

Allegato



Ministero della Salute

**Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e
il fenomeno della dipendenza grave**

**Linee di azione per garantire le prestazioni di
prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone
affette da gioco d'azzardo patologico (GAP)**

**Decreto Interministeriale del Ministero della Salute di concerto con il
Ministero dell'Economia e delle Finanze del 24 giugno 2015
Articolo 1, comma 2, lettera c)**

Linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da "Disturbo da Gioco d'Azzardo" (DGA)

Sommario

FINALITA' E OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

VALORE GIURIDICO DEL PDTA.....	4
L'INTEGRAZIONE	4
RETE INTERISTITUZIONALE E STRATEGIE DI INTEGRAZIONE CON IL TERRITORIO	4
APPLICAZIONE	4
DESTINATARI	4
DEFINIZIONE DI "DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO" (DGA)	5
OFFERTA DI GIOCO D'AZZARDO	6
LA PREVENZIONE	7
FINALITÀ E OBIETTIVI	7
CONDIVIDERE UNA DEFINIZIONE COMUNE DI "PREVENZIONE"	7
INDIVIDUARE APPROCCI "PROMETTENTI" SU SCALA NAZIONALE E INTERNAZIONALE.....	8
<i>Prevenzione attraverso iniziative di carattere educativo/informativo</i>	8
<i>Prevenzione attraverso l'analisi del comportamento di gioco</i>	10
<i>Prevenzione attraverso azioni di formazione</i>	12
<i>Prevenzione attraverso la regolazione della distribuzione delle vincite/perdite</i>	13
RACCOMANDAZIONI	14
IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) - IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER IL PAZIENTE CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO (DGA)	15
INQUADRAMENTO NOSOGRAFICO	16
ETIOPATOGENESI DEL DGA	19
OBIETTIVI GENERALI.....	19
PERCORSO AMBULATORIALE ALL'INTERNO DEL SERVIZIO PUBBLICO PER LE DIPENDENZE (SER.D).....	20
<i>Intake e Accoglienza</i>	20
<i>Assessment</i>	21
<i>Strumenti diagnostici e di valutazione</i>	22
<i>Caratteristiche specifiche dell'intervento terapeutico</i>	23
<i>Interventi motivazionali</i>	23
<i>Psicoterapia</i>	23
<i>Terapia di gruppo</i>	24
<i>Trattamenti psico-farmacologici per la cura del DGA</i>	24
<i>Tutoraggio economico</i>	24
<i>Interventi sulla famiglia</i>	25
<i>Interventi di auto-aiuto e invio a gruppi di auto-aiuto</i>	25
<i>Monitoraggio e verifica</i>	25
<i>Durata del trattamento e conclusione</i>	25
<i>Follow-up</i>	25
<i>Equipe</i>	25
GLI INTERVENTI RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER LE PERSONE CON PROBLEMI DI DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO	25
RACCOMANDAZIONI.....	26

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	27
---------------------------------	----

INQUADRAMENTO LEGISLATIVO/NORMATIVO. LA DISCIPLINA DEL GIOCO PUBBLICO

PREMESSA	33
GLI APPARECCHI DA GIOCO DI CUI ALL'ART. 10 DEL T.U.L.P.S.	34
<i>Le new slot e le video lottery</i>	34
<i>La filiera dell'offerta del gioco</i>	35
<i>Il prelievo erariale unico (PREU)</i>	36
<i>L'applicazione del PREU anche alla raccolta illecita di gioco tramite apparecchi di cui all'art. 110, comma 6 del T.U.L.P.S.</i>	37
<i>Apparecchi senza vincite in denaro, art. 110, comma 7 del TULPS</i>	38
L'OFFERTA DI SCOMMESSE	38
<i>Modalità di raccolta</i>	38
<i>L'imposta unica delle scommesse</i>	39
<i>Procedura di emersione per gli operatori privi di concessione</i>	40
<i>Riapertura dei termini delle procedure di emersione previsti dalla legge di stabilità 2016</i>	41
<i>Procedure di applicazione della presunzione iuris tantum sull'esistenza di una stabile organizzazione</i>	41
LE NORME A TUTELA DEI MINORI DI ETÀ	42
IL DIVIETO DI PUBBLICITÀ DEI GIOCHI CON VINCITA IN DENARO	42
PROPOSTE DI MODIFICA DELLA NORMATIVA IN MATERIA DI GIOCO PUBBLICO	43
RACCOMANDAZIONI.....	44
GRUPPO DI LAVORO	45

FINALITA' E OBIETTIVI DEL DOCUMENTO

Il documento si propone di migliorare gli interventi di prevenzione, la qualità dell'assistenza per le persone con problemi di DGA, e di rendere omogeneo, efficace e di qualità il percorso diagnostico, terapeutico ed assistenziale del paziente e dei suoi familiari, così come descritto nelle sue articolazioni, nonché di fornire un valido aiuto agli operatori dei Servizi per le Dipendenze e del Privato Sociale attraverso la definizione di apposite procedure.

Valore giuridico del PDTA

Le indicazioni contenute nel presente documento intendono porsi come fondamento per garantire un percorso omogeneo di efficacia e di qualità.

L'Integrazione

Tutti gli interventi di prevenzione, formazione, e trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) dovranno essere svolti in forma integrata tra i servizi pubblici e del privato sociale accreditato, del volontariato e delle Associazioni di auto aiuto della rete territoriale locale coinvolti nella tematica.

Rete interistituzionale e strategie di integrazione con il territorio

La costruzione di una rete territoriale è un elemento fondamentale per la costruzione di progetti di prevenzione e/o di riabilitazione a partire dalla quotidianità, dai pregiudizi e dagli stereotipi (ad es. il giocatore è un vizioso), dall'apertura di spazi di riflessione per la popolazione generale o mirati a fasce specifiche (gli adolescenti con interventi nella scuola, gli anziani con i centri di aggregazione sociale, gli extracomunitari con le comunità di immigrati).

Il Servizio Pubblico e il privato sociale accreditato, pertanto, sono chiamati a integrare l'approccio (l'intervento) clinico, sia esso individuale, familiare o di gruppo, con un approccio di rete che favorisca il dialogo tra istituzioni pubbliche e private che a diverso titolo si occupano di gioco d'azzardo.

Si tratta di favorire la costituzione di *un'équipe interistituzionale allargata* che coniughi "il sapere dell'équipe clinica" con il "sapere del territorio". Lavorare a favore della promozione di una cultura del gioco responsabile e del reinserimento sociale dei giocatori patologici significa allora porre l'attenzione sulla salute e sulla quotidianità dei soggetti coinvolgendo *in modo attivo* la comunità intera.

Occorre pertanto garantire omogeneità sull'intero territorio regionale nei livelli di integrazione fra Servizio Pubblico e Privato Sociale accreditato per mettere a punto efficaci sinergie operative fra i diversi soggetti istituzionali impegnati ad affrontare un fenomeno complesso e multidimensionale come il DGA, contribuendo fattivamente all'incremento dell'*empowerment di comunità* (cfr. Zani, 2012).

Applicazione

Il campo di applicazione del presente documento riguarda l'intero processo di cura del DGA.

Il documento è stato sviluppato in modo trasparente sulla base delle evidenze e del consenso, della letteratura scientifica e dell'esperienza clinica degli operatori.

Destinatari

I destinatari di questo documento sono:

- gli operatori del sistema dei Servizi pubblici per le Dipendenze e del privato sociale
- i pazienti stessi

- i loro familiari
- gli amministratori pubblici
- gli operatori dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali
- gli operatori del sistema della giustizia
- i gestori e esercenti dei giochi leciti
- quanti altri si occupano a vario titolo di gioco d'azzardo.

Definizione di "Disturbo da Gioco d'Azzardo" (DGA)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce il "gioco d'azzardo patologico", (ora definito come "Disturbo da Gioco d'Azzardo") come una forma morbosa chiaramente identificata, che in assenza di misure idonee di informazione e prevenzione può rappresentare, a causa della sua diffusione, un'autentica malattia sociale (Serpelloni, 2012)

L'Arizona Council on Compulsive Gambling (1999), definisce il DGA come un disturbo progressivo, caratterizzato dalla continua periodica perdita di controllo in situazioni di gioco, dal pensiero fisso di giocare e di reperire il denaro per continuare a farlo, dal pensiero irrazionale e dalla reiterazione del comportamento, a dispetto delle conseguenze negative che quello produce.

Il DGA può essere definito come "una condizione patologica correlata ad un'alterazione del sistema della gratificazione e ad una coartazione della modalità e dei mezzi con cui il soggetto si procura piacere, caratterizzata da *craving* e da una relazione con un oggetto (comportamento di gioco) connotata da reiterazione e marcata difficoltà alla rinuncia" (Bignamini et al. 2006).

In base ad una serie di evidenze scientifiche e studi eseguiti da vari ricercatori, il DGA può essere definito come una "dipendenza comportamentale patologica caratterizzata da un persistente comportamento di gioco d'azzardo mal adattivo" (Goudriaan 2004).

Il DGA rappresenta inoltre un grave problema di salute pubblica, crea problemi psico-sociali al soggetto coinvolto, ai suoi familiari, è causa di problemi finanziari e può condurre anche a disturbi di natura antisociale (Potenza 2002, Petry 2002, Lejoyeux 2002, Potenza 2000).

Il DGA è pertanto assimilabile a tutti gli effetti alle dipendenze patologiche (APA, 2013).

Il disturbo da Gioco d'Azzardo è un "disturbo problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi" (DSM 5).

Si intendono come giochi d'azzardo tutti i giochi con vincite in denaro disciplinati dagli ex Monopoli di Stato.

Il gioco d'azzardo si distingue, quindi, da ogni altra forma di gioco per la presenza determinante del fattore "caso" e per l'assenza del fattore "abilità".

Il gioco per essere definito d'azzardo (Ladouceur et al., 2000), deve presentare contemporaneamente tre condizioni:

- il giocatore mette in palio una posta, in soldi o in oggetti di valore
- una volta messa in palio, la posta non può più essere ritirata
- il risultato si basa essenzialmente sull'imprevedibilità, sul caso

Il gioco d'azzardo ha una storia antica quanto l'uomo e normalmente ha, da sempre, una finalità sociale e ricreativa. Tuttavia, in presenza di alcune variabili interagenti reciprocamente, può diventare un vero e proprio disturbo psichico ed evolvere verso una vera e propria dipendenza con conseguenze familiari, sociali, sanitarie ed economiche che necessitano di diagnosi, cura e riabilitazione. Come ogni forma di dipendenza non è imputabile ad un'unica causa, ma trae origine dalla complessa interazione di diversi fattori biologici, relazionali, sociali, personologici e contestuali. Tra i fattori ambientali sicuramente contribuisce allo sviluppo di tale disturbo l'offerta pervasiva di gioco legale e le caratteristiche strutturali incentivanti dei giochi. Le conseguenze di tale disturbo del comportamento implicano una grave compromissione dei vari aspetti della vita dei pazienti e dei loro familiari.

Offerta di gioco d'azzardo

L'aumento dell'offerta dei giochi d'azzardo è stato accompagnato anche dall'incremento delle modalità di gioco e dalla facilità di accesso sia sul territorio, con una diffusione capillare dei punti dove è possibile giocare, sia con l'incremento di modalità di accesso al gioco attraverso tecnologie quali ad esempio cellulare, smartphone, tablet e computer (Eurispes Telefono Azzurro, 2012).

Il gioco d'azzardo online è un fenomeno che riguarda soprattutto la popolazione giovanile; le offerte di gioco online utilizzano grafiche e messaggi particolarmente stimolanti per questo target. I giovani sono maggiormente a rischio anche per le maggiori capacità e abilità nell'utilizzo delle più moderne tecnologie digitali.

Il gioco d'azzardo online è sempre più accessibile ed attrattivo per i giovani, rischiando di fornire una piacevole via di fuga rispetto alle difficoltà della vita, incrementata anche da informazioni non corrette, e spesso irrealistiche, circa le effettive probabilità di vincita.

L'uso di internet finalizzato al gioco d'azzardo negli adolescenti può inoltre favorire lo sviluppo di un uso problematico della stessa rete.

Il gioco d'azzardo online sembra essere più diffuso tra gli adolescenti in quanto, notoriamente, hanno maggiori abilità all'uso di internet, telefonia fissa e mobile, TV digitale e/o interattiva.

OFFLINE	ONLINE
Slot Machine	Slot Machine
VLT	VLT
Lotterie e Lotterie istantanee (Gratta e vinci, Win for life)	Lotterie e Lotterie istantanee (Gratta e vinci, Win for life)
Scommesse sportive	Scommesse sportive
Giochi di carte	Giochi di carte
Casinò	Casinò
Lotto e 10 e Lotto	Skill Games – Giochi di abilità on-line
Bingo	Bingo
Superenalotto	Superenalotto

LA PREVENZIONE

"Azione diretta a impedire il verificarsi o il diffondersi di fatti non desiderati o dannosi".

