acetil-cisteina (NAC) ha mostrato una buona efficacia nell'unico studio finora effettuato (Grant, Kim, e Odlaug 2007). Anche la memantina si è rivelata efficace fornendo un miglioramento sia della flessibilità cognitiva che del comportamento di gioco (Grant et al. 2010).

L'olanzapina non ha dimostrato efficacia superiore al placebo in due studi controllati (McElroy et al. 2008; Fong et al. 2008).

Farmaci stabilizzanti dell'umore tra cui litio, topiramato e carbamazepina sono stati usati in pazienti GAP con comorbilità con disturbi dello spettro bipolare con buoni risultati sulla sfera affettiva ma non sulla componente ludopatica

(Berlin et al. 2013; Black, Shaw, e Allen 2008; Hollander et al. 2005). Uno studio ha esaminato le caratteristiche neurobiologiche dei pazienti GAP che rispondevano al trattamento con litio evidenziando che questi soggetti hanno un aumentato metabolismo nella corteccia orbitofrontale e mediofrontale (Hollander et al. 2008).

In conclusione, il trattamento farmacologico rappresenta una possibilità d'intervento molto promettente per il GAP. Gli studi attuali hanno evidenziato una buona risposta ai farmaci antagonisti degli oppioidi e poco consistente per gli altri trattamenti (K. J. Pallesen et al. 2005). Le conclusioni degli studi attuali sono però limitate dalle piccole dimensioni del campione e per i disegni non sempre ottimali per la valutazione dell'efficacia. Gli strumenti clinici di valutazione dei risultati non sono omogenei sia in termini di misura sia di scala usata. Un altro fattore limitante è l'alto tasso di risposta al placebo che pregiudica la validità di studi effettuati senza un adeguato controllo di risposta. Studi futuri dovrebbero anche valutare la durata dell'effetto nel lungo termine, identificare i fattori predittivi di risposta individuale e stratificare i pazienti per comorbilità psichiatrica.

Tab. 44 Studi clinici sugli interventi farmacologici nel GAP

Classe	Farmaco	Dose media (mg/die)	Studio	Anno	Protocollo	Durata (settimane)	Campione Arruolato	Attrition (%)	Età (anni)	Maschi (%)	Risultato	Misure di risultato
Antidepressivi Triciclici	Clomipramina	125	Hollander et al.	1992	Case report con crossover	10	1	0	31	100	Farmaco >placebo	Tempo e soldi spesi per il GAP
	Fluvoxamina	195 ± 50	Hollander et al.	2000	Cross-over con placebo	8	15	23.1	38.9	100	Farmaco >placebo	Scale GAP e CGI
	Fluvoxamina	200	Blanco et al.	2002	Parallelo con placebo	24	32	59.4	42.1	65.6	Farmaco =placebo (risposta al placebo 59%); differenza significativa in pazienti maschi e giovani	Tempo e soldi spesi per il GAP
Antidepressivi Selective Serotonin Uptake Inhibitors (SSRI)	Paroxetina	51.7	Kim et al.	2002	Parallelo con placebo	8	45	14.3	49.3	33.3	Farmaco >placebo	Scale GAP e CGI
	Paroxetina	20-60	Grant et al.	2003	Parallelo con placebo	16	71	44.7	45.4	60.5	Farmaco =placebo (risposta al placebo 49%)	Scale GAP e CGI
	Sertralina	95	Saiz-Ruiz et al.	2005	Parallelo con placebo	24	60	38.3	38.9	90	Farmaco =placebo (risposta al placebo 66%)	Scale GAP e CGI
	Escitalopram	25	Grant & Potenza	2006	Open label	11	13	30.8	55.8	53.8	Miglioramento (pz con comorbidità ansiosa)	Scale GAP, ansia e CGI
	Citalopram	34.7	Zimmerman et al.	2002	Open label	12	15	40	44.1	60	Miglioramento	CGI

Classe	Farmaco	Dose media mg/die	Studio	Anno	Protocollo	Durata (settimane)	Campione Arruolato	Attrition (%)	Età (anni)	Maschi (%)	Risultato	Misure di risultato
Antidepressivi Norepinephrine and Dopamine Reuptake Inhibitor (NDR)	Bupropione	400	Black	2004	Open label	8	10	0	44.6	40	Miglioramento	Scale GAP e CGI. Scale ansia e depressione
	Bupropione	325	Black et al.	2007	Parallelo con placebo	12	39	43.6	43.2	71	Farmaco = placebo (risposta al placebo 43.6%)	
Antidepressivi-Serotonin Antagonist and Reuptake Inhibitor (SARI)	Nefazodone	345.8	Pallanti et al.	2002	Open label	8	12	14.3	48.5	71.4	Miglioramento	Scale GAP e CGI. Scale ansia e depressione
	Litio	1150	Hollander et al.	2005	Parallelo con placebo	10	29	27.5	44.5	58.6	Farmaco > placebo (pz con comorbidity' bipolare)	Scale GAP e CGI e instabilità' affettiva
Stabilizzanti dell'umore	Topiramato		Berlin et al.	2013	Parallelo con placebo	14	42				Farmaco = placebo	Scale GAP
	Carbamazepina		Black et al.	2008	Open label	10	8	37	48	75	Miglioramento	Scale GAP e CGI
Antipsicotici	Olanzapina	2.5-10	Fong et al.	2008	Parallelo con placebo	7	23	8.6	45.1	47.8	Farmaco = placebo	Scale GAP e CGI
	Olanzapina	9	McElroy	2008	Parallelo con placebo	12	42	40.5	49.2	42.9	Farmaco = placebo	Scale GAP e CGI

Classe	Farmaco	Dose media (mg/die)	Studio	Anno	Protocollo	Durata (settimane)	Campione Arruolato	Attrition (%)	Età (anni)	Maschi (%)	Risultato	Misure di risultato
<i>Antagonisti Oppioidi</i>	Nalmefene	25-100	Grant et al.	2006	Parallelo con placebo	16	207	51.6	45.9	56.5	Farmaco >placebo	Scale GAP
	Nalmefene	20-40	Grant et al.	2010	Parallelo con placebo	16	233	46.5	58.4	27	Farmaco =placebo	Scale GAP
	Naltrexone	188	Kim et al.	2001	Parallelo con placebo	12	83	45.8	48.5	35.6	Farmaco >placebo	Scale GAP e CGI
	Naltrexone	50-150	Grant et al.	2008	Parallelo con placebo	18	77	36.3	46.3	42.5	Farmaco >placebo	Scale GAP e CGI
	Naltrexone (+CBT)	100	Toneatto et al.	2009	Parallelo con placebo	12	52	26.9	40.8	94	Farmaco =placebo (pz con comorbidi- ta' abuso di alcol)	Tempo e soldi spesi per il GAP
	Acamprosato	1998	Black et al.	2011	Open label	8	26	23	48	42	Miglioramento	Scale GAP e CGI
	Memantina	10-30	Grant et al.	2010	Open label	10	29	3.4	50.4	37.9	Miglioramento	Scale GAP e CGI
	Modafinil	200	Zack, Poulos	2009	Parallelo con placebo	--	20		39	75	Riduzione dell'impulso a giocare o a comportamenti rischiosi nei pazienti con alta impulsivita'	Scala VAS e test neuropsicologici
<i>Agenti Glutammatergici</i>	N-AcetilCisteina (NAC)	1477	Grant et al.	2007	Open label + parallelo con doppio cieco	8+6	27	15%	50.8	66.6	Farmaco >placebo	Scale GAP e CGI

## INTERVENTI PSICOTERAPICI

I trattamenti psicoterapici più usati per il trattamento del GAP sono la terapia cognitivo-comportamentale e la psicoterapia breve (Tab. 45).

**Tab. 45 Studi randomizzati controllati sugli interventi psicoterapici nel GAP**

Studio	Anno	Campione	Trattamento	Setting	Sedute	Tipo
Oei et al.	2010	102	CBT+ intervista motivazionale, lista d'attesa	ambulatoriale	12	Individuale e gruppo
Carlbring et al.	2010	150	CBT, intervista motivazionale, lista d'attesa	ambulatoriale	12,8 rispettivamente	Individuale e gruppo
Marceaux et al.	2011	49	CBT+ node-link mapping-enhanced 12-passi facilitato, lista d'attesa	ambulatoriale	16	Individuale e gruppo
Larimer et al.	2012	147	Intervento personalizzato con feedback, CBT (intervento cognitivo breve con identificazione di strategia alternative), solo valutazione	collega	1, 4-6 rispettivamente	Individuale e gruppo
Jimenez-Murcia et al.	2012	502	CBT, CBT con esposizione e prevenzione della risposta	ambulatoriale	16	Gruppo
Smith et al.	2013	130	CBT cognitiva, CBT comportamentale	ambulatoriale	12	Individuale

Fonte: elaborazione APSS

## TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

Esiste un'ampia letteratura di trattamenti su base psicodinamica applicati per la cura del GAP (Abadi 1964). Questi studi non hanno un disegno controllato che consenta di valutarne la reale efficacia e pertanto non saranno illustrati nel presente contributo.

Sebbene inizialmente siano stati tentati i trattamenti di tipo squisitamente comportamentale, questi approcci sono stati incorporati in interventi di tipo cognitivo-comportamentale (cognitive-behavioral therapy, CBT) che presentano una maggiore efficacia (Petry e Roll 2001). L'idea che l'apprendimento possa avere un ruolo importante nello sviluppo di questi comportamenti disfunzionali ha suggerito la possibilità che condizionamento classico e operante alternato a rinforzo intermittente potesse avere un ruolo nell'instaurarsi del GAP. Da cui l'uso di tecniche volte alla riduzione dell'eccitazione associata al gioco, tra cui l'avver-

sione (scariche elettriche durante il gioco) e la desensibilizzazione tramite immaginazione (riduzione della tensione tramite tecniche di rilassamento tramite immaginazione di situazioni ad alto rischio). Uno dei primi studi ha confrontato queste due tecniche dimostrando che a 12 mesi la desensibilizzazione aveva un effetto di diminuzione della sintomatologia ludopatica sul 70% dei pazienti (McConaghy et al. 1983). Questo dato è stato confermato in altri studi (McConaghy et al. 1988; 1991) che hanno confrontato le tecniche comportamentali (aversione, esposizione in vivo, immaginazione con rilassamento).

Successivamente, l'ipotesi che distorsioni cognitive "pure" fossero alla base del GAP ha portato all'uso di tecniche di ristrutturazione cognitiva. Più di recente tali approcci sono stati integrati in un approccio cognitivo-comportamentale che si è rivelato efficace in diversi contesti di trattamento: ambulatoriale, individuale, di gruppo (Dowling, Smith, e Thomas 2007), combinato individuale e di gruppo, e residenziale (Ladouceur et al. 2006).

Inoltre, la CBT è stata integrata con altre terapie psicoterapiche quali la *motivational enhancement therapy* (MET) (Carlbring e Smit 2008), o con la partecipazione a gruppi di auto-aiuto quali i Giocatori Anonimi (Petry et al. 2006) e con farmacoterapia (Ravindran et al. 2010). Le tecniche principalmente usate in questi contesti sono state la psicoeducazione (illustrare al paziente il meccanismo sottostante la probabilità di vincere), la ristrutturazione cognitiva (tecnica cognitiva che serve a confutare le convinzioni erronee rispetto al gioco d'azzardo per far sì che il paziente interiorizzi, automonitori e comprenda il gioco d'azzardo, gli impulsi ad esso associati e il *craving*), la pianificazione di azioni alternative (individuazione di situazioni, eventi, persone che siano scatenanti il bisogno di gioco o il desiderio impellente di giocare e identificazione di strategie alternative piacevoli che possano fornire un rinforzo alternativo a quello esistente verso il gioco stesso), il problem solving, la pianificazione finanziaria, il training per le abilità sociali, la comunicazione, l'assertività, il rilassamento, la prevenzione della ricaduta, il controllo dello stimolo, l'esposizione in vivo e desensibilizzazione per immaginazione.

Diversi studi randomizzati e controllati (*randomized controlled trials*, RCT) sono stati svolti sia per la psicoterapia CBT individuale che per quella di gruppo (Tab. 45). In tali studi i pazienti sono assegnati in modo casuale ad un gruppo di terapia o ad un gruppo di controllo, la cosiddetta "lista d'attesa" (*wait list*), nella quale i pazienti passano un tempo pari a quello stabilito per la terapia. Successivamente sono effettuate valutazioni a 6 e 12 mesi per vedere non solo gli effetti a breve termine, ma anche quelli a lungo termine e confrontati tra i due gruppi di trattamento (K. J. Pallesen et al. 2005).

Pochi studi hanno confrontato l'efficacia di diversi interventi psicoterapeutici. Echeburúa e collaboratori hanno confrontato terapia comportamentale con quella puramente cognitiva con una terapia integrata cognitivo-comportamentale (Echeburúa, Báez, e Fernández-Montalvo 1996). Giocatori patologici di slot-machine furono assegnati in modo casuale a:

- trattamento individuale comportamentale con controllo dello stimolo e graduale esposizione in vivo con prevenzione della risposta;
- ristrutturazione cognitiva di gruppo per l'identificazione delle convinzioni erronee relative al controllo della vittoria nel gioco e ai bias di memoria relativi a vittorie e perdite;
- combinazione di entrambi i trattamenti;
- gruppo di controllo di tipo lista d'attesa.

Tutti i trattamenti sono risultati superiori alla condizione di controllo, ma il trattamento comportamentale da solo ha mostrato un'efficacia superiore rispetto agli altri, con-

fermando l'importanza del trattamento individuale di tipo comportamentale ed un mantenimento degli effetti a lungo termine (Echeburúa, Báez, e Fernández-Montalvo 1996).

Un altro approccio CBT molto promettente è il cosiddetto *node-link mapping* (C. L. Melville et al. 2004). Questa tecnica consente di aumentare l'efficacia della CBT di gruppo, permettendo una rappresentazione in diagramma delle relazioni intercorrenti tra pensieri, emozioni, azioni e influenze ambientali. Uno studio controllato randomizzato della durata di 8 settimane tra CBT con *mapping*, CBT senza *mapping* e lista d'attesa di controllo ha evidenziato l'efficacia della CBT rispetto al controllo e in particolare un miglioramento significativo nel gruppo trattato con *node-link mapping* come dimostrato da una diminuzione del numero di criteri del DSM per ludopatia, minore durata degli episodi di gioco e minori livelli di ansia e depressione (C. L. Melville et al. 2004).

Un punto critico per il trattamento psicoterapico del GAP è ritenzione in trattamento, con tassi di *drop-out* che oscillano tra 14 e il 50% (K. M. Melville, Casey, e Kavanagh 2007). Allo scopo di migliorare la compliance sono stati tentati diversi trattamenti e tra questi la CBT ha mostrato una buona efficacia (Milton et al. 2002). In questo studio, i pazienti sono stati suddivisi in due gruppi: CBT e CBT combinata con interventi di miglioramento della compliance. Quest'ultimo trattamento comprende tecniche di rinforzo positivo, strategie di colloquio motivazionale, identificazione e rimozione delle barriere al trattamento, lettera promemoria di riconferma appuntamento successivo e compilazione di schemi di pro e contro delle decisioni. I risultati dello studio dimostrano cambiamenti significativi in entrambi i gruppi che sono durati fino a 9 mesi di *follow-up*. L'aggiunta del trattamento sulla motivazione ha avuto un effetto maggiore rispetto al trattamento di sola CBT sul breve termine, ma non sul medio termine (Milton et al. 2002). Un altro trial con modalità simili, ma molto piccolo ha mostrato invece effetti fino a 12 mesi (Wulfert et al. 2006).

## PSICOTERAPIA BREVE

I trattamenti psicoterapici brevi sono approcci terapeutici con durata sostanzialmente inferiore rispetto alla psicoterapia tradizionale. Queste terapie possono durare da 10 minuti a 4 sessioni e sono particolarmente utili in quelle situazioni di recente insorgenza e limitata gravità della sintomatologia o dove, per motivi geografici, possano esserci delle limitazioni all'accesso ai servizi (Petry et al. 2008). L'efficacia dei trattamenti psicoterapici brevi in termini di guarigione o miglioramento rispetto a gruppi di controllo è stata dimostrata con risultati positivi fino ad un anno di *follow-up* (Petry et al. 2008).

La MET è una forma di psicoterapia usata spesso in combinazione con la CBT che usa il colloquio motivazionale per guidare e motivare il paziente attraverso le fasi del cambiamento comportamentale (W. R. Miller, Yahne, e Tonigan 2003):

- precontemplazione;
- contemplazione;
- determinazione;
- azione;
- mantenimento.

Questa tecnica si fonda su una forte relazione terapeutica che permette di favorire la motivazione propria del paziente e il suo senso di autoefficacia, riponendo la responsabilità del cambiamento nel paziente stesso e nella ricerca di interessi diversi da quelli della dipendenza stessa (W. R. Miller 1996).

L'efficacia di questa tecnica combinata con CBT è stata dimostrata da un trial clinico randomizzato a lungo termine con un grande campione (Hodgins, Currie, e el-Guebaly 2001). I pazienti GAP sono stati assegnati in modo random a un trattamento con quaderno di auto-aiuto, trattamento combinato di quaderno di auto-aiuto<sup>194</sup> e intervento motivazionale, o lista d'attesa. I pazienti che avevano ricevuto il trattamento combinato presentavano minori episodi di gioco patologico e minore quantità di denaro spesa nel gioco a 3 e 6 mesi (Hodgins, Currie, e el-Guebaly 2001) e questo effetto si manteneva a 12 e a 24 mesi solo nei pazienti con patologia meno grave (Hodgins et al. 2004).

Globalmente le psicoterapie di tipo CBT hanno una dimostrata efficacia nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo patologico. Una meta-analisi ha analizzato gli studi controllati sull'efficacia di questo trattamento confermando che l'efficacia di questa psicoterapia è significativamente superiore alla condizione di controllo e che questo effetto si mantiene a medio-lungo termine (mediamente 17 mesi) (K. J. Pallesen et al. 2005). Questo dato dovrà essere confermato in futuro poiché problemi metodologici, tra cui la piccola dimensione dei campioni, la relativa mancanza di studi randomizzati per tutti i trattamenti psicoterapici, l'eterogeneità dei parametri di valutazione dell'efficacia dei trattamenti e l'assenza dei dati relativi ai pazienti che abbandonano il trattamento, impediscono di trarre delle conclusioni sull'efficacia a lungo termine (Cowlishaw et al. 2012).

### INTERVENTI PSICOEDUCATIVI, MOTIVAZIONALI E DI AUTOAIUTO

Molteplici trattamenti psicosociali sono stati proposti per il GAP e, tra questi, i più usati sono: i "giocatori anonimi", i trattamenti di esclusione e la consulenza finanziaria.

## GIOCATORI ANONIMI

"Giocatori anonimi" è un'organizzazione che prende spunto da quella degli alcolisti anonimi, e si articola in dodici passi. Il metodo di trattamento si basa su tecniche di tipo comportamentale con rinforzi positivi associati all'astinenza. Inoltre, si forniscono ai membri un supporto sociale che sia alternativo al gioco d'azzardo, uno sponsor<sup>195</sup> e un supporto telefonico continuo (Petry 2001).

Analogamente a quanto avviene per il trattamento dei pazienti alcolisti, anche per il GAP sono stati sviluppati trattamenti volti a migliorare le capacità di affrontare il problema da parte dei familiari. Sono stati creati gruppi chiamati Gam-Anon, che hanno un programma in 12 passi di auto-aiuto e che fornisce strumenti per capire il GAP, il suo impatto sulla vita del giocatore e dei familiari e come fornire supporto emotivo al giocatore senza sostenere il comportamento di tipo GAP (Petry 2005). I gruppi Gam-Anon si coordinano con i gruppi GA ed anche con i gruppi dei figli dei pazienti GA i cosiddetti Gam-A-Teen (Petry 2005). Lo studio più ampio effettuato su questo trattamento (circa 300 persone) ha valutato l'efficacia del libro di auto-aiuto basato sul modello *the Community Reinforcement and Family Therapy* (CRAFT), precedentemente sviluppato per il trattamento dell'alcolismo (Petry 2005). In questo trattamento si migliora il funzionamento personale e relazionale dei familiari, si coinvolge il giocatore nel trattamento e si mira alla diminuzione del comportamento di gioco.

## AUTO-ESCLUSIONE DI GIOCATORI DAI CASINÒ

Questo intervento consente una volontaria autoesclusione dalla possibilità di potersi recare nei posti in cui si gioca d'azzardo quali i casinò dove il paziente è messo al bando (LaBrie et al. 2007; Ladouceur et al. 2001; Nelson et al. 2010). L'autoesclusione può essere:

- temporanea o definitiva;
- allargata a più luoghi di gioco o ad una sola sede.

Questa misura appare poco incisiva se il gioco d'azzardo viene offerto prevalentemente in luoghi pubblici, dove non è richiesta l'identificazione del soggetto (Dickson-Gillespie et al. 2008), come accade in Italia. Il non rispetto dell'esclusione può comportare da multe a confisca delle vincite ad incriminazioni per reato (violazione di proprietà). Si accompagna al programma anche l'informazione sui trattamenti disponibili sul territorio.

## CONSULENZA FINANZIARIA

Questo intervento è un programma sicuro e anonimo di consulenza finanziaria a singoli, coppie e famiglie in un ambiente sicuro. I consulenti finanziari (National Council on Problem Gambling 2000) aiutano le persone che vogliono

ridurre il debito accumulato con il GAP a tornare in controllo delle proprie finanze. I servizi forniti comprendono la gestione e la rinegoziazione dei debiti, la gestione del conto bancario e delle carte di credito, la spiegazione della situazione legale del paziente, la protezione legale del patrimonio, la limitazione dei danni patrimoniali che possono essere arrecati ad altri familiari, il reperimento di eventuali aiuti finanziari anche per le necessità giornaliere. Questo programma fa parte anche dei programmi CBT. Parte dal presupposto che i fattori economici siano fattori scatenanti e tendano ad autoalimentare il GAP in un individuo.

### **EFFICACIA DEI VARI TRATTAMENTI**

I trattamenti psicosociali su esposti hanno, da soli, un'efficacia piuttosto limitata. In modo particolare, la durata dell'effetto di questi trattamenti sarebbe breve e il risultato positivo si riscontrerebbe in sottopopolazioni specifiche di pazienti che sono già motivati al cambiamento stesso.

### **GIOCATORI ANONIMI**

Sebbene siano una delle forme più frequenti di trattamento, la ricerca sull'efficacia dei giocatori anonimi è molto limitata, data la struttura dell'organizzazione e del programma stesso.

Studi recenti dimostrano un'efficacia simile a quella di altri trattamenti (Toneatto e Dragonetti 2008). Inoltre, la combinazione di GA con 8 sessioni di CBT o GA con libro di esercizi CBT riduce il gioco d'azzardo rispetto al trattamento GA a 12 mesi in uno studio di più di 200 pazienti con GAP (Petry et al. 2006). Altri elementi critici dell'approccio sarebbero il tasso di ricaduta molto elevato (solo l'8% dei pazienti rimane in astinenza ad un anno, Stewart e Brown 1988) e la partecipazione quasi esclusivamente maschile a fronte di un'incidenza simile nei due sessi della patologia.

### **AUTOESCLUSIONE**

Dal 22% al 55% dei partecipanti ai programmi di autoesclusione riescono comunque ad entrare nei casinò senza essere scoperti violando i principi del patto di auto-esclusione (Ladouceur et al. 2001; 2007; Nelson et al. 2010). Ciononostante uno studio ha dimostrato un'evidenza preliminare di efficacia di questo trattamento, con diminuzione della spinta a scommettere, del numero di sintomi problematici della ludopatia e dell'intensità delle conseguenze negative della ludopatia a sei mesi (Ladouceur, Sylvain, e Gosselin 2007). Questi dati sono stati poi confermati da uno studio recente che ha dimostrato una diminuzione della sintomatologia di gioco d'azzardo in più del 60% dei soggetti a 4 anni (Nelson et al. 2010). L'analisi approfondita del fenomeno ha però rivelato che l'atto stesso di sottoscrivere l'auto-esclusione in realtà rifletteva una reale motivazione al cambiamento e il processo di auto-esclusione giocava un ruolo marginale. Un caveat più generale a questo proposito, in tutti gli studi sul

trattamento GAP riguarda il tipo di pazienti reclutati. Infatti il paziente GAP infrequentemente ricorre ai servizi per un qualunque trattamento e pertanto la validità di tali trattamenti nella popolazione generale potrebbe non essere completa.

### **CONSULENZA FINANZIARIA**

L'efficacia della consulenza finanziaria da sola non è stata mai dimostrata. L'uso di questo programma nella CBT insieme ad altre forme di counseling, sia relative al gioco, che a parenti e familiari, può contribuire al trattamento (Rodda et al. 2013).

### **STUDI SU SOTTOPOPOLAZIONI SPECIFICHE (ADOLESCENTI, DONNE, ANZIANI)**

All'interno del GAP sono presenti delle sottopopolazioni che, pur presentando una sintomatologia largamente sovrapponibile hanno delle specificità sia in termini neurobiologici che clinici, e che dovrebbero essere considerate nella pianificazione di interventi preventivi e di trattamento.

Si stima che circa l'85% degli adolescenti abbia giocato d'azzardo nella vita e in modo particolare a poker, dadi e scommesse sportive (Gupta e Derevensky 2000). La prevalenza del GAP è di circa 4-8% nella popolazione di questa fascia d'età (Winters et al. 2002). Il GAP è più frequente nei maschi e frequentemente di associa ad assunzione di sostanze. L'individuo in questo periodo di vita è estremamente vulnerabile, poiché il sistema nervoso centrale è ancora in maturazione e i meccanismi di auto-controllo sono ancora in formazione, e questo espone ad una maggiore azione neurotossica da parte delle sostanze. Questo disturbo, inoltre, può continuare nell'età adulta (Winters et al. 2002). Interventi di prevenzione e trattamento dovrebbero essere messi in atto a questa età sia per evitare un GAP dell'adulto, ma anche per le altre condizioni che frequentemente si accompagnano, quali comportamenti a rischio e patologie mentali (Winters et al. 2002).

Le donne che soffrono di GAP sono generalmente sposate con bambini e più giovani della controparte maschile (Crisp et al. 2004). Il comportamento di gioco femminile porta a debiti di entità minore e più frequentemente è presente una storia di abuso dell'infanzia o una comorbilità con disturbi dell'umore con caratteristiche di disforia o depressione rispetto agli uomini, i quali, generalmente, presentano dipendenza da alcol. Dal punto di vista del decorso, i sintomi di gioco patologico progredisce molto velocemente verso il GAP conclamato (Tavares et al. 2003) mentre, dal punto di vista genetico, sembra che le donne affette da GAP presentino delle differenze nella distribuzione di alleli associati all'impulsività (Ibañez et al. 2000). A livello di trattamento, inoltre, la risposta farmacologica è migliore nelle donne rispetto agli uomini e studi futuri dovranno identificare quali di questi fattori possano contribuire a queste differenze (S. Pallesen et al. 2007).

Gli anziani sono soggetti molto frequentemente a problematiche GAP correlate. Uno studio recente sulla popolazione generale ha riscontrato che circa l'11% degli anziani ha dei comportamenti a rischio di GAP, ma questi numeri potrebbero crescere nella popolazione con problemi mentali e con il recente diffondersi delle numerose possibilità di gioco (Levens et al. 2005). Tra i vari fattori di vulnerabilità presenti negli anziani vi sono il pensionamento, la morte del coniuge o degli amici, sofferenze fisiche ed emotive, senso di solitudine e scarse opportunità sociali e attività quotidiane (McNeilly e Burke 2000). Gli anziani possono avere gravissime conseguenze dal GAP, date le limitate risorse economiche che possiedono (con conseguente incapacità di poter recuperare le eventuali perdite economiche che ne derivano) e lo scarso sostegno sociale. A queste condizioni si può sommare un declino cognitivo che impedisce un'adeguata valutazione del denaro e delle regole dei giochi, complicando ulteriormente il quadro clinico (Desai et al. 2004).

### VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA

In conclusione, gli studi disponibili sul GAP globalmente evidenziano una maggiore efficacia degli approcci psicoterapici rispetto a quelli psicofarmacologici. In particolare, la psicoterapia di tipo CBT specialmente se integrata in un trattamento multimodale sembra essere efficace e che i risultati di questa terapia si mantengano nel lungo termine (K. J. Pallesen et al. 2005; Cowlishaw et al. 2012). Queste evidenze sono comunque da considerarsi preliminari poiché gli studi sul trattamento del GAP, per quanto numerosi, presentano dei problemi metodologici che limitano la possibilità di trarre delle conclusioni consolidate su tutti i trattamenti finora sperimentati. Un numero relativamente limitato di studi futuri ha un disegno di tipo randomizzato controllato. Il tipo di controllo usato (il placebo negli studi farmacologici e la lista d'attesa negli studi psicoterapici) non è perfettamente comparabile poiché il placebo di per sé ha una maggiore attività e, nel confronto con un trattamento attivo, riduce l'entità dell'effetto (Ayers et al. 2007). Inoltre, le misure di risultato non sono né standardizzate e né omogenee, limitando così la possibilità di confronto di efficacia.

### RASSEGNA NAZIONALE

L'Organizzazione mondiale della sanità riconosce nel gioco d'azzardo compulsivo una forma morbosa chiaramente identificata e sostiene che, in assenza di misure idonee d'informazione e prevenzione, può rappresentare un'autentica malattia sociale a causa della sua diffusione. In Italia, nonostante il gioco d'azzardo sia una dipendenza ufficialmente riconosciuta dalla psichiatria, per lungo tempo non è stata percepita come tale dallo Stato, diversamente dalle dipendenze da sostanze o alcol. Solo di recente la "ludopatia" è stata inserita nei livelli essenziali di assistenza (LEA), quell'insieme cioè di attività, servizi e prestazioni

che il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) deve garantire a tutti i cittadini, con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da questa patologia (Codacons 2010).

Nel Decreto Legge, del 13 settembre 2012, n. 158, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", il punto 2 dell'articolo 5, stabilisce che

*Con la medesima procedura di cui al comma 1 e nel rispetto degli equilibri programmati di finanza pubblica, si provvede ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia, intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità.*

Dunque, dal 31 dicembre 2012, la "ludopatia" rientra a tutti gli effetti nei livelli essenziali di assistenza, ma la copertura finanziaria è stata legata al Patto per la Salute<sup>196</sup> previsto per il triennio 2013-15, non ancora stipulato.

### ESPERIENZE DI CURA NELL'AMBITO NAZIONALE

Nell'ultimo decennio, pur in assenza di un riconoscimento ufficiale, numerose ASL nelle Regioni italiane, soprattutto al Nord, si sono attivate nel cercare di fornire una risposta, spesso coadiuvate anche da associazioni private.

All'interno della ricerca sulla letteratura nazionale non sono stati rilevati studi indicizzati e con valutazione di efficacia rispetto ai trattamenti per gioco d'azzardo patologico. La maggior parte dei lavori fa riferimento alla letteratura internazionale. Ci sono tuttavia diverse ricerche utili ad analizzare l'offerta presente sul territorio italiano rispetto a tale problematica, anche se la presente trattazione non può sicuramente definirsi esaustiva di tutte le esperienze trattamentali.

Serpelloni (2013) individua, a tal proposito, diverse problematiche all'interno della situazione nazionale: dall'eterogeneità degli interventi terapeutico-riabilitativi nonché degli strumenti utilizzati per la valutazione diagnostica, dei trattamenti e della valutazione dell'esito, all'assenza di linee di indirizzo, protocolli e coordinamento nazionale per poter attivare efficaci ed efficienti interventi di cura e riabilitazione.

L'offerta di trattamento, tuttavia, si è sicuramente sviluppata molto negli ultimi anni, parallelamente all'aumentare delle richieste di aiuto, con il coinvolgimento sia del servizio pubblico che di realtà diversificate del privato sociale, residenziale e non, che sono state probabilmente le prime ad interessarsi alla problematica.

Questo interessamento è stato verosimilmente motivato da richieste cliniche più che istituzionali e i Servizi si sono trovati a dover rispondere ad una nuova domanda organizzando autonomamente delle risposte, in gran parte utilizzando l'importante esperienza maturata nel campo della dipendenza da sostanze. La trasposizione e l'adattamento d'interventi precipuamente rivolti alle dipendenze nel trattamento del gioco d'azzardo patologico sembra aver seguito un percorso inizialmente "automatico", legato cioè all'iniziativa degli stessi operatori sociosanitari che, sulla base della loro esperienza nel campo delle dipendenze patologiche, si sono trovati ad affrontare la patologia del gioco d'azzardo. Solo successivamente, si è fatta strada l'esigenza di sottoporre a verifica empirica di ciò che sembrava "automaticamente" funzionare (Conte et al. 2012).

Tuttavia tale offerta non risulta omogenea sul territorio italiano (Picone 2010) e la configurazione attuale dell'erogazione di trattamento per GAP è estremamente frammentaria, per lo più lasciata all'iniziativa dei singoli Servizi e Dipartimenti, prevalentemente dell'area della patologia delle dipendenze (CCM 2012).

I dati che emergono nell'ambito dello studio "L'Italia che gioca" evidenziano che tra i Servizi pubblici che hanno partecipato all'indagine, il 70% circa è organizzato per accogliere domande di trattamento legate al GAP. Nel 2007 risultavano in trattamento 1259 persone, la metà delle quali per una problematica pura di GAP, il rimanente in condizioni di comorbidità, vale a dire in associazione con altre problematiche psichiatriche di vario tipo (disturbi d'ansia, dell'umore, di personalità, ecc.).

Per quanto riguarda le tipologie di trattamento, la maggior parte degli interventi riguardavano l'ascolto, il counselling e la psicoterapia individuale, seguiti dal trattamento farmacologico, mentre risultavano poco superiori al 50% quelli riferiti a counselling telefonico, psicoterapia di coppia e interventi di tipo psicoeducativo.

Rispetto invece alla rete dei servizi privati, si è evidenziata una maggior densità assistenziale nelle regioni del Nord e, tra i trattamenti erogati, l'ascolto risulta essere il trattamento più comune, seguito da interventi di counselling effettuati all'interno della struttura. Si attestano intorno al 40% i trattamenti di psicoterapia di gruppo e psicoeducativi, mentre risultavano al 30% gli interventi psicoterapici individuali e di coppia, il trattamento farmacologico, quello familiare e quelli eseguiti nei gruppi di auto mutuo aiuto (CCM 2012).

Secondo la ricognizione effettuata da FeDerSerd nel 2012, solo quattro regioni hanno disciplinato la materia con atti deliberativi di formalizzazione di compiti e funzioni, in tutte le altre sono state alcune singole aziende sanitarie a prendere provvedimenti formali, ma nelle assoluta maggioranza dei casi l'iniziativa è stata demandata ai direttori di dipartimento e ai capi servizio, che hanno eventualmente provveduto alla riorganizzazione delle risorse.

Secondo tale indagine si stimano circa 6.000 persone in trattamento nell'anno 2011 presso i servizi pubblici. L'indagine effettuata dal dipartimento Politiche Antidroga relativa ai soggetti trattati presso i Dipartimenti delle Dipendenza ha invece rilevato nello stesso anno 4544 soggetti (Serpelloni 2013).

In mancanza di riferimenti normativi generali, l'offerta di trattamento è eterogenea, organizzata con modalità diverse e distribuita in modo non uniforme sul territorio nazionale. Solo alcuni Servizi sarebbero in grado di predisporre uno spazio e un tempo di trattamento specifico per i soggetti con patologia da gioco, ma la maggior parte non è in condizioni di differenziare l'offerta di cura in procedure separate dal resto dei pazienti.

FeDerSerd si è attivata per creare una rete di cura sul territorio nazionale (Giocaresponsabile)<sup>197</sup> e ha censito nel 2012 la presenza di 197 Ser.D. attivi nel trattamento del GAP. L'analisi delle strutture ha permesso di evidenziare come in alcune regioni la quasi totalità dei Ser.D. ha ambulatori e unità di offerta per la cura del gioco patologico, mentre in altre l'offerta appare carente rispetto alla richiesta. La maggior parte di tali servizi funziona in regime gratuito. Sono inoltre state censite 123 strutture del privato sociale (o liberi professionisti) attive nel trattamento del gioco patologico.

Il tipo di prestazioni fornite comprende counselling, test di valutazione diagnostica, sostegno/supporto psicologico, sostegno/supporto familiare, psicoterapia di coppia, assistenza/consulenza medica con eventuale trattamento farmacologico, assistenza sociale, sostegno educativo, assistenza/consulenza legale con valutazione della situazione debitoria, inserimento in CT, invio a gruppi di autoaiuto.

Nell'indagine sulle modalità di accoglienza in Piemonte (Angelino et al. 2012) si evidenzia l'assenza di linee guida diffuse e condivise, tuttavia le modalità di intervento, per via del comune substrato in cui nascono (i Servizi per le tossicodipendenze) sono sostanzialmente uniformi.

In tale lavoro sono state indagate le modalità dei Ser.D. piemontesi rispetto a composizione delle equipe multidisciplinari, la durata della fase di accoglienza, le tipologie di interventi offerti e le indicazioni rispetto alla tipologia del trattamento del sintomo.

Si è evidenziato che nella maggior parte dei casi il personale delle equipe che si occupano di GAP è formato da professionisti dei Servizi per le dipendenze, con un impegno orario limitato o su richiesta. L'impegno maggiore è a carico di operatori di area psicosociale (educatore, assistente sociale e psicologo), con coinvolgimento della figura medica in eventuale seconda battuta.

Rispetto ai trattamenti proposti, i servizi propongono, dopo la fase di assessment che mediamente prevede tre colloqui, percorsi psicoterapici (individuale, di coppia o di grup-

po), accanto a eventuale trattamento psicofarmacologico o inserimento residenziale. È inoltre problematizzata l'importanza di un coinvolgimento precoce della famiglia, che spesso, versando in una situazione economica deficitaria, è sin dall'inizio portatrice attiva di una richiesta di aiuto.

Per quanto riguarda le realtà residenziali sono presenti diverse strutture, alcune specificamente ed esclusivamente dedicate al gioco o dipendenze senza sostanze, ed altre, con una storia nel trattamento della dipendenza da sostanze o alcol, che hanno saputo adattare o riadattare il proprio sapere e le proprie caratteristiche anche al trattamento del gioco patologico.

Guerreschi (2003) propone un programma multimodale di trattamento, che integra diversi tipi di intervento, sia di tipo psicoeducativo-motivazionale che psicoterapici individuali, di coppia e di gruppo, nonché psicofarmacologici, sulla base di un programma terapeutico mutuato da Lesier e Blume e adattato alla realtà italiana. Agli interventi più propriamente clinici si aggiungono interventi di tutoraggio e di consulenza legale rispetto alla situazione debitoria eventualmente in essere.

La comunità Orthos propone un intervento residenziale breve con un programma intensivo fondato su un quadro di riferimento di tipo psicoterapico a orientamento gestaltico-umanistico. I destinatari del programma devono tuttavia essere in grado di sostenere tale tipo di proposta e di conseguenza le situazioni più invalidanti dal punto di vista psicopatologico (dipendenze multiple o disturbi importanti di personalità) e psicosociale non sono eligibili a tale tipo di trattamento (Zerbetto 2010).

Il programma di Villa Soranzo prevede una particolare attenzione per il trattamento con pazienti con problematiche di Gioco Patologico, e si basa sull'associazione di gruppi specifici e l'esplorazione dei vissuti personali a livello individuale, che permetterebbe una ristrutturazione cognitiva funzionale, uno sviluppo dell'autostima e l'elaborazione di un progetto di vita maggiormente aderente alla realtà. Elementi evidenziati come prognosticamente sfavorevoli risultano essere la presenza di comorbilità psichiatrica grave, il deterioramento sociale gravissimo, comportamenti antisociali gravi, problemi organici che richiedano un intervento specifico o procedimenti giudiziari in atto (Cibin et al. 2012).

Conte (2012), presentando un modello di trattamento terapeutico-riabilitativo di gruppo rivolto a persone affette da gioco d'azzardo patologico all'interno di una struttura di tipo semi-residenziale, ha effettuato una prima analisi di efficacia. Tale modello, dopo la fase di assessment diagnostico, prevede come primo step l'inserimento in un gruppo terapeutico-riabilitativo omogeneo, il cui obiettivo consiste nel raggiungimento e nel mantenimento dell'astensione dal gioco e successivamente un secondo intervento di gruppo finalizzato a potenziare le Life Skills,

l'autoregolazione emotiva e la consapevolezza dei propri pensieri, azioni e motivazioni attraverso l'insegnamento della *mindfulness*.

Tale modello integra approcci mutuati dal modello dei GA con elementi del colloquio motivazionale del modello transteoretico di cambiamento di Prochaska e Di Clemente (1982), nonché modalità di tipo psicoeducativo e didattico. I risultati dello studio, a prescindere dai limiti legati all'assenza di un gruppo di controllo, evidenziano un miglioramento sia sul sintomo che sulla situazione psicopatologica globale del campione.

De Luca (2007) propone un modello basato su interventi psicoterapeutici di gruppo di lunga durata, sviluppatosi a partire da una cornice teorica di tipo sistemico-relazionale e che prevede la partecipazione del nucleo familiare piuttosto che del singolo giocatore e che otterrebbe una buona ritenzione in trattamento e, nel 90% del campione analizzato, il mantenimento dell'astinenza completa dal gioco.

Nella realtà italiana risulta inoltre importante il contributo della realtà dei gruppi di autoaiuto, e, ad esempio Carangiu (2012), evidenzia come l'invio a gruppi di autoaiuto dopo un percorso psicoterapico limitato nel tempo, abbia avuto risultati preliminari incoraggianti.

Inoltre, gli interventi psicoeducativi e motivazionali sono parte del sistema di cura, anche in virtù di un rapporto costi-efficacia favorevole. Tale tipo di interventi nasce dalla necessità di fornire strumenti utili all'aggancio del giocatore patologico fornendo le prime informazioni utili alla comprensione del problema, i meccanismi sottostanti, le possibilità di cura, aumentando i livelli motivazionali e quindi la possibilità di passare ad una fase più prettamente terapeutica. Tali tipi di interventi sono spesso allargati al contesto familiare. La psicoeducazione è facilmente accettata, in quanto rappresenta una proposta di lavoro centrata sul problema con obiettivi chiari e che non costringe la persona a mettersi in gioco ad altri livelli, fornendo contemporaneamente una serie di informazioni e rappresentando un efficace strumento di aggancio relazionale (Capelli et al. 2006).

Esistono diversi manuali di tipo psicoeducativo utilizzabili nell'ambito terapeutico, ad esempio il "Quaderno di autoosservazione sui comportamenti di gioco d'azzardo" di Capitanucci (2004), il manuale "Vincere il gioco d'azzardo" (Bellio et al. 2010) o il recente manuale di autoaiuto pubblicato dal Dipartimento politiche Antidroga "Gambling" di Serpelloni (2014).

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nonostante la situazione eterogenea presente sul territorio italiano, le modalità di cura risultano abbastanza coerenti e omogenee e tale omogeneità derivano probabilmente da una matrice comune di riferimento da cui i servizi sono partiti nell'organizzare la propria offerta di cura, che prende spunto dalle evidenze presenti nella letteratura internazionale e dall'esperienza maturata nel trattamento delle dipendenze da sostanze e che sembra mantenere la propria utilità anche nel trattamento delle dipendenze comportamentali.

Si deve comunque sottolineare la necessità di una formazione specifica del personale rispetto a quelli che sono elementi caratteristici e specifici del gioco d'azzardo patologico.

In questo senso il lavoro sul tipo di pensiero proprio del giocatore, ad esempio riguardo le distorsioni cognitive, appare necessariamente doversi accompagnare all'elaborazione dei vissuti di sofferenza sottostanti al comportamento dipendente.

Inoltre, all'interno del processo di cura è fondamentale l'attenzione al supporto legale e al tutoraggio finanziario, in quanto la situazione debitoria è elemento di lunga durata che comunque ha riflessi importanti sull'esito dei trattamenti. Il controllo del denaro, che in questa patologia non è solo "mezzo ma anche fine", è, infine, elemento indispensabile nell'ambito del processo di cura.

In altre parole è importante saper integrare, all'interno del più complessivo progetto terapeutico, elementi specifici di trattamento del gioco.

Qualsiasi tipo di intervento, presuppone:

- Un'adeguata fase di assessment, comprendente una analisi della domanda, una valutazione testistica, una ricostruzione anamnestica della storia del sintomo e personale;
- una valutazione della comorbidità psichiatrica, dei livelli motivazionali, del rischio di suicidio, della gravità della situazione economico finanziaria e della possibilità di supporto all'interno della famiglia e dell'ambiente sociale.

Il trattamento inoltre, deve essere individualizzato, dato che emerge una significativa eterogeneità della figura del giocatore d'azzardo, in termini sia di struttura psicopatologica che di comorbidità psichiatrica e con altre forme di dipendenza.

L'équipe multidisciplinare costituita da figure professionali diverse di ambito sia psicosociale che sanitario, mutuata dalla storia del trattamento delle dipendenze da sostanze, appare essere un elemento importante nell'affrontare an-

che il gioco d'azzardo patologico e risulta inoltre fondamentale il lavoro di rete con le altre realtà di cura presenti sul territorio.

Ultimo, ma non meno importante, punto è il coinvolgimento della famiglia, se presente e possibile, con l'obiettivo non solo di controllo, ma fornendo anche elementi di comprensione e strategie di supporto, tenendo presente, inoltre, che il comportamento gioco può essere l'espressione di dinamiche familiari disfunzionali.

## IL MODELLO DI TRATTAMENTO DEL GIOCO D'AZZARDO PATOLOGICO NELLA PROVINCIA DI TRENTO

Il Servizio Dipendenze della Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento è organizzato su tre sedi (Trento, Rovereto e Riva del Garda).

L'équipe multi-disciplinare territoriale rappresenta la struttura operativa di base. L'équipe è formata da: psicologo, assistente sociale, medico e infermiere.

Si è scelto di non strutturare una équipe *ad hoc* dedicata al gioco d'azzardo, sia per necessità di tipo organizzativo che teorico. Questa scelta porta sicuramente degli svantaggi in particolare rispetto alla connotazione "negativa" del Ser.D. come luogo degli eroinomani e alla paura dello stigma, tuttavia ha anche importanti vantaggi sul piano del coinvolgimento di tutto il Servizio nella problematica, nella ottimizzazione delle risorse, nella garanzia di continuità delle cure e soprattutto nel rimando di gravità nell'ambito di una patologia in cui, almeno nelle fasi iniziali, sono estremamente attivi i meccanismi di minimizzazione e negazione.

Le persone che accedono al servizio per sé o per altri, portando una generica o specifica richiesta d'aiuto legata alla dipendenza sia da sostanze che comportamentali sono accolte senza tempi d'attesa. La scelta di accogliere tempestivamente la richiesta d'aiuto è finalizzata a rendere il più agevole possibile il primo contatto e, nel frattempo, si propone di veicolare l'immagine di un servizio ricettivo e facilmente accessibile.

Nello specifico, gli obiettivi del primo contatto consistono:

- nella raccolta e prima lettura della domanda;
- nell'acquisizione di alcuni dati preliminari utili per un iniziale e provvisorio inquadramento del problema portato (es. il gioco o i giochi di elezione, la quantità di denaro spesa, la durata indicativa della problematica, la presenza o meno di periodi di astensione dal gioco, la presenza eventuale di possibili figure di sostegno nel percorso, la presenza di antecedenti di tipo psichiatrico o di altre forme di dipendenza);

- nell'indicazione degli interventi sia farmacologici sia psicosociali attivabili fin da subito;
- nella presentazione delle ulteriori risposte che il servizio può offrire.

I dati raccolti sono discussi all'interno dell'equipe multi-disciplinare e, sulla base degli elementi emersi, si stabilisce se e quali interventi attivare e i possibili tempi d'attuazione degli stessi.

Di norma dopo il primo contatto si apre una fase valutativa-diagnostica che, secondo le peculiarità e priorità presentate dalla situazione considerata, può vedere impegnate contemporaneamente o in tempi diversi una o più figure professionali. L'obiettivo della fase valutativa è arrivare ad una conoscenza più approfondita del caso per poter quindi formulare un'ipotesi di trattamento personalizzato in relazione ai bisogni del singolo utente.

La valutazione interessa tre aree: psicologica, sociale e medica.

- La **valutazione psicologica** è finalizzata a produrre ipotesi diagnostiche inerenti l'organizzazione di personalità del paziente, la psicodinamica delle sue relazioni familiari ed il significato soggettivo dell'esperienza di dipendenza. È

inoltre volta ad individuare le risorse psicologiche attivabili ai fini del cambiamento;

- la **valutazione sociale** permette di cogliere il livello d'integrazione, il grado di conservazione e/o compromissione delle abilità sociali nell'ambito dei differenti contesti di vita del paziente e gli eventuali problemi giuridici e nel caso specifico del GAP la situazione economico finanziaria;
- la **valutazione medica** permette di formulare una diagnosi, secondo i criteri del DSM-IV-TR<sup>198</sup>, e di avere un quadro sulla situazione clinica generale e sulla presenza o meno di patologie correlate e di comorbilità psichiatrica.

Nel caso specifico del gioco d'azzardo patologico la diagnosi si avvale del contributo multidisciplinare dell'equipe integrata e prevede, oltre ad una diagnosi clinica, la somministrazione di reattivi standardizzati (questionario SOGS, SCL 90, ASI G), oltre ad eventuali approfondimenti testistici di secondo livello (test proiettivi, MMPI, SCID 1 e 2). È inoltre utilizzato come riferimento teorico rispetto alla sottocategorizzazione dei giocatori il modello proposto da Blaszczynski.

