

## **CAPITOLO I.5.**

### **GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO**

I.5.1. Introduzione

I.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia

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

I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011

I.5.5. Usura e dati finanziari

I.5.6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni



## I.5. GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO

### I.5.1. Introduzione

Il Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno caratterizzato da elementi molto vicini alle classiche forme di dipendenza.

La gravità del gioco d'azzardo può essere classificata con l'utilizzo di test specifici attraverso i quali è possibile identificare differenti livelli di compromissione: non problematico, problematico e patologico.

Nell'ambito dell'inquadramento del fenomeno si ritiene opportuno adottare la seguente terminologia:

- **Persone vulnerabili:** soggetti che per alcune loro caratteristiche neuro-psico-biologiche e sociali presentano una probabilità maggiore, rispetto alla popolazione generale esposta al gioco d'azzardo, di esplicitare un comportamento a rischio (gioco d'azzardo problematico) e di evolvere in malattia (gioco d'azzardo patologico).
- **Gioco d'Azzardo Problematico:** identifica il gioco d'azzardo compulsivo in cui non si è ancora instaurata una dipendenza, ma con una possibile progressione verso una forma di malattia. E' quindi da considerare un comportamento a rischio per la salute psico-fisica e sociale della persona in quanto spesso è evolutivo verso la forma patologica, caratterizzata proprio da dipendenza. E' una condizione comportamentale prevenibile ed estinguibile con interventi preventivi e supporti psicologici ed educativi. Questo comportamento necessita di diagnosi precoce e interventi immediati.
- **Gioco d'Azzardo Patologico:** E' una malattia del cervello che si connota come una dipendenza patologica "sine substantia", caratterizzata da andamento cronico e recidivante in grado di compromettere lo stato di salute fisica e psichica e la socialità della persona affetta da tale disturbo. E' una malattia prevenibile, curabile e guaribile che necessita di diagnosi precoce, cure specialistiche e supporto sociale. La sua diagnosi si basa sulla rispondenza ai criteri diagnostici descritti nella Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-X) e nel DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association.

Il gioco d'azzardo patologico è stato caratterizzato come una patologia progressiva, a vari livelli. La prima fase, della vincita, è favorita dai primi successi ed è spesso riscontrabile negli uomini, riflettendo probabilmente un aspetto più competitivo del gioco d'azzardo maschile. Vincere conferisce un senso di prestigio, di potere e di onnipotenza. Le caratteristiche che accompagnano questa fase sono alti livelli di energia, concentrazione focalizzata, migliore abilità con i numeri e interesse nelle strategie di gioco d'azzardo. Molti attribuiscono le loro vincite iniziali all'abilità piuttosto che alla fortuna. Si ritiene che molti giocatori derivino una sostanziale porzione della loro autostima dal gioco d'azzardo e che dipendano dal gioco nel gestire delusioni e stati d'umore negativi. Il giocatore può iniziare a ritirarsi da famiglia e amici e può dedicare più tempo ed energia al gioco d'azzardo. Fantasie di vincita e pensieri di grande successo sono tipici.

Fase della vincita

Perdite inaspettate, spesso percepite come segni di sfortuna, portano ad una seconda fase, chiamata la fase perdente, caratterizzata dalla rincorsa. Il giocatore cerca di recuperare disperatamente il denaro perso scommettendo più frequentemente e con somme più ingenti. Spesso mente alle persone importanti (familiari, amici e datori di lavoro) per nascondere le perdite. Le relazioni generalmente si deteriorano e le finanze peggiorano. Alla fine il giocatore

Fase perdente

sperimenta una situazione difficile, in cui le sorgenti legittime di denaro sono esaurite. I familiari possono provvedere alla cauzione economica in cambio di promesse di smettere di giocare.

Uno schema a spirale, di perdita e di rincorsa alla perdita, porta alla terza fase, la disperazione. Il giocatore può venire coinvolto in attività illegali quali frode, appropriazione indebita, assegni scoperti o furto per poter sostenere i propri problemi di gioco. Il comportamento illegale viene razionalizzato, spesso con l'intenzione di restituire i fondi dopo la grossa vincita che si crede imminente. Fantasie di fuga e pensieri suicidi sono riportati comunemente durante questa fase.

Fase della disperazione

Alcuni giocatori sperimentano una quarta fase di rinuncia. Il giocatore può cercare trattamento, spesso sotto insistenza del datore di lavoro, del coniuge o di un familiare. Depressione, pensieri suicidi e sintomi legati allo stress quali ipertensione, palpitazioni, insonnia e disturbi gastro-intestinali possono essere presenti. (Rosenthal 1992).

Fase della rinuncia

Il Gioco d'Azzardo Patologico ha dei correlati neuropsicobiologici molto forti e gli studi di neuroscienze hanno dimostrato che questa malattia si basa sulla presenza di anomalie documentabili anche attraverso le moderne tecniche di neuroimaging relativamente al sistema per il controllo degli impulsi (corteccia prefrontale-serotonina) il sistema dopaminergico della gratificazione, il sistema adrenergico e degli oppioidi endogeni.

Gambling e neuroscienze

Questi sistemi risultano con un funzionamento alterato nelle persone con Gioco d'Azzardo Patologico e condizionano, quindi, in maniera fondamentale l'espressione e il mantenimento della malattia così come è stata riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il gioco d'azzardo, anche nel nostro Paese, ha assunto dimensioni rilevanti e una forte spinta commerciale facilmente percepibile dalle innumerevoli pubblicità che, sempre più, sono presenti sui media.

Gioco d'azzardo: fenomeno in forte espansione

Il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza (gambling patologico).