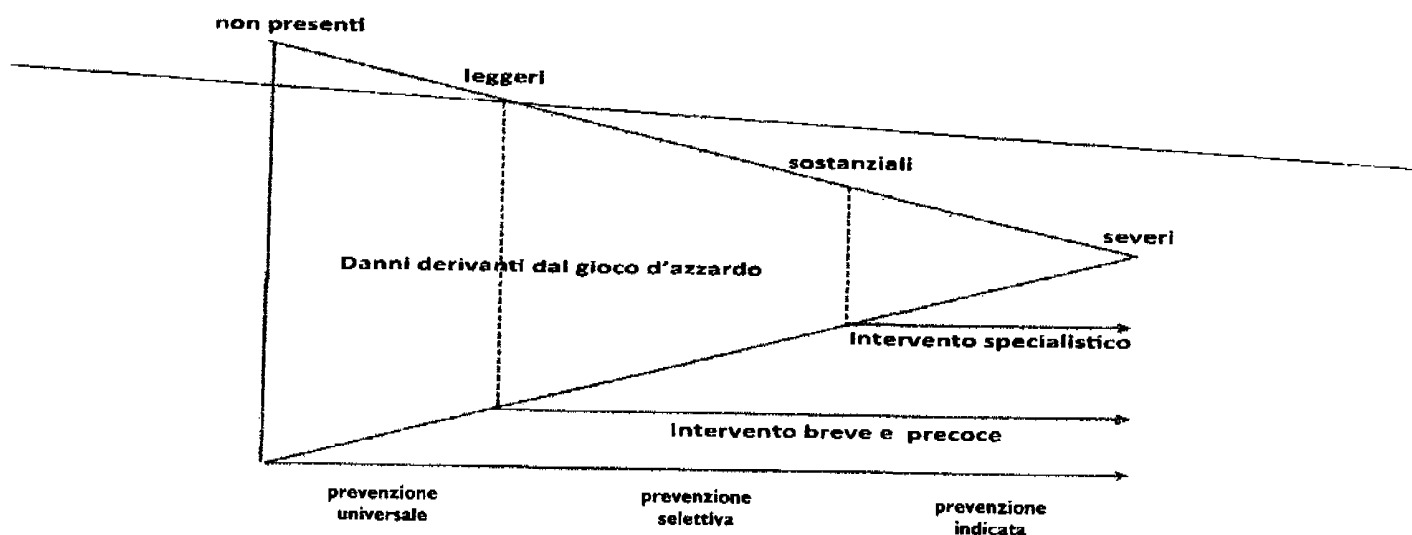
Finalità e obiettivi

- Condividere una definizione comune di "PREVENZIONE" del DGA, nonché il target delle azioni di prevenzione. Cosa intendiamo per prevenzione e a chi dovrebbero essere rivolte le azioni di prevenzione?
- Individuare approcci "promettenti" su scala nazionale e internazionale e raccomandare azioni, prioritarie, efficaci e sostenibili
 - a) Prevenzione attraverso iniziative di carattere educativo/informativo
 - b) Prevenzione attraverso l'analisi del comportamento di gioco
 - c) Prevenzione attraverso azioni di formazione
 - d) Prevenzione attraverso la regolazione della distribuzione delle vincite/perdite

Condividere una definizione comune di "PREVENZIONE"

Una definizione oramai consolidata di "prevenzione", rispetto al Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA), è la seguente:

- La prevenzione universale si rivolge alla popolazione generale, senza riferimenti a gruppi particolarmente a rischio (quindi desiderabile per tutta la popolazione - es. cinture di sicurezza). Per quanto concerne il DGA, è un'azione che mira a evitare che la popolazione, in generale, corra il rischio di sviluppare dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo.
- La prevenzione selettiva, si rivolge a specifiche sottopopolazioni con rischi o fattori di rischio significativamente sopra la media (es. vaccino per influenza nei bambini e anziani). Per quanto concerne il DGA, è un'azione che mira ad evitare che alcuni soggetti che presentano particolari fattori di "rischio", possano sviluppare dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo.
- La prevenzione indicata si rivolge alle persone che mostrano minimi ma identificabili segni o sintomi che suggeriscono un disturbo/comportamento patologico. Per quanto concerne il DGA, è un'azione che mira alla riabilitazione dei soggetti che hanno sviluppato dipendenza patologica verso il gioco d'azzardo. Essa è analoga al concetto di 'trattamento'.



Fonte: Adattato da Korn e Shaffer (1999)

Individuare approcci "promettenti" su scala nazionale e internazionale

Non esiste un "intervento risolutore" nelle strategie di prevenzione del DGA. Molte misure concorrono, in qualche modo, ad un effetto preventivo. In particolare:

- Spesso si enfatizza l'intervento educativo (controlli interni) a scapito dell'intervento attraverso "misure" di policy specifiche (controlli esterni). Nel campo del gioco d'azzardo, infatti, esiste la tendenza a considerare i controlli esterni meno efficaci dei controlli interni (approccio educativo/prevenzione primaria) che consistono, in particolare, nel "fare delle scelte informate". Una enfasi particolare viene posta sulla educazione della popolazione giovanile.
- Come per altri comportamenti di dipendenza (compresi quelli con sostanze), risulta applicabile un approccio restrittivo (nel senso di "restringere l'accesso a..."), soprattutto se combinato con un approccio educativo. Tali misure, inoltre, hanno il pregio di essere continue nel tempo, mentre gli interventi educativi hanno, all'inverso, il problema di essere frammentati nel tempo e nello spazio.
- L'approccio educativo resta comunque centrale, anche perché fornisce il contesto culturale alle policy di restrizione.
- Assai promettente risulta essere l'indirizzo di intervento che parte dalla analisi del comportamento di gioco per definire sistemi di interazione con il giocatore in grado di favorire una maggiore autoconsapevolezza dello stato di gioco.
- Altrettanto centrale si ritiene essere il contributo che può fornire la formazione degli operatori dei servizi attraverso un ripensamento delle competenze degli operatori del cosiddetto "Front-Office", nonché la formazione degli operatori delle sale da gioco.
- Un ultimo contributo può venire dalla prevenzione attraverso la regolazione della distribuzione delle vincite/perdite e, nello specifico, del controllo del *payback*.

a. Prevenzione attraverso iniziative di carattere educativo/informativo

L'educazione della popolazione giovanile

Un'analisi approfondita delle caratteristiche e degli andamenti della diffusione del gioco d'azzardo in una popolazione particolarmente sensibile quale quella giovanile è fornita in Italia dai dati dello studio campionario ESPAD@Italia, che fin dal 2008 ha dedicato una sezione specifica alla rilevazione e al monitoraggio di questo specifico comportamento. Lo studio ESPAD@Italia, che si inserisce nell'omonimo progetto europeo ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (condotto a livello europeo ogni quattro anni), è realizzato annualmente, fin dal 1999, dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) su un campione rappresentativo di studenti delle scuole secondarie di secondo grado presenti sul territorio nazionale, coinvolgendo non solo i 15-16enni, come avviene nell'ambito del progetto europeo, bensì tutti gli studenti dai 15 ai 19 anni, frequentanti le classi dalla prima alla quinta superiore.

Diffusione e caratteristiche. L'ultimo studio ESPAD@Italia, realizzato nel 2015, ha stimato che quasi il 49% degli studenti di 15-19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita (LT) e il 42% nell'anno antecedente la rilevazione (LY). Dopo un periodo di stabilità delle prevalenze, durato fino al 2013 per il gioco LT (con prevalenze del 51-52%) e al 2011 per quello LY (intorno al 47%), si osserva un decremento delle stesse fino all'anno 2014 (anno in cui la prevalenza del gioco LT e LY risultano del 47% e del 39% rispettivamente). L'ultima rilevazione mostra invece un leggero incremento, che riguarda entrambe le prevalenze.

(Il documento nella sua versione integrale può essere consultato di seguito: "ALLEGATO 1")

Azioni

- ***Interventi su bambini e adolescenti.*** E' stato trovato un aumento di conoscenze ma non un cambiamento significativo verso i comportamenti di gambling (Todirita & Lupu, 2013)

- *Campagne informative.* Le campagne di sensibilizzazione sono mirate in specifico sul DGA incoraggiando a giocare in “modo responsabile” e informando sui rischi dello sviluppo di dipendenze. Sulle campagne rivolte specificatamente a prevenire comportamenti di gioco problematico fra i giovani, pur in assenza di indagini approfondite, vi sono evidenze che indicano come meno efficaci (e addirittura dannose) quelle campagne informative e di sensibilizzazione di natura astensionistica (campagne DO NOT, Messerlian & Derevensky, 2006) , mentre sembrano avere esiti migliori quelle che informano sui rischi attraverso storie di vita reale, denormalizzando il gioco d’azzardo, evidenziando gli effetti negativi dello stesso (sulla famiglia, sul lavoro, sulla propria finanza) e ponendo l’accento sulla manipolazione dell’industria. L’utilizzo della sola informazione, in particolare in presenza di altre influenze compensative, è stato valutato poco efficace come strumento di prevenzione universale e selettiva, soprattutto sembra avere un basso impatto se non su chi è già sensibile o coinvolto in qualche modo dal gioco d’azzardo. È stato tuttavia evidenziato che aumentare i livelli di informazione sulla popolazione supporta e favorisce l’implementazione di altre iniziative politiche. Combinate con le strategie di sviluppo di comunità, le campagne informative si sono dimostrate efficaci nell’influenzare gli atteggiamenti verso il gioco d’azzardo. Le avvertenze sui rischi della dipendenza da gioco d’azzardo risultano essere efficaci se combinate con altre iniziative di contesto e con strategie educativo-promozionali. Le campagne informative dovrebbero essere mirate su target specifici rispetto alle variabili di genere, età, livello di coinvolgimento nel gioco. L’efficacia di azioni preventive rivolte a tutta la popolazione non ha evidenze scientifiche.
 - *Somministrazione di dati statistici.* Tali programmi non sembra abbiano portato a risultati durevoli nel tempo (Bala, Strzeszynski, & Cahill, 2008; Duperrex et al., 2002; Grilli et al., 2004; Slater et al., 2005; Sowden, 2002; Stacy, Bentler, & Flay, 1994).
 - *Programmi di prevenzione nelle scuole.* I programmi mostrano un aumento di conoscenze (Ladouceur, Ferland, Vitaro, & Pelletier, 2005) Gli interventi educativi realizzati nelle scuole sono tra le misure di prevenzione selettiva più comuni e diffuse. Per essere efficaci devono essere realizzate in un momento specifico dello sviluppo degli studenti, perché hanno più probabilità di generare un impatto sul comportamento. Le tematiche proposte all’interno dei programmi devono essere rilevanti per l’esperienza quotidiana dei giovani e devono essere fornite durante il periodo dove gli studenti possono avere un primo approccio al gioco d’azzardo (si possono utilizzare i dati di prevalenza locali). La strategia educativa funziona meglio se integrata all’interno di un programma di lezioni su probabilità di vincita al gioco e fallacie cognitive, discussioni sui problemi legati al gioco d’azzardo e fattori di rischio, video ad hoc, educazione al riconoscimento dei segni premonitori di una perdita del controllo; il solo utilizzo di programmi life skill oriented sembra non avere successo, neanche a medio termine, sulla riduzione delle idee errate rispetto al gioco, sull’aumento delle conoscenze relative al gioco d’azzardo-eccessivo, sul cambiamento di mentalità rispetto al gioco d’azzardo. È importante garantire test in ingresso ed in uscita con utilizzo di gruppi di controllo e realizzare l’azione sia con gli studenti che con gli insegnanti al fine di aumentare l’efficacia sul cambiamento dei comportamenti.
- Centrale è l’approccio *peer education*. Molti programmi di prevenzione basati sulla strategia educativa includono dispositivi che intervengono sull’influenza sociale e lo fanno a partire dalla pratica della *peer education*¹. La *peer education* è uno strumento cardine nello sviluppare dinamiche partecipative che lavorino nella costruzione di modelli culturali.
- L’efficacia dei programmi di *peer education* è condizionata dal rispetto di alcuni passaggi fondamentali, tra i quali la chiarezza dell’obiettivo di prevenzione, del target di riferimento e del target bersaglio. È necessario che tale obiettivo sia reale, che sia raggiungibile, ed allo stesso tempo sia in grado di catalizzare ed esprimere una esigenza condivisa sia a livello istituzionale che da parte del gruppo dei pari. Occorre prevedere una fase di promozione ed una successiva di reclutamento dei *peer*, esplicitandone gli approcci relativi alla modalità di scelta (autocandidatura o

¹ Croce M., Lavanco G., Vassura M., (a cura di), *Prevenzione tra pari. Modelli, pratiche e processi di valutazione* Franco Angeli editore Milano 2011

eteroselezione); è altresì importante formare i *peer* reclutati e prevedere che questa formazione contenga sia l'approccio cognitivo riferito alle conoscenze relative all'obiettivo di prevenzione sia quello comunicativo-relazionale riferito al ruolo del *peer*; è indispensabile chiarire il ruolo e la formazione degli adulti. Diversi possono essere i compiti degli adulti in un progetto di *peer education*: importante è la presenza di una rete "adulta" che promuove, progetta, organizza e supporta gli interventi.²

I programmi di *peer education* possono essere efficaci sull'aumento delle conoscenze, modifica degli atteggiamenti, della percezione delle norme sociali, delle convinzioni personali e di ruolo. Alcuni studi parlano anche di efficacia sul controllo dei comportamenti.