Blaszczynski (1999) identifica tre sottogruppi nella popolazione dei giocatori d'azzardo: patologici non patologici, emotivamente vulnerabili, antisociali (Tab. 46).

**Tab. 46 Sottogruppi della popolazione dei giocatori d'azzardo**

Tipologia di popolazione	Caratteristiche
Patologici non patologici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assenza di psicopatologia primaria rilevante</li> <li>• Assenza di temperamento impulsivo e vulnerabilità genetica</li> <li>• Prevalente azione di condizionamento e schemi cognitivi distorti</li> <li>• Migliore prognosi</li> <li>• Maggiore motivazione e compliance</li> <li>• Possibilità di utilizzare trattamenti brevi</li> <li>• Possibilità di un ritorno ad un gioco controllato</li> </ul>
Emotivamente vulnerabili	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desiderio di modulare gli stati affettivi</li> <li>• Familiarità con problemi di gioco</li> <li>• Tratti di personalità nevrotici</li> <li>• Esperienze negative nel corso dello sviluppo</li> <li>• Il gioco svolge una funzione di fuga</li> <li>• Interventi psicoterapeutici più intensi e mirati ad aumentare le capacità di fronteggiare lo stress, di problem-solving, di miglioramento dell'autostima e dell'immagine di sé e di risoluzione dei conflitti intrapsichici</li> <li>• Non sono in grado di mantenere un sufficiente controllo tale da permettere un gioco privo di rischi o di conseguenze di escalation</li> </ul>
Antisociali	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presenza di disfunzioni neurologiche o neurochimiche implicanti impulsività e deficit dell'attenzione</li> <li>• Marcata propensione nel cercare attività gratificanti</li> <li>• Incapacità di posticipare la gratificazione</li> <li>• Presenza di preesistenti fattori psicologici di vulnerabilità</li> <li>• La partecipazione al gioco appare motivata da un desiderio di modulare stati affettivi e/o rispondere a specifici bisogni psicologici</li> </ul>

Già durante la prima fase valutativa sono proposti sia la frequentazione dei gruppi di auto-aiuto proposti dall'Associazione AMA di Trento (con la quale è stato strutturato un protocollo di collaborazione) sia un ciclo di colloqui di tipo psicoeducativo secondo la metodologia sviluppata da Carlevaro (2004) e importata in Italia da Capitanucci, a cui, se possibile, si chiede al paziente di essere accompagnato da un familiare o una figura di riferimento.

L'invio al trattamento di autoaiuto risulta particolarmente indicato nelle situazioni caratterizzate dalla priorità, in situazioni multiproblematiche, del sintomo della dipendenza patologica da gioco, dalla presenza di sostegno relazionale da parte dei familiari, livelli di motivazione adeguati e disponibilità al lavoro di gruppo, nonché assenza di comorbilità psichiatrica grave. Tale tipo di intervento inoltre risulta importante nel rispondere agli iniziali bisogni di contenimento e di comprensione della persona e del contesto familiare, in una fase iniziale in cui prevale l'allarme, la preoccupazione e la scarsa speranza di superamento della problematica.

Gli obiettivi iniziali del trattamento sono, quindi, tesi a:

- aumentare il livello di motivazione alla terapia con una serie di colloqui motivazionali o un percorso di tipo psicoeducazionale;
- formulare un contratto terapeutico tra il paziente, la famiglia e il terapeuta;
- strutturare un programma terapeutico (colloqui individuali, sostegno psicologico, psicoterapia individuale e psicoeducazionali, terapia psicofarmacologica, gruppi per i familiari, progetto residenziale);
- pianificare il rientro dai debiti, con eventuale assistenza legale;
- valutare l'opportunità di una terapia psicofarmacologica volta al controllo del *craving* e delle eventuali patologie correlate.

La fase della presa in carico e del trattamento comporta la definizione e l'avvio di un progetto terapeutico coerente con la valutazione diagnostica e rispondente alla domanda d'aiuto del soggetto. Il progetto terapeutico è sempre concordato con l'utente, ricercando l'attivo coinvolgimento del paziente rispetto alla definizione degli obiettivi, del reciproco impegno e dei criteri di verifica. In questa prospettiva la dimensione temporale assume una valenza terapeutica particolar-

mente significativa per diversi aspetti. È solo all'interno di un arco di tempo medio lungo che l'iniziale domanda d'aiuto può evolvere in una richiesta più elaborata che consente progetti terapeutici maggiormente articolati. Periodicamente l'equipe multi disciplinare discute l'evoluzione degli interventi programmati attivando un processo di continua riformulazione degli obiettivi, in relazione all'esito degli interventi messi in atto e delle risorse in quel momento attivabili. Mutuando e ridefinendo l'esperienza strutturata nel campo delle dipendenze da sostanze i programmi terapeutici disponibili presso il Ser.D. di Trento sono inquadrabili in:

1. Accoglienza e aggancio
2. Stabilizzazione del sintomo
3. Induzione del cambiamento
4. Gestione del cambiamento

Per ciascuna fase sono stati individuati degli obiettivi: la ritenzione in trattamento e verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al cambiamento del comportamento per quanto riguarda l'aggancio, il contenimento dei sintomi e il supporto alla capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana per quanto riguarda la stabilizzazione del sintomo, l'attivazione delle azioni necessarie per raggiungere la cessazione del gioco patologico e il potenziamento della consapevolezza rispetto gli eventuali elementi di problematicità che sostengono la patologia nella fase di induzione del sintomo ed infine il consolidamento dei risultati raggiunti nella gestione del cambiamento.

La costruzione di un progetto terapeutico parte dalla declinazione dei suoi costituenti di base: le prestazioni, che sono le attività elementari che ciascuna figura professionale eroga, individuate e codificate secondo le indicazioni e i dettami della letteratura di settore.

Come illustrato in maniera dettagliata di seguito (Tab. 47), si distinguono in:

- prestazioni elementari principali dell'area medico psichiatrica;
- prestazioni elementari principali dell'area sociale;
- prestazioni elementari principali dell'area psicologica.

Tab. 47 Prestazioni elementari per area

Area	Prestazioni elementari principali
Medico psichiatrica	Prima visita medico psichiatrica per la valutazione diagnostica <ul style="list-style-type: none"> <li>• del GAP</li> <li>• delle eventuali comorbilità psichiatriche</li> <li>• dello stato di salute generale</li> <li>• dell'eventuale presenza di altri comportamenti di dipendenza</li> </ul>
	Visita psichiatrica di controllo finalizzata <ul style="list-style-type: none"> <li>• alla periodica rivalutazione delle condizioni psicopatologiche</li> <li>• all'eventuale monitoraggio della terapia psicofarmacologica</li> </ul>
	Colloqui di tipo <ul style="list-style-type: none"> <li>• motivazionale</li> <li>• di <i>counselling</i> sul paziente</li> <li>• familiare</li> </ul>
	Interventi di rete con gli altri servizi eventualmente coinvolti nel percorso di cura (Servizio Sociale, Centro di Salute Mentale, Comunità residenziale, Servizio alcologia, ecc.)
	Attività di certificazione ed eventuale produzione di relazioni cliniche
	Percorsi di tipo psicoterapico
Sociale	Colloqui di consulenza e valutazione <ul style="list-style-type: none"> <li>• per l'utente</li> <li>• per i familiari</li> </ul>
	Colloqui di sostegno e riabilitazione sia per l'utente che per la rete familiare
	Interventi di rete con gli altri servizi eventualmente coinvolti nel percorso di cura (Servizio Sociale, Centro di Salute Mentale, Comunità residenziale, Servizio alcologia, ecc.)
	Interventi di segretariato sociale, tutoraggio e accompagnamento con particolare attenzione alla situazione finanziaria e al tutoraggio economico
Psicologica	Colloqui clinici <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuali</li> <li>• di coppia</li> <li>• familiari</li> </ul>
	Psicoterapia <ul style="list-style-type: none"> <li>• individuale</li> <li>• di coppia</li> <li>• familiare</li> </ul>
	Somministrazione di test <ul style="list-style-type: none"> <li>• psicologici autodescrittivi</li> <li>• proiettivi o di personalità</li> </ul>
	Interventi di rete con gli altri servizi eventualmente coinvolti nel percorso di cura
	Attività di certificazione ed eventuale produzione di relazioni cliniche psicologiche

Fonte: elaborazione APSS

La diversa combinazione di queste prestazioni elementari contribuisce alla creazione di uno specifico intervento di area specialistica. La combinazione dei diversi interventi di area specialistica produce quindi il progetto terapeutico complessivo.

Dato l'interesse del Ser.D. di Trento nella valutazione dell'esito, per ciascuna fase sono stati individuati degli indicatori di esito (par. 7.2.4).

In aggiunta agli interventi terapeutici individuali sono resi disponibili, su invio dei curanti, dei percorsi gruppal di scrittura creativa, organizzati secondo cicli di sei incontri a cadenza quindicinale per gruppi chiusi di 6-8 persone. Ogni incontro è dedicato ad un tema specifico (impulsività, menzogna, rabbia/aggressività, legame, desiderio, separazione sana/importanza di salutarsi) ed è finalizzato a migliorare la capacità introspettiva e la modulazione ed espressione delle emozioni.

È inoltre in fase di avvio un percorso di tipo psicoeducativo gruppale, finalizzato a fornire adeguate informazioni ai pazienti e ai loro familiari circa i meccanismi del gioco, della dipendenza e del percorso di cura. Tale tipo di intervento è coerente con le indicazioni della letteratura internazionale e efficace nell'aumentare la consapevolezza e la compliance al percorso terapeutico. Il contesto gruppale favorisce inoltre lo scambio emotivo, il confronto e il rispecchiamento, nonché il sostegno tra i membri del gruppo stesso.

### 7.1.3. Sviluppi attesi, questioni irrisolte

La sfida che interessa i Servizi per le dipendenze è verosimilmente trovare sempre di più un approccio comune rispetto al trattamento del gioco d'azzardo patologico, che sia possibilmente evidence based, tracciabile e che possa permettere una valutazione dell'esito e dei costi. I Ser.D. trentini stanno muovendosi in questa direzione.

La formazione continua del personale dei servizi sulla tematica del gioco d'azzardo, è quindi una esigenza per garantire la possibilità di fornire l'intera gamma dei trattamenti attualmente disponibili, sia in senso psicoterapico che farmacologico che di tipo più prettamente psicoeducativo.

In questo senso anche la partecipazione allo sviluppo di reti di collaborazioni e ricerca a livello nazionale rappresenta sicuramente un passo importante per omogeneizzare l'offerta di trattamento sul territorio e garantire quanto più possibile l'accessibilità alle cure per le persone affette da tale patologia.

## 7.2. Rassegna dello stato dell'arte sull'analisi dei costi-efficacia delle misure di trattamento a livello internazionale e nazionale

Negli ultimi anni si è registrato un crescente grado di interesse per la valutazione economica del percorso assistenziale anche nelle dipendenze patologiche.

Una valutazione economica del percorso assistenziale, con la definizione dei prodotti terapeutici erogati e dei processi assistenziali che li sottendono, è diventata oggi una condizione imprescindibile nella negoziazione del budget anche in questa area disciplinare.

Pertanto, se l'analisi dei costi ha assunto un'importanza critica per decidere come allocare le risorse in rapporto ai progetti terapeutici e per comprendere successivamente la relazione esistente tra il denaro speso e gli esiti documentati, rimangono ancora da superare almeno due difficoltà:

- la standardizzazione dei trattamenti attraverso la descrizione del tipo e del valore di tutte le risorse utilizzate;
- la condivisione di indicatori di esito misurabili e fruibili.

Queste difficoltà rendono l'analisi concettuale della relazione costi/efficacia un autentico nodo gordiano.

La letteratura internazionale in tal senso appare concordare su tali difficoltà:

- la varietà dei servizi di cura, le risorse umane e professionali presenti, gli obiettivi dei servizi, rendono estremamente difficile un lavoro di condivisione di procedure di trattamento e, anche all'interno dei protocolli farmacologici ad oggi i più standardizzati, esistono numerose differenze di interpretazione e di intervento (in funzione dei dosaggi, tempi, obiettivi), che spesso comportano grandi variazioni in termini di risorse impiegate. A maggior ragione se si includono nei progetti terapeutici anche gli interventi di area psicosociale tipo: counselling, colloqui motivazionali, psicoterapie, supporto sociale, facilitazione alla scolarizzazione e al lavoro, ecc. prestazioni non sempre definibili in termini di indicatori misurabili e verificabili;
- non è facile definire degli indicatori di esito clinico di comprovata stabilità.

Tutto questo trova particolare enfasi nella realtà italiana, dove oltre alla riconosciuta presenza delle criticità indicate nella letteratura internazionale, si aggiungono quelle individuabili nelle variabili regionali e delle singole Aziende Sanitarie, presso cui i Ser.D. insistono.

Per tali motivi non deve sorprendere l'assenza storica di validi lavori di costo/efficacia dei percorsi assistenziali nelle dipendenze, soltanto in parte colmata dalla recente comparsa di pubblicazioni in chiave locale nella Provincia autonoma di Trento e nelle regioni Abruzzo, Veneto e Lombardia. Non si è a conoscenza allo stato dell'arte di altri contributi analoghi.

### 7.2.1. Metodologia

Lo scopo della revisione della letteratura è stato individuare gli articoli di letteratura internazionale che hanno studiato i metodi per la stimare il costo della malattia ovvero i costi e la efficacia dei trattamenti delle dipendenze patologiche. La selezione di letteratura non include gli articoli che riportano le stime dei costi o i metodi per stimarli.

Le parole chiave usate nella ricerca booleana sono state ("cost-effectiveness" OR "cost-benefit" OR "economic evaluation") AND ("abuse treatment" OR "addiction treatment" OR "dependence treatment").

I criteri di inclusione comprendevano tutti gli articoli di lingua inglese sul tema costo-efficacia e costo-beneficio del trattamento dell'abuso di sostanze presenti in:

- **banche dati:** Web of Science; Pubmed; Medline; Scopus;
- motore di ricerca **Scholar di Google**.

Per quanto riguarda la revisione degli articoli nazionali, in assenza di un database che raccolga queste risorse, la ricerca è stata effettuata analizzando tutti i documenti presenti sui maggiori siti professionali ed istituzionali italiani che si occupano di dipendenze patologiche: [www.dronet.org](http://www.dronet.org), [www.dependentia.org](http://www.dependentia.org), [www.drogaprevenzione.it](http://www.drogaprevenzione.it), [www.federserd.it](http://www.federserd.it)

I risultati di questa prima fase di ricerca sono stati integrati con le pubblicazioni presenti nella bibliografia di questi articoli e con la ricerca di eventuali studi che citavano a loro volta questi articoli.

### 7.2.2. Rassegne

#### RASSEGNA INTERNAZIONALE

La valutazione economica di un trattamento parte dalla stima dei suoi costi tramite le cosiddette analisi "costo di malattia" (Cost of Illness, COI). Per poter procedere a tale stima dei costi economici di un trattamento bisogna considerare il valore di tutte le risorse investite in un programma. I primi studi svolti in questo campo hanno considerato esclusivamente i costi contabili (ovvero la somma di denaro direttamente ed effettivamente spesa), più di recente è stato introdotto l'uso della stima dei costi economici o di opportunità che è una misura concettualmente più complessa ma che rispecchia meglio la realtà dei costi di un trattamento (Graves et al. 2002). Infatti i costi di opportunità rappresentano il valore della migliore alternativa non scelta per poter perseguire il programma attuato e in quanto tale questo costo è non misurabile con indici monetari. I costi economici comprendono anche il valore delle risorse gratuite (es. il lavoro di volontariato o eventuali attrezzature donate) e sono condotti in un'ottica sociale, perché il beneficio del trattamento della dipendenza è infatti sociale. Mentre le valutazioni economiche considerano generalmente una prospettiva molto ristretta (es. quella del sistema sanitario), sono anche possibili approcci più ampi che tengono in considerazione i costi in cui incorrono i pazienti, i familiari, la società, l'istruzione, il sistema giudiziario e più in generale l'economia della società (Graves et al. 2002).

Negli Stati Uniti sono stati sviluppati strumenti standardizzati per una valutazione dei costi economici di un trattamento. Il primo tentativo in tal senso è stato il Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (DATCAP<sup>199</sup>) (Bradley, French, e Rachal 1994; Salomé et al. 2003). Creato nei primi anni '90, questo programma è stato usato con successo in numerosi programmi di trattamento delle dipendenze patologiche negli USA (French, Popovici, e Tapsell 2008; Roebuck, French, e McLellan 2003). Questo strumento

consente sia la raccolta che la organizzazione sistematica delle risorse usate e del relativo costo economico. Per stimare questi costi per anno sono raccolte direttamente tutte le risorse sia pagate direttamente e che fornite gratuitamente e sono raggruppate in sei categorie diverse quali personale, forniture e materiali, servizi appaltati, edifici, attrezzature e varie. I costi annuali sono poi convertiti in giornalieri e moltiplicati per la durata del trattamento per paziente. Uno sviluppo ulteriore di tale strumento ha consentito la stima anche dei costi sostenuti da parte dei pazienti in termini di tempi e viaggi (French, Popovici, e Tapsell 2008).

Altri strumenti di valutazione dei costi del trattamento delle dipendenze patologiche sviluppati più di recente pur avendo la stessa impostazione presentano lievi differenze che consentono di esaminare alcuni specifici aspetti del trattamento (Cartwright 2008): il Substance Abuse Services Cost Analysis Program, estensione del DATCAP sviluppato per stimare i costi di specifici trattamenti (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2003); l'Alcohol and Drug Services Study; l'approccio contabile sviluppato dalla Capital Consulting Corporation's (Capital Consulting, 1998) e il metodo contabile e delle unità costo-servizi (Anderson et al. 1998).

I costi economici associati ai problemi di salute possono anche essere stimati tramite la valutazione del risparmio che ne conseguirebbe alla risoluzione del problema di salute (Tarricone 2006). Il rovescio della medaglia di questo approccio è che la misura dei benefici derivanti dal trattamento non può suggerire specifiche politiche sanitarie. Queste stime rappresentano comunque il punto di partenza per le analisi di valutazione e di confronto dei trattamenti per le malattie, quali le analisi costi-efficacia (cost-effectiveness analysis, CEA), costi-beneficio (cost-benefit analysis, CBA) che consentono l'analisi comparativa di alternative di trattamento in relazione al loro costo e al loro outcome (Segel 2006).

Gli studi costo-efficacia analizzano l'efficienza relativa di approcci alternativi per migliorare la salute confrontando due o più programmi differenti tra loro o un programma e una sua versione modificata (Barnett 1999; Barnett, Zaric, e Brandeau 2001; Kunz, French, e Bazargan-Hejazi 2004; Mccollister et al. 2004; Zarkin, Dunlap, e Homsy 2004). Usando i dati di stima dei costi delle diverse alternative, questi studi consentono di elaborare indici che misurano risultati non monetari ovvero il costo per unità di effetto o gli effetti per unità di costo. Il costo-opportunità incrementale dell'implementazione di uno specifico trattamento è confrontato con il cambiamento incrementale degli indici di outcome non monetario (es. qualità di vita, episodi di carcerazione, episodi di malattia evitati, o giorni di astinenza) fornendo il cosiddetto rapporto incrementale costo efficacia (incremental cost-effectiveness ratio, ICER) (Barnett, Zaric, e Brandeau 2001). La scelta della misura di outcome dipende dalla domanda clinica che viene stu-

diata, pertanto l'interpretazione dei risultati di un CEA può essere molto difficile, particolarmente perché vi possono essere diversi outcome e una terapia può essere superiore ad un'altra su alcuni parametri, ma non per altri. Nel campo delle dipendenze patologiche l'astinenza è spesso la misura preferita, anche se questa può essere a sua volta misurata rispetto a vari periodi di tempo (es. mese passato o fine del trattamento) o con diversi metodi (soggettivo riferito dal paziente o dai familiari o oggettivo se misurato da campioni biologici). Gli effetti di un trattamento di dipendenze patologiche si verificano su diversi domini non direttamente associati tra loro. Per questa complessità sono stati implementati modelli che permettono l'integrazione di queste misure. Inoltre, allo scopo di perfezionare l'indicatore di effetto nei CEA tenendo conto di un outcome più accurato, sono state introdotte le analisi costo-utilità (cost-utility analysis, CUA) che misurano l'aspettativa di vita corretta per la qualità (Quality-adjusted life-years, QALY). I QALY misurano la salute come una combinazione della durata di vita e della qualità della stessa e sono una misura continua che va da un'aspettativa di vita ad un anno di morte (0) a quella di perfetta salute (1).

Il risultato di un'analisi costi-utilità è il costo per QALY, meglio definito usando l'ICER, che è calcolato come la differenza del costo previsto di due interventi, divisa per la differenza nei QALY attesi derivanti dai due interventi. Questi risultati sono confrontati rispetto ad una soglia prefissata di ICER al di sopra della quale l'adozione di un trattamento è utile ed economicamente conveniente. Anche se possono essere valutati tramite strumenti standardizzati, la misurazione dei QALY è piuttosto variabile tra gli individui. Per ovviare a questo problema sono stati introdotti indici alternativi tra cui il SAVE (Saved young life equivalent) che presentano comunque delle problematiche metodologiche che non hanno consentito il superamento dei QALY (Nord 1992).

Le analisi costi-benefici (CBA) rappresentano una più ampia forma di valutazione economica e consentono di determinare se un intervento è giustificato tramite il confronto del beneficio totale rispetto al costo totale attraverso la loro monetizzazione (Tarricone 2006). In questo tipo di valutazione è stata spesso adottata la prospettiva della società e pertanto possono essere considerate nel computo totale una gamma di conseguenze a diversi livelli, tra cui diminuzione della criminalità, spese di legali, diminuzione dell'invalidità lavorativa e assegnazione di prestazioni sociali. Dato che gli outcome di diversi trattamenti sono espressi in termini monetari essi possono essere facilmente confrontati e i risultati possono integrare diversi indici a loro volta di diverso tipo. La prima fase di un'analisi CBA è la definizione degli outcome che sono valutati in termini di benefici economici, successivamente questi outcome sono convertiti in equivalenti monetari tramite fattori di conversione.

Sebbene la CBA sia una forma di valutazione economica maggiormente ampia e informativa, il suo uso nel campo delle dipendenze patologiche è stato relativamente limitato rispetto alla CEA per l'ampia varietà di trattamenti disponibili e difficoltà del processo di monetizzazione. Recentemente sono stati adoperati dei metodi di disponibilità a pagare per ovviare a questo problema (willingness to pay, WTP) nel contesto delle CBA (Olsen e Smith 2001). Tale metodo calcola la somma massima che una persona pagherebbe, sacrificerebbe o scambierebbe per ricevere un bene pubblico o per evitare un effetto indesiderato. Nel fare questa valutazione sono presi in considerazione sia fattori fisici che psicologici. Il WTP consente pertanto la stima anche dei benefici non tangibili associati al trattamento.

Per quanto utili nella valutazione e programmazione di interventi sanitari questi approcci di valutazione economica presentano alcuni limiti. In primo luogo per le analisi costi-utilità, l'investimento di risorse dipende dalla capacità dei QALY di stimare il valore che la società ascrive a specifici interventi sanitari (Sculpher et al. 2004). Sembra che gli studi descrittivi non siano abbastanza sensibili a differenze di trattamento e di utilità per malattie lievi. Inoltre nell'analisi delle malattie croniche, l'indipendenza dell'utilità di uno stato di salute dal tempo di persistenza in tale stato e che l'indipendenza degli stati di salute dall'utilità rendono tali analisi problematiche. Altri limiti di queste analisi sono la dipendenza dell'utilità data dalla società alla salute dalla persona che sperimenta quello stato di salute (per cui i miglioramenti di pazienti gravi sarebbero tenuti in conto maggiormente rispetto ai pazienti meno gravi). Inoltre, vi sono limiti relativi al tradurre in termini economici le scelte della società. La società tenderebbe a non penalizzare le persone con limitata capacità di beneficiare di assistenza sanitaria nell'allocatione di risorse, ma le analisi attuali non tengono conto di queste preferenze. Per ovviare a queste limitazioni delle CEA è stata sviluppata una nuova metodica di analisi chiamata costo-conseguenze (Mauskopf et al. 1998). Tale variante della CEA confronta alternative di trattamento in termini di costi incrementali e di conseguenze che sono poi aggregate in un'unica misura come il rapporto costi-efficacia. Mentre da una parte questo approccio consente la possibilità di valutare in modo più dettagliato un trattamento, dall'altra lascia eccessiva arbitrarietà nell'attribuzione del peso relativo delle conseguenze in un processo di scelta. Inoltre, l'eccessiva quantità di informazioni presentate rendono il processo decisionale troppo complesso portando inevitabilmente a semplificazioni che rendono inadeguato il processo decisionale rispetto agli obiettivi prefissati.

## RASSEGNA NAZIONALE

La ricerca in ambito nazionale su temi di economia sanitaria nell'ambito delle dipendenze patologiche è ancora in una fase iniziale rispetto a quanto succede in altre nazioni. Solo alcuni aspetti sono stati investigati negli ultimi anni e precisamente: i costi sociali della patologia (Candio, Zusi, e

Serpelloni 2006), e dei diversi trattamenti (Serpelloni 2006; Serpelloni e Gomma 2006), analisi sul rapporto costo-beneficio (Serpelloni et al. 2006) e costo-utilità (Marino e Lazzaro 2011).

### 7.2.3. Sviluppi attesi, questioni irrisolte

La valutazione degli esiti, riferita ad una specifica domanda di trattamento, e l'analisi costo/efficacia sono purtroppo ancora poco presenti nella visione organizzativa di molte reti socio sanitarie italiane che si occupano di dipendenza.

Lo sviluppo atteso auspicato, dai portatori di interesse più illuminati, è quello di promuovere sempre più la "cultura" del benchmarking" per far emergere, dal confronto fra le reti, procedure di trattamento condivise, uniformi, riproducibili e soprattutto misurabili in termini di costo/efficacia.

Le questioni irrisolte per affrontare questi problemi sono:

1. **La differenziazione dei pazienti in gruppi omogenei.** Ancora oggi purtroppo si tende ad inserire tutte le persone che a vario titolo sono seguite per un problema di dipendenza in un'unica categoria: i tossicodipendenti. Questa generalizzazione rende impossibile qualsiasi valutazione perché i prodotti terapeutici, anche se sostanzialmente omogenei e riproducibili, sono applicati a coorti estremamente eterogenee di pazienti.
2. **L'individuazione di criteri condivisi per misurare la gravità della patologia e della situazione clinica complessiva del paziente.** L'evoluzione post esposizione ad una sostanza o ad un comportamento a rischio, anche quando non sfocia in una franca patologia da dipendenza, presenta livelli di gravità estremamente differenti per cui è indispensabile condividere una griglia per misurare la gravità della malattia da dipendenza differenziandola dalla gravità della situazione clinica generale in cui si inserisce anche il peso generato dalle possibili patologie associate alla dipendenza e il peso delle peculiarità socio ambientali del singolo paziente.
3. **La misura della densità assistenziale di un trattamento.** La densità assistenziale di un trattamento è un parametro indispensabile per misurare i costi contabili ovvero la somma di denaro direttamente ed effettivamente spesa nella strutturazione di un trattamento anche se la professionalità di un operatore socio sanitario rimane un valore aggiunto difficilmente monetizzabile.

Il Ser.D. di Trento ha accettato queste sfide ed elaborato un modello per la valutazione costo/efficacia dei trattamenti per le dipendenze. Non c'è la presunzione di aver trovato la "verità rivelata", ma solo la consapevolezza di esplorare problemi aperti e di difficile soluzione con la disponibilità al confronto con tutti gli stakeholder interessati a ricercare soluzioni possibili, semplici e praticabili, nella normale routine organizzativa, di un servizio per le dipendenze.

### 7.2.4. Il modello organizzativo del Ser.D. di Trento per la valutazione del costo – efficacia dei trattamenti della domanda di gioco patologico.

Progettare un modello organizzativo comporta sempre l'esplicitazione della logica di riferimento che ha guidato i processi decisionali. La filosofia del Ser.D. di Trento è la ricerca della massima semplificazione possibile che permetta l'assunzione a regime di una procedura.

*Complicare è facile, semplificare è difficile. Per complicare basta aggiungere tutto quello che si vuole. Tutti sono capaci di complicare. Pochi sono capaci di semplificare.*

*Quando la gente si trova di fronte a certe espressioni di semplicità dice "questo lo so fare anch'io" in realtà con questa frase intende dire che lo sa rifare, altrimenti lo avrebbe fatto prima.*

(Bruno Munari artista e designer)

Anni fa la prerogativa di molte strutture sia del pubblico sia del privato sociale era quella di produrre servizi o prestazioni in risposta ad una domanda di trattamento, vera o presunta, con scarsa attenzione al rapporto finale fra risorse impiegate e risultati ottenuti.

Il cambiamento dell'ottica politica e amministrativa nella gestione della cosa pubblica, determinata dalla necessità di un contenimento della spesa e dal venir meno di alcune posizioni di monopolio, hanno posto/imposto ai dirigenti di molte organizzazioni sanitarie di prestare sempre più attenzione alla valutazione dei costi/efficacia dei trattamenti erogati ed alla corrispondenza degli stessi con le indicazioni *evidence based* della letteratura di riferimento.

La valutazione costo/efficacia, nell'ambito di una rete socio sanitaria delle dipendenze, può avvenire in due principali ambiti: clinico ed organizzativo.

In ambito clinico è un processo finalizzato a raccogliere dati sul singolo paziente e sul suo contesto ambientale per poter dimostrare quale variazione, in termini di salute aggiunta e/o patologia evitata, è stata conseguita con un prodotto terapeutico erogato in un intervallo di tempo definito.

La variazione è documentabile attraverso specifici indicatori predefiniti.

In ambito organizzativo, con la valutazione costo/efficacia si analizzano tutti i processi clinico-assistenziali erogati nel tempo con l'obiettivo di selezionare quelli che offrono le maggiori garanzie di successo a parità di risorse impiegate.

**La gestione manageriale di una organizzazione socio sanitaria impone pertanto la contemporanea attenzione alla valutazione clinica ed organizzativa attraverso l'utilizzo di procedure semplici e facilmente applicabili.**

## L'APPROCCIO METODOLOGICO DI RIFERIMENTO: IL TOTAL QUALITY MANAGEMENT

L'approccio metodologico di riferimento, nel modello applicato al Ser.D. di Trento, per raggiungere questi ambiziosi obiettivi è stato trovato nel *Total Quality Management* (TQM).

Il TQM è centrato sulla persona che sceglie e, di conseguenza, è in grado di condizionare con la sua scelta il livello di performance di un'organizzazione.

Lo scopo del TQM è costruire un'organizzazione orientata al miglioramento continuo attraverso una valutazione costante delle risorse consumate, dei processi utilizzati e dei risultati prodotti.

Cardine del TQM è l'esplicitazione preventiva degli obiettivi che si vogliono raggiungere e degli indicatori misurabili che si utilizzeranno per il controllo dei livelli di output (efficienza prestazionale) e di outcome (efficacia dei prodotti terapeutici) rispetto ai costi sostenuti.

All'interno delle organizzazioni socio sanitarie che si occupano di dipendenza l'applicabilità di percorsi organizzativi che si ispirano ai concetti di TQM è difficile per i seguenti motivi:

- l'alta problematicità delle situazioni cliniche trattate;
- l'organizzazione del lavoro costruita su equipe multi disciplinari a bassa gerarchizzazione, di difficile integrazione e tradizionalmente tendenti all'autogoverno;
- la carenza di modelli culturali condivisi;
- l'assenza di una precisa definizione di "ottimo" quale standard di riferimento sia in ambito clinico sia organizzativo.

In aggiunta bisogna tener conto della forte resistenza al cambiamento generalmente presente nei professionisti del settore.

Un vantaggio fondamentale che può aiutare nell'accettazione di un modello di funzionamento finalizzato al TQM è la visibilità delle ricadute che il sistema produce nella quotidianità della pratica clinica.

Con questo modello organizzativo:

- l'utilizzatore della struttura (cliente, utente o paziente) può sapere in anticipo:
  - se e come quello che gli viene proposto può essere utile per il suo problema;
  - cosa comporta in termini di impegno o rinuncia;
- il professionista può sapere se:

- quanto realizza è stato efficace per curare il problema clinico di cui è stato investito;
- ha rispettato i criteri di efficienza produttiva che l'organizzazione gli ha richiesto;
- il responsabile della struttura può sapere se:
  - il livello di efficienza produttiva raggiunto è compatibile con gli standard assegnati alla sua organizzazione;
  - il prodotto terapeutico realizzato risponde alla domanda di trattamento presente nel territorio;
  - quali variazioni in termini di patologia evitata e/o di salute acquisita i prodotti terapeutici erogati riescono ad ottenere;
  - i costi sostenuti sono in linea con il budget assegnato.

Un controllo di gestione finalizzato al TQM in definitiva interroga l'organizzazione sotto diversi profili e fornisce valutazioni multiple utili al miglioramento continuo.

## LA DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI DEL SER.D.

Il Servizio per le Dipendenze (Ser.D.) può essere definito come un insieme di persone, di risorse e di processi coordinati e interdipendenti finalizzati al perseguimento di determinati obiettivi. L'obiettivo prioritario è quello di contribuire a migliorare il livello di salute dei cittadini attraverso l'erogazione di prodotti sanitari conformi agli standard internazionali di cura.

Il Ser.D. però è inserito in un contesto sociale, culturale, politico e normativo in relazione con numerosi soggetti: i malati e le loro famiglie; il personale dipendente e le sue organizzazioni; le istituzioni; le strutture accreditate e altri ancora. Ognuno di questi soggetti è portatore di esigenze ed aspettative (espresse e/o inconse) diverse e a volte completamente divergenti fra loro.

L'interrelazione fra questa struttura organizzativa ed i vari portatori di interesse produce, nei diversi contesti ambientali, declinazioni differenti dell'obiettivo prioritario a cui spesso si aggiungono richieste di attività finalizzate al contenimento delle ricadute che l'uso, l'abuso e la dipendenza generano nel contesto sociale.

Per questa ragione è necessario ridefinire continuamente con le strutture sovra ordinate gli obiettivi generali del servizio dati dal bilanciamento delle aspettative di tutti i portatori di interesse che ovviamente possono variare nel tempo.

## COME VALUTARE L'EFFICIENZA: LA SCELTA DEGLI INDICATORI

### Box 26 Definizione di efficienza in ambito socio sanitario

L'efficienza di un'organizzazione socio sanitaria che si occupa di dipendenza si misura dalla capacità della stessa di produrre prodotti terapeutici utili ad accrescere lo stato di salute o ad evitare una nuova patologia con il minor impiego di risorse.

L'efficienza si suddivide in:

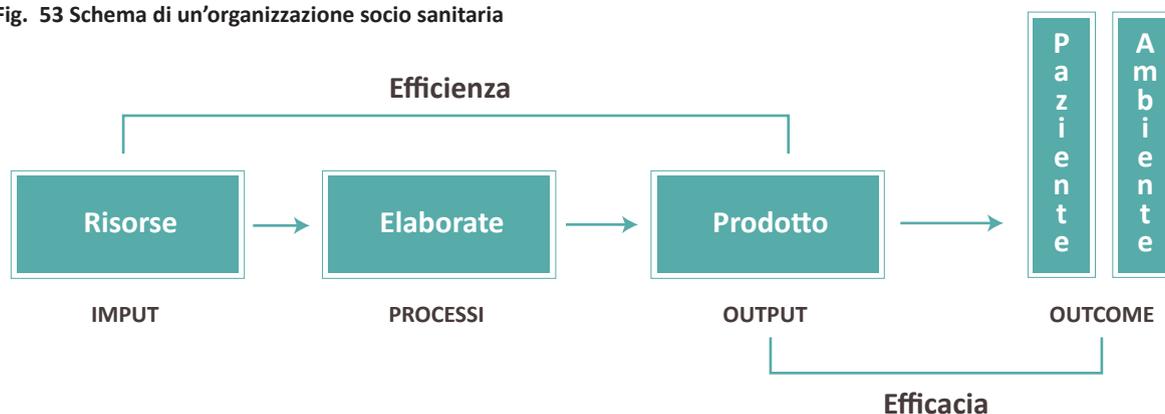
- **efficienza produttiva** quando esprime il rapporto esistente tra le risorse impiegate ed il numero di prodotti terapeutici erogati;
- **efficienza allocativa** quando esprime la percentuale, del numero complessivo di prodotti terapeutici, erogati da una determinata equipe dello staff complessivo.

Gli indicatori per valutare l'efficienza del Ser.D. di Trento sono stati scelti in base alla loro rilevanza informativa ed in base alla possibilità di recuperare i dati dal sistema informatico gestionale utilizzato (Ippocrate Ser.D.) comparando i benefici informativi con i costi di rilevazione.

Ippocrate Ser.D. consente di estrarre, a costo irrisorio ed in tempo reale, indicatori in grado di misurare l'efficienza produttiva del Servizio e/o l'efficienza allocativa delle varie equipe terapeutiche presenti nell'organizzazione e/o delle aree sanitaria, sociale e psicologica.

Gli indicatori di efficienza produttiva sono inoltre articolati in indicatori di output, economici e di densità assistenziale.

Fig. 53 Schema di un'organizzazione socio sanitaria



Fonte: elaborazione APSS

Per la comprensione degli indicatori si chiarisce che secondo le indicazioni del progetto Sesit, versione 2004:

- per **prestazioni** si intendono le attività elementari che ciascuna figura professionale eroga (Protocollo e standard, Statement sulla valutazione dell'outcome, Glossario tecnico e definizioni) e realizzate secondo i dettami dell'*evidence based medicine*.

- per **intervento d'area** (P.A.S., programma assistenziale specifico) si intende un aggregato di prestazioni legate da una logica sequenziale e finalizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso.

- per **progetto terapeutico complessivo** (P.A.G. programma assistenziale generale) si intende un insieme coordinato di interventi d'area finalizzati ad un'unica finalità.

I progetti terapeutici complessivi rappresentano il prodotto terapeutico in termini di output.

## INDICATORI DI OUTPUT

Tab. 48 Indicatori di output

Indicatore e formula	Risultato	Definizioni
<i>Nr progetti terapeutici per operatore</i> [nr progetti terapeutici totali/nr operatori totali]	Numero di progetti terapeutici per operatore per anno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Progetti terapeutici:</b> attività assistenziali (P.A.G.) individuate da una data di apertura e da una data di chiusura</li> <li>• <b>Operatori:</b> tutti coloro che operano presso il Ser.D. (anche il personale impiegato in attività di supporto)</li> </ul>
<i>Nr pazienti per operatore</i> [nr pazienti totali/nr operatori totali]	Numero pazienti in carico per operatore per anno	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pazienti:</b> tutti i soggetti seguiti dal Ser.D. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale</li> <li>• <b>Operatori:</b> tutti coloro che operano presso il Ser.D. (anche il personale impiegato in attività di supporto)</li> </ul>

Fonte: elaborazione APSS

Gli indicatori sono rilevati a cadenze definite generalmente a base annua. In caso di situazioni che appaiono anomale (es. uno scostamento significativo rispetto al precedente periodo) si possono analizzare in profondità i dati consultando altri elementi di dettaglio disponibili nel sistema informativo attraverso specifiche *query* (interrogazione specifica di un database).

### COME CONSIDERARE IL CASE MIX DEI PAZIENTI PER LA VALUTAZIONE

Contare solo il numero complessivo dei pazienti seguiti genera un'evidente distorsione perché il *case mix* – ossia la tipologia dei pazienti trattati – è vario.

La mancanza di una classificazione scientifica condivisa dei pazienti con dipendenza secondo una scala di gravità (patologia e situazione clinica) non permette di sviluppare appositi indicatori.

Di seguito si riportano i criteri per la misurazione della gravità adottati dal Ser.D. di Trento anche se nell'ambito di questo lavoro si è deciso di applicare la misurazione del tempo dedicato al paziente per la strutturazione del prodotto terapeutico. Si è infatti presunta una condizione più impegnativa/grave per i pazienti che necessitavano di una maggiore densità assistenziale. Nella valutazione annuale il paziente a cui sono state erogate prestazioni per almeno 15 ore/anno rappresenta l'unità di riferimento. Le 15 ore sono state scelte considerando che, in media, il Ser.D. di Trento ha una densità assistenziale per paziente di 15 ore/anno.

Di conseguenza, un paziente cui sono state erogate prestazioni fino a 7,5 ore/anno, avrà un impatto dimezzato nella conta dei carichi di lavoro.

### CRITERI DI GRAVITÀ NELLA PATOLOGIA DA DIPENDENZA APPLICATI NEL SER.D. DI TRENTO.

#### Box 27 Definizione di gravità in ambito socio sanitario

La gravità nella patologia da dipendenza è una caratteristica attribuita ad una situazione clinica da un'equipe multidisciplinare a seguito della conoscenza progressiva del paziente e del contesto ambientale. La valutazione multidisciplinare disegna la fotografia data dell'equilibrio dinamico tra fattori favorenti e protettivi ad una certa data.

La gravità è una caratteristica che varia nel tempo ed è correlata ad una previsione di prognosi e di esito della malattia da dipendenza. In particolare:

- al decorso della malattia da dipendenza;
- al rapporto con sostanza/e o comportamenti che sostengono la dipendenza;
- all'intensità e alla qualità della sofferenza presentata dal paziente;
- alla possibile minaccia per l'integrità della sua persona, compreso il pericolo di morte;
- al grado di compromissione socio-relazionale (familiare, lavorativo, abitativo, ecc.) che la malattia da dipendenza provoca;
- alla possibilità o meno di attivare risorse personali favorenti la stabilizzazione del sintomo o il possibile cambiamento dei comportamenti correlati alla dipendenza;

- alla possibilità o meno di attivare risorse familiari/amicali o di rete favorenti la stabilizzazione del sintomo e il possibile cambiamento dei comportamenti correlati alla dipendenza.

La valutazione di gravità complessiva comprende quindi elementi che non sono esclusivi del rapporto con le sostanze e che non sono solo di tipo sanitario quindi è possibile affermare che la gravità osservata è influenzata dal terreno culturale, neurobiologico, psicologico e socio relazionale in cui si sviluppa la patologia da dipendenza.

I fattori che compromettono l'alleanza terapeutica e che influiscono negativamente sulla trattabilità sono quelli che, in definitiva, determinano maggiormente la gravità complessiva della situazione clinica in oggetto.

La gravità della patologia da dipendenza deve essere distinta dalle complicanze: queste ultime, infatti, rendono più articolato e complesso il trattamento e possono anche determinare esiti peggiori o infausti, ma non rendono più grave in sé la malattia da dipendenza.

Le complicanze influenzano la gravità della situazione quando compromettono la possibilità di un trattamento.

La gravità, essendo il prodotto di una progressiva valutazione diagnostica multidisciplinare, deve essere storicizzata in quanto cambia a seconda delle informazioni reperite, degli strumenti attivati e delle possibilità operative di cura.

La gravità inoltre è influenzata dai parametri di giudizio di "normalità" e di "tollerabilità" interiorizzati da chi valuta, quindi è un concetto relativo.

La relatività della gravità dipende anche da:

- omissione o manipolazione delle informazioni fornite al valutatore;
- scrupolo del valutatore nella raccolta, nel confronto e nella integrazione delle informazioni che ottiene;
- competenza e capacità del valutatore nel raccogliere e comprendere gli elementi significativi.

In definitiva la valutazione di gravità dipende dalla "cultura" e dalle informazioni di cui dispone il valutatore.

Le variabili da indagare necessariamente per una valutazione di gravità sono:

- l'oggetto della dipendenza: la/le sostanza/e o i comportamenti che sostengono la sintomatologia della dipendenza;

- la dinamica della dipendenza: la modalità di insorgenza, la durata, la velocità di sviluppo, il grado di coinvolgimento con la/le sostanza/e o con il comportamento dipendente correlato alla particolare dipendenza;

- la struttura psichica: la strutturazione della personalità in grado di influenzare i comportamenti dipendenti;

- la situazione di salute, antecedente, conseguente o concomitante il comportamento dipendente: le patologie infettive, internistiche, psichiatriche, ecc.;

- la situazione sociale: famiglia, convivenza, situazione economica, condizioni di vita, ecc.;

- la situazione giuridica: pendenze penali, possibilità di delinquere, ecc.;

- la situazione affettiva e relazionale: possibilità di supporto familiare, amicale ecc.

La fase di motivazione al cambiamento del paziente non è necessariamente un elemento di gravità. La motivazione, infatti, non è una caratteristica solo del paziente, ma è una caratteristica della relazione terapeuta-ambiente-paziente: è modificabile attraverso specifici interventi tecnici e il paziente può essere accompagnato attivamente nel suo progresso motivazionale.

Le condizioni motivazionali sfavorevoli (precontemplazione, contemplazione) sono solo la condizione di partenza che richiede specifici interventi tecnici, ma non indicano di per sé una condizione "più grave". È solo un paziente più difficile da trattare.

Da ricordare anche che la motivazione al cambiamento non è generale, cioè non riguarda allo stesso modo tutte le problematiche che interessano il paziente. Ad esempio, un paziente con dipendenza da sostanze può essere disponibile al cambiamento per l'uso di eroina, ma non per l'uso di cannabis o di alcool.

Sono fattori aggravanti il quadro clinico:

- la precocità dell'esordio, in particolare prima dei 20/25 anni (SNC non ancora maturo);
- la continuità dell'assunzione di sostanza o del comportamento senza intervalli liberi;
- la non richiesta di aiuto o la persistenza del comportamento nonostante gli interventi terapeutici;
- la lunga durata dell'assunzione di sostanza o del comportamento;
- la pervasività del comportamento tossicomano nei diversi ambiti di vita;

- l'assenza di fattori protettivi "sani" da sostenere e da utilizzare come elementi protettivi di un comportamento dipendente;
- particolare importanza va data alle caratteristiche della relazione terapeuta-paziente in particolare, va verificata l'accettazione della relazione contrattuale e il riconoscimento del terapeuta.

Tutti i disturbi di personalità e in particolare, per la loro frequenza nei pazienti dipendenti, quelli del cluster B del DSM-IV-TR (borderline, antisociale, narcisistico e istrionico) e il funzionamento mentale perverso (concetto psicodinamico, non ripreso nel DSM) costituiscono seri impedimenti al trattamento, tali da determinare un aumento di gravità.

**La situazione sociale:** la condizione della famiglia di origine (conviventi/separati) e il rapporto instaurato con i componenti della famiglia possono influire pesantemente sulla gravità. Normalmente genitori separati e conflittuali, o genitori accidentati e anaffettivi sono fattori di gravità. La convivenza con soggetti anch'essi dipendenti da sostanze o da un comportamento patologico può costituire un ulteriore fattore aggravante del quadro clinico. Altro elemento di gravità è nella cultura familiare: quando è strutturata in senso antisociale (es. il misurare il valore della persona solo dal denaro e ritenere che qualsiasi mezzo sia lecito per procurarselo), rende non fruibile dal paziente buona parte dell'intervento terapeutico, in quanto sempre fondato su presupposti valoriali (legalità, onestà, tutela della vita)

anche quando non è giudicante. La cultura della famiglia, quindi, può costituire un fattore di gravità. Una situazione economica precaria o insufficiente per il sostentamento minimo è sicuramente un elemento di gravità come una condizione di emarginazione sociale e relazionale. Uno stile di vita strutturato attorno alla necessità di procurarsi denaro per mantenere il comportamento dipendente, soprattutto se porta a comportamenti antisociali (spaccio, prostituzione, truffe e reati contro il patrimonio) è un fattore di gravità del quadro clinico. Tali modalità di procurarsi denaro radicalizzano la dipendenza del paziente, facendogli perdere contatto con la "normalità" e assorbire come "naturale" modalità patologiche di vita.

**La situazione giuridica:** in linea di massima può essere espressione di una maggiore gravità, in quanto la malattia da dipendenza ha introdotto il paziente nel circuito penale anche se gli effetti di una restrizione carceraria possono anche essere positivi per lo sviluppo di una relazione terapeutica per cui nella distanza ridurre la gravità della situazione clinica.

**La situazione affettiva:** se il rapporto emotivo-affettivo tra il paziente e un eventuale partner di riferimento anch'esso dipendente è molto intenso, se si ha di fronte un legame simbiotico, agito sia in modo amoroso-fusionale sia in modo aggressivo-conflittuale, la regressione psicologica del paziente rende il quadro di dipendenza più radicale e più maligno. Non si tratta in questa situazione di una complicazione, ma di un vero e proprio elemento di gravità significativo.