Questa condizione può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall'incontrollabilità del proprio comportamento, e contemporaneamente alla possibilità di entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale ma, anche e soprattutto, con quelle dell'usura.

Gravi conseguenze sociali legate all'usura

Il "gambling patologico", come invece dovrebbe essere, non trova ancora riconoscimento nei livelli essenziali d'assistenza (LEA) e pertanto vi è una oggettiva difficoltà ad organizzare forme strutturate di cura e riabilitazione nei sistemi sanitari regionali. La necessità di risolvere tale problema è stata riportata e sottolineata nel Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dal Consiglio dei Ministri, così pure la necessità di avere a disposizione precise linee d'indirizzo per le attività di cura e riabilitazione, un sistema per il tempestivo e costante rilevamento epidemiologico della prevalenza e dell'incidenza del fenomeno, delle regolamentazioni più conservative e prudenziali nei confronti degli utenti finalizzate a un maggior controllo dei gestori e dei concessionari di tali giochi, oltre che un programma di azione nazionale opportunamente finanziato con parte dei proventi derivanti dai giochi stessi (al pari di tanti altri Paesi europei e internazionali che già prevedono tali finanziamenti).

Necessità di riconoscere la patologia nei LEA

Oltre a ciò, si è rivelata la necessità di valorizzare e promuovere ulteriormente le azioni di prevenzione e contrasto di gioco illegale e dell'usura collegata. I dati, purtroppo frammentari, che si possono trovare in varie fonti nazionali, sono stati qui riassunti al fine di dare un primo profilo dell'estensione della gravità del fenomeno che necessariamente dovrà essere preso in considerazione in maniera più approfondita nei prossimi anni, anche e soprattutto per strutturare precise ed

Mancanza di quantificazione epidemiologica del fenomeno

efficaci strategie di tutela della salute ed integrità sociale sia del giocatore patologico che della propria famiglia e, nel contempo, trovare una migliore regolamentazione dell'intero sistema dei giochi.

Và ricordato che il gioco di per sé è fonte di legittimo piacere e quindi non può essere quindi vietato o proibito tout court, anche perché facente parte della cultura popolare e delle società ma, necessariamente, nel momento in cui vi sono effetti negativi documentati sulla salute di alcune persone è necessario prendere in seria considerazione l'esigenza di introdurre forme di regolamentazione e di tutela della salute e dell'integrità sociale più stringenti, soprattutto alla luce della forte evoluzione che questi giochi stanno avendo sulla rete internet dove diventa estremamente difficile esercitare controlli e introdurre forme di prevenzione.

Necessarie forme di tutela della salute e regolamentazione

## I.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia

Secondo una ricognizione eseguita nel 2009, sono 11 gli stati europei che, tra il 2001 e il 2008, hanno condotto indagini di popolazione per stimare la prevalenza di gambling problematico. Le percentuali di presenza di questa condizione nella vita variano dallo 0,7% (Danimarca) al 3,3% (Svizzera), mentre le stime riferite all'ultimo anno sono comprese tra 0,5% (Gran Bretagna) e 6,5% (Estonia).

Il gioco problematico in Europa

**Tabella I.5.1.** Sintesi delle più recente indagini su popolazione adulta per la presenza di gambling problematico in Europa

Ampia variabilità della prevalenza in Europa

Stato	Anno	Nr. soggetti	Strumento	Prevalenza
Denmark	2006	8,153	NODS	0.7 (nella vita)
			SOGS-RA	1.7 (nella vita)
Norway	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Netherlands	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Switzerland	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)
Great Britain	2007	8,996	PGSI	0.5 (ultimo anno)
			DSM-IV	0.6 (ultimo anno)
Iceland	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Germany	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Belgium	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Sweden	2001	7,139	SOGS	2.0 (ultimo anno)
Finland	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)

Fonte: M. Griffiths, 2009

Altre ricerche internazionali hanno riportato valori del 1,4-2,2% per il gioco problematico, e dello 0,7-0,9% per il gambling patologico.

Nonostante anche in Italia negli scorsi anni siano state effettuate delle indagini di popolazione, la situazione nazionale è stata poco rappresentabile a causa di differenze metodologiche tra i vari studi. Queste differenze consistevano nello strumento impiegato nella rilevazione, nella modalità di somministrazione (postale, telefonica, face to face), nel periodo indagato (nella vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese), nella popolazione target (adulti, adolescenti), nell'estensione dell'indagine (locale, nazionale) e nella numerosità della popolazione intervistata. La tabella che segue riporta le caratteristiche e i risultati delle ricerche effettuate fino al 2009 sul territorio italiano.