Il gruppo raccomanda di dedicare una particolare attenzione alla prevenzione rivolta al target della popolazione giovanile attraverso puntuali programmi di prevenzione nelle scuole, con approcci inclusivi e coinvolgenti (come, ad esempio, la *peer-education*), che sappiano valorizzare la partecipazione dei giovani. In generale, negli interventi di prevenzione nella scuola, raccomandiamo di applicare i seguenti elementi:

- La popolazione target dove l'intervento educativo - promozionale si è rivelato più efficace è quella della scuola secondaria di primo grado.
- Per avere possibilità di efficacia, gli approcci di prevenzione sulla base di modelli combinati informazione-lifeskill devono avere una lunghezza almeno di 3 o 4 sedute fino ad massimo di 11 o 12 sessioni condotte nel corso di un periodo di 2 anni.
- L'inserimento dei programmi di prevenzione all'interno della programmazione scolastica di promozione della salute sembrano avere un'efficacia maggiore.
- Una strategia educativa efficace, sebbene poco diffusa, è quella che coinvolge anche la famiglia. In questo caso l'obiettivo è teso a rafforzare i fattori protettivi: una buona socializzazione caratterizzata da un sostegno familiare adeguato, dalla presenza qualificata degli insegnanti, da un gruppo di pari ben socializzato, appare il principale fattore protettivo per prevenire da adulto il DGA.

b. Prevenzione attraverso l'analisi del comportamento di gioco

Osservazioni sullo stato dell'arte della prevenzione.

Le principali esperienze internazionali nell'ambito delle tecniche di riduzione del rischio di sviluppo del Disturbo da Gioco d'Azzardo, hanno dimostrato che l'adozione di sistemi invasivi o impositivi si è dimostrata sostanzialmente inefficace per il contrasto del DGA, mentre si è riscontrato più promettente l'indirizzo di intervento che parte dalla analisi del comportamento di gioco per definire sistemi di interazione con il giocatore in grado di favorire una maggiore autoconsapevolezza dello stato di gioco.

La ricerca scientifica ha altresì dimostrato la possibilità di elaborare indicatori del livello di rischio di sviluppo di dipendenze a partire dai dati reali di gioco, e pertanto la possibilità di elaborare analisi in tempo reale nel contesto di gioco, e verificare l'interazione del giocatore con il sistema.

L'individuazione di segnali di *early detection* studiati dall'Università di Harvard su giocatori online ha inoltre trovato sviluppi che hanno consentito di definire algoritmi per creare sistemi automatici di analisi (Adami, 2013; Braverman, 2010).

Il profilo Time on Device/Life-changing Prize può essere elaborato sul tipo di gioco o sul comportamento del giocatore. Nel primo caso, l'analisi dei risultati di vincita consente di definire i parametri essenziali di classificazione del tipo di gioco. Nel secondo, la diagnosi si basa sulla modalità di rapporto con l'andamento delle vincite e delle perdite, con l'inserimento di denaro e l'interruzione del gioco. La rappresentazione secondo il modello di "sistema di gioco" può fornire parametri di profilo del giocatore (Harrigan, 2009).

² Croce M., (2013), *La peer education*, in a cura di Santinello M., Vieno A., *Metodi di intervento in psicologia di comunità*, Il Mulino, Bologna: 119-136.

In Italia, il gruppo NeuroGAP del CNR sta divulgando ad attori sanitari e operatori, da circa un anno, i risultati neuroscientifici raggiunti a livello mondiale.

Questi aspetti metodologici e i principi che ne conseguono (non invasività, capacità di creare consapevolezza nel giocatore in un contesto di interazione con il sistema di gioco) costituiscono la base scientifica per realizzare sistemi di analisi e di intervento in due distinti contesti di applicazione: le sale giochi e i sistemi online (interventi diretti sul giocatore e self-management). Nell'allegato 2 alcune esperienze internazionali di tecniche di riduzione del rischio.

Modello di intervento per le sale

Per quanto detto sopra, la base dell'efficacia dell'intervento è la non intrusività, l'ottica generale dell'aver cura del giocatore. L'approccio non dev'essere di tipo allarmistico/inibitorio e ogni tipo di azione non dovrà interrompere il processo di gioco. Quanto segue vale come un esempio di applicazione di tali principi al contesto delle sale, e va considerato come uno dei diversi interventi implementabili per la predisposizione di una più generale ergonomia di prevenzione, in armonia con un'appropriata regolazione degli altri parametri di progettazione dell'ambiente di gioco (illuminazione, disposizione degli apparecchi, spazio per la comunicazione di prevenzione e ambienti di socializzazione ecc.).

Per aumentare l'efficacia della prevenzione si potrebbe, ad esempio, intervenire con la somministrazione di una serie di messaggi di diversa natura, ripetuti, alternati tra pannello centrale di sala e postazioni di gioco (giocatore). I messaggi avranno cadenza diversa e ripetitività che non infastidisca per ritmo e frequenza la dinamica del gioco. Alcuni saranno solo centralizzati, altri personalizzati o forniti vicino alla postazione. Le frequenze e la tipologia dei messaggi potranno essere pilotate e modificate a seconda delle situazioni che via via si andranno creando.

La possibilità di rimozione dello stimolo da parte del giocatore è elevatissima, soprattutto se il contenuto è anche vagamente legato a toni che riguardino la responsabilità o la colpevolizzazione. In parte anche la consapevolezza. La sala dovrà comunque dare l'impressione di essere pronta per qualsiasi evenienza e per qualsiasi aiuto: «Siamo qui con te (e possiamo fornirti tutto quello che può servirti)». Questo è il messaggio di massima che dev'essere fornito, senza bisogno di esplicitarlo.

L'approccio qui proposto, dunque, non è neppure di tipo "persuasivo", ma tende semplicemente a portare l'attenzione del giocatore su altri aspetti importanti della sua esistenza.

Purtroppo il giocatore potrebbe sentirsi ugualmente oggetto di una attenzione/cura che non desidera, per questo è importante che l'intervento sia monitorato continuamente attraverso un'analisi diagnostica delle attività di gioco che moduli questa funzione di spostamento dell'attenzione nella maniera meno intrusiva possibile, ma continuamente efficace. L'ergonomia della sala deve puntare solo al benessere del giocatore e favorirlo sul medio e lungo periodo.

La realizzazione di sistemi di monitoraggio e interazione nelle sale garantirà, in sintesi, il vantaggio di poter gestire interventi nel "contesto dell'ambiente di gioco". Tali interventi (associati a quelli di sicurezza, tutela dei minori e così via) possono rappresentare un efficace modello di prevenzione a sostituzione o integrazione del solo criterio della distanza.

Modello di intervento per i sistemi online

Basandoci sulle attuali conoscenze riguardanti i processi neurologici e psicosociali che determinano l'insorgere delle dipendenze comportamentali (Raylu, 2004; Milosevic, 2010; van Holst, 2010) e coerentemente con il principio di non intervento nella libera scelta dei cittadini, riteniamo che i due fondamenti su cui basare un modello di intervento per i sistemi online consistano, da una parte, nell'implementare azioni di prevenzione piuttosto che di cura e, dall'altra, nel coinvolgere attivamente i giocatori nella gestione e nel monitoraggio del proprio comportamento di gioco (Monaghan, 2009; Bowden-Jones, 2015; Thege, 2015; Yakovenko, 2015). Ciò premesso, un qualsiasi intervento preventivo nell'ambito del gioco online dovrà essere finalizzato al potenziamento della resilienza sociale e individuale del giocatore, attraverso l'utilizzo di applicazioni software personalizzate e non intrusive che implementino sistemi di "self-management" in grado di supportare il giocatore nel corso delle sessioni di gioco.

L'utilizzo di sistemi di self-management, dimostratisi efficaci nel contrasto di altre forme di dipendenza, è giustificato dal fatto che le dipendenze da gioco sono sempre associate alla creazione di abitudini che si trasformano in esigenze esistenziali, provocando effetti neurofisiologici analoghi a quelli di una dipendenza da sostanze (Blaszczynski, 2002).

Ricerca e sperimentazione manifestano inoltre una convergenza verso specifici sistemi automatici di interazione e apprendimento.

In estrema sintesi, il modello di intervento per l'online qui proposto prevede l'utilizzo di sistemi che siano in grado di:

- a. Raccogliere e integrare dati sulle attività di gioco del giocatore.
- b. Analizzarli attraverso adeguati modelli in grado di elaborare previsioni dei comportamenti di gioco basate su processi estrapolativi dei comportamenti passati.
- c. Interagire con il giocatore in un rapporto dialogico basato sul suo profilo comportamentale, allo scopo di aumentarne autoconsapevolezza, percezione del rischio e resilienza al Disturbo da Gioco d'Azzardo.

A queste caratteristiche fondamentali si può aggiungere la possibilità di connettersi ai social network, allo scopo di potenziare l'efficacia del sistema di prevenzione attraverso l'utilizzo delle appropriate leve psicosociali.

L'integrazione della conoscenza sugli atteggiamenti di gioco dei singoli e della popolazione può inoltre essere ottenuta mediante una cooperazione tra algoritmi inferenziali di intelligenza artificiale e algoritmi computazionali statistici. Le capacità di previsione e apprendimento dei sistemi automatici si fondano sull'analisi dei dati storici e delle dinamiche di gioco, e possono essere realizzati in tempo reale durante i processi di gioco. L'apprendimento è, a sua volta, fondato su modelli proposti dalla scienza cognitiva; in particolare, sull'attivazione delle informazioni del passato più prossime alle situazioni attuali e sull'evidenza dei fattori differenzianti.

L'implementazione di tali capacità di apprendimento si basa su principi e tecniche di machine learning sviluppate nel contesto dell'intelligenza artificiale.

In termini metodologici, i riferimenti essenziali sono:

- L'identificazione di "marker comportamentali", che consentono la formazione di cluster di giocatori, basati appunto sui comportamenti di gioco. Questa identificazione, attuabile con il rilevamento automatico dei dati comportamentali, è in effetti quella che abilita la costruzione e la gestione del profilo comportamentale e le previsioni ad esso inerenti.
- Il rilevamento automatico dei dati comportamentali salienti di gioco e le previsioni correlate. Questi dati costituiscono la piattaforma di analisi comportamentale per la modellizzazione dei sistemi di analisi stessi.

Dal punto di vista dell'architettura implementativa, il sistema di interazione e apprendimento, nel suo insieme, dovrà comprendere: a) un sistema di calcolo per l'analisi dei dati comportamentali del giocatore e degli appropriati warning, b) un'interfaccia utente per la massima usability ed efficacia comunicativa del sistema, c) un database dinamico dedicato per la raccolta del profilo comportamentale durante le attività di gioco e nelle interazioni con il self-management, ed infine d) un sistema di self-management dotato di intelligenza di interazione incrementale (machine learning) con il gioco.

Tutto ciò rappresenta lo stato dell'arte della ricerca cognitiva, della clinica e dell'informatica applicate al Disturbo da Gioco d'Azzardo.

c. Prevenzione attraverso azioni di formazione

- Il primo livello di responsabilità, cruciale per questa tipologia di dipendenza, è certamente il cosiddetto "punto di accesso" ai servizi.

Per questo è necessario un sostanziale ripensamento delle competenze degli operatori del cosiddetto "Front-Office".

Occorre, cioè, aumentare le opportunità di contatto degli operatori anche al di fuori degli sportelli di informazione e ascolto (attraverso, ad esempio, approcci come il "*Transitional Outreach Programme*" - TOP) con modalità protette di presa in carico a favore di potenziali utenti che non

possono o non vogliono (ancora) accedere agli sportelli e promuovendo una rete territoriale di supporto per ridurre l'impatto del disagio sociale sulle famiglie e sulla comunità locale.