## INDICATORI ECONOMICI

Tab. 49 Indicatori economici

Indicatore e formula	Risultato	Definizioni
<i>Costo totale per paziente</i> [costo di assistenza totale/nr pazienti totali]	Costo medio per paziente	<u>Costo totale:</u> costo imputabile alla struttura del Ser.D. come risulta dalla contabilità analitica del periodo preso in considerazione. Si tratta di: costo del personale, consumi, ammortamenti, altri costi. Per quanto riguarda gli altri costi si evidenzia che nel caso non sia possibile un'attribuzione diretta in contabilità analitica al Ser.D. questi sono assegnati al Servizio in base ad algoritmi di attribuzione definiti dal Servizio Controllo di Gestione dell'APSS.
<i>Costo totale per progetto terapeutico</i> [costo di assistenza totale/nr progetti terapeutici totali]	Costo medio per progetto terapeutico	

Indicatore e formula	Risultato	Definizioni
Costo d'assistenza per paziente [costo d'assistenza/nr pazienti d'area]	Costo medio d'assistenza per paziente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Pazienti</b>: tutti i soggetti seguiti dal Ser.T. per i quali c'è stato un consumo di risorse e si è aperto un fascicolo personale.</li> <li>• <b>Costo d'assistenza</b>: somma dei costi delle singole prestazioni erogate al paziente in un intervallo di date.</li> <li>• <b>Costo della prestazione</b>: conteggia anche una quota forfettaria rispetto a tutti gli altri costi dell'assistenza</li> <li>• <b>Quota forfettaria</b>: costi "residuali" diviso il numero consuntivo del periodo di tutte le prestazioni. I costi presi in considerazione si desumono dalle tabelle di Ippocrate.</li> </ul>
Costo d'assistenza per intervento [costo d'area/nr progetti terapeutici]	Costo medio per intervento	

Fonte: elaborazione APSS

## INDICATORI DI DENSITÀ ASSISTENZIALE

Tab. 50 Indicatori di densità assistenziale

Indicatore e formula	Risultato	Definizioni
Tempo medio per paziente [tempo totale dedicato ai pazienti/nr pazienti totali]	Tempo medio dedicato per paziente	<b>Tempi totali</b> : sono calcolati in base ai tempi registrati nel sistema informativo per tutte le prestazioni erogate al singolo paziente
Nr di prestazioni totali per paziente	Media di prestazioni per paziente seguito differenziato per obiettivo di trattamento	<b>Prestazioni</b> : tutte le attività elementari che ciascuna figura professionale eroga, individuate e codificate secondo le indicazioni del progetto Sesit versione 2004

Fonte: elaborazione APSS

## LA VALUTAZIONE DELL'OUTCOME DEI TRATTAMENTI

### Box 28 La valutazione dell'outcome

I servizi che si occupano di dipendenza sono organizzazioni socio-sanitarie complesse che hanno risorse definite (input) che, elaborate con l'immissione di un valore aggiunto, dato dal *know-how* dei professionisti e dall'assetto organizzativo (processi), producono interventi che si concretizzano nei progetti terapeutici (output).

I progetti terapeutici sono proposti ai pazienti che afferiscono e la risultante fra il progetto terapeutico, il paziente e la realtà socio culturale in cui entrambi gli attori vivono determina il risultato terapeutico (*outcome*).

L'*outcome* quindi è dato dalla complessa interazione fra l'attività del servizio, la tipologia dei pazienti e l'ambiente sociale, culturale e politico di contesto. Date queste premesse, ne consegue che uno stesso prodotto terapeutico presentato a soggetti diversi

produce outcome differenti e lo stesso servizio, con gli stessi prodotti terapeutici, dislocato in un ambiente socio culturale diverso produce outcome differenti.

Per la costruzione del modello per la valutazione dell'outcome dei trattamenti si è reso necessario procedere attraverso quattro step:

1. la definizione di "valutazione dell'outcome";
  2. la definizione di cos'è e come si struttura un progetto terapeutico;
  3. la definizione di "processo";
  4. la differenziazione dell'utenza.
1. La valutazione dell'outcome è stata definita come

*la visualizzazione dei risultati conseguiti con una specifica attività, intrapresa per raggiungere un obiettivo dichiarato, a cui è stato assegnato un determinato valore individuato da specifici indicatori*

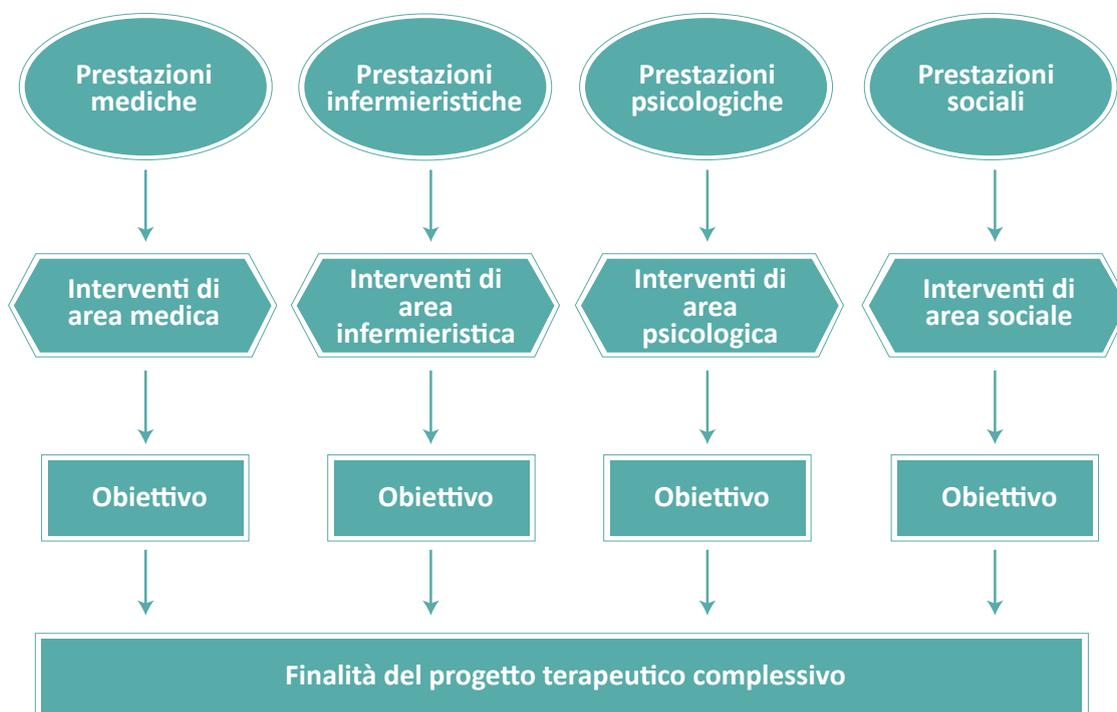
Si vuole quindi verificare se gli interventi attuati con i giocatori patologici hanno prodotto i risultati previsti in termini di salute aggiunta e/o di patologia evitata.

2. La costruzione di un progetto terapeutico parte dalla declinazione dei suoi costituenti di base: le prestazioni. Le prestazioni, come detto precedentemente, sono le attività elementari che ciascuna figura professionale eroga, individuate e codificate secondo le indicazioni e i dettami della letteratura di settore.

Un aggregato di prestazioni, legate da una logica sequenziale ed indirizzate ad un obiettivo esplicito e condiviso con il paziente, costituisce un intervento d'area specialistico. In un'organizzazione sociosanitaria per la cura e riabilitazione delle dipendenze da gioco patologico, che per definizione è multidisciplinare, avremo interventi specialistici d'area: medica, infermieristica, psicologica, sociale e/o educativa.

Un insieme coordinato di interventi d'area specialistici orientati ad una finalità generale condivisa con il paziente costituisce il progetto terapeutico complessivo.

**Fig. 54** Costruzione di un progetto terapeutico



Fonte: elaborazione APSS

La finalità generale del progetto terapeutico non può necessariamente essere in contrasto con nessuno degli obiettivi degli interventi specialistici che lo costituiscono.

È possibile che in alcuni progetti terapeutici non sia necessaria la contemporanea o sequenziale attivazione di tutti gli interventi d'area specialistici multi professionali che il Ser.D. può erogare in quanto non richiesto dal paziente o non ritenuto utile dall'équipe per raggiungere la finalità generale del progetto terapeutico.

3. Il processo declina la procedura con cui le prestazioni sono aggregate nella costruzione degli interventi specialistici e la procedura di integrazione/successione dei vari interventi specialistici nella costituzione del progetto terapeutico complessivo.

Tutti i progetti terapeutici devono ovviamente essere sempre rintracciabili, nei dettagli, nel fascicolo personale del paziente ed è indispensabile predefinire:

- i criteri per l'apertura, la chiusura e l'interruzione sia degli interventi d'area sia dei progetti terapeutici complessivi;

- i criteri di inclusione ed esclusione dei pazienti nei vari interventi specialistici e nei progetti terapeutici complessivi;
- il setting corretto di attuazione delle singole prestazioni e degli interventi specialistici d'area.

Per ogni progetto terapeutico infine devono essere predefiniti gli indicatori misurabili che rappresentano l'esito.

Indicatori che per essere scelti devono possedere le seguenti caratteristiche:

- la semplicità, ovvero le risorse necessarie per la loro raccolta ed elaborazione devono essere trascurabili rispetto a quelle necessarie per la realizzazione del prodotto che hanno la pretesa di misurare;
- la corrispondenza, ovvero devono essere in grado di visualizzare il prodotto specifico.

I prodotti terapeutici previsti nel Ser.D. di Trento per la domanda di trattamento "gioco patologico" sono molteplici (Tab. 51).

**Tab. 51 Prodotti terapeutici previsti nel Ser.D. di Trento**

Tipologia – Programma	Obiettivo
<b>Aggancio</b>	Ritenzione in trattamento e verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al cambiamento del comportamento
<b>Stabilizzazione</b>	Contenere i sintomi e supportare la capacità di gestione delle difficoltà della vita quotidiana (migliorare la qualità della vita) che la patologia comporta
<b>Induzione del cambiamento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Attivare le azioni necessarie per raggiungere la cessazione del gioco patologico</li> <li>• Riconoscere e affrontare gli eventuali elementi di problematicità che sostengono la patologia</li> </ul>
<b>Gestione del cambiamento</b>	Promuovere il consolidamento dei risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento

Fonte: elaborazione APSS

Anche i progetti terapeutici e i relativi indicatori d'esito sono molteplici (Tab. 52, Tab. 53, Tab. 54, Tab. 55).

**Tab. 52 Indicatori d'esito del PGT di aggancio**

Obiettivo	Esito		
	Successo	Successo parziale	Insuccesso
Ritenzione in trattamento <b>Peso 80</b>	Aderenza almeno all'80% degli appuntamenti programmati	Aderenza a meno dell'80% degli appuntamenti programmati	Abbandono
Verifica della possibilità di strutturare un progetto terapeutico volto al controllo del sintomo <b>Peso 20</b>	Strutturazione di un PGT volto al controllo del sintomo	Persistenza nel PGT di aggancio	Abbandono

Fonte: elaborazione APSS

Tab. 53 Indicatori d'esito del PGT di stabilizzazione del sintomo

Obiettivo	Esito		
	Successo	Successo parziale	Insuccesso
Contenere i sintomi <b>Peso 60</b>	Riduzione almeno del 50% della sintomatologia presentata all' <i>intake</i> come da valutazione dell'equipe	Riduzione di meno del 50% della sintomatologia presentata all' <i>intake</i> come da valutazione dell'equipe	Nessuna sostanziale modifica rispetto al quadro presentato all' <i>intake</i> come da valutazione dell'equipe
Migliorare la qualità della vita <b>Peso 20</b>	Raggiunti due o più elementi di miglioramento della qualità della vita come evidenziato nell'assessment iniziale	Raggiunto un solo elemento di miglioramento della qualità della vita	Nessun elemento raggiunto
Ridurre i rischi <b>Peso 20</b>	Aderenza totale ai comportamenti previsti dal percorso psico-educazionale	Aderenza parziale fino al 50% ai comportamenti previsti dal percorso psico-educazionale	Nessuna aderenza al percorso psico-educazionale

Fonte: elaborazione APSS

Tab. 54 Indicatori d'esito del PGT di induzione del cambiamento

Obiettivo	Esito		
	Successo	Successo parziale	Insuccesso
Cessazione dei sintomi da gioco <b>Peso 100</b>	Riduzione progressiva della sintomatologia fino alla completa cessazione del sintomo a 6 mesi	Riduzione progressiva della sintomatologia, fino al 70% di quella all' <i>intake</i> a 6 mesi	Riduzione progressiva della sintomatologia meno del 70%, a 6 mesi

Fonte: elaborazione APSS

Tab. 55 Indicatori d'esito del PGT di gestione del cambiamento

Obiettivo	Esito		
	Successo	Successo parziale	Insuccesso
Consolidare i risultati raggiunti con il programma d'induzione del cambiamento. <b>Peso 100</b>	Cessazione del gioco patologico dopo i 6 mesi fino a conclusione del progetto	Fugaci e temporanee ricadute nel sintomo (durata max della ricaduta un mese)	Ricaduta persistente nel tempo (durata più di un mese)

Fonte: elaborazione APSS

4. Un progetto terapeutico genera outcome diversi se applicato a pazienti con differenti caratteristiche, per cui risulta indispensabile identificare delle coorti che possiamo considerare omogenee per un insieme finito di variabili.

Si potrebbe, ad esempio, differenziare per gravità della dipendenza, ma come detto precedentemente, al momento non ci sono valutazioni condivise su come classificare i diversi livelli di gravità del gioco patologico.

Il criterio utilizzato nel modello del Ser.D. di Trento è l'obiettivo terapeutico ovvero la finalità generale del trattamento che equipe terapeutica e paziente vogliono raggiungere nell'intervallo di tempo e nel contesto ambientale.

È possibile allora che in una coorte siano inseriti pazienti accomunati dallo stesso obiettivo terapeutico, ma con differenti quadri clinici.

Nel valutare i progetti terapeutici attuati con i pazienti dipendenti però, come per qualsiasi altro campo d'intervento in cui l'obiettivo è teso prevalentemente a promuovere un cambiamento di comportamenti e stili di vita, è importante avere ben presente che non è sempre possibile identificare una sicura correlazione di causa-effetto fra il trattamento effettuato ed i risultati misurati. Molto spesso, infatti, il trattamento in esame si somma a tutta una serie di interventi antecedenti ed è influenzato da molteplici variabili sia personali sia ambientali. L'outcome quindi è dato dalla complessa interazione fra l'attività del servizio, la tipologia dei pazienti e l'ambiente sociale, culturale e politico di contesto.

### LA VALIDAZIONE DEL MODELLO

Nell'ambito del progetto nazionale outcome del Dipartimento Nazionale Politiche Antidroga (DNPA), il Ser.D. di Trento ha partecipato al sotto progetto Val.Evol. che aveva l'obiettivo di osservare, con l'aiuto di una società di elaborazione dati esterna al servizio, il modello di monitoraggio degli esiti implementato a Trento. Il modello è stato costruito sulle dipendenze da sostanze, ma è applicabile a tutte le forme di dipendenza.

Quindi con il progetto Val. Evol. si è cercato di esplorare se il modello per la valutazione dell'outcome applicato nel Ser.D. di Trento ha una sua logica e applicabilità dal punto di vista dell'organizzazione.

### I DATI DI PARTENZA: GLI ASSISTITI NEL TRIENNIO 2007-2009

Al fine di poter disporre di un congruo campione di soggetti sulla base del quale condurre le analisi sulle numerose informazioni archiviate nell'ambito del trattamento degli utenti presso le sedi del Servizio per le Dipendenze della Provincia autonoma di Trento, sono stati selezionati gli utenti assistiti (in carico o in carico temporaneo) e dimessi nel triennio 2007-2009.

Il dataset selezionato per lo studio conteneva informazioni relative a 1.145 pazienti, per i quali sono stati considerati anche eventuali dati storici relativi ai tre anni precedenti il periodo di osservazione, quali potenziali fattori socio-sanitari che possono condizionare l'esito del programma terapeutico o del trattamento sanitario erogato.

Il dataset iniziale era composto, quindi, da archivi differenziati in relazione alle informazioni "storiche" ed alle informazioni inerenti il periodo di riferimento.

### LA CREAZIONE DI TRE ARCHIVI INFORMATIVI SU PROGRAMMI TERAPEUTICI, TRATTAMENTI FARMACOLOGICI, E PERIODO DI OSSERVAZIONE

Al fine di poter condurre le opportune analisi statistiche per il conseguimento degli obiettivi definiti nel progetto di studio, si è resa necessaria la predisposizione di tre archivi unici contenenti tutte le informazioni a disposizione relative alle unità statistiche elementari oggetto di studio.

In particolare:

1. un archivio unico per i programmi terapeutici, questi ultimi considerati come unità statistica elementare;
2. un archivio unico per i trattamenti farmacologici, questi ultimi considerati come unità statistica elementare;
3. un archivio unico per i pazienti assistiti nel periodo di osservazione e facenti parte del campione oggetto di studio.

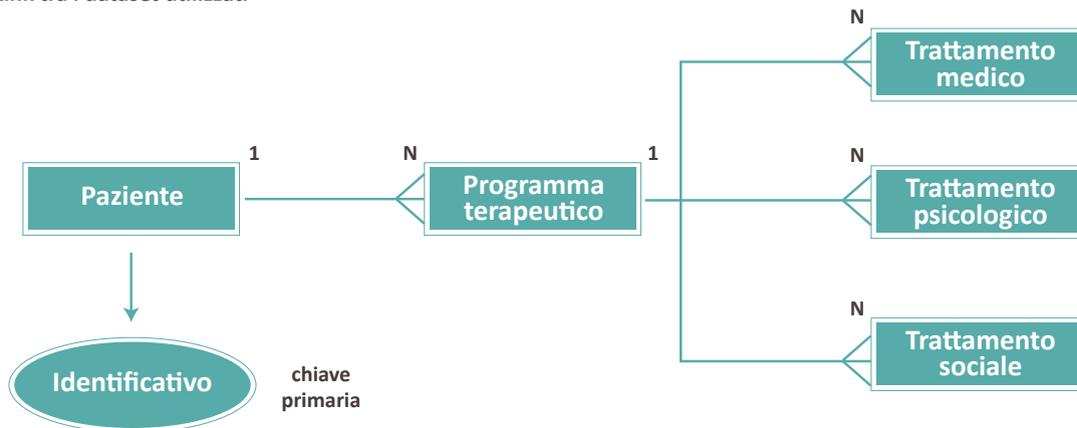
Per ciascun archivio "unico" sono state quindi trasferite le seguenti informazioni su un singolo record, quindi:

- caratteristiche socio-demografiche del soggetto: sesso, età, cittadinanza, anno del primo contatto con un generico servizio per le dipendenze, inviante presso il servizio, stato civile, livello d'istruzione, situazione lavorativa, tipologia di convivenza, mezzi di sostentamento, presenza di figli, situazione genitori e problemi famigliari. Per le informazioni oggetto di variazione temporale, sono state considerate anche le informazioni pregresse relative al periodo 2005-2006;
- storia di abuso di sostanze: sostanza primaria, età alla prima assunzione, frequenza d'uso, modalità di assunzione, poliassunzione;
- storia terapeutica: programmi terapeutici e tipo di trattamenti effettuati, ivi incluse le informazioni pregresse relative al periodo 2005-2006;
- altre informazioni: carcerazioni, segnalazioni NOA<sup>200</sup> (Pre-fettura), periodi in comunità di recupero, patologie concomitanti di tipo psichiatrico o virale.

L'archivio unico relativo ai pazienti (il paziente rappresenta l'unità statistica elementare), arrivò a contenere 1.145 record, quindi uno per ciascun soggetto incluso nello studio.

Con riferimento all'archivio unico dei programmi terapeutici (il singolo programma terapeutico rappresenta l'unità statistica elementare) i record sono numericamente superiori al contingente di soggetti arruolati nello studio, in relazione alla corrispondenza di uno o più programmi terapeutici per ciascun paziente.

Fig. 55 Link tra i dataset utilizzati



Fonte: elaborazione APSS

In questo schema sono raffigurate le relazioni esistenti tra l'archivio dei pazienti, quello dei programmi terapeutici e quelli delle varie tipologie di trattamento. Come si può notare, ad un paziente possono essere associati più programmi terapeutici e all'interno di un programma terapeutico possono essere inclusi più trattamenti medici, psicologici e sociali.

L'attribuzione dei trattamenti medici, psicologici o sociali, ai programmi terapeutici, è possibile solo attraverso la corrispondenza delle date di inizio e fine trattamento alle relative date di inizio e fine programma terapeutico.

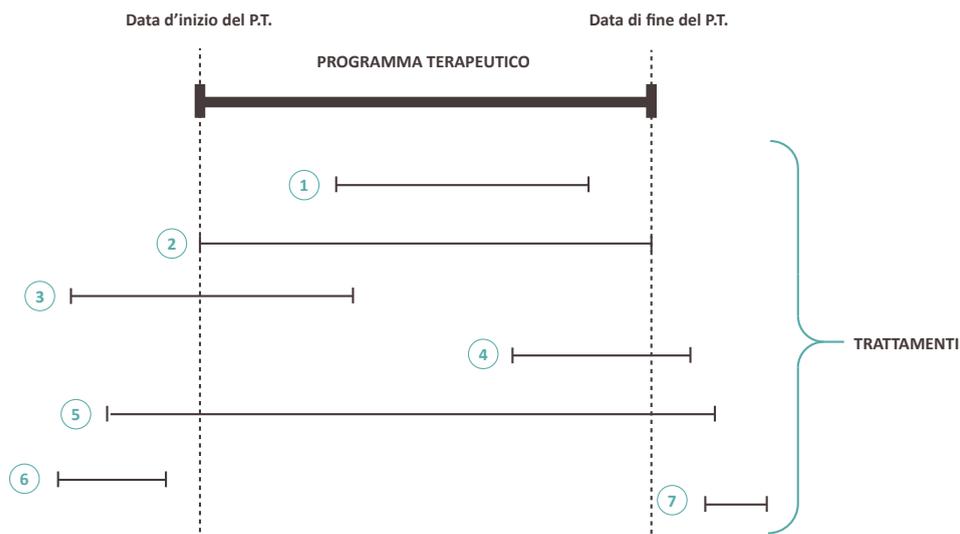
Con riferimento all'archivio unico sui programmi terapeutici, di seguito sono descritte le procedure di record linkage tra i diversi archivi, distinte in due fasi, la prima delle quali dedicata all'attribuzione dei trattamenti ai rispettivi pro-

grammi terapeutici. Nella seconda fase del record linkage, al dataset ottenuto nella prima fase sono state aggregate tutte le informazioni disponibili sul paziente, vale a dire le variabili di tipo socio-anagrafico, quelle relative a esperienze comunitarie o di detenzione, all'uso di sostanze, a segnalazioni NOA, a patologie psichiatriche o infettive e, infine, quelle che riportano informazioni pregresse al periodo di osservazione.

L'accorpamento dei programmi terapeutici contigui ha generato un nuovo archivio contenente **1.932** programmi terapeutici.

Per l'attribuzione dei trattamenti ai rispettivi programmi terapeutici sono state confrontate le date d'inizio e di fine trattamento con quelle del programma terapeutico, secondo lo schema di seguito riportato.

Fig. 56 Suddivisione dei trattamenti nei programmi terapeutici



Fonte: elaborazione APSS

## FASE II DEL RECORD LINKAGE

La seconda fase della procedura di aggregazione dei dati su singolo record per programma terapeutico, si è concentrata sull'accorpamento dei dati pregressi riferiti al periodo 2005-2006, nell'ipotesi che variazioni di tipo socio-demografico e terapeutico nel periodo precedente a quello di riferimento, possono influire sull'esito del programma terapeutico erogato nel triennio 2007-2009.

A tal fine sono state create delle variabili dicotomiche per indicare la presenza o l'assenza di variazione delle caratteristiche anagrafiche del paziente (stato civile, occupazione, convivenza, ecc.) nel periodo pregresso.

Per le informazioni pregresse di carattere terapeutico, sono state considerate le durate e gli esiti finali dei programmi terapeutici e dei trattamenti medici, psicologici e psichiatrici riferiti al periodo 2005-2006.

Tutte queste informazioni pregresse sono state inserite nel record del programma terapeutico relativo al paziente al quale si riferiscono i dati pregressi.

Successivamente alle fasi di accorpamento dei dati nell'archivio unico, è stato effettuato un controllo generale sul numero di programmi terapeutici e di trattamenti, nell'ambito del quale è emerso che non era associato nessun trattamento a trenta programmi terapeutici. Dopo attenta verifica sugli archivi originali è stato deciso di eliminare tali record, pervenendo quindi ad un dataset contenente **1.902** record relativi ai programmi terapeutici che raccolgono informazioni relative a **1.142** soggetti.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Il modello di valutazione dell'outcome proposto dal Ser.D. di Trento si basa su alcune considerazioni di fondo:

- l'esito di un programma terapeutico erogato ad un paziente tossicodipendente è la risultante dell'interazione fra gli interventi terapeutici erogati, il paziente e l'ambiente in cui i due attori vivono;
- non è dimostrabile un rapporto di causalità diretto fra il progetto terapeutico erogato dal servizio ed i risultati osservati nel paziente in quanto due delle tre variabili non sono completamente governate dal servizio.

L'outcome di un percorso terapeutico può essere, tuttavia, misurato attraverso:

- la predefinizione degli obiettivi che il progetto terapeutico ed i singoli trattamenti si propongono di raggiungere (che consente, tra l'altro, di ridurre il livello di autoreferenzialità);
- la predefinizione di indicatori d'esito coerenti con gli obiettivi dichiarati e concordati con il paziente;

- la suddivisione dei pazienti in funzione degli obiettivi dei trattamenti che hanno accettato di perseguire con consenso informato;
- la tracciabilità di ogni singolo trattamento, che consente una revisione a posteriori di quanto fatto con l'obiettivo di raggiungere il miglior rapporto costo-efficacia.

**Se si guarda ai risultati delle analisi esposte in questo lavoro di ricerca, questi concetti di fondo sono ampiamente sostenuti dai dati.**

Questo modello rende effettivamente possibile una valutazione d'esito misurabile in questi pazienti, così come è possibile individuare specifici fattori predittivi di successo e insuccesso del percorso terapeutico. Infatti, l'analisi bivariata e la regressione logistica hanno mostrato che il successo di un progetto terapeutico o di una terapia medica ha origini differenti a seconda del tipo di programma terapeutico realizzato e che le variabili legate in modo statisticamente significativo al successo di questi P.T. sono differenti.

## L'APPLICAZIONE DEL MODELLO

### PAZIENTI IN CARICO AL SER.D.

Nel corso del 2013 i pazienti del Ser.D. con diagnosi di dipendenza da gioco patologico sono 116, di cui 52 incidenti, ovvero presi in carico per la prima volta nell'anno. Nel 2007 i pazienti seguiti erano 4.

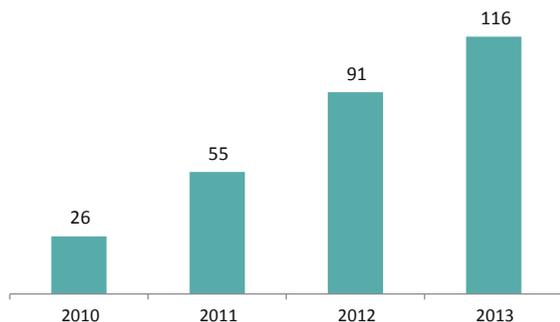
Questo da un lato riflette probabilmente la maggior conoscenza delle opportunità di cura sul territorio da parte dell'opinione pubblica, grazie anche all'opera di informazione e sensibilizzazione svolta in questi anni, dall'altro appare coerente con una storia di malattia che prevede lunghi tempi di latenza, in media 5 anni (DS: 5), prima di arrivare all'attenzione clinica e alla percezione di una esigenza di trattamento.

Di tale popolazione in trattamento la maggior parte (70% circa) è inserita in una fase di accoglienza e valutazione, che di fatto prevede già degli aspetti trattamentali accanto all'assessment, il 20% è in fase di stabilizzazione del sintomo, l'8% in induzione del cambiamento e solamente 3 soggetti risultano in gestione del cambiamento.

Dei pazienti seguiti, 34 sono stati posti in terapia psicofarmacologica con farmaco antidepressivo o stabilizzatore dell'umore, generalmente con l'obiettivo di trattare la psicopatologia comorbide.

Il grafico seguente mostra l'aumento esponenziale del numero di pazienti in cura presso il Ser.D. di Trento per questa patologia.

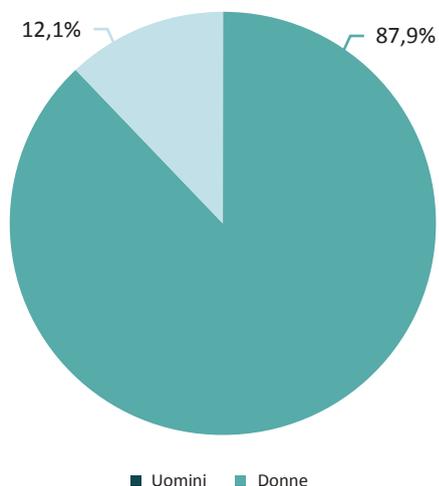
**Fig. 57. Prevalenza del GAP per anno presso i Ser.D. di provinciali**



Fonte: elaborazione APSS

I Ser.D. provinciali nel 2010 hanno seguito 26 pazienti con diagnosi di GAP, nel 2011 sono diventati 55, nel 2012 le persone seguite sono state 91 e nel 2013 il numero totale è arrivato a 116 soggetti. In quattro anni, quindi, il numero dei pazienti è più che quadruplicato.

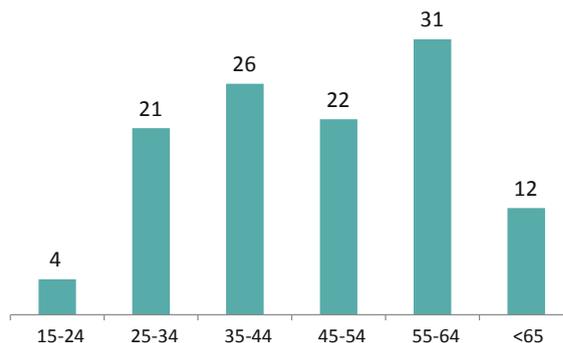
**Fig. 58 Distribuzione pazienti GAP per sesso**



Fonte: elaborazione APSS

La distribuzione per sesso vede la prevalenza maschile rispetto a quella femminile (uomini: 87,9%, N: 102 vs donne: 12,1%, N: 14). Il rapporto maschi/femmine è circa 1:7.

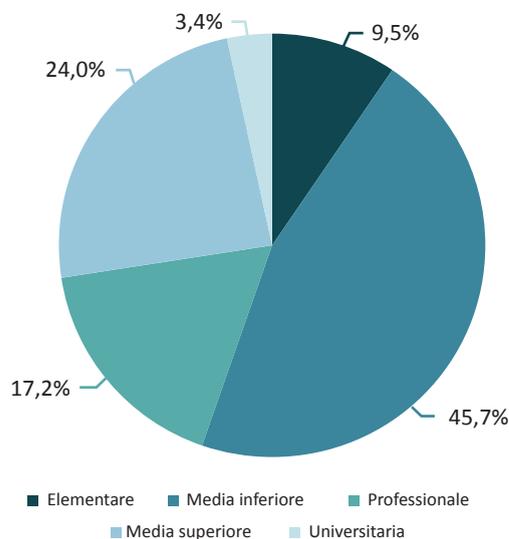
**Fig. 59 Distribuzione pazienti GAP per età**



Fonte: elaborazione APSS

L'età media dei pazienti seguiti è di poco più di 48 anni (48,1; DS: 13,3) con una maggiore rappresentazione della classe 55-64 anni. Le donne hanno un'età media significativamente più elevata rispetto agli uomini, con 58,6 anni in media contro i 46,6 degli uomini.

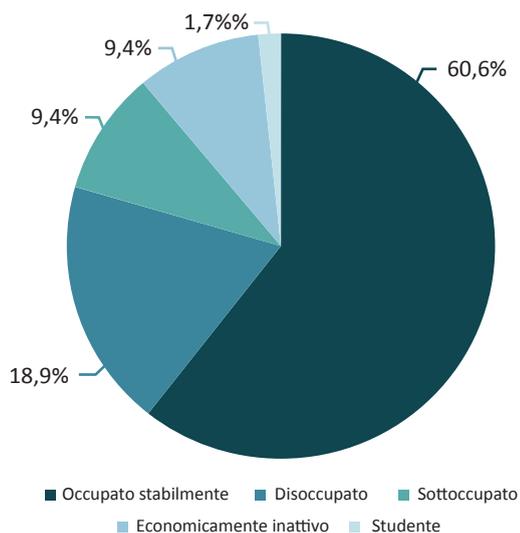
**Fig. 60 Distribuzione istruzione pazienti GAP**



Fonte: elaborazione APSS

I pazienti GAP in cura presso il Ser.D. hanno complessivamente un'istruzione medio-bassa (10 anni circa di istruzione). In particolare, il 9,5% ha un livello di scolarità elementare, il 45,7% ha conseguito il titolo di media inferiore, il 17,2% ha raggiunto la qualifica professionale, il 24% è in possesso di un diploma di scuola media superiore e solo il 3,4% ha una formazione universitaria. Si rileva inoltre che le donne hanno una scolarità media più elevata rispetto agli uomini (circa 11 anni contro 9 anni e mezzo) con una distribuzione di scolarità prevalente al livello di media superiore (donne: 50,0%, N: 7 su 14 vs uomini: 20,6%, N: 21 su 102) rispetto alla media inferiore che prevale negli uomini (uomini: 35,7%, N: 48 su 102 vs donne: 47,1%, N: 5 su 14).

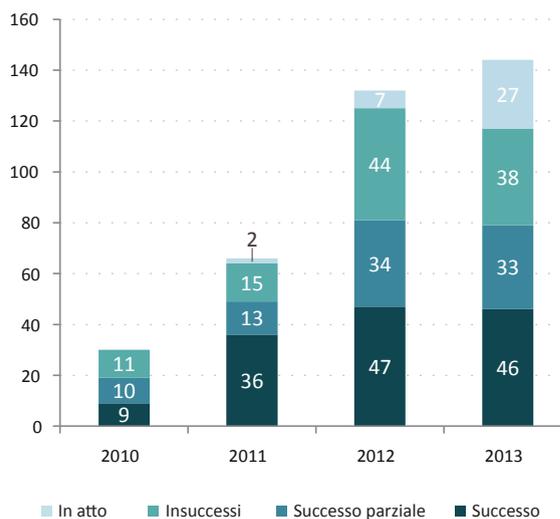
Fig. 61 Distribuzione occupazione pazienti GAP



Fonte: elaborazione APSS

Dal punto di vista lavorativo, oltre il 60% dei pazienti è occupato stabilmente, il 9,4% è sotto-occupato, il 18,9% disoccupato, il 9,4% economicamente inattivo e solamente 2

Fig. 62 Numero PGT per pazienti GAP per esito per anno



Fonte: elaborazione APSS

persone svolgono attività di studio. Globalmente, dunque, la maggior parte dei pazienti ha un'occupazione, ma circa un terzo non svolge alcun lavoro.

Tab. 56 Programmi terapeutici. Valori assoluti e percentuali. Anni 2010 – 2013

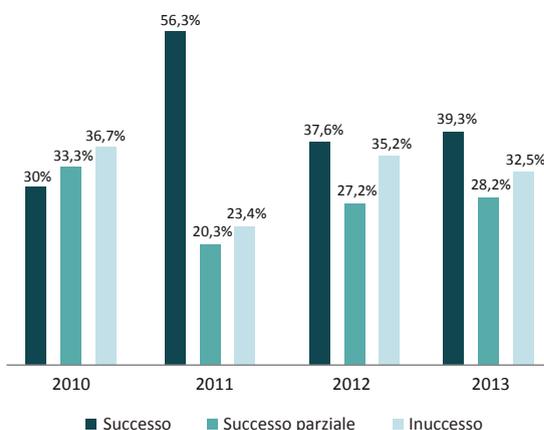
Esito	2010		2011		2012		2013	
	%	N	%	N	%	N	%	N
<b>Successo e successo parziale</b>	63,3	19	74,2	49	61,4	81	54,8	79
<b>Insuccesso</b>	36,7	11	22,7	15	33,3	44	26,4	38
<b>In atto</b>	0	0	3,0	2	5,3	7	18,8	27
<b>Totale</b>	100,0	30	100,0	66	100,0	132	4,0	144

Fonte: elaborazione APSS

Come evidenziato dal grafico e dalla tabella, nel periodo 2010 – 2013 è cresciuto il numero di progetti terapeutici per i pazienti GAP, i quali sono passati da 30 a 144, in coerenza con l'aumento dei pazienti seguiti.

Stratificando i PGT per esito ed escludendo dall'analisi i progetti terapeutici ancora in atto, si vede che negli anni 2010-2013 gli insuccessi si sono mantenuti tra il 23,4% e il 36,7%, i successi parziali fra il 20,3% e il 33,3% ed infine i successi fra il 30,0% e il 56,3%.

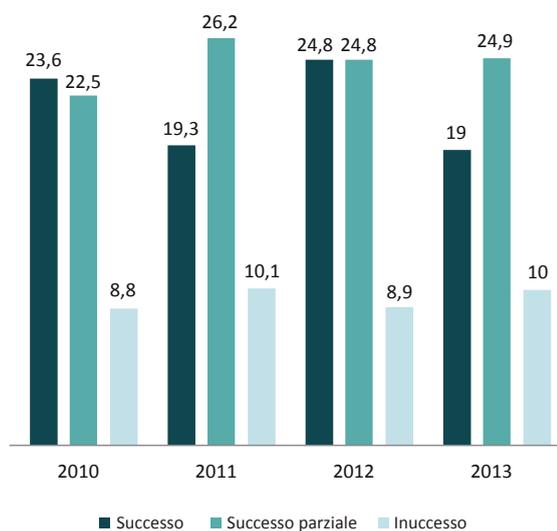
Fig. 63 Esiti dei PGT escludendo quelli ancora in atto (2010 – 2013). Valori percentuali



Fonte: elaborazione APSS

Sommando le percentuali di successo e di successo parziale si documenta dunque come mediamente in circa i due terzi dei casi seguiti i PGT producano un significativo miglioramento della sintomatologia. Escludendo i PGT che risultano ancora in atto, e limitando l'analisi all'anno 2013, risulta interessante inoltre rilevare che mediamente i progetti terapeutici che si concludono con un successo o un successo parziale hanno una durata pari a circa 8 mesi, mentre quelli che si esitano in insuccesso durano circa 5 mesi.

**Fig. 64 Durata media PGT per esito per anno**



Fonte: elaborazione APSS

Il tempo dedicato per la strutturazione di un singolo PGT è un indice della densità assistenziale quantitativa.

La durata media dei PGT per il GAP è 18 ore e mezza circa, con lievi fluttuazioni tra gli anni. Considerato che nell'arco temporale 2010-2013 la durata media di tutti i PGT erogati dal Ser.D. ai pazienti con qualsiasi forma di dipendenza è di 15 ore circa, escludendo dal calcolo i tempi dedicati alla sola somministrazione dei farmaci previsti nella dipendenza da eroina, si può ragionevolmente dedurre che i pazienti con GAP in media richiedono un maggior consumo di risorse.

La maggiore durata dei trattamenti potrebbe essere rapportata alla gravità e/o novità della patologia che tendenzialmente induce i professionisti del Ser.D. ad un maggior consumo di risorse.

L'analisi della tipologia delle prestazioni maggiormente utilizzate è un indice qualitativo del PGT perché esprime le aree professionali maggiormente coinvolte nella strutturazione dei progetti terapeutici. Di seguito si riporta un grafico riassuntivo delle principali prestazioni erogate ai pazienti GAP

nel corso del periodo 2010 – 2013. Si precisa che sono qui riportate le 15 prestazioni più rilevanti in termini numerici, ossia quelle che più frequentemente sono state utilizzate considerando il periodo 2010 – 2013. Il grafico sottostante documenta come il maggior consumo di risorse sia impiegato nelle attività telefoniche con il paziente, nelle visite psichiatriche e nei colloqui clinici individuali.

**Fig. 65 Prestazioni per pazienti GAP (2010 – 2013). Valori assoluti**



Fonte: elaborazione APSS

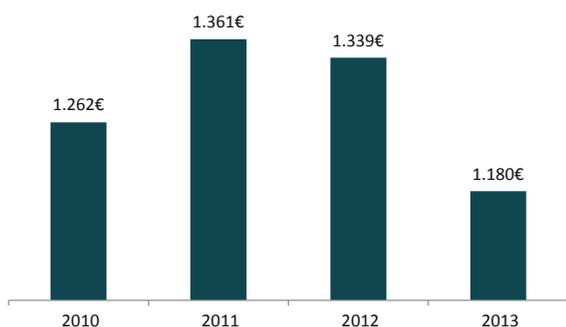
## I COSTI SANITARI

Con l'espressione "costi sanitari" si intende la somma totale dei costi sostenuti per erogare le prestazioni rivolte ai pazienti con GAP.

I costi sanitari sono dati dalla somma dei costi delle prestazioni erogate sul singolo paziente registrate sul diario clinico più il costo delle prestazioni non direttamente riferibili ad un paziente tipo le riunioni di equipe o le riunioni di area che comunque sono necessarie al funzionamento globale dell'assistenza.

Il costo di una prestazione è dato dal tempo registrato per l'erogazione e la registrazione moltiplicato per il costo minuto del professionista impiegato.

Il costo medio negli anni 2010-2013 per paziente è stato stimato in circa 1.270 euro a fronte della densità assistenziale del trattamento, documentata precedentemente, e della percentuale di successo.

**Fig. 66 Costo sanitario per anno**

Fonte: elaborazione APSS

Il trend temporale mostra una diminuzione dei costi con un minimo nel 2013 di circa 11.80 euro. La diminuzione dei costi per paziente è probabilmente correlata all'esperienza accumulata negli anni che consente di razionalizzare gli interventi che sono proposti ai pazienti senza influire sulla probabilità di esito.

La Tab. 57 mostra il costo medio paziente per anno.

**Tab. 57 Costo medio per paziente per anno (2010-2013)**

Anno	Costo in €	N pazienti	Costo paziente in €
2010	32.811,27	26	1.262
2011	74.876,35	55	1.361
2012	121.807,9	91	1.339
2013	136.930,2	116	1.180

Fonte: elaborazione APSS

Dai costi sanitari sono esclusi i costi per la prevenzione, i costi fissi della struttura e gli ammortamenti che rientrano nella voce costi totali.

Non è possibile, al momento, considerare i costi totali per i soli pazienti con GAP in quanto il dato a disposizione, fornito dal Servizio controllo di gestione dell'APSS, è riferito all'intero servizio Ser.D.

A titolo di raffronto si riportano i dati del 2012 calcolati sull'utenza complessiva in quanto non è ancora disponibile il dato sui costi totali del 2013.

**Tab. 58 Costo medio per paziente (2012)**

Costo struttura ambulatoriale Ser.D. in €	Numero pazienti seguiti	Costo medio per paziente in €
3.644.311	1.898	1.920,08

Fonte: elaborazione APSS

Il costo complessivo della struttura è fornito dal controllo di gestione dell'APSS e rappresenta il valore attribuito al centro di costo Ser.D..

**Tab. 59 Costi prestazioni erogate ai pazienti Ser.D. (2012)**

Costi diretti Ser.D. in €	Numero pazienti seguiti	Costo medio per paziente in €
1.488.835,9	1.898	784,42

Fonte: elaborazione APSS

**Tab. 60 Costi prestazioni non erogate a specifici pazienti Ser.D. (2012)**

Costo prestazioni non erogate a specifici pazienti Ser.D. in €	Numero pazienti seguiti	Costo medio per paziente in €
260.295	1.898	137,14

Fonte: elaborazione APSS

In definitiva si può dire che il costo sanitario consuma circa il 81%<sup>201</sup> del budget complessivo speso, mentre il costo della struttura/ammortamenti consuma il restante 19%.

Nel costo della struttura sono compresi anche i costi derivanti dalle attività amministrative e di portineria.

## CONCLUSIONI

Il gioco prevalente è di gran lunga rappresentato dalle slot, seguite da Gratta&Vinci, Lotto e Scommesse sportive. Il mondo del gioco legato a internet appare al momento ancora sottorappresentato, e verosimilmente rappresenterà la sfida futura, anche per il probabile coinvolgimento delle fasce giovanili della popolazione.

L'impressione è che la maggior parte delle persone che afferiscono al servizio specialistico per le dipendenze sia inquadrabile in una tipologia Blaszczynski II ed è verosimile che quadri di minor gravità traggano beneficio anche attraverso l'intervento esclusivo dei gruppi di auto aiuto, mentre tipologie del III tipo sono sicuramente più frequenti in pazienti multiproblematici seguiti da diversi servizi o con comorbilità con uso di sostanze.

Un dato importante, coerente con la letteratura e meritevole di un approfondimento è l'elevato tasso di drop out. Su 262 avvisi di percorso terapeutico effettuati nel periodo 2010-2013, si è verificato l'abbandono del programma in 114 casi. Tra le possibili motivazioni si possono ipotizzare l'assenza di un aggancio farmacologico forte, l'importanza di un adeguato stadio motivazionale (e conseguentemente sulle azioni necessarie per agire in tal senso), la precoce illusione di guarigione dopo un primo periodo di astensione dal gioco o ancora la disillusione/fallimento dopo una ricaduta, come pure una non rispondenza del trattamento proposto alle proprie aspettative, il che rimanda all'esigenza irrinunciabile di una condivisione del progetto terapeutico, degli obiettivi e dei tempi ipotizzabili con l'utente. D'altra parte emerge come spesso i pazienti drop out possano a distanza di tempo riprendere un percorso terapeutico e questo pone sicuramente l'accento sull'importanza di creare un aggancio e lasciare una porta aperta, con l'idea di effettuare a volte "pezzi" di terapia. Iniziative di trattamento attive o attivate in passato sul territorio provinciale.

### 7.3.2. Schede progetto interventi di trattamento

#### PERCORSO AMBULATORIALE PUBBLICO

Percorso Ambulatoriale	
<b>Tipologia intervento</b>	Percorso ambulatoriale
<b>Data/periodo di attivazione</b>	2007
<b>Luogo</b>	Ser.D. Trento, Ser.D. Rovereto, Ser.D. Riva Del Garda
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	209, attualmente 85 pazienti in carico (dato aggiornato a maggio 2014)
<b>Enti promotori</b>	APSS
<b>Target</b>	Giocatori patologici e loro familiari
<b>Finanziamento</b>	APSS

Fonte: elaborazione APSS

## 7.3. Rassegna delle iniziative di trattamento attive o attivate in passato sul territorio provinciale

### 7.3.1. Premessa

In questa sezione si descrivono le iniziative di trattamento per il gioco d'azzardo patologico attive a livello provinciale. Sono stati individuati cinque filoni di intervento, che ovviamente non sono mutuamente esclusivi e che possono essere attivati in parallelo (es. la contemporanea presa in carico nei gruppi di auto aiuto e presso il Ser.D.) oppure anche in modo seriale (es. una fase di trattamento residenziale che prosegua poi con un trattamento residenziale). I filoni di intervento sono:

- trattamento individuale ambulatoriale presso il Servizio Dipendenze;
- trattamento residenziale (su invio del Servizio Dipendenze)
- Trattamento psicoterapico gruppale presso il Servizio dipendenze
- Gruppi di auto aiuto per il gioco d'azzardo, gestiti da associazione AMA
- Terapeuti e realtà private attive nel trattamento del Gioco Patologico

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Copertura delle esigenze di cura per GAP della provincia di TN, Strutturazione di programmi terapeutici personalizzati con attenzione alla creazione di reti terapeutiche con altri servizi eventualmente attivi sul caso. Valutazione e trattamento multidisciplinare in linea con un approccio biopsicosociale. Utilizzo di interventi terapeutici <i>evidence based</i> . Attenzione alla raccolta dei dati e alla valutazione dell'esito degli interventi
<b>Criticità dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessità di formazione del personale sulla problematica</li> <li>• Necessità di spazi e tempi delimitati per il trattamento della problematica</li> <li>• Percezione dello stigma legato all'afferire ad un servizio per le dipendenze</li> </ul>

Fonte: elaborazione APSS

#### PERCORSO AMBULATORIALE PRIVATO

Referenti privati	
<b>Tipologia intervento</b>	Percorso ambulatoriale
<b>Data/periodo di attivazione</b>	Non noto
<b>Luogo</b>	Psicoterapeuti privati, SIIPAC Trento
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	Non noto
<b>Enti promotori</b>	APSS
<b>Target</b>	Giocatori patologici e loro familiari
<b>Finanziamento</b>	Non noto

Fonte: elaborazione APSS

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Possibilità di afferire ad un trattamento privato, soprattutto rispetto al problema dello stigma e delle resistenze ad afferire al Ser.D.
<b>Criticità dell'intervento</b>	Non disponibile un censimento aggiornato di quanti giocatori afferiscano a tale tipo di intervento

Fonte: elaborazione APSS

#### PERCORSO DI PSICOTERAPIA DI GRUPPO

Percorso di psicoterapia di gruppo	
<b>Tipologia intervento</b>	Ciclo di incontri psicoterapici di gruppo
<b>Data/periodo di attivazione</b>	2013
<b>Luogo</b>	Ser.D. Trento
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	15
<b>Enti promotori</b>	APSS
<b>Target</b>	Giocatori patologici
<b>Finanziamento</b>	APSS

Fonte: elaborazione APSS

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Buon rapporto costo/efficacia dell'intervento grupपालe strutturato
<b>Criticità dell'intervento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Necessità di formazione del personale</li> <li>• Necessità di selezione dei pazienti eligibili al trattamento</li> </ul>

Fonte: elaborazione APSS

## PERCORSO RESIDENZIALE

Percorso Residenziale	
<b>Tipologia intervento</b>	Percorso CT
<b>Data/periodo di attivazione</b>	2007
<b>Luogo</b>	CT Giano, CT Villa Soranzo
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	5
<b>Enti promotori</b>	APSS
<b>Target</b>	Giocatori patologici
<b>Finanziamento</b>	APSS

Fonte: elaborazione APSS

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Possibilità di strutturare intervento intensivo e rispondere a esigenze diagnostiche particolarmente complesse. Allontanamento dal normale contesto di vita (detensione delle relazioni, maggior contenimento anche emotivo)
<b>Criticità dell'intervento</b>	Scelta di strutture che si occupino di GAP limitata, problemi legati al riconoscimento del GAP come dipendenza.