Le rilevazioni epidemiologiche italiane

**Tabella I.5.2.** Elenco delle ricerche svolte in Italia fino al 2009 sul gambling patologico

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	TIPO POPOLAZIONE	CAMPIONE	STIMA GIOCATORI TOTALI	STIMA GIOCATORI PATOLOGICI	ECESSIVI A RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATICI	PERIODO INDAGATO
BOLZANO	2000	SOGS	HOUSEHOLD	ADULTI	500		2,2%		3,8%	?
VALDINEVOLE (PT)	2002	?	TELEFONICA	18-65 ANNI	516	43%			1,9-2,5%	ULTIMO MESE
PAVIA	ott2003-feb2004	SOGS	TELEFONICA	18-74 ANNI	707		0,40%	0,7%	1,1%	ULTIMO ANNO
PISTOIA-PRATO-FIRENZE	2004-2005	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1568				2%	?
CONAGGA-CNCA MULTISITE	2008	?	ON THE FLY	10-80+ANNI	1625	80-82%	2,75%			?
AREZZO	2008	LIE/BET	?	?	97	62%			5%	?
MONZA	2008?	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1520	63%	0,50%	0,8%	1,30%	ULTIMO ANNO
ROMA	2002-2006	?	SCUOLE	13-21 ANNI	2798	84,9%	5,10%		9,7%	?
VENEZIA	2006	?	SCUOLE	15-20ANNI	327				1,8%?	?
CASERTA	2005-2006	DSMIV	SCUOLE	15-18ANNI	1002				6%	?
TOSCANA	2008	LIE/BET	SCUOLE	14-19ANNI	5231	50,8%			9,7%	VITA
EURISPES	2007	?	?	18-80		78%	?	?	?	?
NOMISMA	2008	?	SCUOLE	17-17 ANNI	6700	68%	?	?	?	ULTIMO ANNO
IPSAD	2007-2008	LIE/BET							3,3%	?
		CPGI-SF	POSTALE	15-65 ANNI	10940	38%	0,80%	4,6%?	5,4%?	ULTIMO ANNO
ESPAD	2009	SOGS-RA	SCUOLE	15-19 ANNI	32461	47,1%	0,6%M-0,1%F		11,1%?	ULTIMO ANNO

Fonti: Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi.

Rapporto Eurispes 2010

Rapporto Nomisma 2009

IPSAD 2007/2008

ESPAD 2009

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

Nel corso del 2012 l'Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga ha condotto le indagini SPS e GPS, rivolte rispettivamente alla popolazione studentesca (15-18 anni) e a quella generale (19-64 anni) delle quali si è ampiamente riportato nel capitolo 1.

In entrambe le survey era presente una sezione specifica indirizzata a investigare la frequenza e l'abitudine al gioco.

In particolare, per gli studenti è stata rilevata anche la presenza di gioco problematico attraverso il questionario Lie/Bet. Questo strumento di indagine è composto da due domande:

- Hai mai mentito ai tuoi genitori o a persone per te importanti su quanto hai speso nel gioco?
- Hai mai sentito la necessità di puntare sempre più denaro?

La risposta affermativa ad almeno una domanda è indicativo per presenza di gioco problematico nella vita.

Negli studenti intervistati la percentuale di coloro i quali hanno risposto affermativamente ad almeno una domanda è pari al 7,5%.

34.427 studenti  
intervistati

**Tabella I.5.3.** Distribuzione percentuale di positività al Lie/Bet Questionnaire tra gli adolescenti

Genere	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale	Pop riferimento
<b>Maschi</b>	7,7	8,5	9,7	10,5	10,5	9,4	17.190
<b>Femmine</b>	5,8	6,1	6,1	5,6	5,3	5,8	17.237
<b>Totale</b>	<b>6,7</b>	<b>7,2</b>	<b>7,8</b>	<b>7,9</b>	<b>7,8</b>	<b>7,5</b>	<b>34.427</b>

Fonte: Studio SPS - DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I maschi presentano prevalenze superiori alle femmine (9,4 vs. 5,8 rispettivamente) e mostrano un aumento correlato all'età. Per le femmine il valore più alto si osserva tra 16 e 17 anni (6,1%).

Gli adolescenti  
maschi giocano  
più delle femmine

I giochi più frequentemente praticati dagli adolescenti sono le scommesse sportive, le lotterie istantanee, i giochi di carte e i giochi on line.

**Tabella I.5.4.** Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adolescente

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e Vinci	44,0	44,2	11,8
Scommesse Sportive in Agenzia o Internet	65,0	15,9	19,0
Giochi di Carte	70,1	19,7	10,1
Giochi on-Line	74,6	13,8	11,5
Video-Poker	84,3	17,1	3,9
Totocalcio	89,4	7,9	8,5
Bingo	87,5	9,5	6,2
Giochi Telefonici	83,6	10,8	3,1
Superenalotto	79,0	9,7	2,8
Lotto	86,1	6,4	4,2
Lotterie Nazionali	92,4	5,4	2,2

Fonte: Studio SPS - DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le lotterie  
istantanee sono i  
giochi preferiti da  
giovani e adulti

Nella popolazione adulta intervistata nell'indagine GPS è stata rilevata la frequenza di gioco a varie tipologie di lotterie/giochi nel corso degli ultimi 12 mesi.

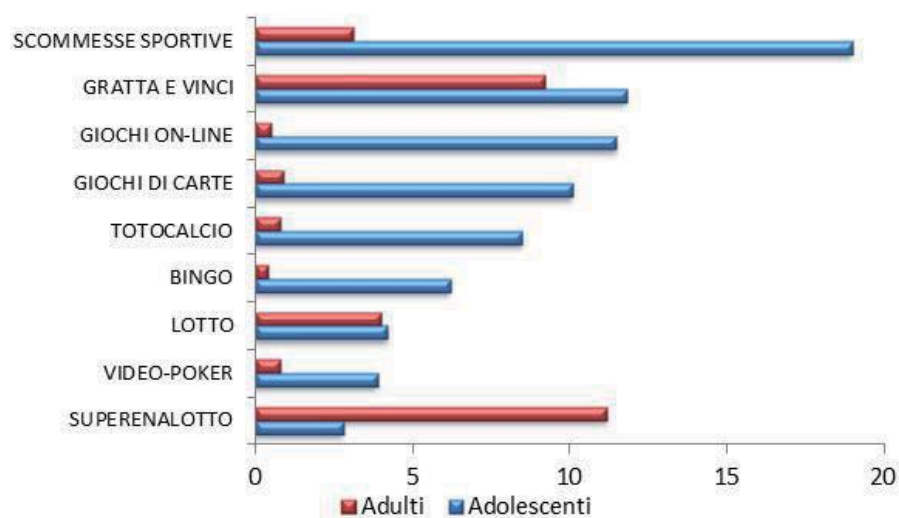
**Tabella I.5.5.** Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adulta

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e vinci	46,4	44,4	9,2
Superenalotto	53,5	35,3	11,2
Lotto	70,1	25,9	4,0
Giochi di carte con denaro in palio	90,8	8,3	0,9
Scommesse sportive in agenzia	91,1	5,7	3,1
Totocalcio	92,1	7,1	0,8
Bingo	93,5	6,0	0,4
Giochi al casino'	95,4	4,4	0,2
Videopoker	97,1	2,1	0,8
Giochi On-Line con denaro in palio	98,0	1,5	0,5
Scommesse ippiche in agenzia	98,8	0,9	0,2

Fonte: GPS-DPA 2012

Anche nella popolazione adulta le lotterie istantanee sono i giochi più praticati, seguiti dai più tradizionali lotto e superenalotto.