Oltre a questo, la riqualificazione delle risorse umane degli sportelli di informazione e ascolto dovrà essere mirata all'implementazione di un diverso schema organizzativo, in cui il Front Office sia "unico" e "multicanale". Si tratta di qualificare i Front Office degli sportelli (ma anche di scuole e altri servizi) come organizzazioni in grado di fornire una interlocuzione unica di fronte all'utente e capaci di organizzare e gestire le informazioni da ricevere e da erogare in modalità networking.

- Un secondo fronte è nei confronti del personale operante nelle sale da gioco. Le azioni di formazione sul personale dovrebbero essere finalizzate alla prevenzione degli eccessi del gioco, in particolare attraverso:
 - il riconoscimento delle situazioni di rischio, favorendo, altresì, con lo stesso personale formato, la realizzazione di test di verifica che permettano una concreta valutazione del proprio rischio di dipendenza.

d. Prevenzione attraverso la regolazione della distribuzione delle vincite/perdite

Una componente di intervento riguarda gli aspetti di regolazione dei sistemi di gestione in merito alle modalità di distribuzione delle vincite/perdite ed in specifico del controllo del *payback*.

Dagli studi svolti (Harrigan, 2009), differenti livelli di *payback* portano il giocatore a vivere esperienze di gioco diverse. Questo si spiega con il fatto che le maggiori vincite "basse" permesse da un *payback* alto consentono al giocatore di giocare più a lungo.

Giocando più a lungo, infatti, il giocatore ha maggiori possibilità di incontrare vincite "alte" con forte impatto emotivo. Potremmo paragonare il *payback* alla quantità di nicotina presente nelle sigarette.

La concorrenza spinge i gestori ad aumentare il *payback* e il limite superiore è dato dal prelievo fiscale. Esso deve essere una percentuale fissa e dovrebbe essere molto maggiore dell'attuale (4% - 8% presente nelle VLT). Un prelievo così basso consente ai concessionari di arrivare a *payback* sulle VLT del 92%. Inoltre, in tutte le attività di gioco online il prelievo fiscale è solo il 20% del margine del gioco (1-*payback*) e quindi i *payback* possono arrivare al 98%.

Paradossalmente una politica aggressiva di dumping di alcuni gestori potrebbe arrivare al 100% con effetti devastanti. Il gioco teoricamente potrebbe durare all'infinito (con un capitale anche molto basso) e il prelievo fiscale sarebbe nullo.

Dallo studio citato, la probabilità di vivere l'esperienza di "grosse" vincite aumenta di 10 volte se il *payback* aumenta da 85% al 98%. Quindi una tecnica di prevenzione efficace potrebbe essere quella di aumentare il prelievo fiscale ad una percentuale del 10-12%. Sicuramente questa misura si può dimostrare efficace, come dimostra l'effetto positivo sul numero di nuovi fumatori delle accise sulle sigarette.

Ovviamente i giocatori a rischio e patologici continueranno a giocare, ma si ridurrebbe il rischio di creare nuovi giocatori con disturbi nell'attività di gioco.

La riduzione delle attività di gioco che ne deriverebbe non avrebbe impatto sulle entrate fiscali. Infatti anche in questo caso l'aumento delle accise sul tabacco non sembra ridurre le entrate, nonostante il calo di fumatori.

Alla fine, ad avere una riduzione dei ricavi sarebbe la filiera del gioco. Per porre rimedio a questo problema di sostenibilità delle attività legali si potrebbe introdurre una percentuale di *payback* massima fissata dallo Stato. Cioè il margine ai gestori sarebbe fissato dallo Stato (come succede in parte anche per le sigarette, dove lo Stato impone un costo uniforme su tutto il territorio nazionale). In questo modo il *payback* si potrebbe ridurre ulteriormente.

Il processo di riduzione del *payback* potrebbe essere graduale e consentire un assestamento di tutto il processo senza spostare sui siti online illegali molti giocatori. Anche in questo caso l'esempio delle politiche fiscali sul tabacco è significativo, infatti la garanzia di margini elevati ai produttori di tabacco ha tolto incentivi alla fornitura attraverso canali di contrabbando, nel nostro caso siti

illegali, che sono alla fine più costosi (per l'elevato *payback* dovuto dalla concorrenza) e rischiosi (in termini di immagine) per le multinazionali del gioco.

RACCOMANDAZIONI

Sulla base dello stato dell'arte delle ricerche nell'ambito del DGA, l'attività di prevenzione con approccio legato all'analisi del comportamento di gioco, dovrebbe rispettare le seguenti linee guida generali:

- a. L'applicazione di adeguati sistemi per la rilevazione del comportamento di gioco, nel pieno rispetto della privacy del giocatore.*
- b. L'adozione di misure e strumenti che favoriscano la consapevolezza da parte del giocatore stesso riguardo al proprio comportamento di gioco e ai rischi connessi al gioco d'azzardo.*
- c. L'attivazione di opportuni canali comunicativi in grado di favorire l'immediato accesso ai centri di assistenza sanitaria da parte dei giocatori problematici.*

Si raccomanda, inoltre, di individuare fabbisogni formativi specifici per le azioni di prevenzione a favore delle diverse tipologie di destinatari.

Occorrerebbe anche estendere le attività formative includendo una formazione specifica volta all'attivazione di soluzioni organizzative interne alle sale da gioco in modo tale da facilitare l'accesso ai centri di ascolto (o al numero verde, ad esempio) e/o volta a costruire un sistema di relazioni con il personale degli sportelli di ascolto che, eventualmente, operi direttamente presso le sale da gioco.

A questo proposito sembrano promettenti alcune particolari azioni:

- Riorganizzazione degli spazi (con, ad esempio, obbligo di orologi alle pareti, divieto di finestre oscurate, obbligo di un corner con materiali di informazione sui rischi del gioco e sulle strutture atte a trattarlo sul territorio)*
- Interventi sulla disponibilità di contanti (con restrizione sulla presenza di bancomat nella sala)*
- Interventi sul "clima" (con, ad esempio, il divieto di fumo)*
- Interventi di natura informativa (ad esempio, obbligo esposizione di tabelle con esplicite percentuali di vincita del banco)*

IL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER IL PAZIENTE CON DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Le descrizioni di Korn e Shaffer (2004) confermerebbero che gli elementi in grado di garantire una maggiore ritenzione in trattamento del giocatore e una maggiore probabilità di completare il percorso terapeutico sono i seguenti:

- programmi più intensivi e integrati
- coinvolgimento delle famiglie
- maggiore articolazione in termini di offerte terapeutiche
- professionalità qualificate e differenziate

Da una sintetica revisione della letteratura nazionale sull'argomento (Governo Italiano, Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2013; Regione Sicilia, Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia, 2015; Regione Umbria, Legge Regionale 21/214) e internazionale (Massachusetts Department of Public Health's Developed by the Massachusetts Council on Compulsive Gambling, 2004; Ministry of Health, College of Medicine Building, Singapore, 2011; Australian Government- National Health and Medical Research Council - NHMRC; Monash University e University of Melbourne, 2011); National Institute on Drug Abuse - NIDA- National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services, 2012), oltre che del DSM 5, si rilevano fondamentali indicazioni per i Servizi che evidenziano come il DGA sia inquadrabile come una dipendenza e, pertanto, il trattamento deve seguire gli stessi principi enunciati per le dipendenze da sostanze, confermando l'approccio multimodale e la personalizzazione del programma terapeutico. Il Servizio Pubblico per le Dipendenze (Ser.D) è il Servizio del Sistema Sanitario Nazionale competente per la Prevenzione, la Diagnosi e il trattamento del Disturbo da Gioco d'Azzardo, il quale opera in un'ottica di integrazione e di rete con i servizi privati accreditati specialistici, sia residenziali che semiresidenziali, competenti per il trattamento del DGA.

I principi sopracitati evidenziano in modo particolare:

- l'accessibilità facilmente fruibile e tempestiva al trattamento
- il costante monitoraggio del programma terapeutico e la sua flessibilità al variare della situazione clinica
- la necessità di percorsi integrati anche in presenza di comorbilità psichiatrica e/o di altre dipendenze
- l'approccio personalizzato e multi integrato che si dovrà basare sulle varie combinazioni di psicoterapia, psicofarmacoterapia, interventi finanziari, educativi e di auto-aiuto, oltre che interventi su tutto il sistema familiare.
- i *setting* del trattamento possono essere di tipo ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale.

Nell'ambito delle dipendenze patologiche la definizione dei percorsi di cura risulta necessaria anche alla luce della variabilità dei trattamenti.

Al fine di uniformare le risposte assistenziali da erogare alle persone affette da Disturbo da Gioco d'Azzardo, il PDTA si propone di definire le modalità d'intervento fondate sulla personalizzazione del trattamento e sull'adozione di un approccio multimodale, multidisciplinare e integrato. Tale trattamento è rivolto non solo al giocatore ma anche ai suoi familiari.

In assenza di una legislazione specifica sul DGA si fa riferimento alle normative riguardanti le dipendenze ed alle prassi esistenti.

L'adozione dei percorsi di cura multiprofessionali e definiti consente un miglioramento nei processi organizzativi dei Servizi ed una maggiore integrazione tra i membri dell'equipe curante.

Il PDTA, di seguito presentato, fornisce uno standard di riferimento per gli interventi clinici e riabilitativi. Il percorso di cura tiene conto delle caratteristiche della persona, si basa su processi

clinici differenziati a seconda dei livelli di severità della patologia e della compromissione clinica della persona stessa (*stepped care*).

Altri punti qualificanti del percorso riguardano:

- l'adozione di criteri per facilitare l'accessibilità ai Servizi garantendo equità
- l'attenzione prestata agli interventi nella fase di accoglienza
- l'attenzione al contesto socio-familiare del paziente con interventi terapeutici sul sistema familiare
- il raggiungimento del maggior livello possibile di autonomia personale e sociale dei pazienti
- la multidisciplinarietà dell'equipe adeguatamente formata ed aggiornata
- la pratica basata sull'*Evidence Based Medicine* (EBM)

Con l'adozione del PDTA si intende:

- modulare la variabilità dei trattamenti
- migliorare la qualità dei processi e degli esiti
- valutare l'aderenza degli interventi effettuati rispetto alle indicazioni del PDTA
- facilitare processi di accreditamento dei Servizi

Lo strumento principale per delineare il percorso di cura è rappresentato da un insieme di indicatori di processo e di esito, basati sulla letteratura scientifica e sul consenso degli operatori del settore. Gli indicatori devono poter essere rilevabili dai Sistemi Informativi Regionali.

Si elencano di seguito le aree d'interesse clinico descritte nel presente documento:

- accoglienza
- assessment e valutazione diagnostica multidisciplinare (psicosociosanitaria e legale) sia del paziente che dei suoi familiari
- progetto terapeutico
- trattamento multidisciplinare
- riabilitazione
- monitoraggio/verifica
- conclusione
- follow-up

Inquadramento nosografico

Una crescente quantità di evidenze scientifiche sottolinea il rischio che la pratica del gioco d'azzardo possa evolvere in forme problematiche o in una vera e propria dipendenza patologica.

Il DGA, riconosciuto come condizione morbosa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sin dal 1980 e inserito nell'ICD 10 (WHO, 2007), è stato classificato tra i "disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove" nel DSM IV (Manuale Statistico Diagnostico, APA, 1994). Con il nuovo DSM 5 (APA, 2013), visti i numerosi aspetti in comune con le dipendenze da sostanze, il DGA è stato inserito a pieno titolo nel capitolo dei "Disturbi correlati a sostanze e Disturbi da Addiction" (Substance-Related and Addictive Disorders) e denominato "Disturbo da Gioco d'Azzardo". Anche nel DSM 5 si sottolinea che tale disturbo si riferisce a un comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo, che sconvolge attività familiari, personali e/o professionali.

Il DGA rappresenta una forma di dipendenza in cui non è implicato un oggetto esterno (sostanza). La fenomenologia evidenzia le principali caratteristiche dell'addiction: l'intenso e persistente desiderio di giocare d'azzardo e l'impossibilità di resistervi (*craving*), l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, ecc. quando si è impossibilitati a giocare (astinenza), infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza).

Studi di genetica, biochimica, di *neuroimaging*, confermano l'esistenza di una stretta relazione sul piano neurobiologico tra le dipendenze comportamentali e quelle da sostanze. D'altro canto anche in riferimento agli aspetti psico-relazionali e sociali, si evidenzia come i sistemi familiari nelle diverse dipendenze possono presentare dinamiche simili, caratterizzate dal mantenere e/o amplificare l'equilibrio disfunzionale familiare (Bellio, Croce 2014).