Fonte: elaborazione APSS

## PERCORSO AMA (GRUPPI DI AUTO MUTUO AIUTO)

Percorso AMA (gruppi di auto mutuo aiuto)	
<b>Tipologia intervento</b>	Percorso ambulatoriale
<b>Data/periodo di attivazione</b>	1999
<b>Luogo</b>	8 gruppi attivi sul territorio provinciale
<b>Numero soggetti coinvolti</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• In carico 40 persone tra pazienti e familiari.</li> <li>• Non è attualmente disponibile il dato di quante persone seguite dall'inizio dell'attività.</li> <li>• Il 25% di tale pazienti ha contestualmente in atto intervento presso il Ser.D.</li> </ul>
<b>Enti promotori</b>	APSS
<b>Target</b>	Giocatori patologici e loro familiari
<b>Finanziamento</b>	//

Fonte: elaborazione APSS

Valutazione dell'evento	
<b>Aspetti positivi</b>	Rispondere agli iniziali bisogni di contenimento e di comprensione delle persone e del contesto familiare. Confronto con pari e sostegno, rispecchiamento e creazione di una rete di protezione
<b>Criticità dell'intervento</b>	Necessità di migliorare la raccolta di dati atti ad una misurazione dell'esito

Fonte: elaborazione APSS

### 7.3.3. Fattori di successo

La possibilità di accesso a percorsi differenziati e a diversa intensità permette ad un maggior numero di soggetti di entrare in contatto con le strutture di cura.

Tali percorsi non sono mutuamente esclusivi, anzi è auspicabile, quanto più possibile, che si intersechino in quanto questo permette la creazione di percorsi di cura individualizzati e completi, coerenti con la gravità della patologia e la presenza di risorse personali e ambientali.

### 7.3.4. Criticità

Si è evidenziata come criticità la necessità di garantire maggiormente la standardizzazione nella raccolta e nella trasmissione dei dati tra i vari soggetti aderenti alla rete di cura del gioco d'azzardo patologico. Ciò permetterebbe di delineare con più precisione l'entità del fenomeno e effettuare una valutazione degli esiti degli interventi.

### 7.3.5. Considerazioni conclusive

La rete trentina, se posta a confronto con le altre realtà operanti sul territorio nazionale, appare organizzata in modo coerente e capace di fornire risposte di cura adeguate alle esigenze di trattamento emergenti.

Per un adeguato funzionamento di tale rete è fondamentale la possibilità di una comunicazione efficace e continua tra i vari referenti che si occupano di questa problematica, cercando quanto più possibile di condividere una mission comune nel primario interesse del paziente.

## NOTE

### 6. La prevenzione del gioco d'azzardo patologico: misure e iniziative

109 Con l'espressione "giocatore ricreazionale" o "sociale" ci si riferisce a quei soggetti per cui il gioco d'azzardo "rappresenta una fonte di rilassamento e divertimento, ma non interferisce in alcun modo con le normali attività della vita" (Molin 2009, 345).

110 L'attuazione dei principi del gioco responsabile deve ancora raggiungere un livello di consapevolezza pieno ed interiorizzato da parte dei cittadini, inoltre non ha finora ricevuto un adeguato sostegno da parte degli operatori di gioco. Infatti, nonostante molti ricercatori ed esperti abbiano fornito indicazioni precise rispetto ai limiti da porre al gioco (in termini di denaro, tempo, ecc.), la maggior parte delle persone non è conoscenza delle iniziative volte a ridurre i problemi connessi a questa attività (Najavits, Grymala, e George 2003) e gli operatori del settore non hanno pienamente aderito ai codici di gioco responsabile (Ariyabuddhiphongs 2013).

111 Novelty seeker.

112 Si precisa che, per quanto riguarda l'analisi dei costi-benefici delle misure di prevenzione sono stati utilizzati i medesimi strumenti descritti in seguito, aggiungendo alle parole chiave "prevention" e "gambling" (o "prevenzione" e "gioco d'azzardo") i seguenti termini: "cost", "benefit"/"cost", "effectiveness"/"cost", "efficacy"/"cost" (tutti declinati al singolare e al plurale, in italiano e in inglese).

113 Con il termine "letteratura grigia" si identifica quel tipo di informazione prodotta a livello governativo, accademico o industriale, in formato elettronico e cartaceo, non controllata e diffusa dall'editoria commerciale, ossia da organismi o enti produttori la cui attività principale non sia quella editoriale (De Castro 2006).

114 Per programmi e strumenti preventivi adottati a livello internazionale si veda anche il sito dell'*Australian Gaming Council*: <https://www.austgamingcouncil.org.au/gambling-education/australia-education>.

115 Resta per il momento sconosciuta l'efficacia di tali programmi e dei risultati qui esposti nel lungo periodo (Williams, West, e Simpson 2012).

116 Williams e colleghi (2010) hanno rilevato che a distanza di 3-7 mesi dalla partecipazione al programma gli studenti coinvolti non solo avevano una migliore conoscenza rispetto al gioco, una maggiore resistenza alle fallacie cognitive e così via, ma avevano anche diminuito la frequenza di gioco e si era ridotta fra loro l'incidenza del gioco d'azzardo problematico. Il programma consisteva in 5-6 lezioni interattive della durata di almeno un'ora ciascuna che affrontavano questioni come la natura del gioco d'azzardo; i fattori di rischio e le cause del gioco problematico; le reali probabilità di vincita ad alcuni giochi; le fallacie cognitive legate al gioco; le abilità per adottare una positiva modalità di *decision-making* e *problem-solving*. Il programma ha interessato oltre 1200 studenti di età compresa fra i 14 ed i 20 anni, di 10 scuole diverse del Sud dell'Alberta; i risultati sono stati poi testati rispetto al gruppo di controllo (oltre 400 studenti appartenenti a 4 scuole diverse).

117 Pare opportuno specificare che, se i risultati complessivi dei differenti studi sono quelli sopra esposti, nel caso delle indagini che hanno coinvolto gli adulti gli esiti sono differenti. Infatti, nell'analisi di Doiron e Nicki (2007) i giocatori del gruppo sperimentale sottoposti al programma preventivo hanno giocato meno ai terminali delle VLT rispetto al gruppo di controllo, sia a seguito della formazione sia a distanza di un mese (rilevazione *follow up*). Tuttavia, nello studio di Pelletier e Ladouceur (2007) non si sono riscontrate significative differenze fra il comportamento dei soggetti del gruppo con maggiori conoscenze matematiche e quello con minori conoscenze, e nell'analisi di Wohl e colleghi (2010) a distanza di 30 giorni dal termine del programma, l'unico effetto mantenuto era la diminuzione delle fallacie cognitive.

118 Ad esempio, nonostante l'Ontario sia noto per spendere proporzionalmente più di qualsiasi altra giurisdizione al mondo per prevenzione, trattamento e ricerca sul gioco d'azzardo (Care, Sadinsky, e Trade 2005), il 66% della popolazione nel 2005 non era a conoscenza di iniziative volte a ridurre il problema del gioco eccessivo (Turner et al. 2005). Similmente, in Indiana, nonostante una significativa e capillarizzata campagna per la promozione del gioco responsabile attuata nel 2000, solo l'8% della popolazione ricordava in seguito di aver visto o sentito una qualche pubblicità sull'argomento. Tuttavia il 72% di questo 8% riferiva che la pubblicità aveva aumentato la conoscenza sul problema, e l'1% del campione totale riferiva di essersi attivato (es. contattando l'help line) dopo aver sentito o visto i messaggi della campagna di sensibilizzazione e informazione (Najavits, Grymala, e George 2003).

119 Ad esempio, sono stati riscontrati un aumento del numero di chiamate alle help line attivate per il GAP e di nuovi pazienti che richiedono un trattamento (Jackson, Thomason, e Thomas 2002).

120 Ad esempio, le ragazze prediligono campagne basate sugli aspetti emotivi e sono più propense ad essere influenzate da un portavoce come un cantante pop, mentre i ragazzi tendono a considerare più persuasivo un atleta professionista. Inoltre, i più giovani sembrano essere maggiormente attratti da messaggi brevi ed umoristici (Messierian e Derevensky 2006; Shead et al. 2011).

121 Tali risultati sono attenuati nelle valutazioni di *follow up*. Gli autori consigliano, dunque, che la formazione per questi lavoratori sia di tipo continuo e vario (corsi di aggiornamento, opuscoli, video, ecc.), includendo strategie per mantenere gli effetti a lungo termine. A ciò si aggiunge che altri autori (Williams, West, e Simpson 2012) hanno posto in luce i principali fattori in grado di interferire con l'efficacia degli interventi. Tra questi si ricordano la probabilità che questi stessi compromettano i profitti (conflitto di interessi), la natura volontaria della formazione, la mancata applicazione delle norme e una forza lavoro scarsamente qualificata, con elevato *turnover* e abitudini di consumo personali incompatibili con gli interventi (non di rado fra gli operatori di gioco la prevalenza del GAP è più elevata che nella popolazione generale).

122 Questi erano in maggioranza anziani, giocatori di slot machine e con controllo della propria attività di gioco (Boutin, Tremblay, e Ladouceur 2009).

123 Dal 2002, le *smart card* sono state introdotte in Victoria, nel Queensland, nel Nuovo Galles del Sud, in Nuova Zelanda, in Svezia, Danimarca e Norvegia, seppur con alcune differenze: in alcuni Stati sono disponibili solo per i casinò, in altri solo per le VLT, in altri ancora solo per il bingo, le lotterie o le scommesse sportive. Solo in Norvegia sono utilizzabili per ogni forma di gioco online ed offline (Williams, West, e Simpson 2012).

124 Ad esempio, l'accessibilità, la pubblicizzazione e le promozioni dell'alcol risultano legate a livelli di consumo elevati (Kuo et al. 2003), che, a loro volta, sono tendenzialmente connessi con una maggiore probabilità di sviluppare problemi alcol-correlati (Cook e Moore 2002). A fronte di ciò, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha indicato, fra le diverse azioni per ridurre i problemi alcol-correlati, interventi volti a controllare la disponibilità e l'accessibilità di questo tipo di prodotti (WHO 2009).

125 Gli autori fanno riferimento in particolare a slot machines e casinò (Williams, Volberg, e Stevens 2012).

126 Tuttavia, si noti che secondo alcuni autori spesso il gioco d'azzardo patologico non si manifesta in modo diretto, ma è mascherato da altri problemi, può rimanere non dichiarato e dunque non essere trattato (Monaghan, Derevensky, e Sklar 2008).

#### 127 Electronic Gambling Machines

128 I gruppi "Giocatori anonimi" (Gamblers Anonymous, GA), si sono sviluppati mutuando l'esperienza acquisita con altre problematiche, in special modo l'alcol, partendo dall'impronta data dagli Alcolisti Anonimi (AA) e dai Club Alcolisti in Trattamento (CAT). Si tratta di gruppi di auto mutuo aiuto ormai diffusi a livello mondiale.

129 Ad esempio, vi è stata una riduzione del 15% del numero di macchine nel Sud dell'Australia nel 2008; del 25% di quelle presenti fuori dai casinò in Nuova Scozia e Canada nel 2005.

130 Non è obiettivo di questa analisi prendere in esame ogni singolo fattore strutturale delle macchine da gioco (o di altri giochi) che pare connesso ad una modalità eccessiva dell'attività. Si precisa ciò poiché non tutte le caratteristiche strutturali delle EGMs potenzialmente connesse al GAP sono state oggetto di misure preventive e di valutazioni d'efficacia. Anzi, in alcuni casi queste caratteristiche, data la loro "forza" nel mantenere attivo il comportamento, sono state "esportate" ad altre tipologie di gioco: si pensi alla cosiddetta "quasi vincita" (o "near miss") (Griffiths 1991; Reid 1986) e alla recente introduzione nel nostro Paese dell'Ambetto, la cui pubblicità recita: "da oggi puoi vincere anche se ci vai vicino". Riflessioni analoghe possono essere fatte per ciò che concerne la natura interattiva delle macchine da gioco e la cosiddetta "illusione del controllo" (Langer 1975). Per un'analisi dettagliata degli aspetti strutturali dei giochi potenzialmente connessi al GAP si rimanda, fra gli altri, a Griffiths (2008), Parke e colleghi (2006; 2007) e Williams e colleghi (2012).

131 Tanto che, in passato, si è ipotizzato di limitarne l'uso o addirittura di eliminarli (Productivity Commission 2001).

132 I messaggi informavano il giocatore sul tempo che aveva trascorso giocando e domandavano se volesse continuare a giocare o meno, ma esistono anche messaggi che informano sulla casualità dei risultati.

133 In merito si veda anche il lavoro di Delfabbro e colleghi (2005).

134 Ciononostante alcune giurisdizioni (es. Paesi Bassi e Spagna) vietano suoni e luci lampeggianti quando la macchina non è occupata (Williams, West, e Simpson 2012).

135 Infatti, con riferimento all'alcol si è rilevato che la precocità d'iniziazione non ha alcun effetto sulla gravità del consumo in adolescenza, mentre ha molto peso il contesto in cui avviene il primo e il successivo consumo. Fra i bevitori moderati si ritrova così una percentuale maggiore di ragazzi che hanno iniziato a consumare alcolici in famiglia, mentre fra i bevitori forti è più elevata la percentuale di ragazzi che hanno iniziato a bere con gli amici (Bonino, Catelino, e Ciairano 2003).

136 Il Gruppo Hit è uno fra i più grandi gruppi europei nel settore dell'intrattenimento e, oltre ad alberghi e *resort*, gestisce la maggioranza dei casinò, dei centri e delle sale da gioco della Slovenia.

137 Le iniziative preventive di carattere educativo sono articolate in: a) interventi a monte sull'infanzia per contrastare i fattori di rischio e incentivare i fattori protettivi; b) campagne di informazione e sensibilizzazione; c) centri di informazione e di supporto (anche online); d) interventi sulla logica del gioco, le probabilità e le distorsioni cognitive; e) programmi scolastici (Williams, West, e Simpson 2012).

138 Le iniziative di carattere politico, intese come modificazione o restrizione dell'offerta di gioco, sono suddivise in: a) restrizioni sull'accessibilità al gioco; b) restrizioni su chi può giocare (divieti a certe categorie come minori o residenti); c) restrizioni o modifiche a come il gioco è proposto o presentato (avvertimenti, limiti di gioco, di denaro, di vincite, interventi informativi rivolti ai gestori dei locali di gioco) (Williams, West, e Simpson 2012).

139 Per definire un intervento *best practice* è necessario che sia sottoposto a valutazione con metodologie sperimentali o semi-sperimentali, in grado di decretarne l'efficacia rispetto agli obiettivi prefissati. Inoltre, è necessario che i risultati siano confermati e non contraddetti da valutazioni di altri e analoghi interventi. Secondo il Maryland Scientific Methods Scale (Sherman et al. 2002) solo i progetti che, su una scala da 1 a 5, hanno un livello da 3 a 5 possono offrire garanzie scientifiche per una valutazione dell'efficacia. I livelli 3, 4 e 5 prevedono misurazioni del gioco d'azzardo, e/o di sue problematicità, prima e dopo l'intervento, in condizioni sperimentali con gruppo di controllo (livello 3) o con più unità sperimentali e di controllo (livello 4), o a seguito di assegnazione casuale del campione al gruppo sperimentale e alle unità di controllo (livello 5). Il livello 1 della scala, consistente nella semplice correlazione fra il programma di prevenzione e la misura del gioco d'azzardo (o suoi aspetti) in un certo tempo, nonché il livello 2, con comparazione del livello di gioco (o suoi aspetti) prima e dopo l'effettuazione del programma, ma senza gruppo di controllo, non sono ritenuti livelli sufficienti per poter rientrare nella definizione di *best practices* validate scientificamente. Anche se i programmi di livello 1 e 2 potrebbero avere una certa efficacia rispetto agli obiettivi che si danno, non sono in grado di dimostrarlo scientificamente

e, pertanto, finché non si sviluppano seguendo un disegno sperimentale e una metodologia valutativa adeguata sono esclusi anche dalla possibilità di dimostrare la loro validità ad un'analisi del rapporto costi/benefici (Dossetor 2011).

140 Col termine "moderato" si indica il riconoscimento di un effetto di cambiamento e quindi l'efficacia dell'intervento ma, allo stesso tempo, tale effetto coinvolge solamente una percentuale minoritaria del campione o dei casi sottoposti a intervento. La variazione "moderata" può essere considerata entro un'oscillazione favorevole "minima", "media" e "alta", ma non riguarda mai la parte preponderante o la totalità dei casi (Williams, West, e Simpson 2012).

141 Tali evidenze di efficacia sono state rilevate con riferimento al programma di prevenzione denominato "Gambling: A Stacked Deck", condotto da Williams e colleghi, in Canada (area sud di Alberta). Tale programma è stato replicato a distanza di sei anni (2004 e 2010), con un coinvolgimento, nel primo progetto di un campione di 578 studenti (età media 16,2 anni) e nel secondo di un campione di 1240 studenti (età media 16 anni) (Williams et al. 2004; 2010).

142 Capacità di *problem-solving*, competenze sociali, autonomia, empatia, autoefficacia, autocontrollo, senso di finalizzazione, orientamento al successo.

143 Lo sviluppo di indagini di tipo longitudinale (panel prospettici e panel retrospettivi con l'intento di seguire un campione di soggetti nel tempo), mirate anche sul gioco, sul ricorso a droghe e sui comportamenti compulsivi comportamentali, potrebbero aiutare a comprendere meglio le variabili personali, culturali e sociali connesse alla nascita, sviluppo e all'eventuale fine di comportamenti di gioco.

144 Azzardo e Nuove Dipendenze. Associazione di Promozione Sociale nata nel 2003, grazie ad un gruppo di professionisti del settore, con l'obiettivo di sensibilizzare operatori sociali, istituzioni e popolazione in genere sul tema delle dipendenze senza sostanze ([www.andinrete.it](http://www.andinrete.it)).

145 Attuato negli anni scolastici 2009/10 e 2010/11 da AAMS, in collaborazione col MIUR e Civicamente S.r.l.. L'intento era fornire informazioni sull'attività ed i compiti di AAMS, specialmente in relazione al contrasto del gioco illegale e di informare gli studenti sul "gioco responsabile". La fase operativa del progetto ha previsto due momenti distinti: la formazione dei formatori (insegnanti e operatori delle Asl) e la lezione in classe.

Lo strumento principale del percorso educativo è stato l'Open Mind. L'Open Mind consta di un kit educativo multimediale ideato dal Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero dell'Istruzione, il Ministero dell'Università e della Ricerca con l'intento di migliorare le conoscenze su comportamenti e stili di vita salutari e favorire scelte responsabili fra gli adolescenti.

Il progetto ha suscitato numerose proteste da parte degli operatori della salute del territorio (Ser.D. e Associazioni) proprio rispetto ai contenuti veicolati e proposti tanto che nel 2011 è stato portato all'attenzione del Governo ad opera di un gruppo di senatori e parlamentari. Di questo progetto non è stata rinvenuta verifica sperimentale dei risultati ottenuti, presenta diverse e importanti criticità relative all'immagine spesso fuorviante, che offre del gioco, dei giocatori e del rischio, tralasciando alcune questioni fondamentali, come ad esempio i pensieri erronei tipici dei giocatori.

146 Promosso nel 2006 da AAMS e Ministero della Pubblica Istruzione – Direzione generale per lo studente, nello studio un'equipe di specialisti ha illustrato ad alcuni studenti le attività legate al gioco pubblico. Il progetto si concludeva con un concorso a premi cui partecipare attraverso elaborati scritti, grafici e multimediali. Tuttavia, i contenuti proposti sono apparsi scarsamente legati alla prevenzione del GAP. Questo progetto prevedeva una verifica d'efficacia solo parziale e non sperimentale. Dopo l'esecuzione dell'intervento, gli studenti mostravano scarsa consapevolezza dei rischi ed elevata propensione verso giochi tecnologici estremamente veloci. Non vi erano indicatori che palesassero la costruzione di life skills efficaci per prevenire problematiche legate al GAP (Capitanucci 2012, 144).

147 Si tralascia qui quanto può riguardare il conflitto di interessi fra l'industria che offre il gioco d'azzardo e i soggetti che si occupano della prevenzione del GAP.

148 Si tenga inoltre in considerazione che non è stato sempre possibile reperire informazioni complete e precise sui progetti, dunque qui sono presentati sulla base del materiale rinvenuto, senza pretese di esaustività.

149 Gli interventi sono presentati in ordine cronologico, dai più ai meno recenti.

150 [www.mettiamociingioco.org](http://www.mettiamociingioco.org)

151 Associazioni Cristiane Lavoratori Italiani.

152 Associazione difesa consumatori ed utenti bancari, finanziari ed assicurativi.

153 Associazione per lo studio del gioco d'azzardo e dei comportamenti a rischio.

154 Associazione Nazionale Comuni Italiani.

155 Associazione Nazionale Tutte le Età Attive per la Solidarietà.

156 Associazione impegnata nello studio e nella ricerca applicata della terapia delle dipendenze ed in particolare della dipendenza da gioco d'azzardo.

157 Associazione Ricreativa e Culturale Italiana.

158 Autogestione Servizi, associazione di volontariato e promozione sociale tesa a valorizzare gli anziani.

159 Associazione di enti locali e regionali per la formazione civile contro le mafie.

160 Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza.

161 Coordinamento Nazionale Gruppi per Giocatori d'Azzardo.

162 Federazione Italiana Comunità Terapeutiche.

163 Federazione Italiana Tempo Libero.

164 ONLUS che opera nel settore della beneficenza.

165 Organizzazione non lucrativa di utilità sociale che opera per il sostegno alle persone in difficoltà e alle loro famiglie.

166 Coordinamento degli enti ausiliari regionali che si occupano di tossicodipendenza.

167 Associazione di promozione sociale dedicata a sollecitare e coordinare la società civile contro tutte le mafie.

168 Associazione di comuni, province e regioni attiva nel contrasto del gioco d'azzardo.

169 Giornale di strada di Roma.

170 Unione Italiana Sport per Tutti.

171 Consorzio pubblico costituito in Toscana dai comuni di una zona sociosanitaria e l'azienda USL per governare e programmare le politiche relative alla salute.

172 Tratto dalla pagina dedicata al Progetto sul sito di AAMS (<http://www.aams.gov.it/site.php?id=9683>).

173 Tratto dalla pagina dedicata al Progetto sul sito di AAMS (<http://www.aams.gov.it/site.php?id=9683>).

174 Come indicato, questo progetto è stato in parte valutato. Tuttavia si è deciso di inserirlo in questa sezione anziché nella precedente poiché la valutazione è stata molto limitata (si presentano solo alcuni cambiamenti nelle conoscenze del gioco d'azzardo e delle sue caratteristiche). Inoltre, il documento di riferimento fa parte della cosiddetta letteratura "grigia".

175 Le azioni proposte sono state: 1. Realizzazione di uno spot informativo sui rischi del gioco d'azzardo e sull'esistenza di uno spazio di cura nel Servizio Pubblico; 2. Passaggio dello spot nelle televisioni locali di Arezzo e provincia; 3. Inserzioni pubblicitarie nei quotidiani locali sull'esistenza di uno spazio di cura nel Servizio Pubblico; 4. Produzione di materiale informativo rivolto alla popolazione e ai possibili invianti (medici di medicina generale, parroci, gestori, ecc.) sui rischi del gioco lecito ([http://www.cedostar.it/gand/archivio\\_news.htm](http://www.cedostar.it/gand/archivio_news.htm)).

176 Sulla base di quanto rinvenuto consultando i siti dei centri di documentazione specialistica sul tema, hanno avuto luogo soprattutto: a) incontri informativi e di sensibilizzazione sul tema del gioco d'azzardo e dei Servizi attivi sul territorio in materia di trattamento e prevenzione rivolti a tutta la popolazione locale; b) incontri rivolti a particolari soggetti (specialmente studenti delle scuole medie inferiori e superiori); c) eventi volti a informare la cittadinanza sulle iniziative attivate per contrastare il GAP e a promuovere gruppi di Auto Mutuo Aiuto per i giocatori e per le loro famiglie; d) stampa e diffusione di materiale informativo sul gioco d'azzardo e sui Servizi attivi nel territorio in materia di trattamento e prevenzione.

177 I primi firmatari dell'Alleanza sono stati: Comune di Trento, Associazione AMA, Provincia autonoma di Trento, Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari, Comune di Rovereto, Casse Rurali Trentine, Consorzio dei Comuni Trentini, Confesercenti, Ordine dei Giornalisti, Coordinamento Nazionale delle Comunità di Accoglienza, Federazione Italiana Tabaccai, Consolida, Caritas. A questi soggetti, a fine 2013, si sono aggiunti: Muse, Ordine degli Assistenti Sociali, Associazione Occhio al gioco, Arcidiocesi di Trento, Forum delle Associazioni familiari del Trentino e a novembre 2014 Croce Rossa Italiana, Croce Bianca di Trento, l'assessorato alla cultura del Comune di Trento e l'agenzia per la famiglia, natalità e politiche giovanili della PAT.

178 Per un'analisi approfondita dei principali progetti realizzati sul territorio si veda il paragrafo 6.2.

179 Citato in Boccia (2013) e Poto (2012). Citato in Boccia (2013) e Poto (2012).

180 C'è chi tende a vedere il gioco d'azzardo solo dal lato problematico e patologico, chi ne sottolinea le valenze economiche e i benefici per il benessere personale di chi gioca e chi ancora si sforza di coglierne sia i lati positivi, sia quelli negativi. Ognuna di queste prospettive valuta diversamente certi fattori rispetto ad altri e ciò crea disomogeneità nella quantificazione dei costi e dei benefici in generale e dei costi e benefici tradotti sul piano monetario (Walker, 2007).

181 È stato sottolineato come il gioco d'azzardo possa, in particolare in alcune sue modalità, favorire lo svago, il divertimento e l'integrazione sociale, ridurre l'ansia e lo stress (Ackerman, 1999) e migliorare le strategie di coping (Grant e Potenza, 2010).

182 L'industria del gioco crea posti di lavoro, può favorire l'economia locale, stimolare altri settori quali quello turistico e alberghiero (è il caso ad esempio dei casinò), garantire introiti fiscali allo Stato, sostenere settori del no-profit (è il caso di lotterie e tombole per finanziare iniziative di comunità).

183 Alla fine del 2012 i giocatori online nei Paesi dell'Unione Europea erano circa 7 milioni (European Commission 2012).

184 Comunicazione della Commissione Europea del 23 ottobre 2012: "Towards a comprehensive European framework on online gambling".

185 Il contratto telematico avviene in base al disposto dell'art.1326 e seguenti del Codice Civile.

186 Per quanto concerne le risorse finanziarie si tratta di una percentuale delle entrate fiscali derivanti dal gioco d'azzardo (1% ca).

187 Hanno finanziato il progetto (in ordine alfabetico): Comune di Trento, Casse Rurali Trentine, Fondazione Caritro, Mediocredito. Hanno collaborato alla buona riuscita dell'evento (in ordine alfabetico): AMA, APSS, Arcidiocesi di Trento, Associazione Occhio al gioco, Cassa di Risparmio Sparkasse del Trentino, CNCA, Forum delle Associazioni Familiari, Museo della Scienza, Ordine degli Assistenti Sociali Trentino Alto Adige, Provincia autonoma di Trento.

188 Hanno aderito alla realizzazione dei moduli formativi cinque istituti scolastici superiori e professionali di Rovereto: CFP Veronesi; Istituto d'arte Depero; Istituto di istruzione superiore Don Milani; Istituto tecnico, economico e tecnologico Fontana; Istituto tecnico e tecnologico Marconi. Sono stati coinvolti circa 200 studenti. Oltre ai tre moduli formativi, alcune classi (3°A, 3°B, 3°D Istituto Don Milani, 2°D Istituto Marconi, per un totale di circa 75 studenti) hanno richiesto uno specifico tutoraggio per la creazione del video – spot .

189 Hanno aderito al concorso per la sezione video le classi 3°A, 3°B, 3°D dell'Istituto Don Milani, 2°D dell'Istituto Marconi ed un gruppo classe dell'Istituto Depero, per un totale di 5 video. L'attività di creazione di poster è stata svolta dagli studenti dell'Istituto Depero che hanno realizzato complessivamente 48 progetti (Associazione AMA Onlus 2013).

190 Il progetto prevede una prima fase di formazione degli insegnanti su differenti tematiche (massimo 20 ore), e una seconda fase d'intervento dell'insegnante in classe (minimo 12 ore) attraverso l'utilizzo di due kit didattici (uno per gli insegnanti e uno per gli studenti) forniti durante il corso ai partecipanti.

201 Nel calcolo del costo sanitario sono stati considerati, oltre ai costi per le prestazioni erogate, anche i costi per la somministrazione farmacologica, che nel 2012 ammontavano a € 1.229.652.

## 7. Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: misure e iniziative

191 Secondo il DSM-IV-TR la dipendenza da sostanze è una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in un qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi: a) tolleranza; b) astinenza; c) la sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto; d) desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza; e) una grande quantità di tempo è spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza, ad assumerla o a riprendersi dai suoi effetti; f) interruzione o riduzione di importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza; g) uso continuativo nonostante la consapevolezza di avere un problema persistente o ricorrente di natura fisica o psicologica, causato o esacerbato dalla sostanza.

192 Desiderio compulsivo non controllato.

193 Presenza contemporanea di una diagnosi di dipendenza e di una significativa diagnosi psichiatrica.

194 Il quaderno di auto-aiuto è uno strumento della CBT che comprende schemi, fogli di lavoro, diari, esercizi e istruzioni specifiche su cosa fare per poter superare un problema. Questi quaderni integrano e non sostituiscono la psicoterapia CBT che si svolge nelle sedute individuali o di gruppo.

195 Lo sponsor è un ex-giocatore che ha già svolto il programma di auto-aiuto e che può aiutare il paziente nel seguire il programma stesso.

196 Accordo finanziario e programmatico tra governo e Regioni, di valenza triennale, in merito alla spesa e alla programmazione del Servizio Sanitario Nazionale.

197 [www.giocaresponsabile.it](http://www.giocaresponsabile.it)

198 Il DSM V, pubblicato nel 2013, al momento della stesura della rassegna non era ancora stato adottato.

199 [www.DATCAP.com](http://www.DATCAP.com)

200 Nucleo Operativo Alcologia

# PARTE 3

## LINEE GUIDA PER LA PREVENZIONE E IL TRATTAMENTO DEL GAP E PER NUOVE RICERCHE SUL TEMA



# 8. LINEE GUIDA PER IL TERRITORIO PROVINCIALE

## 8.1. Su luoghi sensibili e orari degli esercizi pubblici

In seguito agli interventi legislativi in materia e alle sentenze occorse sul tema, nonché in seguito alle regolamentazioni approntate da vari comuni italiani, può rilevarsi che **è possibile disciplinare, a livello comunale**, la collocazione di nuove sale giochi nel contesto dell'intero territorio, inserendo criteri di limitazione all'insediamento di nuovi esercizi nelle prossimità di luoghi sensibili.

Limitare l'insediamento di sale giochi nelle vicinanze dei luoghi sensibili permette di tutelare le categorie di persone più vulnerabili e più sensibili alla dipendenza da gioco. Nel contempo, è una misura che previene l'insorgenza di problematiche sociali connesse all'eccessiva dipendenza dal gioco dei soggetti a rischio.

L'assenza di locali dedicati al gioco con vincite in denaro nelle immediate vicinanze di luoghi sensibili costituisce uno strumento, sia pure con un'efficacia limitata, per evitare la diffusione incontrollata delle patologie compulsive connesse all'abuso da gioco; ciò è particolarmente valido per i soggetti a rischio, costituiti soprattutto dai minorenni.

I provvedimenti dei Comuni che stabiliscono, quindi, prescrizioni sui luoghi sensibili (e i correlati divieti) non invadono le prerogative statali nelle materie dell'ordine e della sicurezza pubblica, laddove regolamentano aspetti del gioco che attengono alla tutela della salute e alle politiche sociali. In aggiunta, è possibile la fissazione a livello comunale di un orario massimo di apertura delle sale da gioco, purché

siano contemplate le esigenze di tutela delle persone maggiormente vulnerabili al fenomeno del gioco d'azzardo patologico con le esigenze economiche e di investimento degli operatori del settore.

Dal combinato disposto dell'articolo 29 co. 6 del Testo Unico dell'ordinamento dei Comuni della Regione autonoma Trentino-Alto Adige - DPGR 28 maggio 1999 n. 4/L (modificato dal d. preg. 1 febbraio 2005 n. 4/L)<sup>202</sup> e dell'articolo 50 c. 7 del Testo Unico delle Leggi sull'ordinamento degli Enti Locali - d.lgs. 18 agosto 2000 n. 267<sup>203</sup> si evince che la legge riconosce in capo al Sindaco la facoltà di coordinare e riorganizzare anche gli orari degli esercizi pubblici, laddove nella dizione "esercizio pubblico" sono comprese sia le attività di sala giochi di cui all'art. 86 T.U.L.P.S., che esercizi dedicati esclusivamente al gioco con apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6 del T.U.L.P.S., come definiti dall'art. 9, comma 1, lett. F, del decreto AAMS del 22 gennaio 2010.

Pertanto, la fissazione degli orari di apertura e chiusura degli esercizi pubblici con apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro non incorre in vizi di legittimità laddove sia espressione della volontà del Sindaco (e non del Consiglio Comunale).

### 8.1.1. Modello esemplificativo di regolamento in materia di apparecchi da gioco e sale giochi

Da una ricerca condotta su circa 80 regolamenti comunali italiani<sup>204</sup> in materia di apertura di sale da gioco e installazione di apparecchi da intrattenimento, sono emerse prescrizioni univoche, tali da consentire di estrapolare uno schema standard di regolamento (Tab. 61).

Tab. 61 Modello esemplificativo di regolamento in materia di apparecchi da gioco e sale giochi

Articolo	Contenuto
<b>Art. 1</b> <b>Principi generali</b>	<p>Il presente regolamento disciplina:</p> <p>a. il procedimento per l'apertura, il trasferimento di sede, il subingresso, le modificazioni e la cessazione delle attività di sale pubbliche da biliardo e/o altri giochi leciti, di seguito definite "sale giochi";</p> <p>b. il procedimento per l'installazione, nonché le modalità per la loro gestione, degli apparecchi da intrattenimento automatici, semiautomatici ed elettronici, come definiti dall' art. 110 del T.U.L.P.S. da collocare negli esercizi di cui agli artt. 86 e 88 del T.U.L.P.S.</p>

<p><b>Art. 2</b> <b>Definizioni</b></p>	<p>1) Ai fini del presente regolamento si intendono per:</p> <p>a. <b>T.U.L.P.S.:</b> il Testo Unico delle Leggi Pubblica Sicurezza approvato con R.D. 18.6.1931 N.773 e successive modifiche ed integrazioni nonché il relativo regolamento di attuazione (R.D. 06.05.1940 N. 635);</p> <p>b. <b>sala pubblica per biliardo e/o altri giochi leciti</b> (art. 86 del T.U.L.P.S.), di seguito definita sala giochi, il locale, o più locali funzionalmente collegati, allestito per lo svolgimento del gioco del biliardo e/o altri giochi leciti, anche attraverso l'installazione di apparecchi da intrattenimento automatici, semiautomatici, elettronici e meccanici;</p> <p>c. <b>giochi leciti:</b></p> <p>i. i giochi tradizionali (es. carte, bocce, giochi da tavolo, ecc.);</p> <p>ii. gli apparecchi o congegni da intrattenimento, ossia i dispositivi meccanici, elettromeccanici e elettronici, distinti in:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. apparecchi meccanici o elettromeccanici, attivabili a moneta o a gettone, ovvero affittati a tempo (es. biliardo, juke-box, calcio-balilla, flipper, ecc.);</li> <li>2. apparecchi di cui all'art. 110 c. 6 lett. a) del T.U.L.P.S. (c.d. New Slots), ossia gli apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro dotati di attestato di conformità alle disposizioni vigenti e obbligatoriamente collegati alla rete telematica, di cui all'art. 14-bis, co. 4, del D.P.R. 26.10.1972 N. 640 e successive modifiche;</li> <li>3. apparecchi di cui all'art. 110 c. 6 lett. b) del T.U.L.P.S. (c.d. Videolotteries), ossia gli apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro che si attivano esclusivamente in presenza di un collegamento ad un sistema di elaborazione della rete telematica, di cui all'art. 14-bis, co. 4, del D.P.R. 26.10.1972 n. 640 e successive modifiche;</li> <li>4. apparecchi di cui all'art. 110 c. 7 lett. a) e c) del T.U.L.P.S, ovvero gli apparecchi elettromeccanici attraverso i quali il giocatore esprime la sua abilità fisica, mentale o strategica;</li> </ol> <p>d. <b>giochi a distanza:</b> i giochi pubblici gestiti da Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (AAMS), effettuati con modalità a distanza, ossia attraverso il canale telefonico, internet o altre reti telematiche;</p> <p>e. <b>tabella dei giochi proibiti:</b> la tabella, predisposta e approvata dal Questore e vidimata dal Sindaco, o da suo delegato, che elenca i giochi non consentiti in quanto d'azzardo ovvero vietati nel pubblico interesse. Essa deve essere esposta in luogo visibile in tutti gli esercizi autorizzati alla pratica del gioco o all'installazione di apparecchi da intrattenimento. Nella suddetta tabella è fatta espressa menzione del divieto delle scommesse;</p> <p>f. <b>tariffa del gioco:</b> il costo della singola partita, o quello orario di utilizzo dell'apparecchio, che deve essere costantemente esposta per informarne i giocatori.</p>
<p><b>Art. 3.</b> <b>Apertura, modifica e trasferimento sala giochi</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. L'attività di sala giochi è soggetta ad autorizzazione comunale, ai sensi dell'art. 86 del T.U.L.P.S.</li> <li>2. Il trasferimento di sede di una sala giochi è soggetto a rilascio di autorizzazione, che dovrà essere richiesta ed ottenuta prima dell'effettivo trasferimento; l'autorizzazione sarà rilasciata secondo le disposizioni ed i criteri previsti per il rilascio delle autorizzazioni alle nuove aperture.</li> <li>3. L'ampliamento e la riduzione di superficie di una sala giochi sono soggetti a semplice comunicazione.</li> <li>4. Il titolare di autorizzazione per sala giochi deve comunicare l'installazione di nuovi apparecchi, indicandone il numero e la tipologia ed allegando copia dei nulla osta ministeriali, oltre al regolamento del gioco e tariffario.</li> </ol>
<p><b>Art. 4</b> <b>Requisiti morali</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il titolare, tutti i soci nelle società di persone e i legali rappresentanti e amministratori nelle società di capitali, che intendano gestire una delle attività di cui all'art. 1 comma 1 del presente Regolamento, devono possedere i requisiti morali previsti dagli artt. 11 e 92 del T.U.L.P.S. e nei loro confronti non devono sussistere "cause di divieto, decadenza o sospensione di cui all'art. 10 della L. 31.5.1969 n. 575 (antimafia)".</li> </ol>

<b>Art. 5</b> <b>Caratteristiche dei locali</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. I locali destinati alle sale giochi devono avere accesso al piano terreno, direttamente prospicienti la strada, ad eccezione di quelli all'interno di centri commerciali di grande e media struttura di vendita; non sono ammesse installazioni di giochi nel piano seminterrato.</li> <li>2. Il numero massimo di persone ammesse all'interno dei locali va determinato in rapporto alla superficie dei locali destinati al gioco, secondo i criteri stabiliti dall'art. 120 della circolare del Ministero degli Interni n.16 del 15/02/1951.</li> <li>3. I locali di esercizio dovranno essere conformi alle vigenti disposizioni in materia edilizia, igienico sanitaria, di sicurezza e sulla prevenzione incendi.</li> </ol>
<b>Art. 6</b> <b>Subingresso</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il subingresso nella titolarità o gestione della sala giochi è soggetto a comunicazione.</li> <li>2. Fino alla presentazione della comunicazione di subingresso non può essere esercitata l'attività.</li> </ol>
<b>Art. 7</b> <b>Sospensione, decadenza e revoca dell'autorizzazione</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Oltre agli altri casi previsti dalle leggi vigenti, l'autorizzazione decade: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. qualora il titolare sospenda l'attività per più di un anno;</li> <li>b. quando vengano a mancare, del tutto o in parte i requisiti richiesti per il rilascio dell'autorizzazione;</li> <li>c. per esplicita dichiarazione scritta di rinuncia alla licenza da parte del titolare della medesima.</li> </ol> </li> <li>2. L'autorizzazione è revocata quando sopraggiungano o vengano a mancare circostanze che ne avrebbero imposto o consentito il diniego.</li> <li>3. Essa può essere sospesa o revocata per abusi del titolare, per motivi di ordine e sicurezza pubblica ed in caso di reiterate violazioni.</li> </ol>
<b>Art. 8</b> <b>Divieto di installazione apparecchi ex art. 110, co. 6, lett. a) e b), TULPS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. È vietata la collocazione degli apparecchi da gioco di cui all'articolo 110, comma 6, lett. a) e b) del Regio Decreto n. 773/1931 (TULPS) nel raggio di 500 metri dai seguenti luoghi sensibili: scuole di ogni ordine e grado, luoghi di culto, ospedali, altri locali destinati all'accoglienza di persone per finalità educative o socio-assistenziali (centri di recupero, case di cura, case di riposo, ecc.).</li> <li>2. La suddetta distanza è calcolata tenendo conto del percorso pedonale più breve compreso tra l'accesso principale su pubblica via della sala giochi e gli accessi di ciascun edificio di cui al presente articolo.</li> </ol>
<b>Art. 9</b> <b>Informazioni al pubblico</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. All'ingresso delle sale giochi e degli esercizi dove sono installati apparecchi previsti dall'art. 110 T.U.L.P.S. deve essere chiaramente esposto un cartello contenente le indicazioni di utilizzo degli apparecchi di cui al precedente art. 2.</li> <li>2. Esternamente a ciascun apparecchio o congegno di cui all'art. 110 del T.U.L.P.S., deve essere esposto un regolamento riportante: il costo di una singola partita, le regole del gioco e la descrizione delle combinazioni o sequenze vincenti.</li> <li>3. Nel locale deve essere esposta, in maniera visibile, ai sensi dell'art.110 del T.U.L.P.S., la tabella dei giochi proibiti dal Questore.</li> <li>4. Si richiamano, per il resto, le prescrizioni contenute nell'art. 3 del D.M. 18/1/2007 e nell'art. 3 del D.M. 27/10/2003.</li> </ol>
<b>Art. 10. Utilizzo di apparecchi</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. In tutti gli esercizi in cui sono installati apparecchi da gioco il titolare della relativa autorizzazione è tenuto a far osservare il divieto di utilizzo degli stessi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. ai minori di anni 18 di cui all'art. 110, comma 8, del TULPS relativamente agli apparecchi e congegni di cui al comma 6 dello stesso art.110 del TULPS;</li> <li>b. ai minori di anni 14, quando non siano accompagnati da familiare o altro parente maggiorenne, relativamente agli altri giochi presenti nell'esercizio;</li> <li>c. nelle ore antimeridiane durante il periodo di apertura delle scuole, ai minori che hanno compiuto gli anni 14, ma non ancora gli anni 18, a meno che non siano accompagnati da familiare o altro parente maggiorenne;</li> </ol> </li> <li>2. Al fine di quanto previsto nel comma precedente, l'esercente potrà richiedere l'esibizione di documenti di identificazione.</li> </ol>

<b>Art. 11. Orari</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Il Sindaco, nel rispetto delle procedure e delle competenze di cui all'art. 50 del d.lgs. n.267/00, (Testo Unico degli Enti Locali) fissa l'orario di apertura e chiusura delle attività delle sale giochi, in base alle seguenti indicazioni: <ol style="list-style-type: none"> <li>a. apertura non prima delle ore 9,00;</li> <li>b. chiusura non oltre le ore 24,00;</li> </ol> </li> <li>2. Le sale giochi ubicate nei centri commerciali di medie e grandi strutture di vendita e, in generale, nelle grandi strutture di vendita, mantengono gli orari di apertura e chiusura del centro commerciale nel quale sono inserite.</li> </ol>
<b>Art. 12. Sanzioni</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ferme restando le sanzioni penali, le violazioni al Testo Unico delle Leggi di Pubblica sicurezza di cui al R.D. n. 773 del 1931, sono punite a norma degli artt. 17bis, 17ter, 17-quater e 110 del medesimo.</li> <li>2. Le altre violazioni al presente Regolamento comportano l'applicazione di una sanzione amministrativa.</li> <li>3. Il procedimento sanzionatorio è disciplinato dalla L. n. 689 del 1981.</li> </ol>

Fonte: elaborazione Transcrime

## 8.2. Per la programmazione delle politiche di prevenzione del gioco d'azzardo patologico

Il gioco d'azzardo coinvolge tre grandi ambiti **l'industria** del gioco (chi "fabbrica", promuove e gestisce il gioco), lo **Stato**, gli enti territoriali e gli organismi connessi (per la legislazione, la regolamentazione, il controllo, il sanzionamento dell'illegalità e il monitoraggio del fenomeno nel tempo, negli effetti e nelle conseguenze) e la **società** nelle componenti dei giocatori, delle famiglie, delle associazioni e dei servizi volti alla promozione del benessere e della salute e alla prevenzione delle dipendenze patologiche.

È necessario porsi in un'ottica preventiva che valorizzi al massimo la responsabilità personale di fronte al gioco d'azzardo in un quadro certo di tutela della salute pubblica e di regolamentazione del mercato.

In tale prospettiva le azioni di prevenzione dei problemi connessi al gioco d'azzardo eccessivo devono essere poste in essere in ciascuno dei tre ambiti sopra evidenziati secondo modalità e tipologie di prevenzione che riguarderanno in particolare:

- aspetti tecnici e di modificazione dell'offerta di gioco, nel caso dell'**industria**;
- aspetti di regolamentazione strutturale dell'offerta e dell'accesso al gioco, nonché di tutela della popolazione (fasce deboli: minori in primis) e di assistenza e cura delle patologie connesse, nel caso dello **stato**;
- aspetti di informazione, sensibilizzazione, responsabilizzazione, ed eventuale cambiamento nello stile di vita nel caso dei **giocatori**, delle famiglie, dell'opinione pubblica in generale, nonché percorsi di prevenzione dello sviluppo di comportamenti a rischio per la componente infantile, adolescenziale e giovanile, da parte della società (dei servizi istituzionali, del privato sociale e del volon-

tariato e delle due basilari agenzie di socializzazione: la **famiglia** e la **scuola**).

A livello territoriale i principali programmi di prevenzione possono riguardare azioni di:

- contrasto allo sviluppo del gioco d'azzardo, con specifica salvaguardia dei minori;
- regolazione dei tempi e dei modi di offerta del gioco;
- informazione e sensibilizzazione verso i gestori dei locali del gioco;
- cura e riabilitazione dei giocatori patologici.

Le politiche sociali locali sono chiamate soprattutto a sostenere:

- progetti di responsabilizzazione di minori, adulti ed anziani di fronte al gioco d'azzardo;
- progetti a lungo termine di contrasto dei fattori di rischio, già presenti nell'infanzia, e che possono facilmente correlarsi con comportamenti problematici in età adolescenziale sotto forma di dipendenza da sostanze e da comportamenti compulsivi, quali il gioco d'azzardo patologico;
- il monitoraggio del fenomeno a livello locale e lo sviluppo di attività di ricerca mirata alla valutazione dell'efficacia dei progetti e delle misure preventive adottate;
- la corretta e costante comunicazione alla popolazione dei risultati circa l'andamento del fenomeno e degli esiti della prevenzione, del controllo e della riabilitazione dei giocatori problematici.

Negli ultimi anni in Trentino la progettualità in campo preventivo relativa al gioco d'azzardo problematico si è mossa al di fuori di una precisa e coordinata programmazione

provinciale, entro un quadro di spinte provenienti da più fonti (enti locali, organismi del privato, associazioni, scuole, parrocchie, ecc.). Tuttavia alcuni progetti risultano particolarmente interessanti e in linea con le *best practices* evidenziate dalla letteratura internazionale.

In particolare si vogliono qui sottolineare due progetti di prevenzione primaria, di cui poco ancora si sa in termini di implementazione sul territorio, ma che potrebbero essere “rilanciati” in un’ottica di maggior respiro, sia per attori coinvolti che per metodologie di valutazione e d’implementazione. Si tratta del progetto educativo “In punta di piedi sul pianeta” e del progetto educativo “Unplugged” che hanno come obiettivo lo sviluppo delle *life skills* (capacità di vita) e il potenziamento delle abilità personali e sociali nella gestione dell’emotività e delle relazioni sociali, nonché la prevenzione dello sviluppo di dipendenze sia da sostanze che da comportamenti compulsivi.