Negli ultimi dodici mesi gli adolescenti mostrano un utilizzo di giochi nettamente superiore agli adulti, fatta eccezione per il superenalotto.

**Figura I.5.1.** Percentuale di gioco per tipologia in soggetti adolescenti e adulti

Fonte: GPS-DPA e SPS-DPA 2012

#### I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011

Attraverso la rilevazione GAP-DPA è stato chiesto alle Regioni/Province Autonome di trasmettere dati riepilogativi sui soggetti affetti da gambling patologico e sottoposti a trattamento presso le proprie strutture di cura. Emilia Romagna e Toscana non hanno trasmesso i dati in quanto tale flusso era opzionale e non obbligatorio, mentre Basilicata, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta non hanno un sistema di rilevazione specifico avviato.

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

La rilevazione  
GAP-DPA



Nel 2011, limitatamente alle Regioni/Province Autonome che hanno trasmesso i dati, sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 4.687 soggetti, di cui 82% maschi. In circa la metà dei casi si è trattato di soggetti che per la prima volta accedevano al trattamento

4.687 soggetti in trattamento per gambling patologico

**Tabella I.5.6.** Soggetti sottoposti a trattamento per gambling patologico – Anno 2011

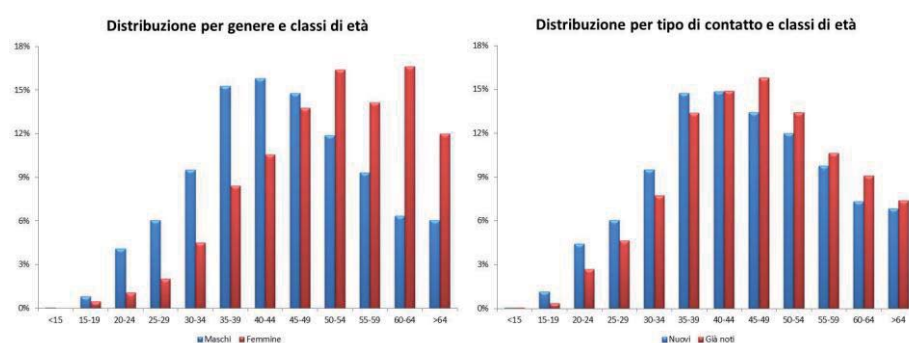
Rapporto M/F: 4,6

Genere	Nuovi	Già noti	Totale
<b>Maschi</b>	1.916	1.929	3.845
<b>Femmine</b>	440	402	842
<b>Totale</b>	<b>2.356</b>	<b>2.331</b>	<b>4.687</b>

Fonte: flusso GAP-DPA

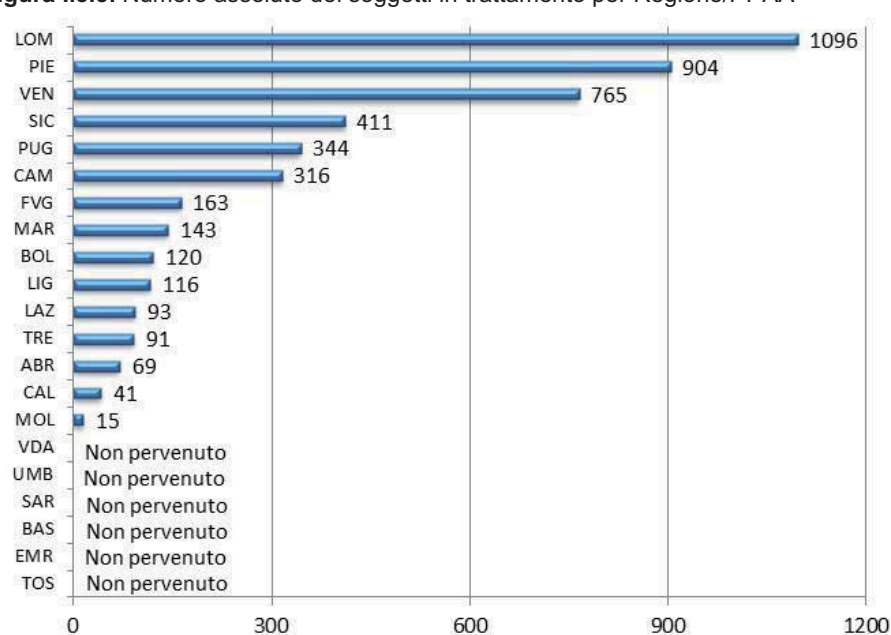
I maschi sono rappresentati da una popolazione più giovane rispetto a alle femmine, come i soggetti nuovi rispetto a quelli già noti (cioè già sottoposti a trattamento in passato rispetto al 2011).