Contemporaneamente vanno considerati anche gli aspetti specifici del DGA quali: distorsioni cognitive, perdita progressiva della capacità di gestire il denaro, problemi legali, perdita del lavoro e/o dei legami affettivi significativi.

ICD-10 Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati. Decima Revisione (ICD-10). (WHO, 2007) Organizzazione Mondiale della Sanità

Il capitolo F60-F69 dell'ICD-10 comprende i Disturbi della Personalità e del Comportamento nell'adulto. Tra questi il quarto capitolo è dedicato ai Disturbi delle Abitudini e degli Impulsi, e comprende il Gioco d'Azzardo Patologico (F63.0), dal DSM 5 definito Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

F63.0 Gioco d'Azzardo Patologico: Il disturbo consiste in episodi frequenti e ripetuti di gioco d'azzardo, che dominano la vita del soggetto a deterioramento dei valori e degli obblighi sociali, lavorativi e familiari.

Le persone affette da tale patologia possono mettere a repentaglio la propria occupazione, indebitarsi per grosse cifre e mentire o infrangere la legge per ottenere denaro o evitare il pagamento dei debiti. La persona descrive una necessità impellente di giocare, che è difficile da controllare, insieme con una costante polarizzazione su idee e immagini relative all'atto di giocare e alle circostanze che si associano all'atto stesso. Queste manifestazioni spesso si intensificano nei momenti in cui la vita è stressante.

Questa patologia disturbo è anche definita gioco d'azzardo compulsivo, ma questo termine è meno appropriato, in quanto il comportamento non è compulsivo in senso clinico e il disturbo non è necessariamente in relazione con la sindrome ossessivo-compulsiva.

Direttive diagnostiche: caratteristica essenziale è un gioco d'azzardo persistentemente ripetuto, che continua e spesso aumenta nonostante le conseguenze sociali negative, come l'impoverimento, il danneggiamento delle relazioni familiari e la compromissione della vita personale. Questi criteri sono monotetici, ossia devono occorrere simultaneamente (Capitanucci e Carlevaro 2004).

Criteri DSM - 5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali)

A. Disturbo problematico persistente e ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:

- Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata
- È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d'azzardo
- Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo
- È spesso preoccupato dal gioco d'azzardo (per esempio ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo)
- Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per esempio indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a)
- Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite)
- Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
- Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo

- Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevare situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo

B. Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale. (DSM-5, pp. 681-682)

Il DSM-5 introduce un approccio dimensionale e suddivide il Disturbo da Gioco d'Azzardo in tre livelli di gravità:

Lieve = presenza di 4 o 5 criteri

Moderata = presenza di 6 o 7 criteri

Grave = presenza di 8 o 9 criteri

Le tipologie dei giocatori a cui fanno maggiormente riferimento le ricerche epidemiologiche effettuate in ambito nazionale e internazionale sono sostanzialmente tre:

Giocatore sociale: Per la maggior parte delle persone il gioco rappresenta un passatempo gratificante. Si stima, infatti, che circa l'80-90% della popolazione adulta del nostro paese partecipi a forme di gioco d'azzardo.

Giocatore "eccessivo/problematico": per una minoranza della popolazione il gioco costituisce un comportamento problematico. Questo tipo di giocatore prova eccitazione quando entra in contatto con un ambiente o una situazione in cui è possibile giocare d'azzardo e sente la necessità di fare puntate sempre più alte per vincere e/o recuperare il denaro perduto; può accadere che menta ai familiari e tenda a giocare più soldi di quanto preventivato.

Giocatore patologico: il gioco d'azzardo rappresenta una forma di dipendenza che induce il soggetto ad avvertire una necessità imperante di giocare e il desiderio irrefrenabile nel voler recuperare il denaro perduto, che lo porta a perdere la percezione sia del tempo che del denaro impiegato nel gioco. Giocare denaro diventa il centro di interesse esclusivo della propria esistenza. La dipendenza da gioco comporta dei costi non solo relativi alla salute del giocatore, ma anche al coinvolgimento dell'ambito familiare, lavorativo e sociale.

Queste categorie tuttavia sono state sostituite nel DSM 5, come sopradescritto, dai vari livelli di gravità: assenza di disturbo, disturbo lieve, moderato, grave

Tipologie di giocatori secondo il modello di Blaszczynski e Nower (2002)

Tale modello si caratterizza per la distinzione dei giocatori in tre sottogruppi, come indicato nella tabella di seguito riportata:

Un primo sottogruppo (Giocatori Condizionati nel Comportamento) riunisce i giocatori che non riportano precedenti malesseri psichici, ma perdono il controllo rispetto al gioco in risposta a effetti del condizionamento e a schemi cognitivi distorti riguardo alle probabilità di vincere al gioco. Generalmente non è concomitante l'abuso di sostanze ed inoltre l'ansia e la depressione possono essere interpretabili come risultato, e non causa, del gioco. Presentano un'alta compliance al trattamento.

Un secondo sottogruppo (Giocatori Emotivamente Disturbati) è caratterizzato da vulnerabilità psichica, disturbi affettivi primari, sofferenza e traumi emotivi nel corso dello sviluppo, possibile storia di abusi, scarso sviluppo delle abilità sociali, di coping e di problem-solving. Il gioco è utilizzato come uno strumento per dissociarsi o regolare stati emotivi.

Un terzo sottogruppo (Giocatori con Correlati Biologici) è caratterizzato da vulnerabilità biologica verso l'impulsività, deficit attentivi, tratti antisociali, frequente comorbilità con disturbo da deficit di attenzione e di iperattività, disturbo da uso di sostanze ed altri disturbi psichiatrici. Il ricorso al gioco risponderebbe al bisogno di raggiungere uno stato di fuga attraverso l'effetto della

dissociazione, un'alterazione dell'umore ed un restringimento dell'attenzione. Questo gruppo evidenzia inoltre una marcata propensione a trovare attività gratificanti ed una incapacità a tollerare la frustrazione.

Etiopatogenesi del DGA

A tutt'oggi non esiste un modello unico in grado di spiegare pienamente la natura complessa ed eterogenea del comportamento della persona affetta da Disturbo da Gioco d'Azzardo. La tendenza dei ricercatori e dei clinici è quella di considerare tale disturbo come il risultato di una complessa interazione tra fattori psicologici, cognitivi, biologici ed ambientali. I modelli di questo tipo maggiormente accreditati sono:

- Il modello bio-psico-sociale di Sharpe (Sharpe, 2002)
- Il modello bio-psico-sociale di Griffith (2005)
- Il modello sindromico della dipendenza di Shaffer (Shaffer et al., 2004)
- Il modello etiopatogenetico di Blaszczynski e Nower, 2002 (vedi tabella n.....)

Se una consolidata letteratura scientifica ha posto in risalto specifiche vulnerabilità di tipo neurobiologico (alterazioni del *reward system*) e cognitivo (distorsioni cognitive), è tuttavia doveroso tener conto di come l'aumentata pervasività e pluralità di offerta dei giochi d'azzardo e la pubblicità degli ultimi anni abbiano concorso significativamente all'aumento qualitativo e quantitativo delle sollecitazioni al gioco. Non si può escludere che l'aumento di casi di DGA sia anche conseguenza di tali sollecitazioni (Dow Schull, 2015), in grado di intercettare le vulnerabilità neurocognitive di alcuni individui.

In particolare, nel caso delle *slot machines*, come evidenziano degli studi recenti (Abbot, 2006; Australian Government Productivity Commission, 2010), l'interazione uomo-macchina è fortemente influenzata dalle specifiche caratteristiche attrattive esercitate sia in forza del software che per l'allestimento dell'ambiente di gioco.

Tutti questi modelli dunque convergono nell'indicare come tale disturbo, al pari delle altre forme di dipendenza, è il risultato dell'azione di più fattori, principalmente quelli afferenti al livello neurobiologico, psicologico, familiare ed ambientale. Di ciò è importante tener conto al momento della formulazione di un progetto di cura in modo che sia personalizzato ed adattato alle specificità del paziente affetto da Disturbo da Gioco d'Azzardo.

Obiettivi generali

Obiettivi del percorso di cura

- Raggiungere l'astensione dal gioco d'azzardo: riduzione totale/parziale della quantità di denaro, della frequenza e della durata del tempo dedicato al gioco d'azzardo come misurato nella valutazione multidisciplinare e attraverso scale standardizzate
- Migliorare il quadro di stress psico-patologico che accompagna il DGA
- Migliorare le dinamiche relazionali socio-familiari del giocatore ove possibile
- Migliorare il livello di autonomia personale, sociale e delle risorse di rete dei giocatori
- Affrontare/risolvere/ridurre i danni economici e legali del DGA
- Migliorare la qualità della vita

Obiettivi organizzativi

- Garantire l'accesso diretto alla cura da parte dei servizi Ser.D
- Garantire la multiprofessionalità dell'equipe e l'integrazione con la rete territoriale
- Garantire un adeguato assessment multidisciplinare
- Garantire un'equipe adeguatamente formata ed aggiornata, soprattutto in relazione alle specificità di alcune popolazioni, quale quella giovanile o quella femminile.
- Garantire la pratica basata sull'Evidence Based Medicine (EBM) e sul consenso della Comunità Scientifica
- Migliorare la qualità dei processi in base agli esiti e alle evidenze scientifiche

Percorso Ambulatoriale all'interno del Servizio Pubblico per le Dipendenze (Ser.D)

Il Ser.D garantisce una pronta accoglienza delle richieste dei singoli utenti e delle loro famiglie. L'accesso al Servizio è diretto, senza necessità di prenotazione (CUP), né di richiesta medica nel rispetto della privacy e, ove richiesto, dell'anonimato. Il percorso ambulatoriale prevede un'articolazione in fasi.



a) Intake e Accoglienza

Il giocatore, sulla spinta dei familiari o autonomamente, può rivolgersi ai vari Sportelli di Ascolto, può chiedere consulenze via web, può contattare strutture accreditate ed infine può accedere ai Servizi Territoriali (Ser.D), dove viene effettuato l'Intake (primo contatto con il servizio)

Per "accoglienza" si intende una serie di colloqui che l'utente o la famiglia effettuano con l'operatore del Ser.D, durante i quali quest'ultimo riceve e ascolta la richiesta dell'utente e/o della sua famiglia, la sua problematica di dipendenza e prende informazioni necessarie per un'eventuale successiva fase diagnostica. Fondamentale in questa fase è l'intervento di counselling familiare, anche in assenza di motivazione del giocatore, che mira a dare informazioni fondamentali e necessarie per mettere in sicurezza il patrimonio familiare, allo scopo di delineare una via d'uscita dalla disperazione che spesso pervade la famiglia e riformulare gli obiettivi dando ai familiari (e al giocatore) la forza necessaria ad intraprendere un percorso di cura.

L'obiettivo dell'accoglienza è di analizzare la domanda e informare sulle fasi successive. La fase di accoglienza deve avere priorità sulle fasi di cura successive per permettere ai servizi di accogliere i pazienti precocemente.

L'accoglienza del giocatore o del familiare/persona di riferimento rappresenta un momento particolarmente significativo e delicato poiché è finalizzato ad ottenere la sufficiente *compliance* terapeutica. Necessita di sensibilità, flessibilità ed attenzione considerando le peculiarità della richiesta. E' pertanto opportuno che il Servizio garantisca una risposta tempestiva alla richiesta di intervento e, laddove possibile, è auspicabile individuare spazi ed orari dedicati. Risulta importante rilevare chi è il soggetto inviante (Medici di Medicina Generale, Servizi Sociali, Gruppi di Auto-Aiuto, etc.) per poter garantire una maggiore integrazione dell'intervento terapeutico. In analogia con le dipendenze da sostanze possono pervenire richieste relative a giocatori detenuti e/o interventi su minori.

L'accoglienza si declina in:

- acquisizione dei documenti sanitari e di identità
- ascolto e analisi della domanda e di eventuali urgenze cliniche e grave compromissione finanziaria
- informazioni sull'organizzazione e sulle procedure del servizio
- presentazione al giocatore/familiare del percorso diagnostico-terapeutico

L'esito dell'accoglienza può concludersi con la consultazione o proseguire con la valutazione multidisciplinare da parte dell'équipe DGA con:

- successivi appuntamenti concordati con il giocatore/familiare di riferimento

- raccolta consenso al trattamento dei dati personali e diritti inerenti la normativa sulla privacy e consegna carta dei servizi
- apertura e/o riapertura della cartella clinica informatizzata

Figure preposte: personale adeguatamente formato

b) *Assessment*

L'*assessment* fornisce una base per lo sviluppo di un'alleanza con il paziente, per la comprensione del problema del gioco d'azzardo e la persona stessa, un tracciato per la pianificazione del trattamento, e un punto di riferimento per il monitoraggio del trattamento e follow-up. L'*assessment* è un concetto ampio che comprende lo screening, la valutazione e le attività diagnostiche.