Guardare al futuro potenziando quelle forme d’intervento “ad ampio spettro” che mirano a prevenire lo sviluppo deviante, nelle varie forme in cui può manifestarsi e consolidarsi in fase giovanile ed adulta (comportamenti aggressivi, distruttivi, di fuga, predatori, di dipendenza) è un’operazione giustificata e sostenuta da:

- evidenze scientifiche provenienti dalla ricerca condotta a livello internazionale che mostrano, sulla base di *follow-up*, come agire già nella fase dell’infanzia e dell’adolescenza sui “fattori di rischio” produca efficacia preventiva su molti dei comportamenti trasgressivi delle fasi di vita successive;
- la stretta relazione esistente fra lo sviluppo di problematicità nel gioco d’azzardo e altri comportamenti cosiddetti “a rischio”, quali l’abuso di alcol, il fumo e l’utilizzo di droghe illegali;
- i dati emersi dalla ricerca condotta sugli studenti trentini che confermano la forte incidenza di alcuni comportamenti a rischio legati all’abuso di sostanze (in particolare l’alcol) e che segnalano l’esistenza di una loro relazione col gioco d’azzardo problematico, sebbene quest’ultimo appaia ancora molto contenuto;
- la necessità, in una situazione di scarsa disponibilità di risorse, di focalizzare l’attenzione su una progettualità che miri a contenere vari comportamenti a rischio.

La prevenzione primaria del gioco d’azzardo problematico chiama in causa, a livello locale, la necessità di un effettivo coordinamento di risorse ed attori, nell’ottica di una sinergia d’intenti dove emerga la consapevolezza condivisa che, nel medio e lungo periodo, tutti (esercenti, giocatori, famiglie, Stato e cittadini) possono trarre vantaggi da un gioco d’azzardo “normalizzato” entro un quadro di sostanziale difesa della qualità della vita delle persone e dell’ambiente socio-relazionale.

### 8.3. Per la programmazione delle politiche di trattamento del gioco d’azzardo patologico

Il gioco d’azzardo patologico è un disturbo complesso con aspetti biologici, psicologici e comportamentali.

Coerentemente con questa definizione gli approcci terapeutici sviluppati per questa patologia comprendono trattamenti psicofarmacologici, psicoterapici e psicosociali.

I riferimenti culturali che il Servizio per le Dipendenze dell’APSS ha fatto propri, coerentemente con quanto sta accadendo sul territorio nazionale, sono:

- le evidenze presenti nella letteratura internazionale (per quanto ancora si evidenzia la necessità di ulteriori studi);
- l’esperienza maturata nel trattamento delle dipendenze da sostanze, che pare mantenere la propria utilità anche nel trattamento delle dipendenze comportamentali.

Qualsiasi trattamento inoltre presuppone:

- Un’adeguata fase di valutazione, comprendente un’analisi della domanda, una valutazione testistica, una ricostruzione anamnestica della storia del sintomo e personale;
- una valutazione della comorbilità psichiatrica, dei livelli motivazionali, del rischio di suicidio, della gravità della situazione economico finanziaria e della possibilità di supporto all’interno della famiglia e dell’ambiente sociale.

Il trattamento è sempre individualizzato in rapporto alla struttura psicopatologica del paziente, all’eventuale comorbilità psichiatrica e alle possibili altre forme di dipendenza associate.

L’equipe multidisciplinare, costituita da figure professionali sia di area psicosociale sia di area sanitaria, mutuata dall’esperienza del trattamento delle dipendenze da sostanze, appare essere un elemento fondante anche per il gioco d’azzardo patologico.

Ultimo, ma non irrilevante, è il coinvolgimento della famiglia, se presente e possibile, con l’obiettivo non solo di monitorare il grado di adesione al progetto terapeutico del paziente ma, prioritariamente, per fornire elementi di conoscenza di eventuali dinamiche familiari disfunzionali.

#### 8.3.1. Aree di miglioramento

Nel considerare la Rete di cura presente sul territorio provinciale appare importante sottolineare alcuni punti di miglioramento significativi:

## DIFFERENZIAZIONE DEI TRATTAMENTI IN BASE ALLA GRAVITÀ

Il punto di partenza per poter ottenere quest'obiettivo è una fattiva collaborazione tra le varie agenzie presenti sul territorio provinciale (in particolare Servizio Dipendenze e AMA) per implementare una visione complessiva dell'offerta di cura in cui la possibilità di accesso ai vari servizi è molteplice ("no wrong door") e i trattamenti offerti sono complementari più che esclusivi.

In tale ottica si ritiene che l'approccio basato esclusivamente sull'autoaiuto sia da privilegiare nelle forme meno gravi del problema, mentre per i pazienti più gravi o multiproblematici è essenziale il ruolo del Ser.D..

## FORMAZIONE PROFESSIONALE SPECIFICA

È necessario che tutte le figure di aiuto che operano in quest'ambito siano formate sulla problematica, e, che pur nel rispetto della diversa *mission* e visione dei vari servizi, ci sia una chiarezza rispetto sia alle possibilità di trattamento esistenti che rispetto ad una concettualizzazione di fondo del disturbo.

## MONITORARE LA DENSITÀ ASSISTENZIALE

Stabilire la densità assistenziale ottimale sia in termini quantitativi (tempo dedicato) sia qualitativi (tipologia di prestazioni) è fondamentale per il miglioramento continuo del trattamento proposto.

In un'ottica di programmazione e implementazione dell'offerta di cura è inoltre importante monitorare routinariamente i costi rapportati all'efficacia dei trattamenti erogati.

## ORIENTAMENTO DEI TRATTAMENTI ALL'EVIDENCE BASED MEDICINE

Nella consapevolezza che nella letteratura sia italiana che internazionale i trattamenti validati sono ancora pochi e che è viva la necessità di ulteriori approfondimenti, è importante poter offrire una gamma di trattamenti con evidenza di efficacia.

### 8.3.2. Alcune considerazioni

Si ritiene che la vera sfida è strutturare sempre di più una procedura di trattamento per il gioco d'azzardo patologico che sia:

- *evidence based*;
- tracciabile e documentabile nelle sue componenti elementari;
- che permetta una valutazione dell'esito e dei costi.

La formazione continua del personale dei servizi che operano sul gioco d'azzardo, è una esigenza imprescindibile per il miglioramento continuo del sistema. In questo senso anche la partecipazione dei servizi a progetti di ricerca a livello locale e nazionale rappresenta un elemento importante di crescita.

## 8.4. Per la rilevazione dei costi efficacia per le misure di prevenzione e trattamento realizzate al fine di ottenere i fattori di successo delle politiche intraprese

### 8.4.1. Per la rilevazione dei costi-efficacia per le misure di prevenzione

Le realtà internazionali che da più tempo sono impegnate sul fronte delle politiche preventive hanno cercato, a livello locale, ai fini di sostenere al meglio la programmazione e la progettualità nell'area del gioco d'azzardo, il supporto di qualificati Organismi quali l'Osservatorio sul gioco e i Centri di ricerca e di valutazione scientifica degli interventi:

- Gli **Osservatori sul gioco d'azzardo** sono composti da rappresentanti degli enti e delle organizzazioni coinvolte nel settore, hanno il compito di verificare costantemente l'andamento del fenomeno, la sua regolamentazione, i risultati delle azioni e dei progetti attivati, la divulgazione di informazioni e di nuove conoscenze alla popolazione.
- I **Centri qualificati di ricerca** (di livello universitario) sono chiamati a collaborare, anche per il loro ruolo "esterno", ai compiti e alle funzioni della valutazione della qualità, dell'efficienza e dell'efficacia, delle iniziative di prevenzione attuate e a sostenere il campo della ricerca sulle cause e sugli effetti delle dipendenze compulsive comportamentali.

Anche sul territorio trentino la prospettiva futura dovrebbe essere di un'organizzazione più sistematica degli interventi, con una sinergia di organismi in grado di garantire, in modo integrato, tutti i compiti e le funzioni che un progetto di prevenzione ben articolato richiede.

Accanto alla programmazione, all'implementazione e alla concreta realizzazione degli interventi deve essere ricordata la **valutazione**. Essa ricopre un ruolo fondamentale, poiché permette di comprendere quali interventi garantiscono efficacia e maggior efficienza e offre a chi ha la responsabilità delle politiche sociali di prevenzione, elementi importanti per impiegare al meglio le risorse verso quei programmi e quei progetti che sono più incisivi anche dal punto di vista del rapporto costo/efficacia.

La prima, fondamentale, attività per la realizzazione di una valutazione dei costi-efficacia è la previsione di una valutazione adeguata e completa di ogni evento finanziato e realizzato sul territorio.

#### **8.4.2. Per la rilevazione dei costi efficacia per le misure di trattamento**

Per una gestione ottimale dei processi di trattamento, la rilevazione dei costi/efficacia deve comprendere la raccolta e l'analisi dei dati sia in ambito clinico, sia in ambito organizzativo.

Come emerso in precedenza, l'obiettivo finale sotto il profilo clinico è la raccolta di dati personali e di contesto sul paziente per monitorare i cambiamenti in termini di benefici e di salute sulla base di servizi erogati in un lasso di tempo definito. Sotto il profilo organizzativo, sono analizzati i servizi clinici e di assistenza erogati ai pazienti in un determinato periodo con l'obiettivo finale di individuare e ripetere quelli che, a parità di efficacia, hanno richiesto l'impegno di un numero di risorse minori.

Lo strumento in vigore presso il Ser.D. per le rilevazioni è il Total Quality Management (TQM). Ad oggi, tale soluzione sembra produrre risultati soddisfacenti, pertanto si raccomanda di continuare il monitoraggio dei costi efficacia con tale strumento.

Infine, si suggerisce di valutare l'opportunità di sviluppare una metodologia in grado di misurare i costi sociali del gioco d'azzardo al fine di conoscere l'impatto economico sulla società causato dal gioco nel territorio trentino e, di conseguenza, pianificare strategie di prevenzione e trattamento *ad hoc*.

## 9. DOCUMENTI DI INDIRIZZO DI RICERCA PER NUOVI STUDI

### 9.1. Sull'impulsività e sugli indicatori di efficacia delle politiche di prevenzione e trattamento

L'impulsività è un costrutto multimodale che si riferisce a diversi ambiti del comportamento umano. Tra questi troviamo l'impulsività motoria (agire senza pensare), attentiva (mancanza di attenzione verso il compito che si sta facendo) e di mancata pianificazione (orientati al presente e non al futuro).

L'impulsività è stata al centro di numerosi studi, in particolare negli ultimi anni, dove si è avuto un interesse crescente riguardo al disturbo da deficit d'attenzione/iperattività. In aggiunta, questo costrutto è presente in numerosi comportamenti patologici e non.

Infatti è stata riscontrata nelle dipendenze, nei disturbi attentivi e di iperattività.

Resta ancora da definire il ruolo giocato dall'impulsività nell'esordio e mantenimento dei disturbi comportamentali. Una maggiore attenzione, per studi futuri, dovrebbe essere rivolta al ruolo dell'impulsività nell'intero campo delle dipendenze. In particolare le dipendenze da studiare sono:

- la dipendenza da gioco d'azzardo patologico;
- la dipendenza da internet;
- la dipendenza sessuale;
- la dipendenza affettiva;
- lo shopping compulsivo.

Queste patologie sono caratterizzate dalla difficoltà della persona a resistere/gestire l'impulso a fare/pensare un comportamento target. Gli studi futuri dovrebbero usare diversi compiti comportamentali e questionari (maggiore efficacia nel test di validità), svolgendo poi un'interpolazione dei dati per poter osservare i vari tratti dell'impulsività e il loro ruolo nella patologia.

I compiti e paradigmi sperimentali che potrebbero essere usati a questo scopo sono:

- la scelta inter-temporale (ICT);
- l'Iowa Gambling Task;
- lo Stop Signal Task;
- il Balloon Analogue Risk Task (BART);
- il Go&No-Go;
- lo Stroop Test.

Infine, occorre tenere presente che questi compiti permettono lo studio di diversi aspetti connessi al costrutto dell'impulsività e, di conseguenza, per avere un quadro completo del profilo impulsivo della persona è necessario utilizzarne diversi insieme.

Allo studio comportamentale sarebbe interessante aggiungere l'utilizzo di tecniche di neuroscienze, quali:

- la risonanza Magnetica funzionale (fMRI);
- l'elettroencefalogramma (EEG);
- la magnetoencefalografia (MEG);
- la stimolazione magnetica transcranica (TMS);
- la stimolazione transcranica a corrente diretta (TDCS).

Utilizzando queste tecniche insieme ai compiti comportamentali, si possono avere ulteriori conferme sul ruolo dell'impulsività nelle varie patologie. Infatti, osservando l'attivazione o la non attivazione di particolari aree cerebrali correlate all'impulsività, si può vedere il ruolo della stessa nella patologia.

Un'area importante da approfondire è sicuramente quella legata alla prevenzione. Infatti avere la possibilità di agire prima che un disturbo possa insorgere, consente l'ideazione di programmi di prevenzione e la formazione di professionisti specializzati.

Per far questo si potrebbero fare degli studi longitudinali, in cui sono misurate le caratteristiche presenti in alcune patologie, tra cui l'impulsività. Si potrebbero osservare così le eventuali patologie, i disturbi che si sviluppano nel corso degli anni che sono legati alla maggiore o minore impulsività.

Riassumendo, per studiare l'impulsività è importante utilizzare un approccio multiplo, ovvero una **metodologia**

**convergente** (uso di più test che misurano diversi aspetti del costrutto) (Tab. 62).

**Tab. 62 Strumenti per lo sviluppo di una metodologia convergente**

Strumento	Dettaglio
<b>Compiti Comportamentali</b>	Iowa Gambling Task (IGT)
	Balloon Analogue Risk Task (BART)
	Stroop Test
	Go&No-Go
	Stop Signal Task
	Scelta intertemporale (ICT)
	Continuous Performance Task (CPT-II)
	Traffic Light Task
<b>Questionari Impulsività</b>	Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11)
	BIS/BAS Scales
	UPPS Impulsive Behavior Scale
<b>Metodi di neuroscienze</b>	Risonanza Magnetica funzionale (fMRI)
	Elettroencefalogramma (EEG)
	Magnetoencefalografia (MEG)
	Stimolazione magnetica transcranica (TMS)
	Stimolazione transcranica a corrente diretta (TDCS)
<b>Studi longitudinali</b>	

Fonte: elaborazione Transcrime

## 9.2. Sui “quasi giochi d'azzardo”

Le future policy di prevenzione e controllo del fenomeno del “quasi gioco d'azzardo” dovranno partire da mirate azioni di ricerca volte a migliorare la conoscenza del fenomeno, che sinora non è stato tematizzato dalla letteratura scientifica né riconosciuto come potenziale terreno di sviluppo di una vera e propria cultura dell'azzardo. In assenza di studi e ricerche sul “quasi gioco d'azzardo”, le tre azioni di ricerca di primaria importanza sono:

1. una mappatura sistematica dell'offerta di app volta a individuare quali e quante, tra quelle offerte dalle principali piattaforme, posseggono le caratteristiche del “quasi gioco d'azzardo”;
2. un'indagine quantitativa sul livello di diffusione delle app tra i giovani italiani, compresi i minori, che non incontrando impedimenti né di natura tecnologica né di natura legale possono accedere alle applicazioni del “quasi gioco d'azzardo”;
3. un'indagine qualitativa sulle pratiche di fruizione delle app ludiche da parte dei giovani italiani, volta a comprendere:

- a) gli usi concreti delle applicazioni da parte dei fruitori;
- b) la relazione tra l'uso di tali app e i rischi sopra richiamati;
- c) la propensione dei giovani fruitori di app ludiche al gioco d'azzardo propriamente intenso, sia nella sua forma offline sia online.

Le azioni di ricerca qui suggerite mirano a fornire una conoscenza del fenomeno del “quasi gioco d'azzardo” online insieme a indicazioni utili affinché esso possa essere maggiormente regolato, laddove sia evidenziata la sua prossimità al gioco d'azzardo e divenga oggetto di politiche di sensibilizzazione e prevenzione volte a evidenziarne i profili di rischio che la natura ludica di tali app tende a misconoscere.

# NOTE

## 8. Linee guida per il territorio provinciale

202 “[Il Sindaco] è inoltre competente, nell’ambito della disciplina provinciale e sulla base degli indirizzi espressi dal consiglio comunale, a coordinare gli orari degli esercizi commerciali, dei servizi pubblici, nonché degli orari di apertura al pubblico degli uffici periferici delle amministrazioni pubbliche, al fine di armonizzare l’esplicazione dei servizi alle esigenze complessive e generali degli utenti e favorire pari opportunità tra uomo e donna”.

203 “il Sindaco altresì coordina e riorganizza, sulla base degli indirizzi espressi dal consiglio comunale [...], gli orari degli esercizi commerciali dei pubblici esercizi e dei servizi pubblici, nonché, d’intesa con i responsabili territorialmente competenti delle amministrazioni interessate, gli orari di apertura degli uffici pubblici localizzati nel territorio, al fine di armonizzare l’espletamento dei servizi con le esigenze complessive e generali degli utenti”.

204 I regolamenti sono stati raccolti dall’Associazione delle Autonomie Locali (Legautonomie) nel mese di maggio 2012, e pubblicati sul sito internet [www.legautonomie.it](http://www.legautonomie.it). I Comuni considerati sono: Arcisate (VA), Ardenno (SO), Argenta (FE), Barzanò (LC), Bellusco (MB), Bolzano (BZ), Bovezzo (BS), Bovolenta (PD), Breganze (VI), Brescia (BS), Budrio (BO), Buguggiate (VA), Bulciago (LC), Busto Arsizio (VA), Cagliari (CA), Calco (LC), Caprino (BS), Casteggio (PV), Castelnuovo del Garda (VR), Castel San Pietro Terme (BO), Cernusco sul Naviglio (MI), Chiavenna (SO), Chiesina Uzzenese (PT), Chioggia (VE), Colico (LC), Costa Masnaga (LC), Cura Carpignano (PV), Desio (MB), Empoli (FI), Este (PD), Ferrara (FE), Firenze (FI), Galbiate (LC), Gallarate (VA), Gallarate (LC), Gavorrano (GR), Genova (GE), Grugliasco (TO), Lecco (LC), Levanto (SP), Loreto (AN), Lucca (LU), Maranello (MO), Massa (MS), Massa Lubrense (NA), Melito (NA), Merone (CO), Mesero (MI), Montecatini Terme (PT), Nove (VI), Oggiono (LC), Olgiate Olona (VA), Osnago (LC), Pantigliate (MI), Pavia (PV), Perugia (PG), Pioltello (MI), Piove di Sacco (PD), Ponte San Pietro (BG), Prato (PO), Pregnana Milanese (MI), Puegnago del Garda (BS), Recco (GE), Rho (MI), Riccione (RN), Rogliano (CS), Roman d’Isonzo (GO), Rovigo (RO), Saccolongo (PD), Salice Salentino (LE), Sanremo (IM), Sedriano (MI), Silvano Pietra (PV), Stradella (PV), Stresa (VCO), Torricella Sicura (TE), Trento (TN), Vellezzo Bellini (PV), Verbania (VCO), Verolengo (TO), Vicenza (VI), Vittuone (MI).

# APPENDICE 1

## Infiltrazioni criminali nel gioco d'azzardo

Questo capitolo analizza il fenomeno delle infiltrazioni della criminalità organizzata nel gioco lecito e illecito attraverso una rassegna delle Relazioni DIA (Direzione investigativa antimafia) e DNA (Direzione nazionale antimafia) pubblicate dal 2000 al 2013<sup>205</sup>. L'indagine sul sistema di infiltrazione dei gruppi criminali nel gioco d'azzardo è stata inoltre approfondita con l'analisi della Relazione del 2011 della Commissione Parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia e delle altre associazioni criminali, anche straniere, nonché di alcuni contributi della letteratura scientifica esistenti sul tema<sup>206</sup>.

Per descrivere meglio il fenomeno della penetrazione criminale nel gioco d'azzardo legale e illegale sono stati individuati alcuni casi studio all'interno delle Relazioni DIA, DNA e CPA. Sono stati selezionati i casi giudiziari con maggiore disponibilità di informazioni. Sono stati poi forniti esempi di diversi sistemi di infiltrazione criminale. Infine, è stata data preferenza ai casi giudiziari più recenti.

### L'evoluzione delle infiltrazioni criminali nel gioco

Il settore del gioco d'azzardo costituisce da sempre terreno fertile per la criminalità organizzata. L'interesse dei gruppi criminali per il settore del gioco si ricollega a due fattori: le prospettive di guadagno molto alte e la forte domanda del mercato (CPA 2011). I gruppi criminali si servono delle attività di gioco innanzitutto per guadagnare elevatissime somme di denaro<sup>207</sup>. Inoltre, la posizione di potere ottenuta attraverso gli ingenti incassi contribuisce a dar loro visibilità e ad aumentare la capillarità sul territorio, il che avviene anche attraverso il reinvestimento in altri settori (DNA 2013). Le infiltrazioni nel settore del gioco costituiscono anche il presupposto di altri fenomeni criminali, quali l'usura, l'estorsione e il riciclaggio (Fidone e Linguiti 2013). Attraverso la rassegna delle Relazioni DIA e DNA, si coglie una graduale evoluzione dell'interesse criminale per il gioco (Scaglione 2011).

Fino alla prima metà degli anni 2000, l'interesse della criminalità organizzata per il gioco d'azzardo è di tipo "classico" (DNA 2006; 2007; 2008). Le forme tradizionali di intervento dei gruppi criminali sono rappresentate dalla gestione di bische clandestine e dall'organizzazione del toto nero o del Lotto clandestino (DNA 2006). Le organizzazioni mafiose, inizialmente dedite all'offerta e alla gestione del gioco illegale, sono quindi penetrate, dalla metà degli anni 2000, nel tessuto legale (Fidone e Linguiti 2013). Dal 2006

in poi, in concomitanza con l'ampliamento dell'offerta di giochi legali e, in particolare, con l'introduzione del gioco online e degli apparecchi da gioco con vincita in denaro AWP<sup>208</sup> e VLT<sup>209</sup>, l'interesse della criminalità organizzata si è orientato verso il settore del gioco lecito (CPA 2011; DNA 2010). Gruppi criminali legati a Camorra, 'Ndrangheta e Cosa Nostra hanno adattato strutture e modalità di azione alle nuove opportunità economiche. Del resto, come sottolineato anche da alcuni autori, l'estensione dello spazio del gioco lecito, pur avendo contribuito, seppur marginalmente, a contrastare la componente sommersa e illegale del fenomeno, ha prodotto l'effetto di favorire la penetrazione dei gruppi mafiosi nel mercato legale del gioco d'azzardo (Scaglione 2011; Zavattiero 2010). Pertanto, la criminalità organizzata ha allargato i propri interessi verso gli ambiti più rilevanti e redditizi del comparto: il gioco online, gli apparecchi da intrattenimento AWP e VLT, le scommesse sportive, le sale Bingo e i Casinò. Ciò è accaduto per: a) la possibilità di utilizzare i servizi offerti dai diversi operatori e le differenti tipologie di giochi e scommesse quali mezzo per il riciclaggio dei proventi illeciti; b) l'opportunità di effettuare investimenti molto redditizi (CPA 2011).

### LA GESTIONE DEL GIOCO CLANDESTINO AD OPERA DELLE ORGANIZZAZIONI CRIMINALI

Per quanto concerne le modalità con cui la criminalità organizzata gestisce il gioco clandestino, si rileva che, quando ne ha la possibilità, essa usa il proprio potere intimidatorio per spingere la clientela verso le proprie bische ed evitare l'apertura di nuove attività da parte di soggetti non affiliati (DNA 2013). Inoltre, l'organizzazione criminale garantisce la protezione delle case da gioco clandestine e della loro clientela, arginando il pericolo di eventuali estorsioni o rapine in danno dei gestori o dei giocatori (DNA 2013). Il controllo del gioco d'azzardo permette di trarre utili su tutte le vincite, sugli interessi sui prestiti ai giocatori che hanno bisogno di contanti per proseguire il gioco, consente di ripulire il denaro sporco e di entrare in contatto con persone che hanno disponibilità economiche ed occupano posizioni sociali tali da potersi rivelare strumentali per il perseguimento di altre illecite finalità (DNA 2013). Le bische clandestine non sono soltanto quelle tradizionali, ma anche quelle di nuova concezione, costituite da locali dove sono allocati computer con connessioni alla rete internet per la fruizione di casinò on line o per la gestione abusiva di scommesse sportive (DNA 2012; 2013).

### Box 29 Il gioco clandestino

Il coinvolgimento delle organizzazioni criminali nel gioco d'azzardo clandestino o illegale è un dato giudizialmente acquisito (DNA 2013). Le condotte di organizzazione e gestione del gioco illegale si accompagnano spesso all'esercizio di altre attività illecite.

- a) In data 16 luglio 2005, la DDA di Bologna ha ottenuto l'emanazione di 16 ordinanze di custodia cautelare emesse dal Gip di Bologna nei confronti dei componenti di un'associazione per delinquere, organicamente collegata a cosche mafiose calabresi, finalizzata al controllo del mercato clandestino del gioco d'azzardo e responsabile di numerose estorsioni e rapine, oltre che dell'eliminazione violenta dei rivali (DNA 2006, 201).
- b) In data 19 ottobre 2006, la Squadra Mobile di Messina ha eseguito un'ordinanza di custodia cautelare in carcere a carico di 13 persone, ritenute responsabili dei reati di scommesse clandestine, maltrattamenti di animali, organizzazione di corse clandestine, detenzione e somministrazione di sostanze dopanti per i cavalli (DNA 2007).

In altri casi, l'attività clandestina si è sviluppata in tandem con l'attività di gioco autorizzata.

- c) Nel procedimento denominato *New line* condotto nel 2013 dalla DDA di Napoli, è emersa l'esistenza di un'organizzazione ben strutturata in più livelli che, attraverso piattaforme web illegali create *ad hoc* da esperti informatici, provvedeva alla raccolta clandestina di scommesse riguardanti competizioni sportive, fungendo da "*banco*", ossia assegnando le quote su cui puntare per le varie combinazioni di risultati possibili e, successivamente, ricavando gli introiti derivanti dalle giocate o, di contro, provvedendo a coprire le eventuali perdite. L'attività clandestina era dunque affidata ad un reticolo di agenzie, ricevitorie e corner. Il volume delle giocate raccolte è risultato essere di diverse migliaia di euro a settimana. A rendere più solida la struttura era poi il fatto che tali agenzie e ricevitorie erano anche inserite nel circuito legale, essendo concessionarie anche per la raccolta delle scommesse legali, per le quali avevano ricevuto specifica autorizzazione dall'AAMS. È quindi emersa l'esistenza di una struttura clandestina, parallela a quella autorizzata: ciò comportava da un lato che gli scommettitori erano per lo più del tutto ignari di effettuare le scommesse su un circuito clandestino posto che veniva loro consegnata una ricevuta con il logo AAMS contraffatto, del tutto analoga a quella originale; dall'altro rendeva più difficile l'individuazione dell'illiceità in caso di controlli (DNA 2013).

### LE INFILTRAZIONI DELLA CRIMINALITÀ ORGANIZZATA NEL GIOCO LEGALE

L'aspetto più rilevante della fenomenologia mafiosa è la tendenza all'inquinamento dell'economia legale, ove le imprese mafiose, già forti di ampia capacità di condizionamento, irrompono con una disponibilità di risorse che, nell'attuale momento economico, le rende altamente competitive (DIA 2013). L'infiltrazione nel circuito legale del gioco si realizza, ad esempio, quando i clan impongono a tutti i bar esistenti nel loro territorio le new slot da noleggiare dalle ditte ad essi riconducibili, o quando investono i loro capitali acquisendo la gestione di sale giochi o bingo allo scopo di moltiplicare rapidamente l'investimento (DNA 2013). Si tratta di attività formalmente legali, gestite però con metodi e capitali criminali (DNA 2013). Il mercato legale è inquinato dall'interno anche attraverso la commissione di attività formalmente e sostanzialmente illegali, quali la manomissione di apparecchi per il gioco e l'offerta di giochi su siti non autorizzati. In un'ottica di diversificazione degli investimenti, gli appetiti criminali si dirigono, infatti, verso nuovi settori, come il gioco legale online e offline (CPA 2011; DNA 2010). Dalle analisi svolte è emerso che non è individuabile una netta demarcazione temporale tra la fase in cui la criminalità era dedita soltanto all'offerta del gioco clandestino e la fase in cui essa ha iniziato ad inquinare il tessuto legale del gioco. Tuttavia, si può rilevare che le occasioni di infiltrazione della criminalità organizzata nel settore sono aumentate in conseguenza dell'aumento e della diversificazione dell'offerta del gioco legale. Ciò significa che il moltiplicarsi dei giochi legali ha indirettamente alimentato il mercato illegale, in quanto ha creato nuove e maggiori possibilità di infiltrazione criminale e si è tradotto in un ampliamento della popolazione che è entrata in contatto con l'offerta criminale (Zavattiero 2010).

L'attività dei gruppi criminali che si infiltrano nel gioco lecito si caratterizza, pertanto, per l'utilizzo di sistemi illeciti raffinati a fini di riciclaggio e di reinvestimento (DNA 2013). Le condotte criminali realizzate sono diverse: dall'alterazione delle macchinette, alla predisposizione di siti illegali e clonazione di carte di credito, fino alla pratica di acquistare i tagliandi vincenti da soggetti terzi (DNA 2013). Infatti, le organizzazioni criminali esercitano una fortissima pressione sull'anello più debole della filiera, ovvero il cliente/consumatore di gioco. Accanto all'attività usuraria, che riguarda i giocatori indebitati con le cosche, sono state rilevate nuove forme di estorsione verso i giocatori più fortunati, attraverso l'acquisto dei tagliandi vincenti del Superenalotto (Scaglione 2011) (Box 30).

### Box 30 Tagliandi vincenti estorti dai clan

a) Al termine dell'operazione convenzionalmente denominata *Round Up*, condotta dal Nucleo di polizia tributaria/GICO di Cagliari, sono state accertate due distinte operazioni di riciclaggio di denaro di illecita provenienza, svolte tra l'ottobre 2006 e il maggio 2007. Le operazioni sono state realizzate mediante "l'acquisto" di schedine vincenti del Superenalotto da parte di uno degli arrestati e utilizzate per ripulire oltre 200.000 euro grazie ai favori e all'intermediazione del titolare e del gestore di una ricevitoria di Cagliari. Questi due fiancheggiatori hanno dapprima ricevuto dai narcotrafficienti il denaro sporco in contanti, poi hanno consegnato loro le schedine vincenti del Superenalotto per consentire l'incasso dei relativi premi presso la Sisal, e infine hanno pagato le persone che avevano effettivamente eseguito le giocate vincenti. La somma ripulita con il Superenalotto è stata poi reimpiegata in investimenti immobiliari, consistenti nell'acquisto di terreni edificabili e nella costruzione di case, anche con la complicità di soggetti insospettabili (CPA 2011).

b) Da un'indagine della DDA di Catanzaro relativa ad un ingente traffico di sostanze stupefacenti tra il Sudamerica e l'Italia è emerso che un noto esponente della criminalità locale ha acquistato, per conto dell'organizzazione, il tagliando vincente dal reale giocatore, ripulendo la somma di Euro 8.341.032,00, corrispondente appunto alla vincita. Tutto ciò è stato agevolato dalla relazione che il criminale aveva con la figlia dei gestori della tabaccheria, ove nel maggio 2003 era stata giocata la schedina vincente del Superenalotto. È stato, infatti, accertato che entrambi i figli dei gestori della tabaccheria sono stati fatti fittiziamente figurare quali intestatari della vincita. Gran parte della somma accreditata sul loro conto è stata poi utilizzata per acquistare alcuni immobili e per portare a termine investimenti in titoli. Tali beni e valori sono stati oggetto di sequestro preventivo (DNA 2010).

I paragrafi che seguono sono dedicati all'analisi dei singoli comparti del gioco legale in cui maggiormente si realizza la penetrazione criminale e alla rassegna delle attività illegali relative a ogni tipologia di gioco.

### LE SCOMMESSE SPORTIVE

La raccolta delle scommesse sportive è, come tutti i giochi, riservata allo Stato che la esercita attraverso concessionari selezionati tramite gara pubblica. La concessione può avere ad oggetto la raccolta fisica o la raccolta online. Il flusso delle scommesse raccolte dai concessionari confluisce ed è registrato, in via informatica e in tempo reale, in un unico "totalizzatore nazionale" tenuto e gestito da Sogei Spa.

Attraverso un sistema informatico denominato GAS (gioco anomalo scommesse sportive), l'Agenzia delle dogane e dei monopoli è in grado di individuare i flussi anomali di scommesse che possono sottendere comportamenti illeciti, e che devono dunque essere segnalati agli organi competenti per le iniziative necessarie tra cui la sospensione, il rinvio o addirittura l'annullamento delle manifestazioni sportive nel caso in cui sia concreto il rischio di combine. Tuttavia, tale sistema di monitoraggio non funziona quando le scommesse sono raccolte da operatori esteri privi di concessione dello Stato italiano o tramite siti illegali extra-europei (DIA 2011; DNA 2012; 2013). Il circuito illegale di raccolta delle scommesse<sup>210</sup>, sia su rete fisica sia online, è basato su due canali:

- per la rete fisica, i CTD (Centri trasmissione dati) ovvero agenzie di scommesse non autorizzate, di solito mascherate da *internet point*, in cui i clienti effettuano le giocate che l'operatore – in virtù di un contratto con la società madre – registra sul *server* di tale società straniera, priva di concessione in Italia, ma autorizzata nel paese ove la stessa ha sede legale (per lo più in ambito UE) (DNA 2013). L'operatore raccoglie le giocate e paga le vincite, effettuando poi le compensazioni degli importi con la società madre. Tali CTD operano in assenza dell'autorizzazione dell'Agenzia che non può essere rilasciata a causa dell'assenza di concessione in favore del loro delegante estero<sup>211</sup>, ed in assenza della licenza amministrativa di cui all'art. 88 TULPS, che non può essere concessa trattandosi di soggetto privo di concessione (Fidone e Linguiti 2013). Le scommesse accettate dai CTD non sono, quindi, né tracciate né controllate;
- per la raccolta online, i siti gestiti da operatori privi di concessione, sottratti ad ogni imposizione fiscale, sovente con sede legale in paesi a fiscalità agevolata. Il gioco illegale online è effettuato attraverso i cd. totem. Si tratta di apparecchiature telematiche – poste per lo più in esercizi che si presentano come *internet point* – che attraverso il collegamento ad internet indirizzano automaticamente l'utilizzatore ad offerte di gioco illegali in quanto provenienti da un soggetto privo di concessione. In questo caso il cliente non apre un conto di gioco, ma utilizza quello dell' esercente (che in tal modo realizza un'illecita intermediazione nel rapporto tra giocatore e operatore online) e, di conseguenza, vengono meno l'identificazione del giocatore e la tracciabilità delle transazioni di gioco che avvengono invece per contanti.

La raccolta illegale di scommesse, sia su rete fisica sia online, configura il reato previsto dall'art. 4, comma 4 bis, della L. n. 401/1989, sanzionato con la reclusione da 6 mesi a 3 anni. Non sono disponibili dati sul numero di persone condannate, ma l'AAMS ha reso noto, attraverso un comunicato stampa dell'8 maggio 2014, che, su 2.266 esercizi controllati, sono stati chiusi 291 punti scommesse perché irregolari (AAMS e GdF 2014). Nel Box 31 sono illustrati alcuni tra i più significativi casi giudiziari inerenti il settore delle scommesse sportive<sup>212</sup>.

### Box 31 Le scommesse sportive

Le condotte criminali accertate nei seguenti casi giudiziari sono quelle di raccolta abusiva di scommesse e di estorsione. Nel caso b) la raccolta abusiva di scommesse avveniva in parallelo alla raccolta autorizzata. Inoltre, l'organizzazione criminale pilotava alcune partite di calcio delle serie minori italiane e dei campionati esteri.

a) Il Nucleo di polizia tributaria/GICO di Lecce ha concluso nell'ottobre 2010, sotto la direzione della locale Direzione distrettuale antimafia, in stretta sinergia con lo SCICO, l'indagine convenzionalmente denominata Poker 2 nei confronti di un'associazione per delinquere dedita all'illecita raccolta di scommesse online su eventi sportivi. Nello specifico, i promotori dell'organizzazione, con la collaborazione di vari soggetti dislocati sul territorio nazionale, hanno ideato e realizzato una capillare rete di centri raccolta delle scommesse (almeno 500 agenzie) operante sul territorio nazionale utilizzando un bookmaker con sede in Austria, senza le prescritte autorizzazioni per l'esercizio di tali attività (CPA 2011). Le indagini hanno consentito di provare il diretto interesse al settore da parte della criminalità organizzata. Nell'illecita attività di raccolta scommesse, infatti, è stato dimostrato il coinvolgimento di un noto pregiudicato salentino, condannato con sentenza irrevocabile per associazione a delinquere di stampo mafioso, in grado di controllare oltre cinquanta agenzie dislocate in Puglia, Emilia-Romagna e Veneto, rientranti nella rete di almeno 500 agenzie dislocate su tutto il territorio nazionale. A conclusione delle indagini, sono stati segnalati all'autorità giudiziaria 431 soggetti di cui ventidue per associazione per delinquere finalizzata all'esercizio abusivo di attività di gioco e scommesse raccolte telematicamente, nonché quattro persone per rivelazione del segreto d'ufficio e falsità ideologica. Al termine degli accertamenti economico-patrimoniali nei confronti di alcuni soggetti riconducibili alla famiglia del citato appartenente alla criminalità organizzata pugliese, sono stati sequestrati beni per un valore stimato di circa 4,3 milioni di euro, costituiti da quote di capitale sociale di numerose imprese con sede nella provincia di Lecce, conti correnti bancari, immobili ed autovetture (CPA 2011).

b) Nell'ambito del procedimento condotto dalla DDA di Napoli, al termine dell'indagine convenzionalmente denominata Golden Gol, è emerso il coinvolgimento del clan D'Alessandro nella gestione, tramite prestanome, di due dei quattro punti scommesse del circuito Intralot presenti a Castellammare di Stabia. Tale attività era finalizzata sia a ripulire il denaro

provento di gravi reati (in particolare traffico di droga e usura) sia ad ottenere rilevanti profitti (4 milioni e mezzo di volume di affari in un anno di esercizio per uno solo di tali punti scommesse). Il clan D'Alessandro gestiva poi altre agenzie di scommesse nelle Marche e a Rimini. Dall'ascolto delle conversazioni telefoniche emergeva che dietro la facciata del Centro Intralot, era in realtà gestito un sito online di scommesse, non autorizzato. In pratica, il sito illegale era utilizzato parallelamente alla piattaforma lecita: mentre le scommesse più rischiose (ovvero quelle in cui lo scommettitore aveva una maggiore possibilità di vincere) erano "bancate" attraverso il canale ufficiale delle linee Intralot (che si accollava dunque il pagamento dell'eventuale vincita), quelle meno rischiose erano gestite dal canale clandestino. In caso di ritardo nel pagamento del conto passivo, l'organizzazione provvedeva a convincere il giocatore attraverso pressioni e minacce di forte valenza mafiosa, configurandosi così, oltre all'organizzazione abusiva di scommesse che la legge riserva allo Stato, il delitto di estorsione. Nel prosieguo dell'indagine si accertava che il gruppo criminale aveva anche provveduto a far alterare alcune competizioni sportive in modo da ottenere il massimo vantaggio dalla gestione delle scommesse. Avveniva così che alcuni giocatori del Sorrento Calcio, dietro pagamento di somme di denaro, alteravano l'esito di alcune partite del campionato C1, in particolare il derby con la Juve Stabia, conclusosi con la vittoria di quest'ultima fino a quel momento ultima in classifica. Sono state anche rilevate iniziative finalizzate a condizionare incontri di calcio dei campionati spagnolo, brasiliano e argentino (DNA 2011).

GLI APPARECCHI DA INTRATTENIMENTO: NEWSLOT (ART. 110 TULPS, COMMA 6A) E SISTEMI DI GIOCO VLT (ART. 110 TULPS, COMMA 6B)

Le più recenti operazioni di polizia e le fonti giudiziarie documentano l'interesse della criminalità organizzata per la distribuzione e gestione degli apparecchi elettronici da intrattenimento, meglio conosciuti come newslot e video-lottery, che, molto diffusi all'interno di bar, tabaccherie e centri commerciali, garantiscono buoni introiti nonché la possibilità di riciclare ingenti somme di denaro (DNA 2012; 2013). L'infiltrazione nel settore del gioco si realizza con due modalità. La prima prevede l'installazione di apparecchi, videopoker e slot-machine non collegati alla rete dei concessionari ufficiali autorizzati, consentendo, a chi li gestisce, di disporre di continui flussi di denaro senza controlli e senza il pagamento delle relative tasse. La seconda prevede l'imposizione ai gestori di esercizi pubblici di apparecchiature controllate dai gruppi criminali (DIA 2013). Inoltre, sono state individuate condotte finalizzate a:

- interrompere i flussi di comunicazione concernenti i dati di gioco dalle “macchinette” al sistema di elaborazione del concessionario. Perciò, per determinati periodi la macchinetta funziona, ma non trasmette i dati perché il collegamento è interrotto;
- intervenire direttamente sul sistema telematico installando congegni (c.d. abbattitori) destinati ad interferire nel collegamento telematico tra l'apparecchio e il concessionario, al fine di modificare il flusso di dati e sottrarre alla tassazione la maggior parte dei ricavi prodotti dall'uso degli apparecchi;
- ad alterare le macchinette previste dall'art. 110 comma 7 trasformandole, attraverso l'installazione di una seconda scheda elettronica, in una slot con vincita in denaro. In tal modo, azionando un telecomando, si realizza una newslot non collegata alla rete telematica e sulla quale dunque non vi è alcun prelievo fiscale (DNA 2013).

Per quel che accade nell'ipotesi di scollegamento o manomissione delle slot machine, si rileva che laddove esse non siano collegate alla rete telematica, l'organizzazione criminale che le gestisce si appropria non solo del PREU (pari al 12% del giocato), ma anche delle quote spettanti al concessionario e all' esercente. Nell'ipotesi in cui il software della macchinetta sia alterato anche per abbattere le probabilità di vincita del giocatore, l'importo delle giocate finisce quasi per intero all'organizzazione criminale. Quanto alle video-lottery, che difficilmente possono essere alterate, c'è però il rischio che siano attuate condotte di riciclaggio sfruttando un'anomalia insita nell'apparato. Infatti, quando l'utente abbandona il gioco (anche senza avere effettuato alcuna partita), l'apparecchio emette un ticket in cui è riportata la somma da incassare, indicata come *cashout*, senza effettuare alcuna distinzione tra le somme che sono state introdotte nell'apparecchio dal giocatore, in fase di attivazione del gioco, e l'eventuale vincita (DNA 2013).

Nel Box 32 sono elencati alcuni tra i casi giudiziari più rilevanti aventi ad oggetto le condotte criminali accertate in materia di apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro.

### **Box 32 Gli apparecchi da intrattenimento con incita in denaro**

Si elencano i principali procedimenti che hanno evidenziato l'interesse delle organizzazioni mafiose nel settore del gioco ed, in particolare, nel comparto degli apparecchi da gioco con vincita in denaro. Le condotte accertate sono: manomissione degli apparecchi, installazione di apparecchi non autorizzati e distacco dalla rete dei concessionari.

a) Nel 2009, il Nucleo di polizia tributaria di Bologna, al termine dell'operazione *Asso di cuori*, ha denunciato una vasta frode informatica ai danni dello Stato, realizzata attraverso l'utilizzo di slot machine e videopoker modificati in maniera fraudolenta. Il complesso sistema di frode era realizzato attraverso due modalità specifiche:

- mediante un'apparecchiatura elettronica (c.d. abbattitore o doppia scheda), interposta tra la scheda di gioco originale omologata dalla AAMS ed il connettore che veicola i dati di gioco al Monopolio;
- attraverso una scheda di gioco aggiuntiva installata sugli apparecchi senza vincita in denaro, che consente di riprodurre il gioco delle slot machine mediante un telecomando a distanza o tramite il sistema wi-fi.

In questo modo, era stata creata una vera e propria rete parallela di gioco rispetto a quella soggetta al controllo del monopolio statale (CPA 2011).

b) Particolarmente significativa degli interessi della criminalità organizzata nel settore del gioco e delle scommesse è risultata anche l'operazione *Hermes*, conclusa nel 2009 dal Nucleo di polizia tributaria di Napoli. Le indagini, che hanno accertato il coinvolgimento di diversi clan camorristici campani e di un clan della mafia siciliana, hanno consentito di ricostruire l'intera organizzazione impegnata a riciclare denaro di provenienza criminale nella gestione di sale bingo, nella raccolta delle scommesse sportive ed ippiche, nei videopoker e nelle newslot. Il sistema ha previsto la costituzione di numerose società e ditte individuali secondo la tecnica delle scatole cinesi facenti tutte riferimento, dietro lo schermo iniziale del prestanome, alla famiglia di un noto imprenditore che ne controllava la politica imprenditoriale, i ricavi e l'assetto societario. La gestione dei profitti che erano reimpiegati in queste attività era in grado di condizionare la libera concorrenza tra le imprese regolari operanti sul mercato. I proventi derivanti dai videopoker erano poi reinvestiti nelle sale bingo gestite dallo stesso imprenditore in diverse regioni (CPA 2011).

c) Il Nucleo speciale di polizia valutaria ed il Gruppo di Palermo, nell'ottobre del 2009, nell'ambito dell'operazione convenzionalmente denominata *Tilt*, coordinata dalla locale Direzione distrettuale antimafia a seguito dell'analisi di alcuni pizzini rinvenuti nel covo di due latitanti al momento della loro cattura, hanno individuato le attività commerciali di

alcuni comuni della provincia di Palermo (Isola delle Femmine, Capaci, Carini, Cinisi e Terrasini), presso le quali un noto clan mafioso di Palermo aveva dislocato le proprie slot machine, fittiziamente intestate a prestanome, con la finalità di occultare i beni e i proventi connessi alla gestione degli stessi congegni. L'attività di indagine ha portato al sequestro di diciassette slot machine, aventi un valore commerciale di circa 50.000 euro che, ove regolarmente detenute e gestite, avrebbero garantito introiti per circa 100.000 euro l'anno. Ai due elementi di vertice del clan mafioso, in stato di detenzione, è stato contestato anche il reato di trasferimento fraudolento e possesso ingiustificato di valori in concorso con i prestanome (CPA 2011).

d) Altro sistema per frodare lo Stato attraverso le slot machine è stato individuato durante l'operazione *Las Vegas*, condotta nel 2012 dal Nucleo di polizia tributaria di Roma. In particolare, nonostante gli apparecchi fossero regolari e collegati alla rete telematica AAMS, sugli stessi era installato un chip che filtrava il contatore degli incassi dell'apparecchio (sui quali è calcolato il PREU), inviando alla rete telematica i dati ribassati, in media, dell'80%. In questo modo, erano sottratti alla tassazione dell'imponibile PREU circa 2 milioni di euro (CPA 2011).

e) Infine, deve darsi conto dell'esito del processo a carico del clan Lampada-Valle, espressione in Lombardia delle cosche De Stefano-Condello di Reggio Calabria. I Lampada e i Valle, due famiglie legate da comuni interessi imprenditoriali ed anche da vincoli di parentela, operavano nel noleggio degli apparecchi da intrattenimento, con modalità fraudolente, eludendo il pagamento del PREU attraverso il distacco delle macchine dalla rete della concessionaria Gamenet o attraverso la clonazione delle *smart-card* (DNA 2013). In tal modo, i Lampada, che a Reggio Calabria gestivano una macelleria e una pizzeria, e che erano giunti al nord con modeste risorse finanziarie, nel giro di pochi anni avevano acquisito disponibilità economiche e finanziarie assolutamente sproporzionate rispetto alle condizioni iniziali. Grazie ai guadagni realizzati con l'illecita gestione delle newslot, avevano consolidato la loro posizione nel settore triplicando in un anno e mezzo il numero delle macchinette (oltre 300) e raddoppiando il numero dei locali in cui i loro apparecchi erano installati (DNA 2012). La frode, come affermato dal Gip, generava un enorme flusso di denaro sottratto ad ogni controllo ed imposizione, sia ai fini del PREU sia ai fini della tassazione sul reddito, capace di finanziare tutte le operazioni di crescita societaria ed immobiliare. Ed infatti i Lampada, in poco tempo,

avevano rilevato 44 bar, molti dei quali nel pieno centro di Milano e dalle conversazioni intercettate emergeva come avessero guadagnato, in 2 anni, dalla gestione delle macchinette e dal fatturato dei bar, ben 20 milioni di Euro. Nel corso delle indagini sono stati evidenziati i rapporti corruttivi instaurati da Giulio Lampada con appartenenti alle FF.OO. allo scopo di evitare o pilotare i controlli (DNA 2012). Ed anche il rapporto con la concessionaria Gamenet è apparso opaco, posto che i dirigenti della stessa risultano aver accettato ingenti pagamenti in nero dai Lampada, comprensivi anche delle quote di spettanza di AAMS, senza far rilevare in alcun modo l'illecita gestione delle società del gruppo (DNA 2012). Il giudizio a carico dei Lampada si è concluso nel febbraio 2013 con la condanna (tra gli altri) a 16 anni per Giulio Lampada e a 9 anni e 6 mesi per Leonardo Valle (DNA 2013).

L'AAMS ha reso noto, attraverso un comunicato stampa dell'8 maggio 2014, che, su 2.266 esercizi controllati, sono state denunciate 487 persone e sequestrate 102 slot perché manomesse o alterate (AAMS e GdF 2014). Tuttavia, i controlli sugli apparecchi sono molto complessi. Allo scopo di selezionare gli operatori in entrata, la legge di stabilità per il 2011<sup>213</sup> ha previsto l'istituzione di un albo degli operatori degli apparecchi da intrattenimento (DNA 2013).