**Figura I.5.2.** Distribuzione dell'utenza trattata nel 2011



Fonte: flusso GAP-DPA

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

**Figura I.5.3.** Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA


In Lombardia il  
23,4% dei soggetti  
trattati

Fonte: flusso GAP-DPA

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

**Tabella I.5.7.** Riepilogo delle prestazioni erogate per tipologia di sede e stima dei costi assistenziali diretti

Prestazioni erogate	Sede del trattamento							
	Ser.T.		Struttura Socio-riabilitativa		Altra sede			
	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Totale Prestazioni	Stima Costi Assistenziali*
Visite	1.813	7.692	17	117	14	30	7.839	151.841
Colloqui	2.705	20.084	88	465	101	575	21.124	409.171
Psicoterapie	1.371	13.868	16	159	44	445	14.472	280.322
Reinserimento	260	2.477	5	41	23	896	3.414	95.216
Somministrazione farmaci	405	4.886	2	21	2	18	4.952	Non rilevato
Totale	6.554	49.007	128	803	184	1.964	51.774	936.552

Fonte: flusso GAP-DPA

\*La stima dei costi assistenziali è basata sul nomenclature tariffario nazionale e sulle tariffe del Progetto SESIT

Il numero dei soggetti è superiore a quello riportato in tabella I.5.6 in quanto uno stesso soggetto può essere sottoposto a più tipologie di trattamento in contemporanea o in successione.

La valutazione dei costi assistenziali diretti, sicuramente sottostimata, evidenzia che il totale delle prestazioni erogate ammonta a quasi un milione di euro. A questi vanno aggiunti i costi dei farmaci prescritti e somministrati.

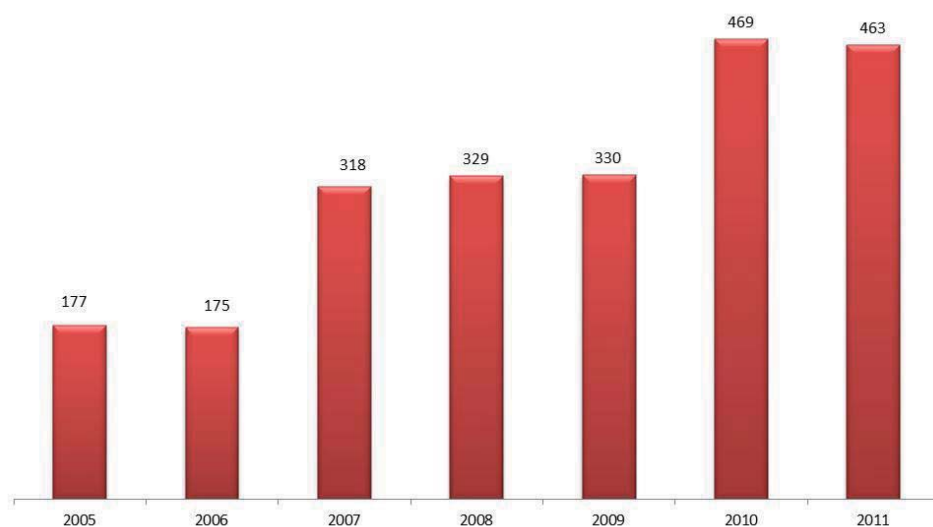
Un milione di euro  
per l'assistenza  
diretta nel 2011

### I.5.5. Usura e dati finanziari

Un dato interessante e prossimo all'evoluzione della questione sociale del gioco d'azzardo problematico e/o patologico è l'accesso al fondo di solidarietà per le vittime dell'usura, che dal 2005 al 2011 è aumentato del 161%.

Aumento del  
161% delle istanze  
di accesso al  
fondo antiusura

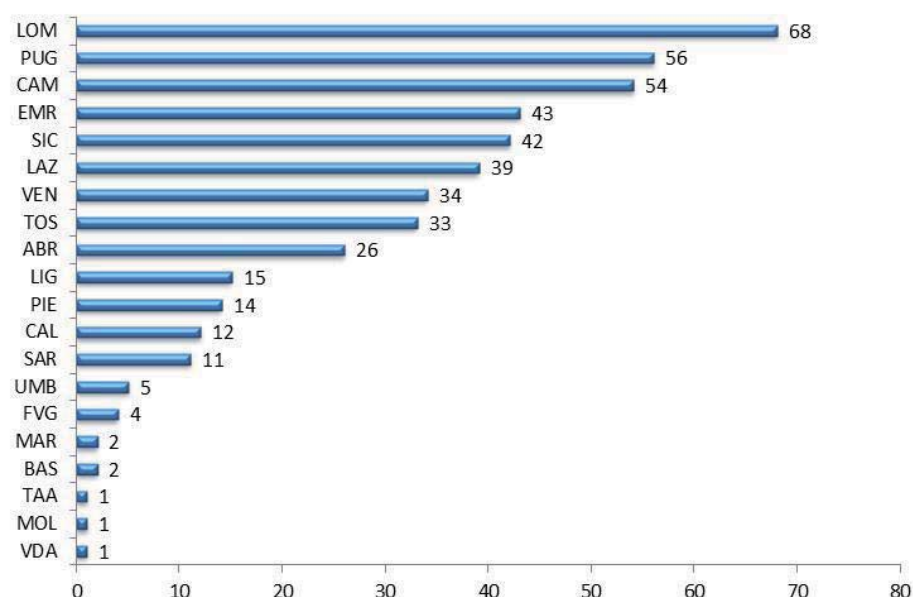
**Figura I.5.4.** Istanze di accesso al fondo di solidarietà per le vittime di usura. Anni 2005-2011



Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno

L'usura, oltre che nelle regioni a forte presenza di criminalità organizzata, è largamente diffusa anche in altre regioni e, specificamente, nel Lazio, Lombardia, Toscana e Piemonte; anche i dati ufficiali relativi alle denunce ed alle persone arrestate per usura negli anni 2009 e 2010 evidenziano un aumento delle persone denunciate ed arrestate in regioni quali l'Emilia Romagna, la Lombardia e la Toscana, tradizionalmente non considerate a rischio nel passato.