L'*assessment* multidimensionale si basa su una valutazione multidisciplinare integrata e coinvolge le diverse professionalità dell'equipe, comprendendo il colloquio individuale e altri strumenti di valutazione. Si ritiene l'*assessment* multidimensionale e multidisciplinare integrato un aspetto fondamentale, in quanto una parte significativa dei pazienti con DGA presenta un ampio ventaglio di problematiche.

L'*assessment* è finalizzato alla raccolta di dati rilevanti per l'inquadramento del caso, per il riconoscimento di eventuali comorbidità e per una valutazione di gravità che consenta di indirizzare l'utente verso la forma di trattamento più idonea mediante:

- l'anamnesi generale, mirata alle problematiche specifiche del DGA e dell'eventuale associazione con abuso di sostanze legali e illegali
- la rilevazione di eventuali altre condotte di *addiction* simultanee o pregresse al DGA
- l'analisi dei fattori di vulnerabilità e di resilienza
- la ricostruzione della storia del comportamento, delle esperienze e delle condotte di gioco d'azzardo
- la diagnosi di Disturbo da Gioco d'Azzardo
- la verifica dell'impatto del gioco d'azzardo sul piano individuale, interpersonale e sociale
- l'analisi del comportamento attuale di gioco e relativo indice di gravità con l'ausilio di specifici strumenti di screening e di valutazione
- la valutazione del funzionamento del sistema familiare e delle risorse di rete
- la rilevazione della presenza di eventuali eventi traumatici e di comportamenti violenti
- l'analisi delle abilità socio-lavorative e della situazione economica, debitoria e legale
- la valutazione di eventuale presenza di comorbidità. Esistono prove scientifiche molto solide (Lorains, Cowlshaw e Thomas, 2011; Maccallum et al. 2002; Grant et al. 2002; Toneatto et al. 2002; Brunelle et al., 2003) secondo le quali il DGA è associato con un rischio elevato per altri disturbi che comprendono:
 - Altre dipendenze da sostanze legali ed illegali
 - Altri disturbi del controllo degli impulsi
 - Depressione
 - Ansia
 - Violenza familiare
 - Suicidio

È opportuna e consigliata la valutazione di eventuali patologie somatiche pregresse e in atto.

È altresì opportuno consigliare l'uso di un colloquio clinico strutturato per un *assessment* completo e per promuovere un modo di lavoro unico e standardizzato tra servizi e categorie professionali.

L'esito dell'*assessment* sarà la definizione in équipe della valutazione multidisciplinare, la nomina del *case manager*, la definizione di un programma terapeutico e riabilitativo personalizzato in accordo con la persona e la successiva restituzione al giocatore/familiare

Il processo dell'*assessment* potrà concludersi con la presa in carico terapeutica del giocatore/familiare previo consenso, oppure con la non presa in carico.

La cartella informatizzata dovrà contenere tutti gli elementi costitutivi dell'*assessment*.

Figure preposte: Equipe multi-professionale formata da assistente sociale, educatore, infermiere, medico, psicologo.

Strumenti diagnostici e di valutazione

Si elencano gli strumenti più frequentemente utilizzati, oltre il colloquio clinico, per un adeguato inquadramento psicodiagnostico e una valutazione delle condotte di gioco d'azzardo:

- SOGS - *South Oaks Gambling Screen* per adulti (Lesieur, Blum 1987 – trad. Guerreschi, Gander 2000)
- SOGS-RA *South Oaks Gambling Screen* per adolescenti (Winters et al. 1993 - trad. it. Del Miglio et al. 2005)
- Lie-Bet *Questionnaire* (Johnson et al. 1997 – trad. it. Capitanucci, Carlevaro 2004)
- Intervista diagnostica sul GAP di Ladouceur (Ladouceur et al. 2000)
- Questionari sull'auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur (Ladouceur et al. 2003)
- CPGI - *Canadian Problem Gambling Index* (Ferris e Wynne 2001) adattato e validato a livello nazionale (Colasante et al. 2013)
- GABS - *Gambling Attitudes and Belieft Survey* (Breen e Zuckerman 1999 trad. it. Capitanucci, Carlevaro 2004)
- ABQ *Addictive Behavior Questionnaire* (Caretto et al. 2016)
- GBS-A - *Gambling Behaviour Scale for Adolescents* (Primi C., Donati M.A., Chiesi F.)
- GRCS - *Gambling Related Cognitions Scale* (Donati et al., 2015).

In considerazione della sovrapposizione di comportamenti a rischio per la salute associati al Disturbo da Gioco d'Azzardo è consigliata l'esecuzione di esami ematochimici e screening infettivologici.

Per la formulazione di un progetto terapeutico personalizzato viene suggerito di utilizzare anche strumenti per la valutazione generale e dei tratti di personalità. Di seguito quelli più comunemente utilizzati:

- MMPI 2- *Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI-2)* (Hathaway, McKinley, 1989 – adattamento italiano Pancheri, Sirigatti 1995)
- MCLI-III *Millon Clinical Multiaxial Inventory – III* (Millon, 1994 – adattamento italiano, Zennaro et. al. 2008)
- SCL 90 *Symptom Checklist-90-R* (Derogatis 1994 – adattamento italiano, Sarno et al. 2011)
- BIS-11 *Barrat Impulsiveness Rating Scale* (Patton et al. 1995 – adattamento italiano, Fossati et al. 2001)
- TAS 20-*Toronto Alexithymia Scale* (Taylor, Bagby, Paker 2003, – adattamento italiano, Bressi et al. 1996 in Caretti, La Barbera 2005)
- TCI-R (Cloninger et al. 1999 – adattamento italiano, Fossati et al. 2007)
- ICF *Dipendenze - International classification of functioning*
- Core-Om – *Clinical outcome routine evaluation outcome measure*

La valutazione deve prevedere almeno l'utilizzo del DSM 5, la somministrazione del SOGS e del Core-Om.

La descrizione di tali strumenti diagnostici e di valutazione è contenuta nel capitolo "Allegati".

Caratteristiche specifiche dell'intervento terapeutico

A termine del percorso di valutazione multidisciplinare, nell'ambito delle attività dell'equipe viene definito il programma terapeutico integrato e personalizzato rivolto al giocatore e ai suoi familiari.

Il programma terapeutico viene presentato e condiviso con il giocatore e se possibile con i familiari di riferimento e formalizzato tramite la compilazione e la firma della scheda prevista dalla cartella informatizzata (consenso informato).

Il trattamento si articola in una serie di interventi specifici e integrativi, non necessariamente consequenziali, compresi tra i seguenti e adeguati al bisogno del giocatore:

- colloqui motivazionali individuali e gruppi motivazionali
- psicoterapie (individuali, familiari e di gruppo)
- valutazione di trattamenti farmacologici per comorbidità
- tutoraggio economico
- psico-educazione - individuale e/o di gruppo
- counselling al giocatore e/o familiari
- attivazione di programmi terapeutici semiresidenziali e residenziali riconosciuti dal Servizio Sanitario Nazionale
- attività di supporto sociale al paziente che comprende sostegno alla gestione del debito, all'attività lavorativa, alla genitorialità e reperimento risorse ecc.
- attivazione di consulenze legali e/o finanziarie
- invio e collaborazione con associazioni di tutela economica (es. centri antiusura, micro credito)
- invio e collaborazione con i gruppi di auto-aiuto
- orientamento e accompagnamento in percorsi di inserimento lavorativo terapeutico e socio-riabilitativo
- ricorso all'attivazione della procedura di nomina dell'amministratore di sostegno
- presa in carico del solo familiare qualora il giocatore non sia disponibile

Interventi Motivazionali

Strategie per aumentare la motivazione (ad esempio, il counselling motivazionale e la riduzione della resistenza al cambiamento) sono gli interventi terapeutici brevi volti a ridurre la resistenza e migliorare la motivazione al cambiamento.

Dalla letteratura scientifica emergono due importanti interventi di counselling motivazionale, il Motivational interviewing (MI) e il Motivational Enhancement Therapy (MET).

I risultati della review della letteratura, indicano che gli interventi di MI e MET sono efficaci nel ridurre sia l'entità delle giocate e la frequenza del gioco che, in alcuni casi, anche il disagio psicologico legato alla patologia (Levensky et al 2007; Takushi al., 2004; Wulfert, 2006).

Si raccomanda pertanto di fornire MI e MET ai pazienti con DGA.

Psicoterapia

Considerata la complessità e la molteplicità delle dimensioni coinvolte dal DGA (individuali, familiari, sociali ed economiche) il trattamento si caratterizza come un intervento multimodale e integrato rivolto al giocatore e ai suoi familiari. Gli interventi terapeutici utilizzati nell'ambito del DGA sono vari e differenziati sia in ambito nazionale che internazionale. Dalla revisione della letteratura scientifica si rileva tuttavia una maggior frequenza dell'utilizzo e una maggiore efficacia dell'approccio cognitivo-comportamentale associato all'intervento motivazionale (Picone 2010; Grant, Potenza, 2010; Petry, Ginley e Rash, 2017).

Come per le altre tipologie di dipendenze è opportuno effettuare una lettura sistemico-relazionale del DGA (Cowlshaw et al. 2012) e, laddove è utile e praticabile, procedere ad interventi specifici sulle dinamiche familiari.

Ricordiamo inoltre che un *setting* particolare va riservato all'accoglienza delle giocatrici, spesso posizionato al di fuori dei Ser.D, in luoghi meno connotati, più *women friendly* e "protetti", che

forniscano interventi di gruppo di genere, con approccio sistemico relazionale integrato (Prever, 2015; Karter, 2013; Prever, Bowden Jones, 2016).

La letteratura scientifica riporta l'efficacia della psicoterapia cognitivo-comportamentale per giocatori. Anche se dalla letteratura scientifica non si rilevano elementi certi per la differenziazione degli interventi attualmente disponibili, le terapie cognitivo comportamentali vengono considerate le psicoterapie più indicate per il trattamento del DGA e devono essere usate come prima scelta laddove possibile. (Cowlshaw et al. 2012). (Ledgerwood e Petry, 2005; Peele, 2009; Toneatto e Ladouceur, 2003). (Okuda et al. 2010; Ladouceur et al. 2001; Petry et al. 2006; Sylvain, C., Ladouceur, R. Boisvert, J. 1997; Petry et al. 2003; Toneatto, T. 2002; Echeburua e Fernandez – Montalvo, 2005).

La psicoterapia cognitivo-comportamentale integra le tecniche cognitive (*Motivational Interview*, analisi funzionale, ristrutturazione cognitiva, ecc) con le tecniche comportamentali di sviluppo delle abilità sociali e di produzione di gratificazioni alternative e più funzionali, oltre che con tecniche di controllo dello stimolo e con la prevenzione delle ricadute.

Generalmente i programmi di terapia cognitivo comportamentale sono costituiti da quattro componenti principali: *ristrutturazione cognitiva, problem solving, social skills training e prevenzione delle ricadute* (Bujold e Ladouceur, 1991; Bujold et al., 1994; Sylvain, Ladouceur, e Boisvert, 1997; Ladouceur, Boutin, Doucet, Lachance e Sylvain, 2000);

Per una sintetica rassegna dei principali approcci psicoterapeutici nel trattamento del DGA si veda il capitolo "Allegati".

Terapia di Gruppo

Nella cura del DGA il gruppo si rivela uno strumento importante sia all'interno di programmi ambulatoriali che residenziali, e non di rado, data la scarsità di risorse umane soprattutto nel servizio pubblico, rappresenta l'unica forma di intervento possibile.

Trattamenti Psico-farmacologici per la cura del DGA.

Ad oggi non esistono ancora trattamenti psico-farmacologici per il DGA approvati ufficialmente. Un'attenzione particolare va riservata ai pazienti affetti da morbo di Parkinson e in generale affetti da disturbi del movimento e in tutti coloro che sono in trattamento con farmaci dopaminergici, in quanto tali farmaci potrebbero favorire comportamenti compulsivi anche rispetto al gioco d'azzardo (Avanzi e Cabrini, 2014).

Tutoraggio economico

Il tutoraggio economico mira ad aiutare le persone con debiti legati al gioco ad avviare un piano finanziario, imparare la gestione del bilancio e sviluppare un piano di pagamento (National Endowment for Financial Education & National Council on Problem Gambling, 2000) ovvero un recupero da parte del giocatore di un rapporto sano con il denaro, ed è indirizzato a modificare lo stile monetario personale e/o familiare.

Per il tutoraggio economico si ritiene fondamentale l'attivazione della figura del "Tutor". Il tutor supervisiona le spese e il flusso delle risorse economiche e sviluppa insieme al giocatore un piano di risanamento dei debiti. Il tutor è da individuarsi preferibilmente in una persona esterna al nucleo familiare e diversa dal terapeuta, ma che con i familiari e il terapeuta lavora a stretto contatto.