## LE SALE BINGO E I CASINÒ

Le sale Bingo rappresentano un settore di grande interesse per la criminalità organizzata, che mira ad infiltrarsi nelle società di gestione delle stesse. Dalle relazioni della Direzione Nazionale Antimafia si apprende che *"alcune concessioni per la gestione di sale Bingo sono state aggiudicate a prezzi non competitivi, il che rende agevole ritenere che la compensazione sia poi avvenuta per altri canali illeciti, quali il riciclaggio o le frodi informatiche"* (DNA 2011; 2013). È stato cioè accertato che alcune concessioni sono state aggiudicate a prezzi più alti del prezzo di mercato, il che ha condotto a ritenere che l'utilità di tale operazione per l'aggiudicatario sia consistita nel riciclaggio di denaro sporco o nella realizzazione di frodi informatiche (DNA 2013; CPA 2011). Nella relazione della Commissione Parlamentare Antimafia, il dottor Marcotti, presidente di Federbingo, nel riconoscere che nel settore del Bingo sono rinvenibili pesanti infiltrazioni della criminalità organizzata, ha spiegato come avvengono le operazioni illegali. Se il gestore della sala Bingo ha il permesso di operare fino alle ore 2 di notte e chiude la sala alle ore 24, ha due ore in cui può operare acquistando titoli, generando volumi e lavando soldi (CPA 2011). Pertanto, il primo modo per evitare la commissione di pratiche illegali è quello di controllare i volumi di gioco generati e se la sala opera o meno negli orari previsti (CPA 2011).

### Box 33 Le sale Bingo

Il dato per cui le sale Bingo sono oggetto di interesse per la criminalità organizzata emerge da varie indagini giudiziarie (DNA 2012; 2013). Esse dimostrano che i proventi illeciti derivanti dal noleggio di videopoker illegali o dalla manomissione di apparecchi per il gioco o da altre attività illecite non collegate al gioco, sono sovente “ripuliti” attraverso le sale Bingo (DNA 2013). La più significativa tra queste è l’indagine Rischiatutto (Box 35), in cui sono emerse metodologie tradizionali di ingerenza per quanto concerneva le sale Bingo, la cui attività era solo formalmente riconducibile a soggetti terzi mentre le stesse erano di fatto asservite agli interessi del clan (DNA 2013). Infatti, il presidente dell’associazione di categoria ASCOB (associazione concessionari del bingo), sfruttando la sua figura istituzionale del settore, interveniva sugli esercizi (sale bingo) in difficoltà economica, per acquisirne la gestione, e per consentire ai suoi referenti della criminalità organizzata, di investire in altre sale gioco d’Italia. In tale contesto emergeva anche l’attività di un funzionario dei Monopoli che rivelava al primo notizie di cui era a conoscenza per ragioni d’ufficio, consentendogli così di acquisire il controllo della società a costi inferiori a quanto dettato dal mercato ed in assenza di altri concorrenti. In definitiva l’indagine - che ha portato ad una misura cautelare a carico di 51 persone, nonché a provvedimenti di sequestro di beni ex art. 12 sexies L. n. 356/1992, valutati in oltre 400 milioni di euro - ha rivelato una tipica forma di imprenditoria mafiosa, esercitata in un settore che consente il veloce riciclaggio dei proventi illeciti e la manipolazione di ingenti quantitativi di denaro contante (DNA 2013).

Anche i Casinò sono oggetto di interesse per la criminalità organizzata, che trae proficui guadagni dalla gestione di attività connesse, quali il prestito di denaro sia ad usura che su pegno ed il cambio di assegni, intravedendo anche la possibilità di utilizzare un canale privilegiato per il riciclaggio del denaro di provenienza illecita (DIA 2002). I Casinò, infatti, possono essere utilizzati a scopo di riciclaggio o attraverso l’acquisizione diretta del controllo della casa da gioco, con importanti effetti indotti quali, tra l’altro, l’acquisizione delle strutture collegate (alberghi, ristoranti, locali notturni); o mediante l’abusiva concessione di prestiti ad alti tassi di interesse da parte dei cosiddetti “cambisti” per finanziarie i clienti in perdita e ormai invisibili all’ufficio fidi del Casinò; o infine (con la complicità dei cassieri e dei *croupier*) ricorrendo a giocate fittizie, cambiando rilevanti somme di denaro (in più *tranche* per sfuggire alle segnalazioni di legge), ed ottenendo poi a fine serata un assegno emesso dalla casa da gioco che attribuisce la liceità di una vincita, alle somme provento di attività delittuose (DNA 2013).

### Box 34 I Casinò

Tra i procedimenti che documentano le infiltrazioni della criminalità organizzata nel settore dei casinò, devono essere ricordati i seguenti: nell’ipotesi a) il casinò è utilizzato, attraverso tecniche ingegnose e la complicità dei dipendenti della sala da gioco, per riciclare proventi di attività illecite; nell’ipotesi b) costituisce lo strumento indiretto per la realizzazione di altre condotte illecite, quali l’usura e l’estorsione.

a) Si segnala anzitutto l’operazione denominata *Saint Vincent*, svolta dalla DIA e dalla DDA di Palermo. L’indagine ha preso l’avvio sulla base dello sviluppo investigativo di una segnalazione di operazione finanziaria sospetta, consentendo di far luce sulla natura di alcune movimentazioni bancarie anomale di un pregiudicato di Palermo, che provvedeva a spostare ingenti somme di denaro da Palermo a Saint Vincent. I movimenti accertati ammontavano ad oltre due milioni di euro (DNA 2007). Oltre al principale soggetto palermitano, sono stati sottoposti ad indagini di polizia giudiziaria diversi altri personaggi concorrenti, con ruoli differenziati. I reati contestati dall’Autorità Giudiziaria palermitana, nell’ambito del proc. pen. n. 4667/2002 RGNR, riguardano l’usura, il gioco d’azzardo, la gestione di bische clandestine, il riciclaggio ed altri illeciti penali, consumati per fini di mafia. Il Gip presso il Tribunale di Palermo, il 21 settembre 2006 ha emesso un’ordinanza di custodia cautelare in carcere nei confronti di tredici soggetti per i delitti sopra menzionati. Durante lo svolgimento delle attività, è stato eseguito un sequestro preventivo di denaro contante ed assegni per un valore di 289.000 euro. L’attività di riciclaggio era realizzata da esponenti di un gruppo criminale (clan Mandalà) all’interno del Casinò di Saint Vincent, attraverso la complicità di alcuni dipendenti della sala da gioco (DNA 2007). Il meccanismo utilizzato era il seguente: Nicola Mandalà otteneva dall’ufficio del Casinò un fido di 100.000 euro, superiore a quanto le regole della casa da gioco consentissero. Poi depositava assegni per lo stesso importo, ricevendone, in cambio, *fiches* (DNA 2007). In caso di vincita avrebbe ritirato i suoi assegni, invece, eludendo le norme antiriciclaggio, elargiva regalie ai cassieri e convertiva le *fiches* esclusivamente in contanti, così risultando sempre in perdita, anche quando aveva vinto. Infatti, non ritirando i propri assegni, risultava aver perduto, ai tavoli da gioco, l’intera somma portata dai titoli. Questo comportava una maggiore provvigione al porter che lo aveva accreditato. Secondo le stime della DDA di Palermo è emerso che circa dieci milioni di euro sono stati riciclati dai boss mafiosi tra il 2001 e il 2005 nel casinò di Saint Vincent, attraverso disoccupati o piccoli gruppi familiari che erano “spediti” periodicamente nella sala da gioco (DNA 2007).

b) Nell'ambito del procedimento convenzionalmente denominato *Bocciolo* condotto nel 2010 dal Nucleo di polizia tributaria/GICO di Bari, è stato individuato un sodalizio criminale, capeggiato da soggetti legati ad un clan barese, dedito prevalentemente all'usura e al riciclaggio di proventi illeciti (CPA 2011). Elemento caratterizzante dell'organizzazione criminale era l'individuazione delle vittime all'interno di circoli ricreativi, riconducibili ai soggetti indagati, dove, tra i frequentatori con il vizio del gioco, venivano individuati i potenziali clienti da sottoporre ad usura; a questi ultimi venivano, altresì, proposti pacchetti viaggio gratuiti con destinazione casinò ubicati in Russia, Slovenia, Croazia e Cipro (DNA 2011; CPA 2011). Tale pacchetto viaggio era garantito dal sodalizio criminale all'unica condizione che il giocatore acquistasse fiches per almeno 5.000 euro. L'accompagnatore (*porteur*) si rendeva poi disponibile a prestare denaro, sul posto, ai giocatori in caso di perdite. La restituzione di tali somme avveniva, successivamente, con l'applicazione di tassi usurari mensili oscillanti dal 10 per cento al 20 per cento (DNA 2011; CPA 2011). Le indagini hanno, inoltre, consentito di ricostruire il riciclaggio di 50.000 euro provenienti dall'attività di usura, giustificando tale somma come vincita ottenuta da un componente del sodalizio criminale presso uno dei casinò frequentati e successivamente utilizzata da quest'ultimo per l'acquisto di un immobile (CPA 2011). A conclusione delle indagini, nell'ottobre 2010 sono state emesse ventisei ordinanze di custodia cautelare, di cui diciotto in carcere, nei confronti degli appartenenti al sodalizio criminale ritenuti responsabili dei reati di usura, estorsione, riciclaggio ed esercizio abusivo del credito. Gli accertamenti patrimoniali eseguiti nei confronti dei soggetti indagati hanno portato al sequestro di immobili, autovetture, imprese e rapporti finanziari, per un valore complessivo stimato di 15 milioni di euro. Nel corso dell'esecuzione dell'attività operativa, sono stati inoltre sottoposti a sequestro d'iniziativa dei militari operanti altri beni mobili (denaro, gioielli, assegni, eccetera), per un valore complessivo di circa 450.000 euro (CPA 2011).

## IL GIOCO ONLINE

Il d.l. 223/2006 - c.d. decreto Bersani - ha introdotto, con l'art. 38 comma 1 lett. b), i "giochi di abilità a distanza" con vincita in denaro, ovvero i giochi on line il cui risultato dipende, in misura prevalente, dall'abilità dei giocatori. L'esercizio di tali giochi può essere offerto soltanto dai concessionari selezionati dall'AAMS a seguito di gare a evidenza pubblica. Inoltre, le piattaforme di gioco (le c.d. *Poker Rooms*) devono essere collegate al sistema informatico dei Monopoli, gestito da Sogei Spa<sup>214</sup>, che consente di monito-

rare la mole di gioco sviluppata ed accertare la congruità delle somme versate a titolo di imposta (DNA 2011). Il legislatore italiano ha predisposto un meccanismo finalizzato alla tracciabilità del gioco on line, mediante la registrazione di ogni singola attività posta in essere dal giocatore (Fidone e Linguiti 2013). Nel gioco on line esercitato sui siti internet autorizzati (con estensione .it), tutte le transazioni di gioco sono tracciabili come pure le transazioni finanziarie: anche la riscossione delle vincite o il ritiro delle somme all'atto della chiusura del conto avviene attraverso circuito bancario o postale o analoghi strumenti. Conseguentemente, il rischio di riciclaggio nel gioco online legale è limitato. Quando invece l'offerta di gioco proviene da siti non autorizzati (con estensione .com), si opera in assenza di vincoli e cautele, quindi senza che le somme di denaro oggetto di transazione siano in alcun modo tracciate, prescindendo dalla corretta identificazione del giocatore e consentendo anche il pagamento in contanti (utilizzando esercizi commerciali collegati al *server*) (DNA 2012). In quest'ultimo caso, le tecniche finalizzate alla truffa o al riciclaggio sono soventi e non facilmente individuabili. Per quanto concerne i reati di truffa, essi sono consumati attraverso condotte di varia natura quali le frodi telematiche o la falsificazione di carte di credito (Fidone e Linguiti 2013). La criminalità organizzata, inoltre, realizza agevolmente operazioni di riciclaggio spostando ingenti somme di denaro in assenza di qualsiasi tipo di controllo (DNA 2012). L'AAMS svolge un periodico monitoraggio dei siti internet<sup>215</sup> che contengono proposte di gioco e, in caso di individuazione di siti gestiti da soggetti non autorizzati, provvede all'inibizione o oscuramento del sito (DNA 2012). Peraltro, le organizzazioni riescono agevolmente a bypassare tale provvedimento, configurando l'interfaccia di rete del PC sostituendo al DSN nazionale (normalmente assegnato in automatico dal gestore del servizio ADSL) un "OpenDSN", o anche replicando il portale su un dominio non inibito, ma speculare (DNA 2013).

Tra le pratiche illegali più diffuse sono segnalati, inoltre, i tornei di poker su siti non autorizzati che si realizzano attraverso l'installazione dei cosiddetti *totem* (AAMS e GdF, 2014). Si tratta di apparecchi forniti di un computer mediante il quale è possibile il collegamento alla rete internet e la partecipazione all'offerta di gioco presente sul web, con accesso sia alle offerte legali che a quelle illegali proposte da operatori privi di concessione in Italia (AAMS e GdF, 2014).

### Box 35 Il gioco online

Dalle indagini condotte negli ultimi anni è emerso che i gruppi criminali hanno attuato operazioni di riciclaggio in rami d'impresa in vario modo collegati al gioco (slot machine, casinò online, scommesse sportive, le sale Bingo) (DNA 2013; DIA 2013; CPA 2011). Per quanto concerne il gioco online, si riportano di seguito alcuni tra i più recenti e rilevanti casi giudiziari.

a) Nel procedimento n. 45702/12 condotto dalla DDA Napoli, denominato operazione Rischiatutto, è emerso che il clan camorristico Schiavone ha effettuato investimenti nel settore del gioco d'azzardo nel territorio di Caserta e nel territorio emiliano. In particolare, la città di Modena è diventata negli anni, come già accertato da altri interventi giudiziari, una sorta di territorio di conquista, per il settore del gioco, del clan dei casalesi (DIA 2010a; 2010b). Pertanto, è stato accertato che i 5 circoli privati Matrix (in Castelfranco Emilia e Modena), amministrati da Antonio Noviello, rappresentante di Nicola Schiavone, e da Nicola Femia (detto Rocco), gestivano il gioco d'azzardo mediante collegamento multimediale su rete protetta con siti presenti all'estero (DNA 2013). Per la gestione del gioco online erano stati stretti accordi con personaggi già noti alle inchieste sul gioco (DNA 2012). Si trattava dei fratelli Antonio e Luigi Tancredi, i quali avevano fornito i collegamenti internet con sistema protetto per permettere il gioco d'azzardo sui siti [www.dollarocasino.com](http://www.dollarocasino.com), [www.dollarobett.com](http://www.dollarobett.com), [www.jogobrasil.com](http://www.jogobrasil.com) ed altri, tutti ubicati in Romania, formalmente intestati ad un cittadino rumeno, ma di fatto di loro proprietà, disponendo l'apertura di casse per la gestione dei clienti, la concessione di credito e la riscossione delle vincite (DNA 2013).

b) Nel procedimento n. 599/10 – indagine *Black Monkey* – condotto dalla DDA Bologna, è stato accertato che Nicola Femia (detto Rocco) era a capo di un'organizzazione criminale, in cui erano inseriti anche i figli Rocco e Guendalina, che aveva il suo principale centro di interesse nella raccolta abusiva del gioco online. Il sodalizio agiva attraverso siti web operanti illegalmente in Italia essendo privi di concessione autorizzativa, ed in particolare i siti "dollaro" e "starspklive", riconducibili ad una società romana gestita da Luigi Tancredi, e i siti "viva", "vanilla" e "888suite", tutti registrati da una società di Tortola (Isole Vergini Britanniche) con base operativa a Londra. Rispetto a tali siti internet, Nicola Femia fungeva da unico referente in Italia per la distribuzione degli accessi via internet (DNA 2013). La complessità dell'attività delittuosa discendeva non soltanto dal necessario coinvolgimento di soggetti con adeguate capacità tecniche (che dovevano

operare con i gestori esteri dei siti web per la soluzione immediata dei problemi tecnici e garantire la continua funzionalità dei sistemi operativi), ma anche dalla necessità di relazionarsi con i numerosi di soggetti cui facevano capo, sull'intero territorio nazionale, le sale gioco ove accedevano i giocatori e dove avveniva la raccolta fisica del denaro che, con cadenza quindicinale, era effettuata da emissari di Femia. Attraverso indagini informatiche è stato possibile visualizzare tutte le connessioni avvenute nella piattaforma di gioco online, riportando, per ognuna, indirizzo IP e username dell'utente che si era connesso. Si è così giunti all'identificazione dei gestori di sale gioco che si avvalevano delle illecite connessioni realizzate dall'organizzazione di Femia. Sono risultati 57 punti gioco dislocati tra Puglia, Campania, Emilia Romagna, Calabria, Marche, Abruzzo, Toscana, Lombardia, Lazio, Sicilia e Sardegna. Sempre grazie alle indagini informatiche si è accertato che, nel periodo agosto 2010 - febbraio 2011, la raccolta riferita unicamente al sito "dollaro" è stata di oltre 40 milioni di euro (DNA 2013).

## APPENDICE 2

### Stima dei costi sociali del gioco d'azzardo

Questo paragrafo propone una metodologia per il calcolo dei *cost of illness* del gioco d'azzardo sulla base di quanto è emerso dall'analisi della letteratura. Il documento è diviso in due parti. La prima parte analizza le problematiche relative al calcolo dei costi sociali, la seconda sviluppa una metodologia di stima applicabile a livello provinciale.

#### Problematicità che caratterizzano il calcolo dei *cost of illness* del gioco d'azzardo

La rassegna della letteratura ha evidenziato alcune criticità che influenzano la stima dei costi sociali del gioco d'azzardo. Esse sono: a) la limitata comparabilità delle ricerche nazionali e internazionali; e b) la difficoltà nella quantificazione dei costi intangibili.

#### LIMITATA COMPARABILITÀ DELLE RICERCHE NAZIONALI ED INTERNAZIONALI

I motivi che impediscono una comparazione tra le ricerche internazionali e nazionali sono principalmente tre:

- le differenze connesse a diversi sistemi sanitari;
- l'assenza di una metodologia condivisa;
- l'assenza di una terminologia standard.

**Differenze tra sistemi sanitari.** La maggior parte delle ricerche sui *cost of illness* del gioco d'azzardo sono sviluppate negli Stati Uniti e quindi sul sistema sanitario americano. Sebbene ciò rappresenti un punto di partenza, la costruzione di una metodologia applicabile al contesto italiano richiede un adattamento.

**Assenza di una terminologia standard.** La letteratura ha dimostrato come la comunità scientifica abbia spesso utilizzato la stessa terminologia attribuendo significati diversi alle singole voci che compongono le categorie di costo. Uno dei primi passi da compiere per contenere il problema e le difficoltà inerenti la comparabilità tra le ricerche, consisterebbe nell'armonizzare la terminologia attraverso un concetto condiviso di "costi sociali" (Walker 2003; Walker e Barnett 1999).

**Assenza di una metodologia condivisa.** Mancando ancora una condivisione sulle metodologie più idonee da utilizzare la comunità scientifica ha proposto differenti tentativi di stima. Questi tentativi hanno prodotto risultati sensibilmente diversi e quindi difficilmente comparabili (Walker, 2003). Nonostante la World Health Organisation abbia proposto un *vademecum* contenente gli aspetti chiave e necessari alla stima dei costi sociali di dipendenze/malattie (WHO 2009), questo non risulta ancora uno strumento sufficiente. Infatti, persiste una forte autonomia riguardante le metodologie utilizzate per la stima e numerosi dubbi in merito alle definizioni delle singole voci di costo che caratterizzano i costi diretti ed indiretti.

#### DIFFICOLTÀ DI CALCOLO DEI COSTI INTANGIBILI

Il calcolo dei costi intangibili è difficile da realizzare (Walker 2007). Per questo alcune ricerche (Iori 2012; Becker 2011; Kunzi, Friitschi, e Egger 2004) hanno escluso dalla stima totale i costi intangibili.

#### Metodologia per la stima dei costi sociali del gioco d'azzardo

Per sviluppare una metodologia in grado di stimare l'impatto economico sulla società causato dal gioco nel territorio trentino, si è deciso di fare riferimento alle più comuni metodologie utilizzate nei *cost-of-illness studies* a cui sono state applicate le dovute modifiche.

È importante sottolineare che il gioco d'azzardo è connesso alla dimensione medica e ad altre sfere personali (Lesieur 1998; Walker e Barnett 1999). Queste riguardano la vita del giocatore patologico (lavoro, famiglia, ecc.) e rappresentano aspetti rilevanti al momento della stima dei costi sociali. Nei successivi paragrafi si presenta nel dettaglio la metodologia proposta per la quantificazione dei costi sociali del gioco d'azzardo in Trentino (Tab. 63).

Tab. 63 Tabella riassuntiva dei costi diretti, indiretti e intangibili per il calcolo dei costi sociali nel territorio

Tipologia di costo		Voci di costo	
Costi diretti		Farmaci rimborsabili e non rimborsabili	
		Visite specialistiche	Neuropsichiatria
			Psichiatria
			Pronto soccorso e prestazioni generiche
		Prestazioni di diagnostica radiologica	
Costi indiretti	Criminalità	Reati contro il patrimonio	Furti
	Lavoro		Assenteismo
	Famiglia		Separazioni e Divorzi
	Costi governativi	Campagne di prevenzione	
		Attivazione di numeri verdi	
		Centri di aiuto	
		Studi e Ricerche	
Costi intangibili		Danno biologico e morale	Depressione
			Stati d'ansia

Fonte: elaborazione Transcrime

#### QUANTIFICAZIONE MONETARIA DEL VALORE DELLA SALUTE CONNESSA AL GIOCO D'AZZARDO: I COSTI DIRETTI

Le voci di costo dei costi diretti sono state divise in due macro categorie:

- l'acquisto di **farmaci rimborsabili e non rimborsabili** per ridurre l'impulso al gioco;
- **visite specialistiche connesse a patologie causate dal gioco d'azzardo** ovvero tutte le visite mediche che il giocatore patologico è costretto a fare a causa di danni alla salute connessi all'intensa attività di gioco (es. forme di tabagismo o/e effetti legati al consumo di bevande alcoliche).

#### FARMACI NON RIMBORSABILI E RIMBORSABILI

Nonostante la letteratura sottolinei come la terapia più utilizzata ed efficace sia quella psicologica (K. J. Pallesen et al. 2005) vi sono trattamenti farmacologici usati per contenere l'impulso al gioco<sup>216</sup>.

I tipi di farmaci considerati sono quelli che, secondo la letteratura, risultano oggetto di prescrizione medica in caso di impulso al gioco (Grant et al. 2006; Kim et al. 2001)

Per poter procedere ad una quantificazione dei costi delle cure farmacologiche è possibile utilizzare le informazioni contenute all'interno delle cartelle cliniche dei giocatori patologici già in cura presso il Ser.D.. Queste, infatti, contengono informazioni rilevanti in merito al tipo di farmaco utilizzato e al dosaggio medio giornaliero.

In seguito, attraverso l'utilizzo del tariffario nazionale dei medicinali è possibile rendere la metodologia replicabile nel tempo tenendo conto di possibili variazioni di prezzo dei farmaci.

Tab. 64 Metodologia di stima dei costi diretti: farmaci non rimborsabili e rimborsabili

Farmaci non rimborsabili e rimborsabili	
<b>Definizione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Farmaci rimborsabili: insieme dei farmaci “essenziali” o “salvavita”</li> <li>• Farmaci non rimborsabili: insieme dei farmaci considerati “non essenziali” o “salvavita”</li> </ul>
<b>Quali tipi di farmaci</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stabilizzatori dell’umore</li> <li>• Ansiolitici</li> <li>• Antidepressivi</li> <li>• Altro (Qualunque altra tipologia di farmaco prescritta per ridurre o controllare l’impulso al gioco)</li> </ul>
<b>Come si calcola il costo annuale per paziente</b>	Si moltiplica consumo annuale dei farmaci per il costo del singolo farmaco
<b>Informazioni necessarie alla quantificazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di farmaco assunto da giocatore patologico medio</li> <li>• Consumi annuali</li> <li>• Costo medio del farmaco</li> </ul>
<b>Metodologie di raccolta delle informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassegna della letteratura</li> <li>• Cartella clinica del giocatore patologico in cura al Ser.D.</li> <li>• Tariffario nazionale dei medicinali</li> </ul>

Fonte: elaborazione Transcrime

### VISITE SPECIALISTICHE CONNESSE A PATOLOGIE CAUSATE DAL GIOCO D’AZZARDO

Le voci di costo relative alle visite specialistiche connesse a patologie che possono essere il risultato di un’intensa attività di gioco sono state divise in 4 macrocategorie. Le prime due sono visite specialistiche di carattere psicologico, la terza riguarda prestazioni sanitarie generiche, mentre l’ultima è connessa al consumo eccessivo di bevande alcoliche

e tabacco. Si fa riferimento a queste categorie perché riassumono i principali aspetti medico-sanitari che interessano il giocatore d’azzardo patologico medio. Per poter procedere ad una quantificazione dei costi relativi alle visite specialistiche connesse a patologie causate dal gioco d’azzardo è possibile somministrare un’intervista strutturata al fine di ottenere le informazioni necessarie alla stima. Per il costo è possibile utilizzare il tariffario minimo nazionale delle prestazioni medico chirurgiche e odontoiatriche in euro che rende la stima replicabile nel tempo perché tiene in considerazione eventuali modifiche connesse al prezzo.

Tab. 65 Metodologia di stima dei costi diretti: visite specialistiche connesse a patologie causate dal gioco d’azzardo

Visite specialistiche connesse a patologie causate dal GDA	
<b>Definizione</b>	Insieme dei trattamenti sanitari conseguenti alla ludopatia ed effettuati da un medico specializzato in un determinato settore
<b>Quali tipi di visite specialistiche</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropsichiatria (individuale e di gruppo)</li> <li>• Psichiatria (Psicoterapia individuale, psicoterapia di gruppo e profilo psicofisiologico)</li> <li>• Pronto soccorso e prestazioni generiche (Visite a domicilio del malato, visita unica o prima in ambulatorio, consulti)</li> <li>• Prestazioni di diagnostica radiologica (esame diretto dei polmoni, tomografia, ecografia toracica, broncografia, esame polifascio, esame diretto, ecografia)</li> </ul>
<b>Come si calcola il costo annuale per paziente</b>	Si moltiplica il numero di visite specialistiche annuali per il loro prezzo medio
<b>Informazioni necessarie alla quantificazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di visite specialistiche effettuate</li> <li>• Numero di visite effettuate</li> <li>• Costo medio della visita</li> </ul>
<b>Metodologie di raccolta delle informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassegna della letteratura</li> <li>• Intervista strutturata con giocatori patologici in cura presso Ser.D. e AMA</li> <li>• Tariffario minimo nazionale delle prestazioni medico chirurgiche e odontoiatriche in euro</li> </ul>

Fonte: elaborazione Transcrime

## QUANTIFICAZIONE MONETARIA DEL VALORE DELLA SALUTE CONNESSA AL GIOCO D'AZZARDO: I COSTI INDIRETTI

I costi indiretti sono spese di cui tutta la società deve farsi carico e, al contrario dei costi diretti, non riguardano aspetti di carattere medico-sanitario. La stima è proposta scegliendo un numero limitato di voci di costo tra quelli maggiormente citati in letteratura.

I costi indiretti sono stati suddivisi in quattro macro categorie (criminalità, lavoro, famiglia e costi governativi). Lo strumento proposto per la stima è stato scelto in base a: a) la possibilità di replicare i risultati nel tempo e b) la capacità dello strumento di fornire una valutazione oggettiva.

## COSTI INDIRETTI E CRIMINALITÀ

Alcuni studi hanno dimostrato la connessione tra comportamenti criminali e gioco d'azzardo patologico (Grant e Potenza 2010). Nonostante esista una connessione tra criminalità e gioco d'azzardo una vera e propria connessione causale non è stata ancora individuata. Per poter procedere ad una quantificazione dei costi connessi alla criminalità sono stati scelti i reati contro il patrimonio perché furti, rapine e truffe sono spesso connessi all'attività di gioco poiché permettono di ottenere quantità di denaro che possono essere utilizzate per pagare debiti o continuare l'attività di gioco.

Tab. 66 Metodologia di stima dei costi indiretti: criminalità

Costi indiretti – Criminalità	
<b>Definizione</b>	Insieme delle attività criminali che sono il risultato del fenomeno del gioco d'azzardo patologico
<b>Quale tipo di reato</b>	Reati contro il patrimonio
<b>Come si calcola il costo annuale</b>	Si moltiplica la media della refurtiva per il numero di volte in cui è stato compiuto il reato
<b>Informazioni necessarie alla quantificazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero di reati contro la proprietà</li> <li>• Media della refurtiva</li> </ul>
<b>Metodologie di raccolta delle informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassegna della letteratura</li> <li>• Intervista strutturata con giocatori patologici in cura presso Ser.D. e AMA</li> </ul>

Fonte: elaborazione Transcrime

## COSTI INDIRETTI E PRODUTTIVITÀ LAVORATIVA

Il gioco d'azzardo diventa un problema nel momento in cui assorbe una parte rilevante della quotidianità. L'impulso al gioco spinge i giocatori patologici a giocare anche duran-

te l'orario lavorativo causando un naturale calo della produttività che potrebbe portare al licenziamento. Per poter procedere ad una quantificazione dei costi connessi alla perdita di produttività lavorativa è stato scelto di stimare il danno economico causato dal fenomeno dell'assenteismo sul posto di lavoro dovuto ad attività di gioco.

Tab. 67 Metodologia di stima dei costi indiretti: produttività lavorativa

Costi indiretti – attività lavorativa	
<b>Definizione</b>	Insieme della produttività persa a causa di assenze sul posto di lavoro causate da un'intensa attività di gioco che non permette lo svolgimento di altre attività.
<b>Quali aspetti lavorativi</b>	Mancata produttività causata da assenteismo
<b>Come si calcola il costo annuale</b>	Si moltiplica il costo medio dell'attività lavorativa per il numero di ore in cui il soggetto non è riuscito a produrre
<b>Informazioni necessarie alla quantificazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo di lavoro</li> <li>• Media delle ore di lavoro perse</li> <li>• Media della retribuzione</li> </ul>
<b>Metodologie di raccolta delle informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassegna della letteratura</li> <li>• Intervista strutturata con giocatori patologici in cura presso Ser.D. e AMA</li> </ul>

Fonte: elaborazione Transcrime

## COSTI INDIRETTI E FAMIGLIA

Per quanto riguarda la sfera familiare del giocatore patologico i dati sottolineano l'aumento di divorzi causata da attività di gioco. Il centro studi AMI (2013) afferma che l'au-

mento dei divorzi è connesso ad un aumento dei soggetti indebitati e alla ludopatia. La metodologia in questo caso si concentra sul fenomeno dei divorzi connessi a motivi di gioco/economici.

**Tab. 68 Metodologia di stima dei costi indiretti: famiglia**

Costi indiretti – famiglia	
<b>Definizione</b>	Insieme delle spese sostenute dai soggetti a causa di divorzi causati da indebitamento dovuti al gioco
<b>Quali tipi di aspetti familiari</b>	Divorzio
<b>Come si calcola il costo annuale</b>	Si moltiplica il costo medio del divorzio per il numero di divorzi registrati
<b>Informazioni necessarie alla quantificazione</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero di divorzi</li> <li>• Costo medio per divorzio</li> </ul>
<b>Metodologie per la raccolta delle informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassegna della letteratura</li> <li>• Intervista strutturata con giocatori patologici in cura presso Ser.D. e AMA</li> <li>• Prezzo medio divorzio attraverso dati ISTAT</li> </ul>

Fonte: elaborazione Transcrime

## COSTI INDIRETTI: I COSTI GOVERNATIVI

La prevenzione del gioco d'azzardo patologico prevede un'attenzione verso i consumatori, la promozione di consapevolezza ed informazione dei cittadini e cure efficaci. L'organo a cui è affidata la *governance* della problematicità a

livello provinciale è il Dipartimento Salute che può, all'occorrenza, richiedere le integrazioni di altri Dipartimenti. È possibile quantificare il costo di almeno parte di queste attività attraverso delle interviste con i responsabili delle strutture provinciali competenti che possono indicare i provvedimenti amministrativi adottati ed i relativi impegni di spesa.

**Tab. 69 Metodologia di stima dei costi indiretti: costi governativi di prevenzione ed intervento**

Costi indiretti – costi governativi	
<b>Definizione</b>	Insieme di iniziative di prevenzione volte a contrastare il fenomeno del gioco d'azzardo
<b>Quali tipi di costi governativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campagne di prevenzione</li> <li>• Attivazione di numeri verdi</li> <li>• Studi e Ricerche</li> <li>• Centri di aiuto</li> </ul>
<b>Come si calcola il costo annuale</b>	Sommando il costo delle spese sostenute
<b>Informazioni necessarie alla quantificazione</b>	Costo per attività di prevenzione del gioco
<b>Metodologie per la raccolta delle informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interviste con i responsabili delle strutture provinciali competenti</li> <li>• Determine e Delibere della Provincia autonoma di Trento</li> </ul>

Fonte: elaborazione Transcrime

## QUANTIFICAZIONE MONETARIA DEL VALORE DELLA SALUTE CONNESSA AL GIOCO D'AZZARDO: I COSTI INTANGIBILI

### I COSTI INTANGIBILI

È difficile definire con esattezza quali voci di costo possano essere considerate all'interno dei costi intangibili a causa

della loro natura non monetizzabile (Walker 2007). Una possibile soluzione sarebbe il ricorso al metodo tabellare adottato dai tribunali per la quantificazione del danno non patrimoniale. Attraverso le tabelle d'invalidità INPS, infatti, potrebbe essere possibile determinare la classe di invalidità di appartenenza, per poi moltiplicare la categoria per i risarcimenti economici previsti per legge dal metodo tabellare.

**Tab. 70 Metodologia di stima dei costi intangibili**

<b>Costi intangibili</b>	
<b>Definizione</b>	Insieme di costi non monetizzabili che riguardano la sfera psicologica del soggetto e che ne modificano la quotidianità
<b>Quali tipi di aspetti lavorativi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depressione</li> <li>• Stati d'ansia</li> </ul>
<b>Come si calcola il costo annuale</b>	Si moltiplica la classe di invalidità di appartenenza per i risarcimenti economici previsti per legge dal metodo tabellare
<b>Informazioni necessarie alla quantificazione</b>	Classe d'invalidità di appartenenza
<b>Metodologie per la raccolta delle informazioni</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rassegna della letteratura</li> <li>• Intervista strutturata con giocatori patologici in cura presso Ser.D. e AMA</li> <li>• Tabelle d'invalidità INPS</li> <li>• Metodo tabellare nazionale per il risarcimento biologico/morale</li> </ul>

Fonte: elaborazione Transcrime

# APPENDICE 3

## Questionario – Indagine popolazione adulta in Trentino

Vorrei farle alcune domande sulle sue abitudini di gioco, con particolare riferimento a quei giochi che si basano sulla fortuna o meglio su un evento casuale, non prevedibile e che sono finalizzati ad una vincita economica.

1. Negli ultimi 3 mesi, ha giocato a giochi come Gratta&Vinci, Lotto, enalotto o simili, slot machines e videolottery, scommesse sportive, giochi online, bingo, giochi da casinò, come poker, giochi di carte, roulette, ecc.?

### Non leggere le risposte

- Sì  
 No (Si passa alla domanda 14)  
 Non so / non sono sicuro

2. Mediamente al mese quanti giorni gioca?

- Meno di una volta al mese  
 Numero giorni \_\_\_\_\_

3. Nei giorni in cui ha giocato, quanto tempo ha dedicato a questa attività?

- Numero minuti \_\_\_\_\_  
 Non so / non ricordo

4. A che tipo di gioco gioca **prevalentemente**? (**È possibile una sola risposta**)

### Non leggere le risposte

- Gratta&Vinci  
 Lotto /superenalotto e simili  
 Scommesse sportive / Totocalcio / Totip  
 Slot machine/Video Lottery  
 Scommesse su corse di cavalli e cani  
 Giochi di carte a soldi (es. poker, texas hold'em, black jack ecc.)  
 Bingo  
 Lotterie nazionali  
 Giochi di carte online (es. poker, texas hold'em, black jack ecc.)

- Scommesse sportive o ippiche online  
 Altri giochi online (es. Gratta&Vinci, roulette, slot machine ecc.)  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

5. Mi indicherebbe altri giochi a cui le capita di giocare? (**Sono possibili più risposte**)

### Non leggere le risposte

- Gratta&Vinci  
 Lotto /superenalotto e simili  
 Scommesse sportive / Totocalcio / Totip  
 Slot machine/Video Lottery  
 Scommesse su corse di cavalli e cani  
 Giochi di carte a soldi (es. poker, texas hold'em, black jack ecc.)  
 Bingo  
 Lotterie nazionali  
 Giochi di carte online (es. poker, texas hold'em, black jack ecc.)  
 Scommesse sportive o ippiche online  
 Altri giochi online (es. Gratta&Vinci, roulette, slot machine ecc.)  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_  
 Non gioco a nessun altro gioco

6. In che luogo gioca **prevalentemente**? (**È possibile una sola risposta**)

### Non leggere le risposte

- Bar/tabacchi/pub  
 A casa  
 Sale slot  
 Casinò  
 Sale bingo  
 Agenzie scommesse  
 Luogo di lavoro / scuola / università  
 Ovunque (solo se il tipo di gioco è online; ad esempio corriera, treno, autobus, lavoro, scuola ecc.)  
 Supermercato  
 Altro (specificare) \_\_\_\_\_

7. Mi indicherebbe altri luoghi in cui le capitata di giocare? **(Sono possibili più risposte)**

Non leggere le risposte

- Bar/tabacchi/pub
- A casa
- Sale slot
- Casinò
- Sale bingo
- Agenzie scommesse
- Luogo di lavoro / scuola / università
- Ovunque (solo se il tipo di gioco è online; ad esempio corriera, treno, autobus, lavoro, scuola ecc.)
- Supermercato
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_

Adesso vorrei farle delle brevi domande che potrebbero non essere relative al suo caso. Tuttavia le sue risposte sono comunque importanti ai fini della buona riuscita della ricerca.

8. Le è mai capitato di giocare più di quanto la sua disponibilità economica permettesse? **(È possibile una sola risposta)**

Leggere le risposte

- Mai
- A volte
- La maggior parte delle volte
- Quasi sempre
- Non so/non ricordo

9. Quando ha giocato, le è capitato di tornare ancora nei giorni successivi per tentare di vincere quanto aveva perso? **(È possibile una sola risposta)**

Leggere le risposte

- Mai
- A volte
- La maggior parte delle volte
- Quasi sempre
- Non so/non ricordo

10. I soldi che spende nel gioco hanno mai causato problemi finanziari a lei o alla sua famiglia? **(È possibile una sola risposta)**

Leggere le risposte

- Mai
- A volte
- La maggior parte delle volte

- Quasi sempre
- Non so/non ricordo

11. Il tempo trascorso giocando le ha mai causato problemi familiari, lavorativi o di salute? **(È possibile una sola risposta)**

Leggere le risposte

- Mai
- A volte
- La maggior parte delle volte
- Quasi sempre
- Non so/non ricordo

12. Si è mai sentito in colpa per il suo modo di giocare o per le conseguenze del suo gioco? **(È possibile una sola risposta)**

Leggere le risposte

- Mai
- A volte
- La maggior parte delle volte
- Quasi sempre
- Non so/non ricordo

13. Le è mai capitato che qualcuno le abbia suggerito di giocare meno o l'ha criticata per il suo modo di giocare? **(È possibile una sola risposta)**

Leggere le risposte

- Mai
- A volte
- La maggior parte delle volte
- Quasi sempre
- Non so/non ricordo

14. Saprebbe come trovare aiuto per una persona con problemi di gioco?

Non leggere le risposte

- Sì (Passa alla domanda 15)
- No (Termine questionario)

15. A chi si rivolgerebbe? **(È possibile una sola risposta)**

Non leggere le risposte

- Sì, al medico di base
- Sì, ad uno psicologo
- Sì, al Servizi per le dipendenze
- Sì, all'associazione Auto Mutuo Aiuto
- Sì, parrocchia/associazioni di volontariato
- Sì, amici o familiari
- Altro (specificare) \_\_\_\_\_
- Non so

# APPENDICE 4

## Manifesti esperimento impulsività

**P R E G I O** La prevenzione del gioco d'azzardo patologico in Trentino (2013-2014)

**IL GIOCO D'AZZARDO PUÒ CREARE DIPENDENZA**

AGISCI SPESSO DI IMPULSO?  
 FAI LE COSE SENZA PENSARCI? TI CAPITA DI FARE ACQUISTI NON PREVENTIVATI?

Transcrime in collaborazione con altri ricercatori dell'Università degli Studi di Trento sta conducendo uno studio sul ruolo dell'impulsività nel gioco d'azzardo. Collabora attivamente alla ricerca contattandoci a: [impulsivitygap@gmail.com](mailto:impulsivitygap@gmail.com) - 338 277 0367

**RICEVI FINO A 50 EURO IN BUONI SPESA!**

Partecipa allo studio su **gioco e impulsività**



Contatta il ricercatore Manuel Nicolé al numero 3382770367 o scrivi a [manuel.nicole@unitn.it](mailto:manuel.nicole@unitn.it)

In un'ora del tuo tempo puoi ricevere da 25 a 50 euro in buoni spesa validi in tutti i supermercati Poli e Regina

**Affrettati!**  
**Il tuo contributo è importante**

Lo studio è finanziato dalla Provincia autonoma di Trento

**PROG**  
**GIO**  
[progrttopregio.it](http://progrttopregio.it)

**P R E G I O** La prevenzione del gioco d'azzardo patologico in Trentino (2013-2014)

**120** VOLONTARI per capire come l'impulsività condiziona il comportamento dei giocatori

**500** INTERVISTE telefoniche alle famiglie trentine per capire la diffusione del fenomeno

**1200** INTERVISTE agli studenti delle scuole superiori per capire il loro rapporto col gioco d'azzardo

Quanti giocatori a rischio: **32**

Come identificarli: **?**

Quanto sono efficaci gli interventi: **0**

Quali politiche realizzare: **26**

**35**

Transcrime in collaborazione con altri ricercatori dell'Università degli Studi di Trento sta conducendo uno studio sul ruolo dell'impulsività nel gioco d'azzardo. Collabora attivamente alla ricerca contattandoci a: [impulsivitygap@gmail.com](mailto:impulsivitygap@gmail.com) - 338 277 0367

# NOTE

## Appendice 1

205 Le Relazioni analizzate sono quelle pubblicate dalla Direzione Investigativa Antimafia dal 2000 al 2013 (1° e 2° semestre), e dalla Direzione Nazionale Antimafia dal 2000 al 2013 (ad esclusione della Relazione annuale 2002-2003, in quanto non disponibile). Le Relazioni DIA sono pubblicate a cadenza semestrale e sono suddivise in più volumi, mentre le Relazioni DNA sono pubblicate in unico volume a cadenza annuale. Complessivamente, sono state analizzate 31 Relazioni DIA e 13 Relazioni DNA, attraverso una ricerca per parole chiave (“gioco” e “gioco d’azzardo”). L’esame delle Relazioni DNA dal 2006 al 2013, non ha richiesto la ricerca per parole chiave poiché è previsto un paragrafo dedicato alle infiltrazioni della criminalità organizzata nel gioco (anche) lecito.

206 Si tratta della Relazione sul fenomeno delle infiltrazioni mafiose nel gioco lecito e illecito approvata dalla Commissione Antimafia in data 20 luglio 2011.

207 In base a quanto rilevato dalla Direzione Investigativa Antimafia, le organizzazioni criminali tradizionali tendono a delegare ai gruppi minori, sempre più composti da stranieri, le attività delinquenziali più rischiose ovvero di maggiore esposizione (prostituzione, traffico e spaccio di stupefacenti, contrabbando), mantenendo per sé quelle di più elevato spessore economico-finanziario (es. riciclaggio, impiego di denaro, beni o utilità di provenienza illecita, gioco d’azzardo, investimenti mobiliari ed immobiliari) (DIA 2003a; 2003b; 2003c; 2003d).

208 Amusement with Prizes, sono dette anche New Slot o macchinette Comma 6a.

209 Video Lottery Terminal, sono dette anche Videolotterie o Videolottery.

210 Per quanto riguarda le corse ippiche, l’illiceità delle attività può riguardare sia la gestione delle scommesse presso i punti SNAI, sia la gestione delle stesse corse che possono essere influenzate da accordi occulti tra scuderie o driver, da atteggiamenti minatori verso i fantini o dalla pratica del doping sugli animali.

211 Con sentenza emessa nella cause riunite nn. C-660/11 e C-8/12 (European Court of Justice 2013), la Corte di Giustizia ha chiarito che non vi è un obbligo di mutuo riconoscimento dei titoli autorizzativi tra gli Stati membri, cosicché gli operatori che intendono offrire scommesse in Italia, devono munirsi dei titoli abilitativi richiesti dall’ordinamento interno, ovvero concessione e (se si tratta di raccolta su rete fisica) licenza di PS ai sensi dell’art. 88 del TULPS.

212 Per tutti gli altri casi giudiziari si rinvia alle relazioni DIA, DNA e CPA.

213 Art. 1, comma 82, L. n. 220/2010. Si tratta di un elenco che ricomprende l’intera filiera: concessionarie, gestori, esercenti e manutentori. Per ottenere l’iscrizione all’albo è necessario avere la licenza di cui all’articolo 86 del TULPS nonché la certificazione antimafia, che deve quindi essere richiesta da tutti i titolari dei punti di gioco pubblico. È poi indispensabile essere in regola con i pagamenti del PREU, aver prestato le fidejussioni previste, non essere incorsi nelle violazioni del divieto di gioco per i minori, e mantenere l’azienda in condizioni di regolarità. Senza l’iscrizione all’albo non si può esercitare e i contratti sottoscritti con i concessionari sono nulli.

214 Società di Information Technology 100% del Ministero dell’Economia e delle Finanze preposta al settore IT del Ministero medesimo ([www.sogei.it](http://www.sogei.it)).

215 Al 21 ottobre 2014 sono 4895 i siti inibiti. Un elenco aggiornato è consultabile al link: <http://www.agenziaadoganemonopoli.gov.it/wps/wcm/connect/internet/ed/lagenzia/monopoli+comunica/contrasto+illegalita/siti+soggetti+ad+inibizione>

## Appendice 2

216 Si sottolinea che non esistono farmaci il cui scopo è curare la ludopatia. Si utilizzano farmaci che tendono a curare altre sintomatologie che possono avere degli effetti positivi anche sulla riduzione dell’impulso al gioco.

# BIBLIOGRAFIA

- AAMS e GdF. 2014. "Giochi e scommesse. Effettuati migliaia di controlli su tutto il territorio nazionale: il 31% è irregolare".
- Abadi, M. 1964. "Psycoanalysis of gambling". *Revista De Psicoanálisis* 21 (dicembre): 366–373.
- Amato, M.P., G. Siracusa, e E. Portaccio. 2005. "Costi di malattia: revisione degli studi europei e nordamericani". In *Costi sociali e aspetti farmaco-economici*, 13–16. Aspetti psico-sociali della sclerosi multipla 4. Milano: Springer.
- Anderson, D. W., B. J. Bowland, W. S. Cartwright, e G. Bassin. 1998. "Service-Level Costing of Drug Abuse Treatment". *Journal of Substance Abuse Treatment* 15 (3) (giugno): 201–211.
- Angelino, R., S. Bertinat, M. Corsello, R. Daverio, R. Ferrara, L. Giachero, F. Masarin, e L. Rossi. 2012. "La fase di accoglienza dei pazienti gamblers nei servizi per il gioco d'azzardo patologico dei Ser.T. della Regione Piemonte: modalità e procedure". *Italian Journal on Addiction* 2 (3-4): 109–120.
- Anifantakis, Ioannis, Arianna Borsacchi, Sandra Tempestini, Ilaria Londi, Sonia Garcia, e Antonella Manfredi. 2013. "PROGETTO 'IL GIOCO DIPENDE DA TE!' | Cesda – Centro studi ricerca e documentazione su droghe, dipendenze e hiv/aids". *Alcologia* (17): 79–84.
- APA, American Psychiatric Association. 1987. *DSM III-R, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition, Revised*. Washington DC.: American Psychiatric Association.
- . 1994. *DSM IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- . 2000. *DSM IV TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®*. American Psychiatric Association.
- . 2013. *DSM V, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association.
- Ariyabuddhiphongs, Vanchai. 2013. "Problem gambling prevention: before, during, and after measures". *International Journal of Mental Health and Addiction* 11 (5): 568–582.
- Associazione AMA Onlus. 2013. "Gioco d'azzardo: iniziative di prevenzione e di promozione di una cultura alternativa". CHI A.M.A.
- Audiweb. 2014. "Internet è sempre più Mobile: Nielsen e Audiweb rispondono con la 'Total Digital Audience'".
- Audiweb, e Doxa. 2013a. *Sintesi e analisi dei risultati della Ricerca di Base sulla diffusione dell'online in Italia. XIX edizione Giugno 2013 (Dati cumulati cicli 3, 4 del 2012 e cicli 1, 2 del 2013)*. Audiweb.
- . 2013b. *Sintesi e analisi dei risultati della Ricerca di Base sulla diffusione dell'online in Italia. Dicembre 2013 (Dati cumulati anno 2013)*. Audiweb.
- Ayers, Catherine R., John T. Sorrell, Steven R. Thorp, e Julie Loebach Wetherell. 2007. "Evidence-Based Psychological Treatments for Late-Life Anxiety". *Psychology and Aging* 22 (1) (marzo): 8–17. doi: 10.1037/0882-7974.22.1.8.
- Babor, Thomas, Raul Caetano, Sally Casswell, Edwards Griffith, Norman Giesbrecht, Kathryn Graham, Joel Grube, et al. 2010. *Alcohol: No ordinary commodity: Research and public policy (2nd Edition)*. Oxford: Oxford University Press.
- Barnett, P. G. 1999. "The Cost-Effectiveness of Methadone Maintenance as a Health Care Intervention". *Addiction (Abingdon, England)* 94 (4) (aprile): 479–488.
- Barnett, P. G., G. S. Zaric, e M. L. Brandeau. 2001. "The Cost-Effectiveness of Buprenorphine Maintenance Therapy for Opiate Addiction in the United States". *Addiction (Abingdon, England)* 96 (9) (settembre): 1267–1278. doi: 10.1080/09652140120070328.
- Barrault, Servane, e Isabelle Varescon. 2013. "Cognitive Distortions, Anxiety, and Depression Among Regular and Pathological Gambling Online Poker Players". *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking* 16 (3) (gennaio 30): 183–188. doi: 10.1089/cyber.2012.0150.