**Figura I.5.5.** Numero di istanze presentate all'Ufficio Antiracket e Antiusura per regione. Anno 2011

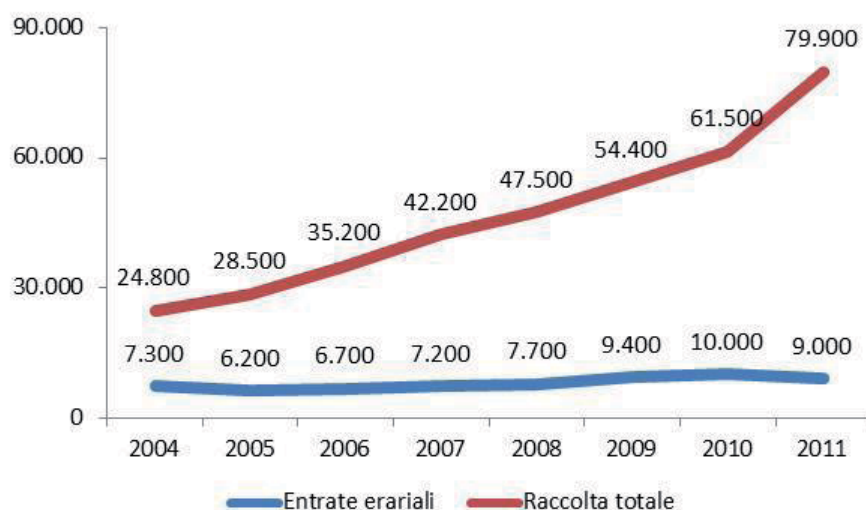


Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno

Attraverso una elaborazione incrociata su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato (AAMS) e Agenzia Giornalistica Concorsi e Scommesse (Agicos), si è osservato che, dal 2004 al 2011, a fronte di un incremento del 222% della spesa per il gioco, il ricavato lordo per l'erario è aumentato del 24%, comportando una riduzione di quasi due terzi del valore delle entrate erariali sul totale della spesa (29,4% nel 2004. 11,2% nel 2011) (Commissione Parlamentare Antimafia). Questo deriva probabilmente dal ribaltamento dell'indotto imprenditoriale internamente a un sistema "multilevel marketing".

Aumento del 222% della spesa per il gioco a fronte del 24% del ricavo lordo per l'erario

**Figura I.5.6.** Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della spesa per consumo e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004 - 2011

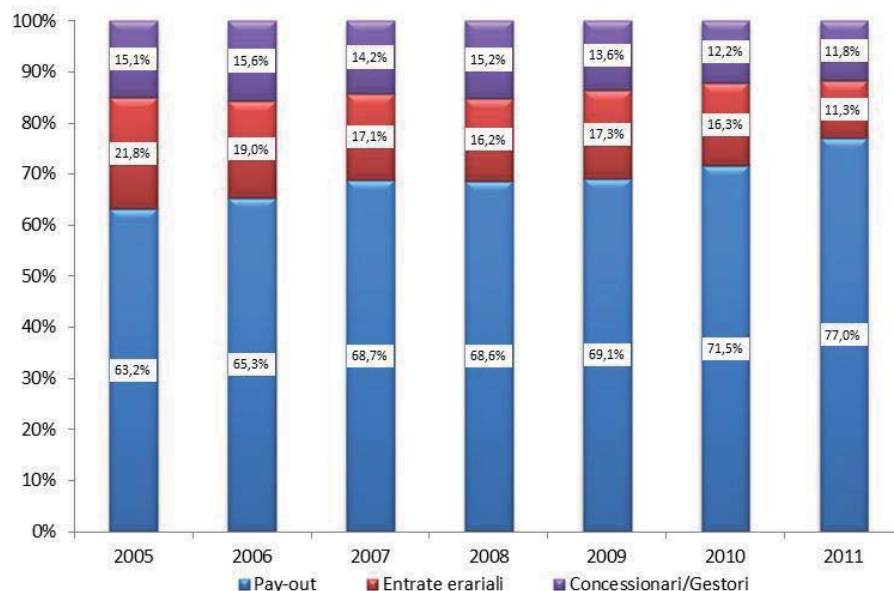


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

La ripartizione delle entrate totali ha avuto un progressivo incremento nel pay-out, passando dal 62,2% del 2005 al 77,0% del 2011. In questo periodo la quota per l'erario si è ridotta dal 21,8% al 11,3% e quella per i gestori dal 15,1% al 11,8%.