Interventi sulla famiglia

Determinante per l'intervento di tutoraggio economico, ma non solo, è il lavoro con la famiglia d'origine o acquisita. I familiari possono divenire particolarmente utili sia nella fase di segnalazione e primo accesso al servizio, che nelle fasi dell'*assessment*, del trattamento e della prevenzione delle ricadute. Inoltre, molto utile è poter fornire ai familiari strumenti che aiutino a tutelare il proprio patrimonio.

Con i familiari è utile anche un intervento psicoeducativo, teso a fornire informazioni sulla natura del disturbo, per aiutarli a prendere le distanze dall'idea di vizio e di colpa, per una accettazione del concetto di "disturbo psichico", e per interrompere la dinamica familiare della co-dipendenza.

Interventi di auto-aiuto

Il giocatore e/o i familiari possono essere inviati a gruppi di trattamento o a gruppi di auto aiuto (Giocatori Anonimi, Gam-anon, ecc.). I gruppi di auto-aiuto costituiscono un nodo fondamentale del lavoro di rete per il trattamento del DGA, finalizzato al raggiungimento e mantenimento dell'astensione dal gioco d'azzardo da parte del giocatore, nonché di aiuto a cambiare il suo stile di vita e quello della sua famiglia ("sobrietà").

I gruppi di auto-aiuto rappresentano un elemento storico di integrazione con i servizi pubblici e del privato sociale. Da questo deriva la raccomandazione per il loro utilizzo in maniera integrata nei programmi terapeutici ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali.

Monitoraggio e verifica

L'efficacia del programma terapeutico viene monitorata e verificata almeno con cadenza trimestrale dall'inizio del programma stesso e prevede l'utilizzo di schede standardizzate, come ad esempio il SOGS e Core-om. L'esito della verifica viene discusso nelle riunioni di équipe con il conseguente adeguamento del programma terapeutico.

Durata del trattamento e conclusione

La durata del percorso terapeutico può variare in base alla complessità clinica presentata e all'elevato rischio di ricadute, trattandosi di una dipendenza patologica. La conclusione del programma va concordata nei tempi e nelle modalità con il giocatore/familiari. Successivamente si procede alla chiusura della cartella informatizzata come previsto dalle apposite procedure.

Follow-up

Dopo la conclusione del programma terapeutico si prevedono orientativamente due o più incontri di follow-up entro l'anno successivo che verranno effettuati tramite colloqui con il giocatore e/o i suoi familiari.

Equipe

Considerata la multidimensionalità del problema, l'intervento è attuato da una équipe multiprofessionale specificatamente formata e costituita dalle seguenti professionalità: medico, psicologo-psicoterapeuta, assistente sociale, educatore e infermiere.

La specificità della patologia richiede di potersi avvalere di consulenze legali e finanziarie nonché di un lavoro di rete con altre istituzioni pubbliche e del privato sociale accreditato (Equipe Interistituzionale allargata).

Gli interventi residenziali e semiresidenziali per le persone con DGA

In alcuni casi la complessità e la gravità del quadro clinico è tale che il percorso ambulatoriale necessita di essere integrato con un trattamento di tipo residenziale e/o semiresidenziale per la persona con dipendenza da gioco d'azzardo. Trattasi il più delle volte di pazienti riconducibili al terzo sottotipo della classificazione di Blaszczynski, caratterizzati da discontrollo degli impulsi, comorbidità psichiatrica, tratti antisociali e uso di sostanze.

Tali interventi sono da intendere come parti complementari di un percorso terapeutico-riabilitativo ambulatoriale del paziente e dei suoi familiari. L'inserimento nelle strutture residenziali e semiresidenziali viene valutato ed effettuato dal Ser.D che condivide gli obiettivi stabiliti nel progetto terapeutico con l'equipe curante della struttura, effettua il monitoraggio periodico e partecipa alla restituzione finale dei risultati ottenuti.

Criteri per l'invio:

- necessità di cure intensive
- gravità e complessità del quadro clinico
- parziale efficacia o inefficacia terapeutica dei trattamenti ambulatoriali
- contesto socio-familiare particolarmente disfunzionale
- presenza di comorbidità psichiatrica
- presenza di disturbo da uso di sostanze

Principali indicazioni per l'invio:

- necessità di un periodo di trattamento terapeutico-riabilitativo residenziale breve al fine di astenersi dal gioco e/o allontanarsi temporaneamente dall'ambiente familiare conflittuale per pazienti che presentano bassi livelli di severità e complessità
- necessità di un periodo di trattamento residenziale specialistico di media o lunga durata per pazienti che presentano livelli di severità elevata e/o complessità grave (comorbidità psichiatrica, presenza di altri disturbi da uso di sostanze e/o comportamentali)
- necessità di un trattamento semiresidenziale da integrare con un percorso ambulatoriale finalizzato al rinforzo dell'astensione dal gioco d'azzardo e alla realizzazione di un progetto riabilitativo

Per l'invio della persona con dipendenza da gioco d'azzardo in strutture residenziali o semiresidenziali si può fare riferimento per semplicità e validità clinica ai criteri del ICD-10 (WHO, 2007) DSM-5 (APA, 2013) e alle tipologie descritte nel modello di Blaszyński, Nower (2002).

I programmi residenziali e semiresidenziali si caratterizzano per avere come cornice un contesto con ridotti stimoli e richiami al gioco d'azzardo ed una serie di interventi specifici individuali e di gruppo in linea con il modello bio-psico-sociale.

Si richiede alla persona con DGA di separarsi temporaneamente dal proprio ambiente, dagli affetti e dalle abitudini e di vivere in un contesto nuovo e diverso. La convivenza e/o la permanenza per un tempo prestabilito con altre persone con dipendenza da gioco d'azzardo stimola il confronto e la riflessione sulle distorsioni cognitive e facilita un cambiamento della struttura di pensiero. Congiuntamente l'intervento dovrà focalizzarsi sulla comprensione dei comportamenti correlati al gioco d'azzardo e dei suoi significati, delle modalità relazionali disfunzionali derivanti dal proprio ambiente familiare e socio-culturale al fine di stimolare un processo di cambiamento.

I programmi residenziali e semiresidenziali rappresentano un livello diverso di intensità di cura e di assistenza rispetto agli interventi ambulatoriali. Il programma residenziale può far seguito o precedere un periodo di trattamento semiresidenziale e si svolge in piena integrazione con i servizi territoriali (Ser.D.).

RACCOMANDAZIONI

Il servizio pubblico deve poter garantire al paziente affetto da DGA, Percorsi Diagnostici Terapeutico Assistenziali (PDTA) appropriati, tali da garantire:

- un agevole accesso alla cura del disturbo per una pronta presa in carico, possibilmente presso servizi dedicati
- diagnosi e assessment appropriati, mediante tecniche e strumenti diagnostici validati

- *trattamenti integrati e a carattere multidisciplinare, mediante interventi "evidence based" rilevabili nella letteratura scientifica nazionale ed internazionale,*
- *trattamenti ambulatoriali che prevedano, in base alle necessità, colloquio motivazionale, psicoeducazione, psicoterapia cognitivo-comportamentale (come modello psicoterapeutico di prima scelta), eventuale terapia farmacologica, terapia di gruppo, lavoro con i familiari, tutoraggio economico*
- *trattamenti in regime semiresidenziale o residenziale, qualora il percorso ambulatoriale venga valutato o si riveli non sufficiente, in base al livello di gravità del disturbo*
- *interventi sinergici in un'ottica di rete, soprattutto nei casi complessi o dove sia presente comorbidità psichiatrica, al fine di operare una efficace presa in carico del paziente nella sua globalità*
- *azioni di monitoraggio del percorso di cura e di verifica dell'outcome, da parte del servizio pubblico (Ser.D.)*

Riferimenti Bibliografici

- Abbott, M. (2006). Do EGMs and problem gambling go together like a horse and carriage? *Gambling Research*, 18, 7-38.
http://www.nags.org.au/docs/past_journals/Journal18.1.pdf#page=7
- APA (American Psychiatric Association) (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi men-tali, DSM-IV*, tr. it. Masson, Milano, 1996
- APA (American Psychiatric Association) (2013), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, DSM-5*, tr. it. Raffaello Cortina, Milano, 2014
- Australian Gouvernment. Productivity Commission (2010), *Gambling*, Report no. 50, Canberra.
<https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/gambling-2009>
- Avanzi M., Cabrini S. (2014), «Dopamina, Malattia di Parkinson e Disturbo da gioco d'azzardo: approccio al management clinico» in Bellio G., Croce M. (a cura di), *Manuale sul gioco d'azzardo*, 2014, 168-179
- Baiocco, R., Couyoumdjian, A., Del Miglio, C. (2005). Le dipendenze in Adolescenza-Aspetti epidemiologici, differenze di genere e fattori psicologici. In Caretti , La Barbera (a cura di), *Le Dipendenze Patologiche*. Raffaello Cortina, Milano
- Bellio G., Croce M. (a cura di) (2014), *Manuale sul gioco d'azzardo patologico. Diagnosi, Valutazione e Trattamenti*, Franco Angeli, Milano
- Blaszczynski A., Nower L. (2002), A pathways model of problem and pathological gambling, *Addiction*, 487-499
- Breen R.B., Zuckerman M. (1999). "Chasing" in gambling behavior: Personality and cognitive determinants, *Personality and Individual Differences*, 27, 1097-1111
- Bressi C., Taylor G.J., Parker J.D.A., Bressi S., Brambilla V., Aguglia E. et al.(1996), Cross validation of the factor structure of the 20-item Toronto Alexithymia Scale: an Italian multicenter stady, *Journal of Psychosomatic Research*, 41(6), 551-559

- Brunelle, C., Assad, J., Pihl, R.O., Tremblay, R. E. & Vitaro, F. (2003). Exaggerated ethanol induced cardiac reactivity as an of indicator increate risk for gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 83-86
- Bujold A., Ladouceur R, Sylvain C, Boisvert JM.(1991). Treatment of pathological gamblers: an experimental study. *Journal of Behav Therapy Exp Psychiatry*. 1994 Dec;25(4):275-82
- Bujold A., Ladouceur R., Sylvain C., Boisvert JM. (1994). Treatment of pathological gamblers: an experimental study. *Journal of Behaviour Therapy- Exp Psychiatry*.25(4):275-82.
- Capitanucci D., Carlevaro T. (2004), Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nella dipendenza da gioco d'azzardo, cd-rom, Bellinzona, CH, Hans Dubois
- Caretti V., La Barbera V. (2005), Alessitmia. Valutazione e trattamento, Astrolabio, Roma
- Caretti V. et al., (2016) *Manuale Addictive Behavior Questionnaire*. Firenze Hogrefe Editore
- Cowlshaw S. et al (2012), Psychological therapies for pathological and problem Cochrane Database Syst Rev., http://www.cochrane.org/CD008937/DEPRESSN_psychological-therapies-for-pathological-and-problem-gambling
- Derogatis LR. (1983), SCL-90-R Administration, Scoring & Procedures Manual-II, Towson, MD, *Clinical Psychometric Research*, 14-15
- Dow Schüll N. (2015) , *Addiction by design*, trad. it. *Architetture dell'azzardo. Progettare il gioco, costruire la dipendenza*, Luca Sossella Editore 2015, pagg. 29-30
- Echeburua E, Baez C, Fernandez-Montalvo J. (2005). Psychological Treatment of Slot-Machine Pathological Gambling: new perspectives. *Journal of Gambling Studies*, Vol. 21, No. 1 DOI: 10.1007/s10899-004-1918-6.
- Eurispes, Telefono Azzurro (2013) Indagine conoscitiva sulla condizione dell'Infanzia e dell'Adolescenza in Italia 2012. <http://www.eurispes.e>
- Ferris J., Wynne H. (2001), The Canadian problem gambling index: Final report. Submitted for the Canadian Centre on Substance Abuse, Ottawa, On, Retrieved September 30, 2008, <http://www.gamblingresearch.org>
- Fossati A., Acquarini E., Di Ceglie A., Barrat E.S. (2001), Psychometric properties of an Italian Version of the Barrat Impulsiveness scale-11 (BIS 11) in non clinical subject, *Journal of Clinical Psychology*, 52, 815-828
- Fossati A., Cloninger C.R., Villa D., Borroni S., Grazioli F., Giarolli L., Battaglia M., Maffei C. (2007), Reliability and validity of the Italian version of the Temperament and Character Inventory-Revised in an outpatient sample, *Comprehensive Psychiatry*, 248(4), 380-387
- DPA Dipartimento Politiche Antidroga, Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri (2013), *Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione, Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze*, <http://www.politicheantidroga.gov.it/>