- Bartley, Christine A., e Michael H. Bloch. 2013. "Meta-Analysis: Pharmacological Treatment of Pathological Gambling". *Expert Review of Neurotherapeutics* 13 (8) (agosto): 887–894. doi: 10.1586/14737175.2013.814938.
- Battisti, Laura, Vanessa Agostino, Stefano Caneppele, Valentina Molin, Elena Contrini, Laura Ferrari, Maria Grazia Zuccali, e Pirous Fateh-Moghadam. 2015. "Il gioco d'azzardo nella Provincia autonoma di Trento: sperimentazione di un modulo aggiuntivo PASSI (2014)" 28 (Febbraio): iii–iv.
- Bechara, Antoine. 2003. "Risky Business: Emotion, Decision-Making, and Addiction". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 19 (1): 23–51.
- Bechara, Antoine, Antonio R. Damasio, Hanna Damasio, e Steven W. Anderson. 1994. "Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex". *Cognition* 50 (1–3) (aprile): 7–15. doi: 10.1016/0010-0277(94)90018-3.
- Bechara, Antoine, Hanna Damasio, e Antonio R. Damasio. 2000. "Emotion, Decision Making and the Orbitofrontal Cortex". *Cerebral Cortex* 10 (3) (gennaio 3): 295–307. doi: 10.1093/cercor/10.3.295.
- Bechara, Antoine, Hanna Damasio, Daniel Tranel, e Steven W. Anderson. 1998. "Dissociation Of Working Memory from Decision Making within the Human Prefrontal Cortex". *The Journal of Neuroscience* 18 (1) (gennaio): 428–437. Recuperato novembre 27, 2014, .
- Bechara, Antoine, e Martial Van Der Linden. 2005. "Decision-Making and Impulse Control after Frontal Lobe Injuries". *Current Opinion in Neurology* 18 (6) (dicembre): 734–739.
- Becker, Tilman. 2008. "Soziale Kosten des Glücksspiels". In . Hamburg.
- . 2011. *Soziale kosten des Glücksspiels in Deutschland*. Lang.
- Beck, Ulrich. 2000. *La società del rischio: verso una seconda modernità*. A c di. Walter Privitera. Roma: Carocci.
- Bellio, Graziano, Amelia Fiorin, Selena Giacomazzi, e Dipartimento per le dipendenze Azienda ULSS n. 8 – ASOLO, (TV). 2010. *VINCERE IL GIOCO D'AZZARDO: MANUALE DI AUTOAIUTO PER IL GIOCATORE CHE VUOLE SMETTERE*. Opuscolo sviluppato nell'ambito del Progetto Jackpot. Castelfranco Veneto: Regione veneto - Assessorato alle politiche sociali.
- Benichou, Jacques. 2001. "A Review of Adjusted Estimators of Attributable Risk". *Statistical Methods in Medical Research* 10 (3) (gennaio 6): 195–216. doi: 10.1177/096228020101000303.
- Bergler, Edmund. 1957. *The psychology of gambling*. Vol. ix. New York, NY, US: Hill & Wang.
- Berlin, Heather A., Ashley Braun, Daphne Simeon, Lorrin M. Koran, Marc N. Potenza, Susan L. McElroy, Timothy Fong, Stefano Pallanti, e Eric Hollander. 2013. "A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Topiramate for Pathological Gambling". *The World Journal of Biological Psychiatry: The Official Journal of the World Federation of Societies of Biological Psychiatry* 14 (2) (marzo): 121–128. doi: 10.3109/15622975.2011.560964.
- Bianchetti, Raffaele, e Mauro Croce. 2007. "Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni". *Sociologia del diritto* 2: 113–158.
- Bickel, Warren K., e Lisa A. Marsch. 2001. "Toward a Behavioral Economic Understanding of Drug Dependence: Delay Discounting Processes". *Addiction* 96 (1) (gennaio 1): 73–86. doi: 10.1046/j.1360-0443.2001.961736.x.
- Black, Donald W. 2004. "An Open-Label Trial of Bupropion in the Treatment of Pathologic Gambling". *Journal of Clinical Psychopharmacology* 24 (1) (febbraio): 108–110. doi: 10.1097/01.jcp.0000114844.58996.4a.
- Black, Donald W., Stephan Arndt, William H. Coryell, Tami Argo, Kelsie T. Forbush, Martha C. Shaw, Paul Perry, e Jeff Allen. 2007. "Bupropion in the Treatment of Pathological Gambling: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Flexible-Dose Study". *Journal of Clinical Psychopharmacology* 27 (2) (aprile): 143–150. doi: 10.1097/01.jcp.0000264985.25109.25.
- Black, Donald W., Martha C. Shaw, e Jeff Allen. 2008. "Extended Release Carbamazepine in the Treatment of Pathological Gambling: An Open-Label Study". *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry* 32 (5) (luglio 1): 1191–1194. doi: 10.1016/j.pnpbp.2008.02.013.
- Blanco, Carlos, Eva Petkova, Angela Ibáñez, e Jerónimo Sáiz-Ruiz. 2002. "A Pilot Placebo-Controlled Study of Fluvoxamine for Pathological Gambling". *Annals of Clinical Psychiatry: Official Journal of the American Academy of Clinical Psychiatrists* 14 (1) (marzo): 9–15.

- Blaszczynski, Alex. 1999. "Pathological Gambling and Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders". *Psychological Reports* 84 (1) (febbraio): 107–113. doi: 10.2466/pr0.1999.84.1.107.
- Blaszczynski, Alex, Peter Collins, Davis Fong, Robert Ladouceur, Lia Nower, Howard J. Shaffer, Hermano Tavares, e Jean-Luc Venisse. 2011. "Responsible Gambling: General Principles and Minimal Requirements". *Journal of Gambling Studies* 27 (4) (dicembre 1): 565–573. doi: 10.1007/s10899-010-9214-0.
- Blaszczynski, Alex, Louise Sharpe, e Michael Walker. 2001. *The assessment of the impact of the reconfiguration on electronic gaming machines as harm minimisation strategies for problem gambling*. Sidney: University of Sidney.
- Blaszczynski, Alex, Z. Steel, e N. McConaghy. 1997. "Impulsivity in Pathological Gambling: The Antisocial Impulsivist". *Addiction* 92 (1) (gennaio 1): 75–87. doi: 10.1111/j.1360-0443.1997.tb03639.x.
- Blinn-Pike, Lynn, Sheri Lokken Worthy, e Jeffrey N. Jonkman. 2010. "Adolescent Gambling: A Review of an Emerging Field of Research". *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine* 47 (3) (settembre): 223–236. doi: 10.1016/j.jadohealth.2010.05.003.
- Bloom, Dr Bernard S., Douglas J. Bruno, Daniel Y. Maman, e Ravi Jayadevappa. 2001. "Usefulness of US Cost-of-Illness Studies in Healthcare Decision Making". *Pharmacoeconomics* 19 (2) (febbraio 1): 207–213. doi: 10.2165/00019053-200119020-00007.
- Boccia, Valentina. 2013. "Conto economico-sociale del gioco d'azzardo". *Tendenze nuove* (1-2/2013). doi: 10.1450/72894.
- Bonino, Silvia, Elena Cattelino, e Silvia Ciairano. 2003. *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze - Milano: Giunti.
- Bornovalova, Marina A., Stacey B. Daughters, Gustavo Daniel Hernandez, Jerry B. Richards, e C. W. Lejuez. 2005. "Differences in Impulsivity and Risk-Taking Propensity between Primary Users of Crack Cocaine and Primary Users of Heroin in a Residential Substance-Use Program". *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 13 (4) (novembre): 311–318. doi: 10.1037/1064-1297.13.4.311.
- Boutin, Claude, Nicole Tremblay, e Robert Ladouceur. 2009. "Impact of Visiting an Onsite Casino Information Centre on Perceptions about Randomness and Gambling Behaviours". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 25 (3) (settembre): 317–330. doi: 10.1007/s10899-009-9132-1.
- Bradley, C. J., M. T. French, e J. V. Rachal. 1994. "Financing and Cost of Standard and Enhanced Methadone Treatment". *Journal of Substance Abuse Treatment* 11 (5) (ottobre): 433–442.
- Breen, Robert B., e Mark Zimmerman. 2002. "Rapid Onset of Pathological Gambling in Machine Gamblers". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 18 (1): 31–43.
- British Columbia, Provincial Health Officer. 2013. *Lower the Stakes: A Public Health Approach to Gambling in British Columbia. Provincial Health Officer's 2009 Annual Report*. Victoria: BC: Ministry of Health.
- Bryant, Alison L., John E. Schulenberg, Patrick M. O'Malley, Jerald G. Bachman, e Lloyd D. Johnston. 2003. "How Academic Achievement, Attitudes, and Behaviors Relate to the Course of Substance Use During Adolescence: A 6-Year, Multiwave National Longitudinal Study". *Journal of Research on Adolescence* 13 (3) (settembre): 361–397. doi: 10.1111/1532-7795.1303005.
- Byrne, Andrea M., Laurie Dickson-Gillespie, Jeffrey L. Der-evensky, Rina Gupta, e Isabelle Lussier. 2005. "The Application of Youth Substance Use Media Campaigns to Problem Gambling: A Critical Evaluation". *Journal of Health Communication* 10 (8) (dicembre): 681–700. doi: 10.1080/10810730500326658.
- Caillois, Roger. 2000. *I giochi e gli uomini. La maschera e la vertigine*. Milano: Bompiani.
- Calvosa, Paolo. 2013. *Il settore dei giochi pubblici on line in Italia. Dinamiche di sviluppo, modelli di business e strategie competitive*. Milano: FrancoAngeli.
- Candio, D., G. Zusi, e Giovanni Serpelloni. 2006. "Costi sociali del fenomeno della tossicodipendenza". In *Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati*, a c di. Giovanni Serpelloni e Maurizio Gomma. Verona: Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.
- Capelli, Marco, Angela Biganzoli, Daniela Capitanucci, e Roberta Smaniotto, a c di. 2006. "RETI D'AZZARDO" - Report di un progetto sperimentale di ricerca - intervento sul gioco d'azzardo patologico. AND-IN-CARTA.
- Capitanucci, Daniela. 2004. *Quaderno di auto osservazione sui comportamenti di gioco d'azzardo*. Bellinzona: Hans Dubois.

- . 2012. "L'amministratore di sostegno nella patologia da gioco d'azzardo". In *Il contesto del gioco d'azzardo patologico*, a c di. Associazione AND - Azzardo e nuove dipendenze. CISF - Centro internazionale studi famiglia. Recuperato da [http://www.famigliacristiana.it/cisf/temi/salute-e-cura/dossierCISF/inquadrare-il-gioco-d-azzardo\\_100211143511.aspx](http://www.famigliacristiana.it/cisf/temi/salute-e-cura/dossierCISF/inquadrare-il-gioco-d-azzardo_100211143511.aspx).
- Capitanucci, Daniela, Gianni Savron, Angela Biganzoli, Roberta Smaniotto, Arianna Barboni, Valeria Locati, David Micheli, e Mariapaola Tardini. 2009. "Scomettiamo che non lo sai? Una guida preventiva specifica per il gioco d'azzardo patologico". *Personalità/Dipendenze* 15 (1): 59–76.
- Capitanucci, Daniela, Roberta Smaniotto, e Angela Biganzoli. 2010. "La prevenzione del gioco d'azzardo problematico negli adolescenti attraverso l'adattamento del video Lucky". *Quaderni italiani di psichiatria* 29 (1): 30–39.
- Caplan, Gerald. 1964. *Principles of preventive psychiatry*. Vol. xi. Oxford, England: Basic Books.
- Care, Ontario Ministry of Health and Long-Term, Stanley Sadinsky, e Ontario Ministry of Economic Development and Trade. 2005. *Review of the Problem-Gambling and Responsible-Gaming Strategy of the Government of Ontario: Report to the Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and the Ministry of Economic Development and Trade*. Ontario Ministry of Health and Long-Term Care and the Ministry of Economic Development and Trade.
- Carlbring, Per, e Filip Smit. 2008. "Randomized Trial of Internet-Delivered Self-Help with Telephone Support for Pathological Gamblers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 (6) (dicembre): 1090–1094. doi: 10.1037/a0013603.
- Carlevaro, Tazio. 2001. "L'esperienza di un Servizio psichiatrico svizzero". In *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, a c di. Mauro Croce e Riccardo Zerbetto, 265–272. Milano: FrancoAngeli.
- . 2004. *Psico-educazione per chi ha problemi di gioco d'azzardo eccessivo*. Bellinzona: Hans Dubois.
- Cartwright, William S. 2008. "A Critical Review of Accounting and Economic Methods for Estimating the Costs of Addiction Treatment". *Journal of Substance Abuse Treatment* 34 (3) (aprile): 302–310. doi: 10.1016/j.jsat.2007.04.011.
- Casini, Elisa, e Fiorenzo Ranieri. 2011. *E' ancora un gioco?*. Arezzo: Dipartimento Dipendenze Azienda USL 8 Arezzo.
- Cassazione. 2000. *Sentenza n.6873*. Corte di Cassazione penale, III Sezione.
- . 2004. *Sentenza n.23271*. Corte di Cassazione penale.
- Catalano, Richard F., M. Lisa Berglund, Jean A. M. Ryan, Heather S. Lonczak, e J. David Hawkins. 2004. "Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs". *The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science* 591 (1) (gennaio 1): 98–124. doi: 10.1177/0002716203260102.
- Cavedini, Paolo, Tommaso Bassi, Alessandro Ubbiali, Alessia Casolari, Silvia Giordani, Claudia Zorzi, e Laura Bellodi. 2004. "Neuropsychological investigation of decision-making in anorexia nervosa". *Psychiatry Research* 127 (3) (luglio 15): 259–266. doi: 10.1016/j.psychres.2004.03.012.
- Cavedini, Paolo, Giovanna Riboldi, Roberto Keller, Arcangela D'Annunzi, e Laura Bellodi. 2002. "Frontal lobe dysfunction in pathological gambling patients". *Biological Psychiatry* 51 (4) (febbraio 15): 334–341. doi: 10.1016/S0006-3223(01)01227-6.
- CCM, Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie. 2012. *Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi*. Bollettino sulle dipendenze. Roma: Ministero della Salute.
- Centro studi AMI. 2013. "Ludopatia: una minaccia per la famiglia". In . Bologna.
- Cibin, M., S. Vanin, I. Hinnenthal, A. Benevegnù, e N. Nante. 2012. "Il Gioco Problematico in un programma residenziale per la dipendenza da alcol/cocaina: effetti sugli esiti e sui processi terapeutici". *Italian Journal on Addiction* 2 (3-4): 195–200.
- Cloninger, C. Robert, Thomas R. Przybeck, e Dragan M. Svrakic. 1991. "The tridimensional personality questionnaire: u.s. normative data". *Psychological Reports* 69 (3) (dicembre 1): 1047–1057. doi: 10.2466/pr0.1991.69.3.1047.
- Cloutier, Martin, Robert Ladouceur, e Serge Sévigny. 2006. "Responsible Gambling Tools: Pop-up Messages and Pauses on Video Lottery Terminals". *The Journal of Psychology* 140 (5) (settembre): 434–438. doi: 10.3200/JRLP.140.5.434-438.

- C.N.R.- I.F.C., Sezione di Epidemiologia e Ricerche sui Servizi Sanitari. 2012. *Progetto Ipsad*.
- Codacons. 2010. "Il gioco D'azzardo. Le Ludopatie". [www.codacons.it](http://www.codacons.it).
- Codacons, Associazione per lo studio dei giochi d'azzardo e dei comportamenti a rischio Alea, Azzardo e nuove dipendenze AND, e Associazione giocatori anonimi. 2012. "Indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo". In , a c di. Giovanni Serpelloni. Roma.
- Collins, David, e Helen Lapsley. 2003. "The Social Costs and Benefits of Gambling: An Introduction to the Economic Issues". *Journal of Gambling Studies* 19 (2) (giugno 1): 123–148. doi: 10.1023/A:1023677214999.
- Consiglio di Stato. 2008. *Sentenza n.6027/2008*. Consiglio di Stato, VI sezione.
- Consoli, Augusto, Elsa Marcaccini, e Lorena Camera. 2013. "Possono gli operatori professionali del gioco d'azzardo e gli esercenti dei locali del gioco influenzare in senso preventivo le condotte dei giocatori? Analisi e revisione della letteratura". *Italian Journal on Addiction* 3 (5) (novembre): 31–46.
- Conte, G., L. D'Alessandris, M. Vasale, R. Franza, F. Fanella, E. Righino, M. Pettoruso, L. Allegretti, e F. Tonioni. 2012. "Il trattamento del gioco d'azzardo patologico: studio preliminare di un modello terapeutico-riabilitativo di gruppo". *Italian Journal on Addiction* 2 (3-4): 165–174.
- Cook, Philip J., e Michael J. Moore. 2002. "The economics of alcohol abuse and alcohol-control policies". *Health Affairs* 21 (2): 120 – 133.
- Cooper, B. S., e D. P. Rice. 1976. "The Economic Cost of Illness Revisited". *Social Security Bulletin* 39 (2) (febbraio): 21–36.
- Corporation, Nova Scotia Gaming, e Corporate Research Associates Inc. 2006. *Nova Scotia Video Lottery Program Changes: Impact Analysis*. Nova Scotia Gaming Corporation.
- Covington, Peter. 2008. *Success in Sociology: AS Student Book AQA*. Folens Limited.
- Cowlshaw, Sean, Stephanie Merkouris, Nicki Dowling, Christopher Anderson, Alun Jackson, e Shane Thomas. 2012. "Psychological Therapies for Pathological and Problem Gambling". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* 11: CD008937. doi: 10.1002/14651858.CD008937.pub2.
- CPA. 2011. *Relazione sul fenomeno delle infiltrazioni mafiose nel gioco lecito ed illecito*. Roma: Commissione parlamentare d'inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali, anche straniere.
- Crisp, Beth R., Shane A. Thomas, Alun C. Jackson, Serena Smith, Jennifer Borrell, Wei-ying Ho, Tangerine A. Holt, e Neil Thomason. 2004. "Not the Same: A Comparison of Female and Male Clients Seeking Treatment from Problem Gambling Counselling Services". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 20 (3): 283–299. doi: .1023/B:JOGS.0000040280.64348.d1.
- Cristini, Francesca, e Massimo Santinello. 2012. *Reti di protezione. Prevenzione del consumo di sostanze e dei comportamenti antisociali in adolescenza*. Milano: FrancoAngeli.
- Croce, Mauro. 2006. "Le funzioni del gioco nella società contemporanea". In , 41 – 61. Venezia.
- Croce, Mauro, Gioacchino Lavanco, e Loredana Varveri. 2001. "Aspetti psicologici e sociali del gioco d'azzardo". *Aggiornamenti sociali* 6 (52): 504–517.
- Croce, Mauro, Francesca Picone, e Riccardo Zerbetto. 2010. "La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico". In *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, a c di. Vincenzo Caretti e Daniele La Barbera. Milano: Cortina Raffaello.
- Custer, R. L. 1984. "Profile of the Pathological Gambler". *The Journal of Clinical Psychiatry* 45 (12 Pt 2) (dicembre): 35–38.
- DeCaria, Concetta M., Tomer Begaz, e Eric Hollander. 1998. "Serotonergic and Noradrenergic Function in Pathological Gambling". Trad da. Daniela Capitanucci. *CNS Spectrums* 3 (06) (giugno): 38–47. doi: 10.1017/S109285290006003.
- De Castro, Paolo. 2006. "'Letteratura grigia': una 'Cenerentola' che si trasforma". *R&P* (22): 79–82.
- Decreto Legislativo. 1948. *Disciplina delle attività di gioco*.
- Delfabbro, Paul. 2004. "The Stubborn Logic of Regular Gamblers: Obstacles and Dilemmas in Cognitive Gambling Research". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 20 (1): 1–21. doi: .1023/B:JOGS.0000016701.17146.d0.

- Delfabbro, Paul, Katya Falzon, e Tania Ingram. 2005. "The Effects of Parameter Variations in Electronic Gambling Simulations: Results of a Laboratory-Based Pilot Investigation". *Gambling Research: Journal of the National Association for Gambling Studies* 17 (1) (maggio): 7–25.
- De Luca, R., e P. Pitti. 2007. "Un anno e mezzo di terapia di gruppo con Giocatori d'Azzardo Patologici presso il Centro di Terapia di Campoformido (UD): risultati a 6, 12, 18 mesi di trattamento". *Rivista di Psichiatria* 42 (1): 189–204.
- Deputati, Camera dei. 2013. "Testo unificato sulla ludopatia, previsto divieto pubblicità e distanze minime tra sale da gioco e luoghi sensibili". A c di. Commissione affari sociali.
- . 2014. *Delega fiscale, legge 11 marzo 2014, n. 23*.
- Derevensky, Jeffrey L., e Rina Gupta. 2007. "Internet Gambling Amongst Adolescents: A Growing Concern". *International Journal of Mental Health and Addiction* 5 (2) (aprile 1): 93–101. doi: 10.1007/s11469-007-9057-9.
- Derevensky, Jeffrey L., Rina Gupta, e Hayley R. Baboushkin. 2007. "Underlying Cognitions in Children's Gambling Behavior: Can they be Modified?". *International Gambling Studies* 7 (3) (dicembre 1): 281–298. doi: 10.1080/14459790701601448.
- De Ruiter, Michiel B., Dick J. Veltman, Anna E. Goudriaan, Jaap Oosterlaan, Zsuzsika Sjoerds, e Wim van den Brink. 2008. "Response Perseveration and Ventral Prefrontal Sensitivity to Reward and Punishment in Male Problem Gamblers and Smokers". *Neuropsychopharmacology* 34 (4) (ottobre 1): 1027–1038. doi: 10.1038/npp.2008.175.
- Desai, Rani A., Paul K. Maciejewski, David J. Dausey, Barbara J. Caldarone, e Marc N. Potenza. 2004. "Health Correlates of Recreational Gambling in Older Adults". *The American Journal of Psychiatry* 161 (9) (settembre): 1672–1679. doi: 10.1176/appi.ajp.161.9.1672.
- DIA. 2002. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Secondo semestre 2002-2°Volume*. Roma.
- . 2003a. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Primo semestre 2003-1° Volume*. Roma.
- . 2003b. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Primo semestre 2003-2° Volume*. Roma.
- . 2003c. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Secondo semestre 2003-1°Volume*. Roma.
- . 2003d. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Secondo semestre 2003-2°Volume*. Roma.
- . 2010a. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Primo semestre 2010*. Roma.
- . 2010b. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Secondo semestre 2010*. Roma.
- . 2011. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Primo semestre 2011*. Roma.
- . 2013. *Relazione del Ministro dell'Interno al Parlamento sull'attività svolta e sui risultati conseguiti dalla Direzione Investigativa Antimafia: Primo semestre 2013*. Roma.
- Dickerson, M., e E. Baron. 2000. "Contemporary Issues and Future Directions for Research into Pathological Gambling". *Addiction (Abingdon, England)* 95 (8) (agosto): 1145–1159.
- Dickerson, M. G., E. Baron, S. M. Hong, e D. Cottrell. 1996. "Estimating the Extent and Degree of Gambling Related Problems in the Australian Population: A National Survey". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 12 (2) (giugno): 161–178. doi: 10.1007/BF01539172.
- Dickson-Gillespie, Laurie, Jeffrey L. Derevensky, e Rina Gupta. 2002a. "The Prevention of Gambling Problems in Youth: A Conceptual Framework". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 18 (2): 97–159.

- . 2002b. "The prevention of youth gambling problems: A conceptual model". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 18 (2): 97–159.
- . 2004a. "Youth gambling problems: A harm reduction prevention model". *Addiction Research & Theory* 12 (4) (gennaio 1): 305–316. doi: 10.1080/1606635042000236466.
- . 2004b. "Harm Reduction for the Prevention of Youth Gambling Problems Lessons Learned from Adolescent High-Risk Behavior Prevention Programs". *Journal of Adolescent Research* 19 (2) (gennaio 3): 233–263. doi: 10.1177/0743558403258272.
- Dickson-Gillespie, Laurie, Lori Rugle, Richard Rosenthal, e Timothy Fong. 2008. "Preventing the Incidence and Harm of Gambling Problems". *The Journal of Primary Prevention* 29 (1) (gennaio): 37–55. doi: 10.1007/s10935-008-0126-z.
- Dipartimento Politiche Antidroga. 2013. "Gioco d'azzardo problematico e patologico".
- Dixon, Mark R., Mollie J. Horner, e John Guercio. 2003. "Self-Control and the Preference for Delayed Reinforcement: An Example in Brain Injury". *Journal of Applied Behavior Analysis* 36 (3) (settembre 1): 371–374. doi: 10.1901/jaba.2003.36-371.
- Dixon, Mark R., Janice Marley, e Eric A. Jacobs. 2003. "Delay Discounting by Pathological Gamblers". *Journal of Applied Behavior Analysis* 36 (4) (dicembre 1): 449–458. doi: 10.1901/jaba.2003.36-449.
- DNA. 2006. *Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2005 – 30 giugno 2006*. Roma: Direzione Nazionale Antimafia.
- . 2007. *Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2006 – 30 giugno 2007*. Roma: Direzione Nazionale Antimafia.
- . 2008. *Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2007 – 30 giugno 2008*. Roma: Direzione Nazionale Antimafia.
- . 2010. *Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2009 – 30 giugno 2010*. Roma: Direzione Nazionale Antimafia.
- . 2011. *Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2010 – 30 giugno 2011*. Roma: Direzione Nazionale Antimafia.
- . 2012. *Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2011 – 30 giugno 2012*. Roma: Direzione Nazionale Antimafia.
- . 2013. *Relazione annuale sulle attività svolte dal Procuratore nazionale antimafia e dalla Direzione nazionale antimafia nonché sulle dinamiche e strategie della criminalità organizzata di tipo mafioso nel periodo 1° luglio 2012 – 30 giugno 2013*. Roma: Direzione Nazionale Antimafia.
- Doiron, Jason P., e Richard M. Nicki. 2007. "Prevention of Pathological Gambling: A Randomized Controlled Trial". *Cognitive Behaviour Therapy* 36 (2) (giugno 1): 74–84. doi: 10.1080/16506070601092966.
- Donati, Maria Anna, Caterina Primi, e Francesca Chiesi. 2013. "Prevention of Problematic Gambling Behavior among Adolescents: Testing the Efficacy of an Integrative Intervention". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 30 (4): 803–818. doi: 10.1007/s10899-013-9398-1.
- Dossetor, Kym. 2011. *Cost-benefit analysis and its application to crime prevention and criminal justice research*. Canberra, Australia: Australian Institute of Criminology.
- Dowling, Nicki, David Smith, e Trang Thomas. 2007. "A Comparison of Individual and Group Cognitive-Behavioural Treatment for Female Pathological Gambling". *Behaviour Research and Therapy* 45 (9) (settembre): 2192–2202. doi: 10.1016/j.brat.2006.11.003.
- Dufour, Julie, Robert Ladouceur, e Isabelle Giroux. 2010. "Training program on responsible gambling among video lottery employees". *International Gambling Studies* 10 (1) (aprile 1): 61–79. doi: 10.1080/14459791003743037.

- Eadington, William R. 2003. "Measuring Costs from Permitted Gaming: Concepts and Categories in Evaluating Gambling's Consequences". *Journal of Gambling Studies* 19 (2): 185–213.
- Echeburúa, Enrique, Concepción Báez, e Javier Fernández-Montalvo. 1996. "Comparative Effectiveness of Three Therapeutic Modalities in the Psychological Treatment of Pathological Gambling: Long-Term Outcome". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 24 (01) (gennaio): 51–72. doi: 10.1017/S1352465800016830.
- European Commission. 2012. *Towards a comprehensive European framework for online gambling*. Communication on Gambling. Bruxelles: Council of Europe.
- European Court of Justice. 2013. *Raccolta di scommesse*.
- Evans, Richard I. 2003. "Some Theoretical Models and Constructs Generic to Substance Abuse Prevention Programs for Adolescents: Possible Relevance and Limitations for Problem Gambling". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 19 (3): 287–302.
- Farrington, David. 2007. "Childhood Risk Factors and Risk-Focused Prevention". In *The Oxford Handbook of Criminology*, a c di. Mike Maguire, Rod Morgan, e Robert Reiner, 602–640. Oxford, UK: Oxford University Press. Recuperato gennaio 15, 2015, da <http://www.oup.com/>.
- Fellows, Lesley K., e Martha J. Farah. 2005. "Dissociable Elements of Human Foresight: A Role for the Ventromedial Frontal Lobes in Framing the Future, but Not in Discounting Future Rewards". *Neuropsychologia* 43 (8): 1214–1221. doi: 10.1016/j.neuropsychologia.2004.07.018.
- Ferland, Francine, Robert Ladouceur, e Frank Vitaro. 2002. "Prevention of Problem Gambling: Modifying Misconceptions and Increasing Knowledge". *Journal of Gambling Studies* 18 (1) (marzo 1): 19–29. doi: 10.1023/A:1014528128578.
- . 2005. "Efficiency of a gambling prevention program for youths: results from the pilot study". *L'Encéphale* 31 (4 Pt 1) (agosto): 427–436.
- Ferris, Jackie, e Harold Wynne. 2001. *The Canadian Problem Gambling Index*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse (CCSA). Recuperato novembre 25, 2014, da [http://www.olgr.nsw.gov.au/gaming\\_rgf\\_gambling\\_index.asp](http://www.olgr.nsw.gov.au/gaming_rgf_gambling_index.asp).
- Fidone e Linguiti. 2013. *La disciplina dei giochi in Italia tra monopolio pubblico e mercato*. Milano: Giuffrè.
- Floyd, Kim, James P. Whelan, e Andrew W. Meyers. 2006. "Use of Warning Messages to Modify Gambling Beliefs and Behavior in a Laboratory Investigation". *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 20 (1) (marzo): 69–74. doi: 10.1037/0893-164X.20.1.69.
- Fong, Timothy, Ari Kalechstein, Bo Bernhard, Richard Rosenthal, e Lori Rugle. 2008. "A Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Olanzapine for the Treatment of Video Poker Pathological Gamblers". *Pharmacology, Biochemistry, and Behavior* 89 (3) (maggio): 298–303. doi: 10.1016/j.pbb.2007.12.025.
- Forbush, Kelsie T., Martha Shaw, Margarita A. Graeber, Lauren Hovick, Vanessa J. Meyer, David J. Moser, John Bayless, David Watson, e Donald W. Black. 2008. "Neuropsychological Characteristics and Personality Traits in Pathological Gambling". *CNS Spectrums* 13 (4) (aprile): 306–315.
- Fossati, Andrea, Antonella Di Ceglie, Elena Acquarini, e Ernest S. Barratt. 2001. "Psychometric Properties of an Italian Version of the Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) in Nonclinical Subjects". *Journal of Clinical Psychology* 57 (6) (giugno 1): 815–828. doi: 10.1002/jclp.1051.
- Foxcroft, D. R., D. Ireland, D. J. Lister-Sharp, G. Lowe, e R. Breen. 2002. "Primary Prevention for Alcohol Misuse in Young People". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (3): CD003024. doi: 10.1002/14651858.CD003024.
- French, Michael T., Ioana Popovici, e Lauren Tapsell. 2008. "The Economic Costs of Substance Abuse Treatment: Updated Estimates and Cost Bands for Program Assessment and Reimbursement". *Journal of Substance Abuse Treatment* 35 (4) (dicembre): 462–469. doi: 10.1016/j.jsat.2007.12.008.
- Gaboury, Anne, e Robert Ladouceur. 1993. "Evaluation of a Prevention Program for Pathological Gambling among Adolescents". *Journal of Primary Prevention* 14 (1) (settembre 1): 21–28. doi: 10.1007/BF01324653.
- Gainsbury, Sally. 2010. "Response to the Productivity Commission Inquiry Report into Gambling: online gaming and the Interactive Gambling Act". *Gambling Research* (gennaio 1): 3–12.
- Gainsbury, Sally, e Robert Wood. 2011. "Internet gambling policy in critical comparative perspective: The effectiveness of existing regulatory frameworks". *International Gambling Studies* 11 (3): 309–323.

- Gallagher, Timothy, Richard Nicki, Amy Otteson, e Heather Elliott. 2011. "Effects of a Video Lottery Terminal (VLT) Banner on Gambling: A Field Study". *International Journal of Mental Health and Addiction* 9 (1) (febbraio 1): 126–133. doi: 10.1007/s11469-009-9259-4.
- Gandolfo e De Bonis. 2011. "Il gioco pubblico in Italia fra tradizione e innovazione: aspetti economici e di marketing" (115). E-papers del Dipartimento di Scienze Economiche – Università di Pisa (maggio): 54.
- Gates, S., J. McCambridge, L. A. Smith, e D. R. Foxcroft. 2006. "Interventions for Prevention of Drug Use by Young People Delivered in Non-School Settings". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD005030. doi: 10.1002/14651858.CD005030.pub2.
- Gazel, Ricardo. 1998. "The Economic Impacts of Casino Gambling at the State and Local Levels". *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 556 (marzo 1): 66–84. Recuperato novembre 21, 2014, .
- Gerbing, David W., Stephen A. Ahadi, e Jim H. Patton. 1987. "Toward a Conceptualization of Impulsivity: Components across the Behavioral and Self-Report Domains". *Multivariate Behavioral Research* 22 (3) (luglio 1): 357–379. doi: 10.1207/s15327906mbr2203\_6.
- Giddens, Anthony. 1994. *Le Conseguenze della modernità: fiducia e rischio, sicurezza e pericolo*. Bologna: Il Mulino.
- Giesbrecht, Norman. 2007. "Reducing Alcohol-Related Damage in Populations: Rethinking the Roles of Education and Persuasion Interventions". *Addiction (Abingdon, England)* 102 (9) (settembre): 1345–1349. doi: 10.1111/j.1360-0443.2007.01903.x.
- Giorgetta, Cinzia, Alessandro Grecucci, Andrea Rattin, Cesare Guerreschi, Alan G. Sanfey, e Nicolao Bonini. 2014. "To Play or Not to Play: A Personal Dilemma in Pathological Gambling". *Psychiatry Research* 219 (3) (novembre 30): 562–569. doi: 10.1016/j.psychres.2014.06.042.
- Giroux, Isabelle, Claude Boutin, Robert Ladouceur, Stella Lachance, e Magali Dufour. 2008. "Awareness Training Program on Responsible Gambling for Casino Employees". *International Journal of Mental Health and Addiction* 6 (4) (ottobre 1): 594–601. doi: 10.1007/s11469-008-9165-1.
- Gordon, R S. 1983. "An operational classification of disease prevention." *Public Health Reports* 98 (2): 107–109.
- . 1987. "An operational classification of disease prevention." *Preventing mental disorders*: 20–26.
- Goudriaan, Anna E., Jaap Oosterlaan, Edwin de Beurs, e Wim van den Brink. 2005. "Decision Making in Pathological Gambling: A Comparison between Pathological Gamblers, Alcohol Dependents, Persons with Tourette Syndrome, and Normal Controls". *Brain Research. Cognitive Brain Research* 23 (1) (aprile): 137–151. doi: 10.1016/j.cogbrainres.2005.01.017.
- Grant, Jon E., Samuel R. Chamberlain, Brian L. Odlaug, Marc N. Potenza, e Suck Won Kim. 2010. "Memantine Shows Promise in Reducing Gambling Severity and Cognitive Inflexibility in Pathological Gambling: A Pilot Study". *Psychopharmacology* 212 (4) (dicembre): 603–612. doi: 10.1007/s00213-010-1994-5.
- Grant, Jon E., Suck Won Kim, e Boyd K. Hartman. 2008. "A Double-Blind, Placebo-Controlled Study of the Opiate Antagonist Naltrexone in the Treatment of Pathological Gambling Urges". *The Journal of Clinical Psychiatry* 69 (5) (maggio): 783–789.
- Grant, Jon E., Suck Won Kim, e Brian L. Odlaug. 2007. "N-Acetyl Cysteine, a Glutamate-Modulating Agent, in the Treatment of Pathological Gambling: A Pilot Study". *Biological Psychiatry* 62 (6) (settembre 15): 652–657. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.11.021.
- Grant, Jon E., Suck Won Kim, Marc N. Potenza, Carlos Blanco, Angela Ibanez, Lee Stevens, Joel M. Hektner, e Rocco Zaninelli. 2003. "Paroxetine Treatment of Pathological Gambling: A Multi-Centre Randomized Controlled Trial". *International Clinical Psychopharmacology* 18 (4) (luglio): 243–249. doi: 10.1097/01.yic.0000073881.93678.21.
- Grant, Jon E., e Marc N. Potenza. 2006. "Escitalopram Treatment of Pathological Gambling with Co-Occurring Anxiety: An Open-Label Pilot Study with Double-Blind Discontinuation". *International Clinical Psychopharmacology* 21 (4) (luglio): 203–209.
- . 2010. *Il gioco d'azzardo patologico: Una guida clinica al trattamento*. Springer Science & Business Media.
- Grant, Jon E., Marc N. Potenza, Eric Hollander, Renee Cunningham-Williams, Tommi Nurminen, Gerard Smits, e Antero Kallio. 2006. "Multicenter Investigation of the Opioid Antagonist Nalmefene in the Treatment of Pathological Gambling". *The American Journal of Psychiatry* 163 (2) (febbraio): 303–312. doi: 10.1176/appi.ajp.163.2.303.

- Graves, Nicholas, Damian Walker, Rosalind Raine, Andrew Hutchings, e Jennifer A. Roberts. 2002. "Cost Data for Individual Patients Included in Clinical Studies: No Amount of Statistical Analysis Can Compensate for Inadequate Costing Methods". *Health Economics* 11 (8) (dicembre): 735–739. doi: 10.1002/hec.683.
- Grech, Marialuisa, William Mantovani, e Miriam Vanzetta. 2014. "Intervista sulle iniziative di prevenzione attivate sul territorio provinciale" Intervista di Valentina Molin.
- Griffiths, Mark. 1991. "Psychobiology of the near-Miss in Fruit Machine Gambling". *The Journal of Psychology* 125 (3) (maggio): 347–357. doi: 10.1080/00223980.1991.10543298.
- . 1995. *Adolescent Gambling*. Psychology Press.
- . 2005. "Does advertising of gambling increase gambling addiction?". *International Journal of Mental Health and Addiction* 3 (2): 15–25. Recuperato gennaio 14, 2015, .
- . 2008. "Youth gambling education and prevention: Does it work?". *Education and Health* 26 (2): 23–27.
- . 2009. "Casino design: Understanding gaming floor influences on player behaviour." *Casino and Gaming International* 5 (1): 21–26. Recuperato gennaio 14, 2015, .
- Griffiths, Mark, e Andrew Barnes. 2008. "Internet Gambling: An Online Empirical Study Among Student Gamblers". *International Journal of Mental Health and Addiction* 6 (2) (aprile 1): 194–204. doi: 10.1007/s11469-007-9083-7.
- Griffiths, Paul, Dominique Lopez, e Wolfgang Götz. 2008. "Monitoring trends in illicit drug use in Europe: an overview of the work of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)". *Psychiatrie und Psychotherapie* 4 (2) (giugno): 58–65. doi: 10.1007/s11326-008-0014-4.
- Grinols, Earl L. 2011. "Gambling Economics: Summary Facts": 2.
- Grinols, Earl L., e David B. Mustard. 2006. "Casinos, Crime, and Community Costs". *The Review of Economics and Statistics* 88 (1): 28–45. Recuperato novembre 21, 2014, .
- Guerreschi, Cesare. 2003. *Il gioco d'azzardo patologico*. Roma: Kappa.
- Gupta, R., e Jeffrey L. Derevensky. 2000. "Adolescents with Gambling Problems: From Research to Treatment". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 16 (2-3): 315–342.
- Haefeli, Joerg, Suzanne Lischer, e Juerg Schwarz. 2011. "Early detection items and responsible gambling features for online gambling". *International Gambling Studies* 11 (3) (dicembre 1): 273–288. doi: 10.1080/14459795.2011.604643.
- Hawkins, J. David, e Richard F. Catalano. 2005. "Doing Prevention Science: A Response to Dennis M. Gorman and a Brief History of the Quasi-Experimental Study Nested within the Seattle Social Development Project". *Journal of Experimental Criminology* 1 (1) (aprile 1): 79–86. doi: 10.1007/s11292-004-6463-x.
- Henriksson, Lennart E. 2001. "Gambling in Canada: Some Insights for Cost-benefit Analysis". *Managerial and Decision Economics* 22 (1-3) (gennaio 1): 113–123. doi: 10.1002/mde.1001.
- Hirth, R. A., M. E. Chernew, E. Miller, A. M. Fendrick, e W. G. Weissert. 2000. "Willingness to Pay for a Quality-Adjusted Life Year: In Search of a Standard". *Medical Decision Making: An International Journal of the Society for Medical Decision Making* 20 (3) (settembre): 332–342.
- Hodgins, David C., Shawn R. Currie, e Nady el-Guebaly. 2001. "Motivational Enhancement and Self-Help Treatments for Problem Gambling". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 69 (1) (febbraio): 50–57.
- Hodgins, David C., Shawn R. Currie, Nady el-Guebaly, e Nicole Peden. 2004. "Brief Motivational Treatment for Problem Gambling: A 24-Month Follow-Up". *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 18 (3) (settembre): 293–296. doi: 10.1037/0893-164X.18.3.293.
- Hodgson, T. A., e M. R. Meiners. 1982. "Cost-of-Illness Methodology: A Guide to Current Practices and Procedures". *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society* 60 (3): 429–462.
- Hollander, E., Monte S. Buchsbaum, M. Mehmet Haznedar, Jessica Berenguer, Heather A. Berlin, William Chaplin, Chelain R. Goodman, Elizabeth M. LiCalzi, Randall Newmark, e Stefano Pallanti. 2008. "FDG-PET Study in Pathological Gamblers. 1. Lithium Increases Orbitofrontal, Dorsolateral and Cingulate Metabolism". *Neuropsychobiology* 58 (1): 37–47. doi: 10.1159/000154478.

- Hollander, E., C. M. DeCaria, J. N. Finkell, T. Begaz, C. M. Wong, e C. Cartwright. 2000. "A Randomized Double-Blind Fluvoxamine/placebo Crossover Trial in Pathologic Gambling". *Biological Psychiatry* 47 (9) (maggio 1): 813–817.
- Hollander, E., M. Frenkel, C. M. Decaria, S. Trugold, e D. J. Stein. 1992. "Treatment of Pathological Gambling with Clomipramine". *The American Journal of Psychiatry* 149 (5) (maggio): 710–711.
- Hollander, E., Erica Sood, Stefano Pallanti, Nicolo Baldini-Rossi, e Bryann Baker. 2005. "Pharmacological Treatments of Pathological Gambling". *Journal of Gambling Studies* 21 (1) (marzo 1): 99–108. doi: 10.1007/s10899-004-1932-8.
- Holt, Daniel D, Leonard Green, e Joel Myerson. 2003. "Is discounting impulsive?: Evidence from temporal and probability discounting in gambling and non-gambling college students". *Behavioural Processes* 64 (3). Impetuosity (ottobre 31): 355–367. doi: 10.1016/S0376-6357(03)00141-4.
- Ibañez, A., I. Perez de Castro, J. Fernandez-Piqueras, C. Blanco, e J. Saiz-Ruiz. 2000. "Pathological Gambling and DNA Polymorphic Markers at MAO-A and MAO-B Genes". *Molecular Psychiatry* 5 (1) (gennaio): 105–109.
- Iori, Matteo. 2012. "I costi sociali del gioco d'azzardo". Presentazione in conferenza dicembre 4, Roma.
- IPART Staff, e Independent Pricing and Regulatory Tribunal of New South Wales. 2004. *Gambling: Promoting a Culture of Responsibility: Final Report*. Independent Pricing and Regulatory Tribunal.
- Ipsos MORI. 2009. *British survey of children, the National Lottery and Gambling 2008-2009. Report of a quantitative survey*. The National Lottery Commission.
- Jackson, Alun, Neil Ryland Thomason, e Shane Thomas. 2002. "Longitudinal evaluation of the effectiveness of problem gambling counselling services, community education strategies and information produces - Volume 5 : Natural recovery from problem gambling".
- Jardin, Bianca, e Edelgard Wulfert. 2009. "The Use of Messages in Altering Risky Gambling Behavior in College Students: An Experimental Analogue Study". *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 18 (3) (giugno): 243–247. doi: 10.1080/10550490902786918.
- Johannesson, M., e G. Karlsson. 1997. "The Friction Cost Method: A Comment". *Journal of Health Economics* 16 (2) (aprile): 249–255; discussion 257–259.
- Joutsa, Juho, Jarkko Johansson, Solja Niemelä, Antti Ollikainen, Mika M. Hirvonen, Petteri Piepponen, Eveliina Arponen, et al. 2012. "Mesolimbic dopamine release is linked to symptom severity in pathological gambling". *NeuroImage* 60 (4) (maggio 1): 1992–1999. doi: 10.1016/j.neuroimage.2012.02.006.
- Kalivas, Peter W. 2004. "Glutamate Systems in Cocaine Addiction". *Current Opinion in Pharmacology* 4 (1) (febraio): 23–29. doi: 10.1016/j.coph.2003.11.002.
- Kellner, Robert, e Brian F. Sheffield. 1973. "A self-rating scale of distress". *Psychological Medicine* 3 (01) (febraio): 88–100. doi: 10.1017/S0033291700046377.
- Kim, S. W., J. E. Grant, D. E. Adson, e Y. C. Shin. 2001. "Double-Blind Naltrexone and Placebo Comparison Study in the Treatment of Pathological Gambling". *Biological Psychiatry* 49 (11) (giugno 1): 914–921.
- Kirby, Kris N., e Nancy M. Petry. 2004. "Heroin and Cocaine Abusers Have Higher Discount Rates for Delayed Rewards than Alcoholics or Non-Drug-Using Controls". *Addiction (Abingdon, England)* 99 (4) (aprile): 461–471. doi: 10.1111/j.1360-0443.2003.00669.x.
- Koopmanschap, M. A., F. F. Rutten, B. M. van Ineveld, e L. van Roijen. 1995. "The Friction Cost Method for Measuring Indirect Costs of Disease". *Journal of Health Economics* 14 (2) (giugno): 171–189.
- Koopmanschap, M. A., e B. M. van Ineveld. 1992. "Towards a New Approach for Estimating Indirect Costs of Disease". *Social Science & Medicine* (1982) 34 (9) (maggio): 1005–1010.
- Korn, David, Roger Gibbins, e Jason Azmier. 2003. "Framing Public Policy towards a Public Health Paradigm for Gambling". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 19 (2): 235–256.
- Kunz, F. Michael, Michael T. French, e Shahrzad Bazargan-Hejazi. 2004. "Cost-Effectiveness Analysis of a Brief Intervention Delivered to Problem Drinkers Presenting at an Inner-City Hospital Emergency Department". *Journal of Studies on Alcohol* 65 (3) (maggio): 363–370.