Quota di pay-out  
aumentato dal  
2005 al 2011

**Figura I.5.7.** Distribuzione percentuale delle entrate totali (2005-2011)

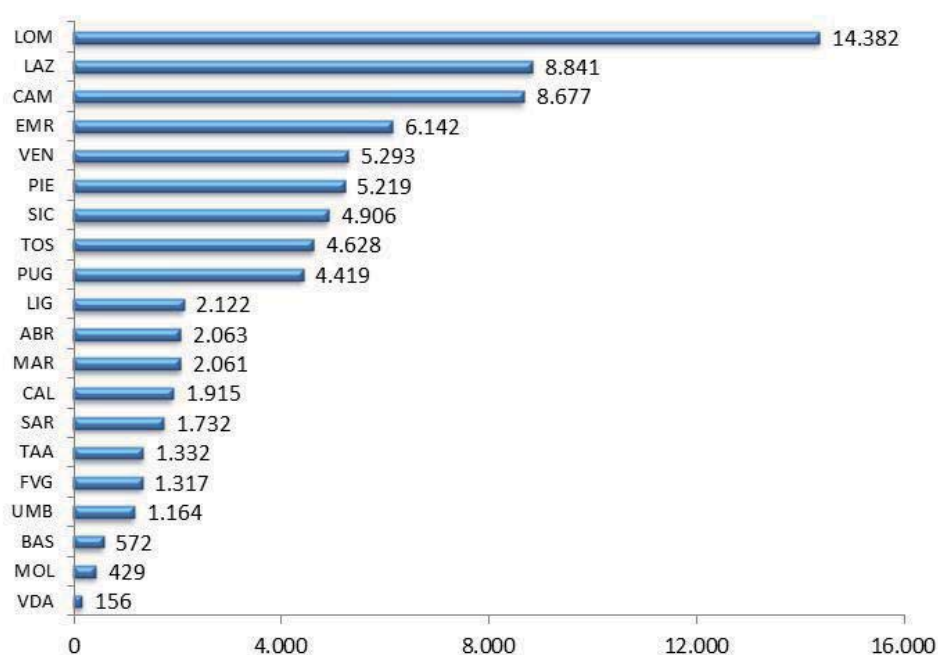


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

Utilizzando l'andamento della spesa come elemento di prossimità per la valutazione dell'entità del gioco d'azzardo, è plausibile ipotizzare che anche la quota di soggetti affetti da GAP sia aumentata nel tempo all'interno della popolazione generale.

La spesa regionale nel corso del 2011 evidenzia che la Lombardia è la regione che in assoluto ha giocato di più rispetto alle altre regioni.

**Figura I.5.8.** Spesa regionale 2011 (milioni di euro)



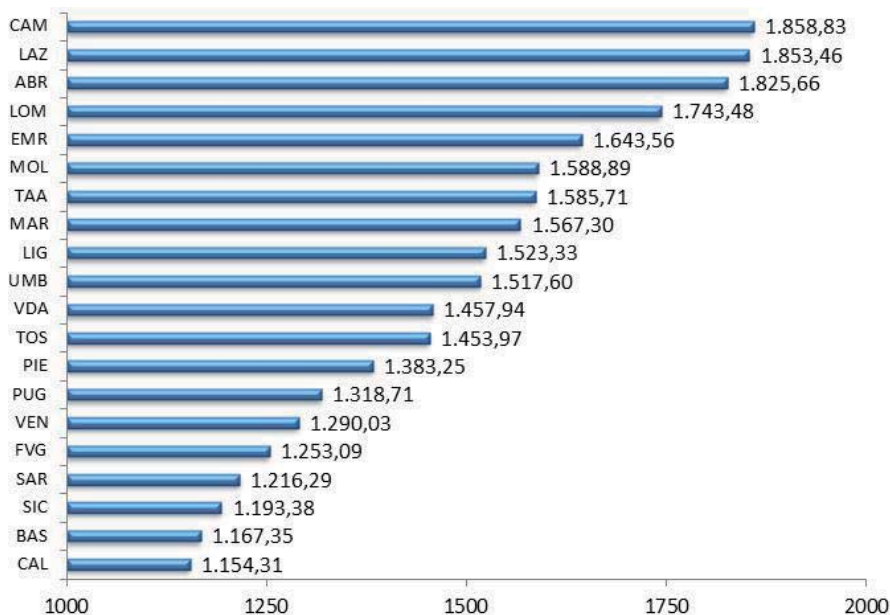
In Lombardia la  
maggiore spesa  
per il gioco  
d'azzardo

Fonte: AAMF

Tenendo in considerazione la popolazione maggiorenne residente le regioni che hanno la maggiore spesa pro-capite sono Campania, Lazio e Abruzzo, con quote oltre 1.800 euro all'anno. Sicilia, Basilicata e Calabria sono invece quelle con spesa più bassa, inferiore a 1.200 euro/anno.

In Campania la  
spesa pro-capite  
più alta

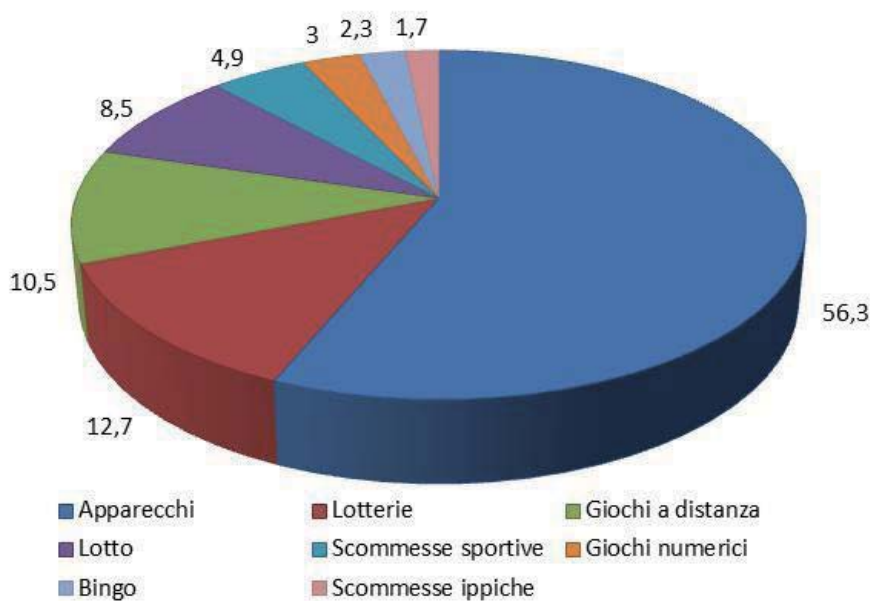
**Figura I.5.9.** Denaro giocato pro-capite per regione – anno 2011 (pop. maggiorenne)



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

Le tipologie di giochi più frequentemente praticati sono le slot-machines e le lotterie, in particolare quelle istantanee (Gratta e Vinci).

**Figura I.5.10.** Distribuzione percentuale della tipologia di giochi praticati



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

### I.5.6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni

L'aumento del fenomeno implica la necessità di organizzare e avviare strategie specifiche come definito nel Piano di Azione Nazionale sulle droghe (PAN) 2010-2013. Infatti, l'obiettivo 15 dell'area di intervento sulla prevenzione riporta la "promozione di iniziative per la prevenzione del gambling patologico", declinandone le azioni in:

- fornire un'informazione preventiva sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico presso le sale da gioco con particolare riguardo alle tipologie di soggetti vulnerabili (giovani con disturbi comportamentali e "novelty seeking", persone con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico, giovani con disturbi del controllo dell'impulsività, presenza di familiarità per il GAP, anziani con carenti attività ricreative e socializzanti)
- controllare e regolamentare la pubblicità sul gioco d'azzardo legale riducendo l'impatto pubblicitario mediatico indiscriminato e incontrollato, vietando e sanzionando la pubblicità ingannevole e non veritiera relativamente alle probabilità di vincita, non utilizzando "testimonial" famosi, riducendo fortemente i passaggi degli spot sui media. Dichiarare inoltre in modo esplicito che il gioco d'azzardo può creare dipendenza e generare una serie di effetti collaterali sulla condizione di salute mentale, fisica e sociale.
- proporre di inserire il gambling patologico nei Livelli Essenziali di Assistenza come per le altre condizioni di dipendenza per le quali è previsto l'intervento diagnostico e terapeutico mediante i sistemi sanitari regionali e, in particolare, nei Dipartimenti delle Dipendenze
- realizzare e diffondere Linee di Indirizzo tecnico scientifiche rivolte ai professionisti del settore e per altri servizi sanitari coinvolti (Medici di Medicina Generale)
- attivare interventi di supporto e di assistenza specifica presso i Dipartimenti delle Dipendenze per le persone con gambling patologico (e i loro familiari) col rispetto di requisiti minimi per l'erogazione del trattamento: valutazione diagnostica con strumenti scientificamente validati, utilizzo di terapie cognitivo comportamentali e di gruppo o auto-mutuo aiuto e counseling motivazionale, valutazione di comorbidità associata.

Non da ultimo, supportare e promuovere ulteriormente il processo di repressione e contrasto esistente che consenta di incidere più profondamente sull'illegalità e le organizzazioni criminali che si sono introdotte nel business, sia quelle del gioco illegale che quelle dell'usura.

Servono nuove  
strategie ed azioni

Prevenzione

Pubblicità e media

Inserimento nei  
LEA

Linee di indirizzo

Cura e  
riabilitazione

Contrasto  
e repressione

1. AA.VV. Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi. Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nov. 2011;
2. Binde P. "You could become a millionaire": Truth, deception and imagination in gambling advertising. Global Gambling: Cultural Perspectives on Gambling Organizations. Red. S.F. Kingma. - New York & London : Routledge. - 0-415-99677; S. 171-194;
3. Gaboury A, Ladoucer R. Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. J Prim Prev 14: 21-28. 1993;
4. Grant JE, Potenza MN. Il gioco d'azzardo patologico, Argo TR, Black DW, Caratteristiche Cliniche, 37-58, 2010;
5. Griffiths MD, Parke J. Adolescent gambling on the internet: a review. Int J Adolesc Med Health. 2010 Jan-Mar; vol. 22(1) pp. 59-75.
6. Ibanez A, Blanco C, Saiz-Ruiz J. Neurobiology and genetics of pathological gambling. Psychiatr Ann 32: 181-185. 2002;
7. Ladoucer R, Sylvain C, Boutin C, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. J Nerv Ment Dis 189: 774-780. 2001 ;
8. Lee KM, Chan HN, Cheah B, Gentica GF, Guo S, Lim HK, Lim YC, Noorul F, Tan HS, Teo P, Yeo HN. Ministry of Health clinical practice guidelines: management of gambling disorders. Singapore Med J. 201 1 Jun; vol. 52(6) pp. 456-8; quiz 459;

Bibliografia  
principale



9. McComb JL, Sabiston CM. Family influences on adolescent gambling behavior: a review of the literature. *J Gambl Stud.* 2010 Dec; vol. 26(4) pp. 503-20;
10. Petry NM. Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. *J Abnorm Psychol* 110:482-487 2001;
11. Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, et al. An fMRI study of gambling urges in pathological gamblers. *Arch Gen Psychiatry* 60:828-836. 2003 b;
12. Rahman AS, Pilver CE, Desai RA, Steinberg MA, Rugle L, Krishnan-Sarin S, Potenza MN. The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. *Journal of psychiatric research.* 2012 Mar 10;
13. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta. Analysis. Boston, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions, 1997;
14. Stea JN, Hodgins DC. A critical review of treatment approaches for gambling disorders. *Curr Drug Abuse Rev.* 2011 Jun 1 ; VOI. 4(2) pp. 67-80;
15. Thomas SA, Merkouris SS, Radermacher HL, Dowling NA, Misso ML, Anderson CJ, Jackson AC. Australian guideline for treatment of problem gambling: an abridged outline. *Med. J. Aust.* 2011 Dec 19; vol. 195(11-12) pp. 664-5;
16. Welte JB, Barnes GM, Wieczorek WF, et al: Gambling participation in the US - results from a national survey. *J Gambl Stud* 17:81 - 100, 2001;