- Kunzi, Kilian, Tobias Frietschi, e Theres Egger. 2004. *Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen, Eidgenössische Spielbankenkommission und Bundesamt für Justiz*. BASS, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien.
- Kunzi, Kilian, Tobias Frietschi, Thomas Oesch, Matthias Gehrig, e Nora Julien. 2009. *Costi sociali del gioco nelle case da gioco. I costi sociali indotti delle case da gioco in Svizzera*. Berna: Commissione federale delle case da gioco CFCG.
- Kuo, Meichun, Henry Wechsle, Patty Greenberg, e Hang Lee. 2003. "The marketing of alcohol to college students. The role of low prices and special promotions". *American Journal of Preventive Medicine* 25 (3): 204–211.
- Kusyszyn, I. 1972. "The Gambling Addict versus the Gambling Professional. A Difference in Character?". *The International Journal of the Addictions* 7 (2): 387–393.
- La Barbera, Daniele, e Angela Marinella. 2010. "Comorbilità, fattori predittivi, caratteristiche di personalità". In *La terapia del giocatore patologico*, a c di. Francesca Picone. Firenze: Carocci.
- LaBrie, Richard A., Sarah E. Nelson, Debi A. LaPlante, Allyson J. Peller, Gabriel Caro, e Howard J. Shaffer. 2007. "Missouri Casino Self-Excluders: Distributions across Time and Space". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 23 (2) (giugno): 231–243. doi: 10.1007/s10899-006-9037-1.
- Ladouceur, Robert, Jean-Marie Boisvert, Michel Pépin, Michel Loranger, e Caroline Sylvain. 1994. "Social Cost of Pathological Gambling". *Journal of Gambling Studies* 10 (4) (dicembre 1): 399–409. doi: 10.1007/BF02104905.
- Ladouceur, Robert, Francine Ferland, e Frank Vitaro. 2004. "Prevention of Problem Gambling: Modifying Misconceptions and Increasing Knowledge Among Canadian Youths". *Journal of Primary Prevention* 25 (3) (novembre 1): 329–335. doi: 10.1023/B:JOPP.0000048024.37066.32.
- Ladouceur, Robert, Francine Ferland, Frank Vitaro, e Olivier Pelletier. 2005. "Modifying youths' perception toward pathological gamblers". *Addictive behaviors* 30 (2): 351–354.
- Ladouceur, Robert, Annie Goulet, e Frank Vitaro. 2013. "Prevention programmes for youth gambling: a review of the empirical evidence". *International Gambling Studies* 13 (2) (agosto 1): 141–159. doi: 10.1080/14459795.2012.740496.
- Ladouceur, Robert, e Serge Sevigny. 2003. "Interactive messages on video lottery terminals and persistence in gambling". *Gambling Research: Journal of the National Association for Gambling Studies (Australia)* 15 (1): 45.
- . 2006. "The impact of video lottery game speed on gamblers". *Journal of Gambling Issues* (17): 1–10.
- Ladouceur, Robert, Caroline Sylvain, e Patrick Gosselin. 2007. "Self-Exclusion Program: A Longitudinal Evaluation Study". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 23 (1) (marzo): 85–94. doi: 10.1007/s10899-006-9032-6.
- Ladouceur, Robert, Caroline Sylvain, Serge Sévigny, Lynda Poirier, Laurent Brisson, Carlos Dias, Claudie Dufour, e Pierrette Pilote. 2006. "Pathological Gamblers: Inpatients' versus Outpatients' Characteristics". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 22 (4) (dicembre): 443–450. doi: 10.1007/s10899-006-9022-8.
- Ladouceur, Robert, C. Sylvain, C. Boutin, S. Lachance, C. Doucet, J. Leblond, e C. Jacques. 2001. "Cognitive Treatment of Pathological Gambling". *The Journal of Nervous and Mental Disease* 189 (11) (novembre): 774–780.
- Langer, Ellen J. 1975. "The illusion of control". *Journal of Personality and Social Psychology* 32 (2): 311–328. doi: 10.1037/0022-3514.32.2.311.
- LaPlante, Debi A., Heather M. Gray, Richard A. LaBrie, John H. Kleschinsky, e Howard J. Shaffer. 2012. "Gambling Industry Employees' Responses to Responsible Gambling Training: A Public Health Imperative". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 28 (2) (giugno): 171–191. doi: 10.1007/s10899-011-9255-z.
- Lattarulo, e Plechero. 2005. *Traffico e inquinamento i danni per la salute dell'uomo e i costi sociali*. I R P E T Istituto Regionale Programmazione Economica Toscana.

- Lavanco, Gioacchino, e Pieter Remmers. 2001. "L'esperienza olandese sul gioco compulsivo e promozione del 'gioco responsabile'." In *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, a c di. Maurizio Croce e Riccardo Zerbetto. Milano: FrancoAngeli.
- Lavoie, Marie-Pier, e Robert Ladouceur. 2004. "Prevention of gambling among youth: Increasing knowledge and modifying attitudes toward gambling". *Journal of Gambling Issues*.
- Legautonomie. 2012. "Gioco d'azzardo ed enti locali. Dossier di Legautonomie". In .
- Legge Provincia di Bolzano. 2010. *Disposizioni in materia di gioco lecito*.
- Legge regionale Abruzzo. 2013. *Disposizioni per la prevenzione della diffusione dei fenomeni di dipendenza dal gioco*.
- Legge regionale Emilia Romagna. 2013. *Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate*.
- Legge regionale Friuli Venezia Giulia. 2014. *Disposizioni per la prevenzione, il trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo, nonché delle problematiche e patologie correlate*.
- Legge regionale Lazio. 2013. *Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)*.
- Legge regionale Liguria. 2012a. *Disciplina delle sale da gioco*.
- . 2012b. *Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico*.
- Legge regionale Lombardia. 2013. *Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico*.
- Legge regionale Puglia. 2013. *Contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico (GAP)*.
- Legge regionale Toscana. 2013. *Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia*.
- Lejuez, C. W., Jennifer P. Read, Christopher W. Kahler, Jerry B. Richards, Susan E. Ramsey, Gregory L. Stuart, David R. Strong, e Richard A. Brown. 2002. "Evaluation of a Behavioral Measure of Risk Taking: The Balloon Analogue Risk Task (BART)". *Journal of Experimental Psychology. Applied* 8 (2) (giugno): 75–84.
- Lesieur, Henry R. 1998. "Costs and Treatment of Pathological Gambling". *Annals of the American Academy of Political and Social Science* 556 (marzo 1): 153–171.
- Lesieur, Henry R., e S. B. Blume. 1987. "The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A New Instrument for the Identification of Pathological Gamblers". *The American Journal of Psychiatry* 144 (9) (settembre): 1184–1188.
- Lesieur, Henry R., e Kenneth Puig. 1987. "Insurance Problems and Pathological Gambling". *Journal of Gambling Behavior* 3 (2) (giugno 1): 123–136. doi: 10.1007/BF01043451.
- Levens, Suzi, Anne-Marie Dyer, Cynthia Zubritsky, Kathryn Knott, e David W. Oslin. 2005. "Gambling among Older, Primary-Care Patients: An Important Public Health Concern". *The American Journal of Geriatric Psychiatry: Official Journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 13 (1) (gennaio): 69–76. doi: 10.1176/appi.ajgp.13.1.69.
- Lorains, Felicity K., Sean Cowlshaw, e Shane A. Thomas. 2011. "Prevalence of Comorbid Disorders in Problem and Pathological Gambling: Systematic Review and Meta-Analysis of Population Surveys". *Addiction* 106 (3): 490–498. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x.
- Lo Verde, Fabio Massimo. 2013. "Alimentare sogni, de-strutturare speranze. Politiche di offerta e dinamica della domanda di gioco aleatorio nell'Italia contemporanea". *Sociologia del lavoro* (132): 79–96.
- Ltd, Focal Research Consultants, Tony Schellinck, Tracy Schrans, e Nova Scotia Gaming Corporation. 2002. *Atlantic Lottery Corporation VI Responsible Gaming Features Research: Final Report*. Atlantic Lottery Corporation.
- Makarovič, Matej, Mirna Macur, e Borut Rončević. 2011. "POLICY CHALLENGES OF PROBLEM GAMBLING IN SLOVENIA". *Ljetopis Socijalnog Rada* 18 (1) (maggio 2): 127–152. Recuperato novembre 21, 2014, .
- Marino, Vincenzo. 2002. "Modelli interpretativi e analogie tra gioco d'azzardo e altre forme di 'addiction'." In *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, a c di. Daniela Capitanucci e Vincenzo Marino. Milano: FrancoAngeli.
- Marino, Vincenzo, e Carlo Lazzaro. 2011. *Analisi costo-utilità di buprenorfina/naloxone nella disassuefazione da eroina*. Quaderni di Economia Sanitaria. Centro studi economia e sanità.

- Marshall, David C. 2009. "Gambling as a Public Health Issue: The Critical Role of the Local Environment". *Journal of Gambling Issues* 23 (giugno): 66–80. doi: 10.4309/jgi.2009.23.4.
- Marshall, David C., e Robert G. V. Baker. 2002. "The Evolving Market Structures of Gambling: Case Studies Modelling the Socioeconomic Assignment of Gaming Machines in Melbourne and Sydney, Australia". *Journal of Gambling Studies* 18 (3) (settembre 1): 273–291. doi: 10.1023/A:1016847305942.
- Martinotti, G, D Harnic, F Alimonti, M Quatrala, e L Janiri. 2014. "Gioco d'azzardo: aspetti psicopatologici e clinici" (giugno).
- Mauskopf, J. A., J. E. Paul, D. M. Grant, e A. Stergachis. 1998. "The Role of Cost-Consequence Analysis in Healthcare Decision-Making". *Pharmacoeconomics* 13 (3) (marzo): 277–288.
- May, Adam. 1997. "Trends in Cognitive and Behavioural Therapies". *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 25 (04) (ottobre): 381–382. doi: 10.1017/S1352465800018786.
- Mccollister, Kathryn E., Michael T. French, Michael L. Prendergast, Elizabeth Hall, e Stan Sacks. 2004. "Long-term cost effectiveness of addiction treatment for criminal offenders". *Justice Quarterly* 21 (3) (settembre 1): 659–679. doi: 10.1080/07418820400095941.
- McConaghy, N., M. S. Armstrong, A. Blaszczynski, e C. Allcock. 1983. "Controlled Comparison of Aversive Therapy and Imaginal Desensitization in Compulsive Gambling". *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 142 (aprile): 366–372.
- . 1988. "Behavior Completion versus Stimulus Control in Compulsive Gambling. Implications for Behavioral Assessment". *Behavior Modification* 12 (3) (luglio): 371–384.
- McConaghy, N., A. Blaszczynski, e A. Frankova. 1991. "Comparison of Imaginal Desensitisation with Other Behavioural Treatments of Pathological Gambling. A Two- to Nine-Year Follow-Up". *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 159 (settembre): 390–393.
- McCormick, Richard A., Julian Taber, Norman Kruegelbach, e Angel Russo. 1987. "Personality profiles of hospitalized pathological gamblers: The California Personality Inventory". *Journal of Clinical Psychology* 43 (5): 521–527. doi: 10.1002/1097-4679(198709)43:5<521::AID-JCLP2270430516>3.0.CO;2-Q.
- McElroy, Susan L., Erik B. Nelson, Jeffrey A. Welge, Laura Kaehler, e Paul E. Keck. 2008. "Olanzapine in the Treatment of Pathological Gambling: A Negative Randomized Placebo-Controlled Trial". *The Journal of Clinical Psychiatry* 69 (3) (marzo): 433–440.
- McNeilly, D. P., e W. J. Burke. 2000. "Late Life Gambling: The Attitudes and Behaviors of Older Adults". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 16 (4): 393–415.
- Melville, Cam L., Carolyn S. Davis, Dena L. Matzenbacher, e Jeremy Clayborne. 2004. "Node-Link-Mapping-Enhanced Group Treatment for Pathological Gambling". *Addictive Behaviors* 29 (1) (gennaio): 73–87.
- Melville, Katherine M., Leanne M. Casey, e David J. Kavanagh. 2007. "Psychological Treatment Dropout among Pathological Gamblers". *Clinical Psychology Review* 27 (8) (dicembre): 944–958. doi: 10.1016/j.cpr.2007.02.004.
- Merzel, Cheryl, e Joanna D'Afflitti. 2003. "Reconsidering Community-Based Health Promotion: Promise, Performance, and Potential". *American Journal of Public Health* 93 (4) (aprile): 557–574.
- Messerlian, Carmen, e Jeffrey L. Derevensky. 2006. "Social Marketing Campaigns for Youth Gambling Prevention: Lessons Learned from Youth". *International Journal of Mental Health and Addiction* 4 (4) (ottobre 1): 294–306. doi: 10.1007/s11469-006-9032-x.
- Messerlian, Carmen, Jeffrey L. Derevensky, e Rina Gupta. 2005. "Youth Gambling Problems: A Public Health Perspective". *Health Promotion International* 20 (1) (gennaio 3): 69–79. doi: 10.1093/heapro/dah509.
- Meyer, Gerhard, e M. Bachmann. 2005. *Spielsucht: Ursachen und Therapie*. Springer.
- Meyer, Gerhard, Hayer, e Mark Griffiths. 2009. *Problem Gambling in Europe: Challenges, Prevention, and Interventions*. Dusseldorf: Springer Science + Business Media.
- Milesi, Alessandra, e Massimo Clerici. 2001. "Gioco d'azzardo, comorbidità e strutture di personalità". In *Il gioco & l'azzardo. Il fenomeno, la clinica, le possibilità di intervento*, a c di. Maurizio Croce e Riccardo Zerbetto, 119–127. Milano: FrancoAngeli.
- Miller, Ted, e David Hendrie. 2008. *Substance Abuse Prevention Dollars and Cents: A Cost-Benefit Analysis*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

- Miller, William R. 1996. "Motivational Interviewing: Research, Practice, and Puzzles". *Addictive Behaviors* 21 (6) (dicembre): 835–842.
- Miller, William R., Carolina E. Yahne, e J. Scott Tonigan. 2003. "Motivational Interviewing in Drug Abuse Services: A Randomized Trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71 (4) (agosto): 754–763.
- Milton, Simon, Rocco Crino, Caroline Hunt, e Emma Prosser. 2002. "The Effect of Compliance-Improving Interventions on the Cognitive-Behavioural Treatment of Pathological Gambling". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 18 (2): 207–229.
- Molin, Valentina. 2009. "Dipendenze senza sostanze. L'esempio del gioco d'azzardo eccessivo". In *Devianze emergenti e linee preventive*, di Bruno Bertelli, 311–374. Trento: Artimedia-Valentina Trentini.
- Mollica, Roberto. 2013. "Dati finanziari collegati al fenomeno" presentato al Corso di formazione nazionale GAP 2013, luglio 3, Roma.
- Monaghan, Sally, e Alex Blaszczynski. 2007. "Recall of electronic gaming machine signs: a static versus a dynamic mode of presentation". *Journal of Gambling Issues* (gennaio 1): 253–268. doi: <http://doi.org/10.4309/jgi.2007.20.8>.
- . 2010. "Impact of Mode of Display and Message Content of Responsible Gambling Signs for Electronic Gaming Machines on Regular Gamblers". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 26 (1) (marzo): 67–88. doi: 10.1007/s10899-009-9150-z.
- Monaghan, Sally, Jeffrey L. Derevensky, e Alyssa Sklar. 2008. "Impact of gambling advertisements and marketing on children and adolescents: Policy recommendations to minimise harm". *Journal of Gambling Issues* (dicembre 1): 252–274. doi: 10.4309/jgi.2008.22.7.
- Monaghan, Sally, e Richard T. A. Wood. 2010. "Internet-Based Interventions for Youth Dealing with Gambling Problems". *International Journal of Adolescent Medicine and Health* 22 (1) (marzo): 113–128.
- Morgenstern, Hal, David G. Kleinbaum, e Lawrence L. Kupper. 1980. "Measures of Disease Incidence Used in Epidemiologic Research". *International Journal of Epidemiology* 9 (1) (gennaio 3): 97–104. doi: 10.1093/ije/9.1.97.
- Munoz, Yaromir, Jean-Charles Chebat, e Jacob Amnon Sussman. 2010. "Using Fear Appeals in Warning Labels to Promote Responsible Gambling among VLT Players: The Key Role of Depth of Information Processing". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 26 (4) (dicembre): 593–609. doi: 10.1007/s10899-010-9182-4.
- Murray, A.H. 1938. *Explorations in personality*. Oxford, England: Oxford Univ. Press.
- Najavits, Lisa M., Lorraine D. Grymala, e Betty George. 2003. "Can Advertising Increase Awareness of Problem Gambling? A Statewide Survey of Impact". *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 17 (4) (dicembre): 324–327. doi: 10.1037/0893-164X.17.4.324.
- National Council on Problem Gambling. 2000. *Problem Gamblers and Their Finances: A Guide for Treatment Professionals*. National Endowment for Financial Education.
- National Gambling Impact Study Commission. 2002. *Gambling Impact and Behavior Study, 1997-1999: [United States]: Version 2*. Recuperato novembre 25, 2014, .
- Nation, Maury, Cindy Crusto, Abraham Wandersman, Karol L. Kumpfer, Diana Seybolt, Erin Morrissey-Kane, e Katrina Davino. 2003. "What Works in Prevention. Principles of Effective Prevention Programs". *The American Psychologist* 58 (6-7) (luglio): 449–456.
- Nelson, Sarah E., John H. Kleschinsky, Richard A. LaBrie, Sara Kaplan, e Howard J. Shaffer. 2010. "One Decade of Self Exclusion: Missouri Casino Self-Excluders Four to Ten Years after Enrollment". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 26 (1) (marzo): 129–144. doi: 10.1007/s10899-009-9157-5.
- NOMISMA, Società di studi economici. 2009. *Gioco e Giovani*. Bologna: Osservatorio Gioco & Giovani.
- NORC. 1999. *Gambling impact and behavior study*. National Opinion Research Center.

- Nord, E. 1992. "An alternative to QALYs: the saved young life equivalent (SAVE)". *BMJ : British Medical Journal* 305 (6858) (ottobre 10): 875–877. Recuperato novembre 19, 2014, .
- Olsen, J. A., e R. D. Smith. 2001. "Theory versus Practice: A Review of 'Willingness-to-Pay' in Health and Health Care". *Health Economics* 10 (1) (gennaio): 39–52.
- OMS, Organizzazione Mondiale della Sanità, a c di. 1992. *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati - decima revisione (ICD-10)*. Ginevra: Libreria dello Stato.
- Paladini, Dario. 2013. "Bimbi d'azzardo". *Terre di mezzo*, giugno.
- Paliwal, Sae, Frederike H. Petzschn, Anna Katharina Schmitz, Marc Tittgemeyer, e Klaas E. Stephan. 2014. "A model-based analysis of impulsivity using a slot-machine gambling paradigm". *Frontiers in Human Neuroscience* 8: 428. doi: 10.3389/fnhum.2014.00428.
- Pallanti, Stefano, Nicolò Baldini Rossi, Erica Sood, e E. Hollander. 2002. "Nefazodone Treatment of Pathological Gambling: A Prospective Open-Label Controlled Trial". *The Journal of Clinical Psychiatry* 63 (11) (novembre): 1034–1039.
- Pallesen, Karen Johanne, Elvira Brattico, Christopher Bailey, Antti Korvenoja, Juha Koivisto, Albert Gjedde, e Synnøve Carlson. 2005. "Emotion Processing of Major, Minor, and Dissonant Chords: A Functional Magnetic Resonance Imaging Study". *Annals of the New York Academy of Sciences* 1060 (dicembre): 450–453. doi: 10.1196/annals.1360.047.
- Pallesen, Ståle, Helge Molde, Helga Myrseth Arnestad, Jon Christian Laberg, Arvid Skutle, Erik Iversen, Inge Jarl Støylen, Gerd Kvale, e Fred Holsten. 2007. "Outcome of Pharmacological Treatments of Pathological Gambling: A Review and Meta-Analysis". *Journal of Clinical Psychopharmacology* 27 (4) (agosto): 357–364. doi: 10.1097/jcp.013e3180dccc304d.
- Pani, Roberto, e Roberta Biolcati. 2006. *Le dipendenze senza droghe: lo shopping compulsivo, Internet e il gioco d'azzardo*. Novara: UTET Università.
- Parke, Jonathan, e Mark Griffiths. 2006. "The Psychology of the Fruit Machine: The Role of Structural Characteristics (Revisited)". *International Journal of Mental Health and Addiction* 4 (2) (aprile 1): 151–179. doi: 10.1007/s11469-006-9014-z.
- . 2007. "The Role of Structural Characteristics in Gambling". In *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*, a c di. Garry Smith, David C. Hodgins, e Robert Williams, 211–243. Elsevier/Academic Press.
- Parke, Jonathan, Jane Rigbye, e Adrian Parke. 2008. *Cashless and card-based technologies in gambling: A review of the literature*. Gambling Commission.
- Parsons, Ken, e David Webster. 2000. "The Consumption of Gambling in Everyday Life". *Journal of Consumer Studies & Home Economics* 24 (4): 263–271. doi: 10.1111/j.1470-6431.2000.00161.x.
- PAT, e APSS. 2011. *Verbale di deliberazione del Direttore generale, Reg. delib. n. 564/2011*.
- Patton, J. H., M. S. Stanford, e E. S. Barratt. 1995. "Factor Structure of the Barratt Impulsiveness Scale". *Journal of Clinical Psychology* 51 (6) (novembre): 768–774.
- Pearce, J, K Mason, R Hiscock, e P Day. 2008. "A national study of neighbourhood access to gambling opportunities and individual gambling behaviour". *Journal of Epidemiology and Community Health (1979-)* 62 (10) (ottobre 1): 862–868. Recuperato gennaio 14, 2015, .
- Pelletier, Marie-France, e Robert Ladouceur. 2007. "The effect of knowledge of mathematics on gambling behaviours and erroneous perceptions". *International Journal of Psychology* 42 (2) (aprile 1): 134–140. doi: 10.1080/00207590600788047.
- Petrie, Jane, Frances Bunn, e Geraldine Byrne. 2007. "Parenting Programmes for Preventing Tobacco, Alcohol or Drugs Misuse in Children <18: A Systematic Review". *Health Education Research* 22 (2) (aprile): 177–191. doi: 10.1093/her/cyl061.
- Petry, Nancy M. 2001. "Pathological Gamblers, with and without Substance Use Disorders, Discount Delayed Rewards at High Rates". *Journal of Abnormal Psychology* 110 (3) (agosto): 482–487.
- . 2005. "Gamblers Anonymous and Cognitive-Behavioral Therapies for Pathological Gamblers". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 21 (1): 27–33. doi: 10.1007/s10899-004-1919-5.
- . 2007. "Gambling and Substance Use Disorders: Current Status and Future Directions". *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 16 (1) (febbraio): 1–9. doi: 10.1080/10550490601077668.

- Petry, Nancy M., Yola Ammerman, Jaime Bohl, Anne Dorsch, Heather Gay, Ronald Kadden, Cheryl Molina, e Karen Steinberg. 2006. "Cognitive-Behavioral Therapy for Pathological Gamblers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 74 (3) (giugno): 555–567. doi: 10.1037/0022-006X.74.3.555.
- Petry, Nancy M., e J. M. Roll. 2001. "A Behavioral Approach to Understanding and Treating Pathological Gambling". *Seminars in Clinical Neuropsychiatry* 6 (3) (luglio): 177–183.
- Petry, Nancy M., Jeremiah Weinstock, David Ledgerwood, e Benjamin Morasco. 2008. "A Randomized Trial of Brief Interventions for Problem and Pathological Gamblers". *Journal of consulting and clinical psychology* 76 (2) (aprile): 318–328. doi: 10.1037/0022-006X.76.2.318.
- Picone, Francesca, a c di. 2010. *Il Gioco D'Azzardo Patologico: prospettive teoriche ed esperienze cliniche*. Roma: Carocci. Recuperato novembre 19, 2014, da <http://www.hoepli.it/libro/il-gioco-d-azzardo-patologico/9788843053049.html>.
- Politecnico di Milano, Dipartimento di ingegneria gestionale. 2012. *Il Gioco online in Italia: aumenta l'offerta, si trasforma la domanda*. Milano: Osservatori Digital Innovation della School of Management del Politecnico di Milano.
- . 2013. *Il Gioco online in Italia: un mercato già maturo?*. Milano: Osservatori Digital Innovation della School of Management del Politecnico di Milano.
- . 2014. "Mobile & APP Economy: verso il 2% del PIL". In . Milano: Osservatori Digital Innovation della School of Management del Politecnico di Milano.
- Poto, Daniele. 2012. *Azzardopoli 2.0 Quando il gioco si fa duro ... le mafie iniziano a giocare - Numeri, storie e giro d'affari criminali della "terza impresa" italiana*. A c di. Associazioni, nomi e numeri contro le mafie Libera. Vol. 2. I quaderni di Libera con Narcomafie. Torino: Edizioni Gruppo Abele.
- Prochaska, James O., e Carlo C. DiClemente. 1982. "Trans-theoretical therapy: Toward a more integrative model of change". *Psychotherapy: Theory, Research & Practice* 19 (3): 276–288. doi: 10.1037/h0088437.
- Productivity Commission. 2001. *Australia's gambling industries*. Others. EconWPA. Recuperato da <https://ideas.repec.org/p/wpa/wuwpot/0108006.html>.
- Provincia di Trento. 2011. *Legge finanziaria*.
- Ravindran, Arun V., John Telner, Raj Bhatla, Colin Cameron, Donna Horner, e Owen Kelly. 2010. "Paroxetine, Cognitive Behaviour Therapy or Combination in Pathological Gambling: A Pilot Investigation". *Gambling Research: Journal of the National Association for Gambling Studies* 22 (1) (giugno): 3–17.
- Reid, R. L. 1986. "The Psychology of the near Miss". *Journal of Gambling Behavior* 2 (1) (marzo 1): 32–39. doi: 10.1007/BF01019932.
- Reith, Gerda. 2005. *The Age of Chance: Gambling in Western Culture*. London: Routledge.
- . 2007. "Gambling and the Contradictions of Consumption A Genealogy of the 'Pathological' Subject". *American Behavioral Scientist* 51 (1) (gennaio 9): 33–55. doi: 10.1177/0002764207304856.
- Reynaud, M., A. F. Gaudin-Colombel, e C. LePen. 2001. "Two Methods of Estimating Health Costs Linked to Alcoholism in France (with a Note on Social Costs)". *Alcohol and Alcoholism* 36 (1) (gennaio 1): 89–95. doi: 10.1093/alcalc/36.1.89.
- Rice, D.P. 1967. "Estimating the cost of illness." *American Journal of Public Health and the Nations Health* 57 (3) (marzo): 424–440.
- . 2000. "Cost of Illness Studies: What Is Good about Them?". *Injury Prevention* 6 (3) (gennaio 9): 177–179. doi: 10.1136/ip.6.3.177.
- Rice, D. P., S. Kelman, e L. S. Miller. 1991. "Estimates of economic costs of alcohol and drug abuse and mental illness, 1985 and 1988." *Public Health Reports* 106 (3): 280–292.
- Rice, D.P., e W Max. 1996. "The high cost of injuries in the United States." *American Journal of Public Health* 86 (1) (gennaio): 14–15.
- Rice, D.P., e L. S. Miller. 1998. "Health Economics and Cost Implications of Anxiety and Other Mental Disorders in the United States". *The British Journal of Psychiatry. Supplement* (34): 4–9.
- Rodda, Simone, Dan I. Lubman, Nicki A. Dowling, Anna Bough, e Alun C. Jackson. 2013. "Web-Based Counseling for Problem Gambling: Exploring Motivations and Recommendations". *Journal of Medical Internet Research* 15 (5): e99. doi: 10.2196/jmir.2474.

- Roebuck, M. Christopher, Michael T. French, e A. Thomas McLellan. 2003. "DATStats: Results from 85 Studies Using the Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program". *Journal of Substance Abuse Treatment* 25 (1) (luglio): 51–57.
- Salomé, Helena J., Michael T. French, Michael Miller, e A. Thomas McLellan. 2003. "Estimating the Client Costs of Addiction Treatment: First Findings from the Client Drug Abuse Treatment Cost Analysis Program (Client DATCAP)". *Drug and Alcohol Dependence* 71 (2) (agosto 20): 195–206.
- Sani, Annamaria. 2002. "Uno strumento di prevenzione: la formazione dell'operatore di sala nei Casinò di Locarno e Lugano (Svizzera)". In *La vita in gioco? Il gioco d'azzardo tra divertimento e problema*, a c di. Daniela Capitanucci e Vincenzo Marino, 126–131. Milano: FrancoAngeli. Recuperato gennaio 14, 2015, da [http://www.francoangeli.it/Ricerca/Scheda\\_libro.aspx?codiceISBN=9788846433763](http://www.francoangeli.it/Ricerca/Scheda_libro.aspx?codiceISBN=9788846433763).
- Santinello, Massimo, e Carlo Cenedese. 2002. "L'efficacia della prevenzione e la prevenzione dell'inefficacia. Alcune riflessioni sui programmi preventivi per i minori". *Psicologia clinica dello sviluppo* (1/2002). doi: 10.1449/1181.
- Savron, Gianni, Paolo Pitti, Rolando De Luca, e Cesare Guerreschi. 2001. "Psicopatologia e Gioco d'Azzardo: Uno Studio Preliminare". *Rivista di Psichiatria* 36 (1): 14–21. Recuperato novembre 26, 2014, .
- Sbordoni, Stefano. 2010. *Il gioco telematico*. Dispensa per il corso diritto dell'informatica - Modulo 2. Viterbo: Università della Tuscia.
- Scaglione, Attilio. 2011. "Illegal leisure, gioco d'azzardo, organizzazioni mafiose". In *Consumare-investire il tempo libero. Forme e pratiche del leisure time nella postmodernità*, a c di. Fabio Massimo Lo Verde, 469–492. Milano: Mondadori.
- Sculpher, M. J., F. S. Pang, A. Manca, M. F. Drummond, S. Golder, H. Urdahl, L. M. Davies, e A. Eastwood. 2004. "Generalisability in Economic Evaluation Studies in Healthcare: A Review and Case Studies". *Health Technology Assessment (Winchester, England)* 8 (49) (dicembre): iii–iv, 1–192.
- Segel, Joel E. 2006. *Cost-of-Illness Studies—A Primer*. RTI International RTI - UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics.
- Serpelloni, Giovanni. 2006. "Valutazione comparativa dei costi dei sistemi regionali italiani riferiti all'area delle dipendenze (Progetto Ancos.ben2 del Ministero Della Salute)". In *Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati*, a c di. Giovanni Serpelloni e Maurizio Gomma. Verona: Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.
- . 2013. *GAMBLING Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione*. Progetto GAP CUEIM. Verona: Cierre Grafica.
- Serpelloni, Giovanni, e Maurizio Gomma. 2006. *Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati*. Verona: Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.
- Serpelloni, Giovanni, Maurizio Gomma, D. Candio, M. Zermiani, e G. Zusi. 2006. "Applicazione di un modello per la valutazione dell'outcome e la valorizzazione economica dell'efficacia dei trattamenti per la dipendenza da eroina." In *Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati*, a c di. Giovanni Serpelloni e Maurizio Gomma. Verona: Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.
- Serpelloni, Giovanni, Maurizio Gomma, Claudia Rimondo, Annalisa Rossi, e Roberta Tito, a c di. 2014. *GAMBLING Percorso di Auto-Aiuto Manuale per persone con dipendenza da gioco d'azzardo*. Roma: Dipartimento Politiche Antidroga.
- Serpelloni, Giovanni, e Claudia Rimondo. 2012. "Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione". *Italian Journal on Addiction* 2 (3-4) (dicembre 29). Recuperato gennaio 14, 2015, da <http://www.ija-dpa.it/journal/index.php/ija/article/view/30>.
- SerT di Trento, Servizio per le Tossicodipendenze, APSS di Trento, e Sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari Istituto di Fisiologia Clinica del CNR. 2010. *Il fenomeno delle dipendenze in Provincia di Trento Anno 2010*. Trento: Provincia Autonoma di Trento; Azienda Sanitaria per i Servizi Sanitari.

- Shaffer, Howard J., Richard A. LaBrie, e Debi LaPlante. 2004. "Laying the Foundation for Quantifying Regional Exposure to Social Phenomena: Considering the Case of Legalized Gambling as a Public Health Toxin". *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 18 (1) (marzo): 40–48. doi: 10.1037/0893-164X.18.1.40.
- Shapira, Nathan A., Mary C. Lessig, Toby D. Goldsmith, Steven T. Szabo, Martin Lazoritz, Mark S. Gold, e Dan J. Stein. 2003. "Problematic Internet Use: Proposed Classification and Diagnostic Criteria". *Depression and Anxiety* 17 (4): 207–216. doi: 10.1002/da.10094.
- Sharpe, Louise, Michael Walker, Maree-Jo Coughlan, Kirsten Enersen, e Alex Blaszczynski. 2005. "Structural Changes to Electronic Gaming Machines as Effective Harm Minimization Strategies for Non-Problem and Problem Gamblers". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 21 (4): 503–520. doi: 10.1007/s10899-005-5560-8.
- Shed, N. Will, Kelly Walsh, Amy Taylor, Jeffrey L. Der-evensky, e Rina Gupta. 2011. "Youth Gambling Prevention: Can Public Service Announcements Featuring Celebrity Spokespersons Be Effective?". *International Journal of Mental Health and Addiction* 9 (2) (aprile 1): 165–179. doi: 10.1007/s11469-009-9260-y.
- Sherman, Lawrence W., David Farrington, C. Brandon Welsh, e Doris MacKenzie. 2002. *Evidence-Based Crime Prevention*. London: Routledge.
- Skinner, B. F. 1953. *Science And Human Behavior*. Simon and Schuster.
- Specker, Sheila M., Gregory A. Carlson, Gary A. Christenson, e Michael Marcotte. 1995. "Impulse Control Disorders and Attention Deficit Disorder in Pathological Gamblers". *Annals of Clinical Psychiatry* 7 (4) (gennaio 1): 175–179. doi: 10.3109/10401239509149623.
- Stewart, R. M., e R. I. Brown. 1988. "An Outcome Study of Gamblers Anonymous". *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science* 152 (febbraio): 284–288.
- Storer, John, Max Abbott, e Judith Stubbs. 2009. "Access or adaptation? A meta-analysis of surveys of problem gambling prevalence in Australia and New Zealand with respect to concentration of electronic gaming machines". *International Gambling Studies* 9 (3) (dicembre 1): 225–244. doi: 10.1080/14459790903257981.
- Stucki, Stephanie, e Margret Rihs-Middel. 2007. "Prevalence of Adult Problem and Pathological Gambling between 2000 and 2005: An Update". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 23 (3) (settembre): 245–257. doi: 10.1007/s10899-006-9031-7.
- Takushi, Ruby Y., Clayton Neighbors, Mary E. Larimer, Ty W. Lostutter, Jessica M. Counce, e G. Alan Marlatt. 2004. "Indicated Prevention of Problem Gambling among College Students". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 20 (1): 83–93. doi: 10.1023/B:JOGS.0000016705.58903.8f.
- Tanabe, Jody, Laetitia Thompson, Eric Claus, Manish Dalwani, Kent Hutchison, e Marie T. Banich. 2007. "Prefrontal Cortex Activity Is Reduced in Gambling and Nongambling Substance Users during Decision-Making". *Human Brain Mapping* 28 (12) (dicembre 1): 1276–1286. doi: 10.1002/hbm.20344.
- TAR Liguria. 2014. *Sentenza n.189*.
- TAR Piemonte. 2011. *Tar Piemonte su ricorso Regolamento comune di Verbania: detenzione e funzionamento apparecchi da gioco o da intrattenimento presso pubblici esercizi*. Tribunale amministrativo regionale Piemonte, sezione II.
- Tarricone, Rosanna. 2006. "Cost-of-Illness Analysis. What Room in Health Economics?". *Health Policy (Amsterdam, Netherlands)* 77 (1) (giugno): 51–63. doi: 10.1016/j.healthpol.2005.07.016.
- TAR Trento. 2013a. *Sentenza n.63*.
- . 2013b. *Sentenza n.64*.
- TAR Veneto. 2013. *Sentenza n.587*.
- Tavares, Hermano, Silvia S. Martins, Daniela S. S. Lobo, Camila M. Silveira, Valentim Gentil, e David C. Hodgins. 2003. "Factors at Play in Faster Progression for Female Pathological Gamblers: An Exploratory Analysis". *The Journal of Clinical Psychiatry* 64 (4) (aprile): 433–438.
- Thomas, R. E., P. Baker, e D. Lorenzetti. 2007. "Family-Based Programmes for Preventing Smoking by Children and Adolescents". *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD004493. doi: 10.1002/14651858.CD004493.pub2.

- Todirita, Izabela Ramona, e Viorel Lupu. 2013. "Gambling Prevention Program among Children". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 29 (1) (marzo): 161–169. doi: 10.1007/s10899-012-9293-1.
- TOG, The Osborne Group. 2008. *Responsible gaming information centres 2007 evaluation*. Canada: Responsible Gambling Council. Recuperato gennaio 14, 2015, .
- Toneatto, Tony, Bruna Brands, e Peter Selby. 2009. "A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial of Naltrexone in the Treatment of Concurrent Alcohol Use Disorder and Pathological Gambling". *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 18 (3) (giugno): 219–225. doi: 10.1080/10550490902787007.
- Toneatto, Tony, e Rosa Dragonetti. 2008. "Effectiveness of Community-Based Treatment for Problem Gambling: A Quasi-Experimental Evaluation of Cognitive-Behavioral vs. Twelve-Step Therapy". *The American Journal on Addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions* 17 (4) (agosto): 298–303. doi: 10.1080/10550490802138830.
- Tony, Schellinck, Nova Scotia Gaming Corporation, Schrans Tracy, e Focal Research Consultants Ltd. 2004. *2003 NS VL Responsible Gaming Features Evaluation : Final Report*. Nova Scotia Gaming Corporation.
- Toumbourou, John W., Jo Williams, George Patton, e Elizabeth Waters. 2005. "What Do We Know about Preventing Drug-Related Harm through Social Developmental Intervention with Children and Young People?". In *Preventing Harmful Substance Use*, a c di. Tim Stockwell, Paul J. Grunewald, John W. Toumbourou, e Wendy Loxley, 87–100. John Wiley & Sons Ltd. Recuperato gennaio 15, 2015, da <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470713624.ch8/summary>.
- Turner, Nigel, John Macdonald, Mark Bartoshuk, e Masood Zangeneh. 2008. "The Evaluation of a 1-H Prevention Program for Problem Gambling". *International Journal of Mental Health and Addiction* 6 (2) (aprile 1): 238–243. doi: 10.1007/s11469-007-9121-5.
- Turner, Nigel, John Macdonald, e Matthew Somerset. 2008. "Life Skills, Mathematical Reasoning and Critical Thinking: A Curriculum for the Prevention of Problem Gambling". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 24 (3) (settembre): 367–380. doi: 10.1007/s10899-007-9085-1.
- Turner, Nigel, Jamie Wiebe, Agata Falkowski-Ham, Jon Kelly, e Wayne Skinner. 2005. "Public Awareness of Responsible Gambling and Gambling Behaviours in Ontario". *International Gambling Studies* 5 (1) (giugno 1): 95–112. doi: 10.1080/14459790500098044.
- Van der Stel, Jaap, e Deborah Voordewind. 2001. *Manuale di prevenzione: alcol, droghe e tabacco*. Milano: FrancoAngeli.
- Villani, S. 2001. "Impact of Media on Children and Adolescents: A 10-Year Review of the Research". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 40 (4) (aprile): 392–401. doi: 10.1097/00004583-200104000-00007.
- Vitaro, F., M. Brendgen, Robert Ladouceur, e R. E. Tremblay. 2001. "Gambling, Delinquency, and Drug Use during Adolescence: Mutual Influences and Common Risk Factors". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 17 (3): 171–190.
- Volberg, Rachel A. 2007. "Population surveys. Research and measurement issues in gambling studies".
- Wagenaar, Alexander C., e Traci L. Toomey. 2002. "Effects of minimum drinking age laws: Review and analysis of the literature from 1960 to 2000". *Journal of Studies on Alcohol* 14: 206 – 225.
- Walker, Douglas M. 2003. "Methodological Issues in the Social Cost of Gambling Studies". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 19 (2): 149–184.
- . 2007. *Problems in Quantifying the Social Costs and Benefits of Gambling*. SSRN Scholarly Paper. Rochester, NY: Social Science Research Network.
- Walker, Douglas M., e A. H. Barnett. 1999. "The Social Costs of Gambling: An Economic Perspective". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 15 (3): 181–212.

- Wallisch, Lynn S. 1993. *Gambling in Texas. 1992 Texas survey of adolescent gambling behavior*. Austin, Texas: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse.
- . 1996. *Gambling in Texas. 1995 surveys of adult and adolescent gambling behavior*. Austin, Texas: Texas Commission on Alcohol and Drug Abuse.
- Wandersman, Abraham, e Paul Florin. 2003. "Community Interventions and Effective Prevention". *The American Psychologist* 58 (6-7) (luglio): 441–448.
- Welte, John W., Grace M. Barnes, William F. Wieczorek, Marie-Cecile O. Tidwell, e Joseph H. Hoffman. 2007. "Type of Gambling and Availability as Risk Factors for Problem Gambling: A Tobit Regression Analysis by Age and Gender". *International Gambling Studies* 7 (2) (agosto 1): 183–198. doi: 10.1080/14459790701387543.
- Welte, John William, Grace M. Barnes, Marie-Cecile O. Tidwell, e Joseph H. Hoffman. 2009. "Legal gambling availability and problem gambling among adolescents and young adults". *International Gambling Studies* 9 (2) (agosto 1): 89–99. doi: 10.1080/14459790902754996.
- Welte, John W., William F. Wieczorek, Grace M. Barnes, Marie-Cecile Tidwell, e Joseph H. Hoffman. 2004. "The Relationship of Ecological and Geographic Factors to Gambling Behavior and Pathology". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 20 (4): 405–423. doi: 10.1007/s10899-004-4582-y.
- Whiteside, Stephen P., e Donald R. Lynam. 2001. "The Five Factor Model and impulsivity: using a structural model of personality to understand impulsivity". *Personality and Individual Differences* 30 (4) (marzo): 669–689. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00064-7.
- Whitney, Kriscinda A., Philip S. Fastenau, Jovier D. Evans, e Paul H. Lysaker. 2004. "Comparative Neuropsychological Function in Obsessive-Compulsive Disorder and Schizophrenia with and without Obsessive-Compulsive Symptoms". *Schizophrenia Research* 69 (1) (luglio 1): 75–83. doi: 10.1016/j.schres.2003.08.013.
- WHO. 2009. *Handbook for Action to Reduce Alcohol-Related Harm*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Wiebe, Jamie, Eric Single, e Agata Falkowski-Ham. 2003. *Exploring the Evolution of Problem Gambling: A One Year Follow-up Study*. Toronto: Responsible Gambling Council.
- Williams, Robert J. 2010. "Pre-Commitment as a Strategy for Minimizing Gambling-Related Harm" (luglio 8).
- Williams, Robert J., e Dennis Connolly. 2006. "Does Learning about the Mathematics of Gambling Change Gambling Behavior?". *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 20 (1) (marzo): 62–68. doi: 10.1037/0893-164X.20.1.62.
- Williams, Robert J., Dennis Connolly, Robert T. Wood, Shawn Currie, e R. Meghan Davis. 2004. "Program Findings That Inform Curriculum Development for the Prevention of Problem Gambling" (maggio). Recuperato gennaio 23, 2015, da <http://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/372>.
- Williams, Robert J., e Dennis Connolly. 2006. "Does learning about the mathematics of gambling change gambling behavior?". *Psychology of Addictive Behaviors* 20 (1): 62 – 68.
- Williams, Robert J., Jürgen Rehm, e Rhys Stevens. 2011. "The Social and Economic Impacts of Gambling" (marzo 11). Recuperato gennaio 13, 2015, da <http://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/1286>.
- Williams, Robert J., Rachel A. Volberg, e Rhys M. G. Stevens. 2012. *The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends*. Technical Report. Ontario Problem Gambling Research Centre. Recuperato gennaio 13, 2015, da <http://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/3068>.
- Williams, Robert J., Beverly L. West, e Robert I. Simpson. 2012a. *Prevention of problem gambling: a comprehensive review of the evidence and identified best practices*. Guelph: Ontario Problem Gambling Research Centre; Ontario Ministry of Health and Long Term Care.
- . 2012b. *Prevention of Problem Gambling: A Comprehensive Review of the Evidence and Identified Best Practices*. Technical Report. Ontario Problem Gambling Research Centre and the Ontario Ministry of Health and Long Term Care. Recuperato novembre 21, 2014, da <http://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/3121>.

- Williams, Robert J., e Robert T. Wood. 2007. *Internet Gambling: A Comprehensive Review and Synthesis of the Literature*. Report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Centre. Guelph, Ontario: Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Williams, Robert J., Robert T. Wood, e Shawn R. Currie. 2010. "Stacked Deck: An Effective, School-Based Program for the Prevention of Problem Gambling". *The Journal of Primary Prevention* 31 (3) (giugno): 109–125. doi: 10.1007/s10935-010-0212-x.
- Winters, Ken C., Randy D. Stinchfield, Andria Botzet, e Nicole Anderson. 2002. "A Prospective Study of Youth Gambling Behaviors". *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors* 16 (1) (marzo): 3–9.
- Wohl, Michael J. A., Kelly-Lyn Christie, Kimberly Matheson, e Hymie Anisman. 2010. "Animation-Based Education as a Gambling Prevention Tool: Correcting Erroneous Cognitions and Reducing the Frequency of Exceeding Limits among Slots Players". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 26 (3) (settembre): 469–486. doi: 10.1007/s10899-009-9155-7
- Wood, Richard T. A., e Mark Griffiths. 2007. "Online guidance, advice, and support for problem gamblers and concerned relatives and friends: an evaluation of the GamAid pilot service". *British Journal of Guidance & Counselling* 35 (4) (novembre 1): 373–389. doi: 10.1080/03069880701593540.
- Wood, Richard T. A., e Sabrina A. Wood. 2009. "An evaluation of two United Kingdom online support forums designed to help people with gambling issues". *Journal of Gambling Issues* (23): 5–30.
- Wulfert, Edelgard, Edward B. Blanchard, Brian M. Freidenberg, e Rebecca S. Martell. 2006. "Retaining Pathological Gamblers in Cognitive Behavior Therapy through Motivational Enhancement: A Pilot Study". *Behavior Modification* 30 (3) (maggio): 315–340. doi: 10.1177/0145445503262578.
- Wynne, Harold, e Howard J. Shaffer. 2003. "The Socioeconomic Impact of Gambling: The Whistler Symposium". *Journal of Gambling Studies / Co-Sponsored by the National Council on Problem Gambling and Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming* 19 (2): 111–121.
- Wynne, Harold, e Randy D. Stinchfield. 2004. *EVALUATING VLT RESPONSIBLE GAMING FEATURES AND INTERVENTIONS IN ALBERTA*. Alberta Gaming and Liquor Commission.
- Young, Kimberly S. 2000. *Presi nella rete. Intossicazione e dipendenza da Internet*. Calderini.
- Young, Martin. 2010. "Gambling, Capitalism and the State Towards a New Dialectic of the Risk Society?". *Journal of Consumer Culture* 10 (2) (gennaio 7): 254–273. doi: 10.1177/1469540510364593.
- Zarkin, G. A., L. J. Dunlap, e G. Homsy. 2004. "The substance abuse services cost analysis program (SASCAP): a new method for estimating drug treatment services costs". *Evaluation and Program Planning* 27 (1) (gennaio 1): 35–43. Recuperato novembre 18, 2014, .
- Zavattiero, Carlotta. 2010. *Lo Stato bisca*. Firenze: Ponte alle Grazie.
- Zerbetto, Riccardo. 2010. "Quale epistemologia di riferimento per un intervento di psicoterapia con giocatori d'azzardo patologici? L'esperienza del progetto Orthos". In *La terapia del giocatore patologico*, a c di. Francesca Picone. Firenze: Carocci.
- Zimmerman, Mark, Robert B. Breen, e Michael A. Posternak. 2002. "An Open-Label Study of Citalopram in the Treatment of Pathological Gambling". *The Journal of Clinical Psychiatry* 63 (1) (gennaio): 44–48.

# SITOGRAFIA

---

[www.aams.gov.it](http://www.aams.gov.it)

[www.agenziadoganemonopoli.gov.it](http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it)

[www.albotelematico.tn.it](http://www.albotelematico.tn.it)

[www.altalex.com](http://www.altalex.com)

[www.andinrete.it](http://www.andinrete.it)

[www.austgamingcouncil.org.au](http://www.austgamingcouncil.org.au)

[www.automutuoaaiuto.it](http://www.automutuoaaiuto.it)

[www.cedostar.it](http://www.cedostar.it)

[www.codacons.it](http://www.codacons.it)

[www.comunitrentini.it](http://www.comunitrentini.it)

[www.DATCAMP.it](http://www.DATCAMP.it)

[www.dependentia.org](http://www.dependentia.org)

[www.drogaprevenzione.it](http://www.drogaprevenzione.it)

[www.dronet.org](http://www.dronet.org)

[www.fateilnostrogioco.it](http://www.fateilnostrogioco.it)

[www.federserd.it](http://www.federserd.it)

[www.gambling.dronet.org](http://www.gambling.dronet.org)

[www.giocaresponsabile.it](http://www.giocaresponsabile.it)

[www.gioco-legale-italia.it](http://www.gioco-legale-italia.it)

[www.gioconews.it](http://www.gioconews.it)

[www.gref.net](http://www.gref.net)

[www.gruppobele.org](http://www.gruppobele.org)

[www.gtech.com](http://www.gtech.com)

[www.hands-bz.it](http://www.hands-bz.it)

[www.jamma.it](http://www.jamma.it)

[www.legautonomie.it](http://www.legautonomie.it)

[www.lexgiochi.it](http://www.lexgiochi.it)

[www.lexitalia.it](http://www.lexitalia.it)

[www.lottomaticaitalia.it](http://www.lottomaticaitalia.it)

[www.mettiamociingioco.org](http://www.mettiamociingioco.org)

[www.neldiritto.it](http://www.neldiritto.it)

[www.nexteconomia.org/slots-mob](http://www.nexteconomia.org/slots-mob)

[www.rga.eu.com](http://www.rga.eu.com)

[www.siipac.it](http://www.siipac.it)

[www.sogei.it](http://www.sogei.it)