- Goudriaan A. E., Oosterlaan J., De Beurs E., et al. (2004). Pathological gambling: A comprehensive review of behavioral findings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28, 123-141.
- Grant JE, Kushner MG, Kim SW. 2002. Pathological gambling and alcohol use disorder. *Alcohol Res Health* 26:143-150
- Grant J.E., Potenza M.N. (2010), Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento, Springer-Verlag Italia, Milano
- Griffiths M. (2005). Online therapy for addictive behaviors. *Cyberpsychology and Behavior*, 8 (6), 555-563.
- Guerreschi C., Gander S. (2000), Versione italiana del South Oaks Gambling Screen (SOGS) di H.R. Lesieur e S.B. Blume, in Guerreschi C. (2000), Giocati dal gioco. Quando il divertimento diventa una malattia: il gioco d'azzardo patologico, San Paolo, Milano, pp 137-142
- Karter 2013 Women and problem gambling; Prever, Haggiag, La specificità di genere nel trattamento del gioco d'azzardo patologico, gruppo "Donne in gioco" ISS 2015;
- Korn D.A., Shaffer H.J. (2004), Practice Guidelines for Treating Gambling-Related Problems An Evidence-Based Treatment Guide for Clinicians Developed by the Massachusetts Council on Compulsive Gambling, Boston, MA: Massachusetts Dept. of Public Health
- Ladouceur R., Sylvain C., Boutin C., Doucet C. (2000), Il gioco d'azzardo eccessivo. Vincere il gambling, tr. it. Centro Scientifico Editore, Torino, 2003
- Ladouceur R. et al., (2001) R . Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis* 2001, 189 : 774-780
- Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S., & Sylvain, C. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu : Université Laval.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
- Ledgerwood, D.M., & Petry, N.M. (2005). Current trends and future directions in psychosocial treatments for pathological gambling. *Psychological Science*, 14(2), 89 -94
- Lejoyeux, M. (2002). Psychological and social impact of online gambling. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 196(1), 27-34.
- Lesieur H.R., Blume S.B., (1987), The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new Instruments for the Identification of Pathological Gamblers, *American Journal Psychiatry*, 144, 1184-1188
- Levensky E.R. (2007) Motivational Interviewing: An evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *The American Journal of Nursing* 107(10):50-8; quiz 58-9 · November 2007. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000292202.06571.24 · Source: [PubMed](#)

- Lorains, F., Cowlshaw, S., Thomas, S. A. (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
- Maccallum F, Blaszczyński A. (2002), Pathological gambling and comorbid substance use. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry. Jun; 36(3):411-5.
- Millon T. (1994), MCLI-III Millon Clinical Multiaxial Inventory – III, Manual, New York, Holt, Rinehart & Wiston
- Ministero della Salute. CCM Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (2011), Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi. Bollettino sulle dipendenze XXXIV
- MOH Ministry of Health (2011), Management of Gambling Disorders. Clinical Practice Guidelines 3/2011, College of Medicine Building Singapore, <http://www.moh.gov.sg/cpg>
- National Endowment for Financial Education, 2000.
- National Council on Problem Gambling, 2000.
- NHMRC, Australian Government- National Health and Medical Research (2011), Council Guideline for Screening, Assessment and Treatment in Problem Gambling. Monash University, University of Melbourne <http://www.med.monash.edu.au/sphc/pgrtc/> or <http://www.nhmrc.gov.au>
- NIDA, National Institute on Drug Abuse (2012), Department of Health and Human Services Principles of drug addiction treatment. A research-based guide. Third edition
- Okuda M., Balán I., Petry N. M., Oquendo M., Blanco C. (2010). Cognitive Behavioral Therapy for Pathological Gambling: Cultural Considerations. *American Journal of Psychiatry*. Dec 2009; 166(12): 1325–1330. doi: [10.1176/appi.ajp.2009.08081235](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08081235)
- Pancheri P., Sirigatti S. (a cura di) (1995), MMPI-2 - Minnesota Multiphasic Personality Inventory - II. Manuale, Giunti, Organizzazioni Speciali, Firenze
- Patton J.H., Stanford M.S., Barrat E.S.(1995), Factor structure of the Barrat impulsiveness scale, *Journal of Clinical Psychology*, 51(6),768-774
- Peele S. (2009), L'Amérique en guerre contre l'addiction. Psychotropes, Vol. 15 n° 4, pp. 27-40. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling [On-line serial]*, Issue 3 Available: <http://www.camh.net/egambling/issue3/feature/index.html/>
- Petry, N. M. (2002). "Psychosocial treatments for pathological gambling: Current status and future directions". *Psychiatric Annals* 32 (3): 192–196.
- Petry, N. M., Armentano, C., Kuoch, T., Norinth, T., & Smith, L. (2003). Gambling participation and problems among South East Asian refugees to the United States. *Psychiatric Services*, 54(8), 1142–1148.

- Petry NM. (2006). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological gambling? Research Report.
- Petry, N. M., Ginley, M. K., & Rash, C. J. (2017). A Systematic Review of Treatments for Problem Gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1037/adb0000290>
- Picone F., a cura di (2010), Il gioco d'azzardo patologico. Prospettive teoriche ed esperienze cliniche, Carocci editore, Roma, pp 71-84
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2000). Illegal behaviors in problem gambling: Analysis of data from a gambling helpline. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 28(4), 389-403
- Potenza MN, Fiellin DA, Heninger GR et al. Gambling. An Addictive Behavior with Health and Primary Care Implications, *J Gen Intern Med*. 2002 September; 17(9): 721-732.
- Preti E., Sarno I., Prunas A., Madeddu F. (a cura di) (2011), SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R, Manuale di somministrazione e scoring, Organizzazioni Speciali, Firenze
- Prever, F.(2015): Il gioco al femminile, in "Manuale del Gioco d'Azzardo" (Bellio, Croce, a cura di)
- Prever, F., Bowden Jones "Problem Gambling in Women". An International Female Perspective on Treatment and Research, 2016 in press
- Primi, C., Donati, M. A., & Chiesi, F. (2013). *Ricerca-intervento sul gioco d'azzardo nelle scuole medie superiori*. Congresso Nazionale GAME OVER. Quando l'azzardo non è più un gioco, Firenze, 13 Giugno.
- Regione Sicilia, Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia (2015). Approvazione delle linee guida sulla prevenzione del Gioco d'azzardo patologico (GAP). Decreto 25 marzo 2015 <http://gurs.regione.sicilia.it>
- Serpelloni G. (2013). Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze. Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Roma
- Shaffer HJ, LaPlante DA, LaBrie RA, Kidman R, Donato A, Stanton M. 2004c. Toward a syndrome model of addiction: Multiple expressions, common etiology. *Harvard Review of Psychiatry* 12:367 - 74
- Sharpe L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22, 1-25.
- Sylvain c., Ladouceur R., Boisvert J.M. (1997). Cognitive and Behavioral Treatment of Pathological Gambling: A Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65. 727-732

- Takushi, R. Y., Neighbors, C., Larimer, M., Lostutter, T. Y., Crouse, J. M., & Marlatt, G. A. (2004). Indicated prevention of problem gambling among college students. *Journal of Gambling Studies*, 20, 83-93.
- Toneatto, T. (2002). Cognitive therapy for problem gambling. *Cognitive and Behavioural Practice*, 9 (3), 191-200
- Toneatto, T., R. Ladouceur. (2003). The treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 284-292.
- Winters K.C., Stinchfield R., Fulkerson J. (1993), Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9, 371-386
- WHO, World Health Organization (2007), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision
- Wulfert E., Blanchard E. B., Freidenberg B. M., Martell R. S. (2006) Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification*, 30, 315-340
- Zani B. (2012). *Psicologia di comunità. Prospettive, idee, metodi*. Carocci Editore
- Zennaro A., Ferracuti S., Lag M., Sanavio E. (2008), Millon Clinical Multiaxial Inventory – III, Manuale. Organizzazioni Speciali, Firenze

INQUADRAMENTO LEGISLATIVO/NORMATIVO LA DISCIPLINA DEL GIOCO PUBBLICO

Premessa

Il mercato dei giochi

Nel mercato italiano, l'offerta di giochi è un'attività economica soggetta al Monopolio dello Stato e può essere svolta soltanto da operatori che, al termine di procedure ad evidenza pubblica, si siano aggiudicati un'apposita concessione rilasciata dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, nel rispetto dei parametri fissati dal legislatore nazionale e in linea con l'ordinamento giuridico comunitario.

A partire dagli anni duemila, si è avuta una notevole espansione dell'offerta pubblica di gioco – fino ad allora limitata, principalmente, al lotto, alle scommesse ippiche ed ai concorsi pronostici (fra i quali il “Totocalcio” ed il “Totogol”) – che ha consentito di recuperare dalla clandestinità notevoli spazi di mercato un tempo in mano alla criminalità.

In particolare, accanto a tali tradizionali tipologie di giochi appartenenti al canale legale, furono introdotte nuove forme di gioco, fra cui le scommesse sportive e gli apparecchi da intrattenimento, che hanno modificato radicalmente il quadro dell'offerta pubblica, facendo registrare una significativa emersione della raccolta di gioco³.

Tipologie di giochi e scommesse

Nell'ambito dell'attuale assetto dell'offerta di gioco pubblico in Italia, alla luce degli sviluppi di cui si è fatto brevemente cenno, è possibile fare una distinzione tra:

(1) i **giochi in sensi stretto**, in cui includere:

(a) gli **apparecchi e congegni da divertimento e da intrattenimento**, al cui interno occorre ulteriormente ripartire tra quelli che consentono **vincite in danaro**, previsti dall'art. 110, comma 6, lettere a) e b) del R.D. 18 giugno 1931, n. 773 (c.d. T.U.L.P.S.), ossia le *new slot* e le *videolottery*, e quelli che **non erogano vincite in danaro**, previsti dal comma 7 del medesimo articolo, come ad esempio i calci balilla, i flipper, i videogiochi, e quelli meccanici che permettono la vincita di oggettistica di modico valore;

(b) il **Bingo**, basato sull'estrazione di novanta numeri, molto simile alla tradizionale tombola;

(c) il **lotto**, le **lotterie** e le **manifestazioni di sorte locali**;

(2) le **scommesse** su eventi ippici, sportivi o relativi ad avvenimenti di spettacolo, musica e attualità;

(3) i **concorsi pronostici**, che possono essere su “base sportiva”, quali ad esempio il “Totocalcio”, il “Totogol” e il “Totip”, o “**numerici a totalizzatore nazionale**”, come il “SuperEnalotto”, il “Super Star” e il “WinForLife”.

La crescente disponibilità sul mercato di potenti tecnologie informatiche a costi sempre più ridotti e la straordinaria diffusione della rete *internet* hanno con il tempo determinato

³

<https://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/portale/documents/20182/164375/dati+gioco+legale+2006-16.pdf/66aee373-6952-4c14-b25d-0f71e4ed8605>

l'affermarsi, specie negli ultimi anni, dell'**offerta gioco tramite il canale a distanza**, in particolare quello dell'*on line*, a cui si affiancano le modalità di raccolta mediante telefonia fissa e mobile.

L'offerta *on line*, in particolare, include tra l'altro i c.d. **giochi di abilità** (*skill games*), le scommesse, il **bingo**, il **lotto** e le **lotterie**.

Il fulcro del meccanismo del gioco a distanza è rappresentato dal **conto gioco nominativo**, la cui apertura è subordinata alla stipula di un apposito contratto tra il giocatore e il concessionario.

Detto contratto comporta l'obbligo di identificazione del cliente, nonché l'apertura di un conto di gioco personale del giocatore, al quale viene attribuito un codice identificativo gestito dal Concessionario e sul quale sono registrati tutti i movimenti di accredito (le ricariche) e di addebito (le poste, le vincite ed i rimborsi di eventi non conclusi); tali movimenti, associati a singoli codici univoci, vengono trasmessi in tempo reale da un *provider* al Totalizzatore nazionale.

Gli apparecchi da gioco di cui all'art. 110 del T.U.L.P.S.

Le new slot e le videolottery

La disciplina degli apparecchi e congegni da divertimento e intrattenimento, previsti dall'art. 110, comma 6 del T.U.L.P.S., è stata oggetto di un profondo riordino a seguito delle previsioni di cui all'art. 22 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, nonché di numerosi ulteriori provvedimenti normativi e di prassi.

L'attuale offerta di gioco tramite apparecchi e congegni con vincita in denaro si fonda essenzialmente su due tipologie di apparecchi:

- (1) le "**NewSlot2**", previste dalla lett. a), del comma 6, dell'art. 110 del T.U.L.P.S., dotate di un proprio *software* di gioco (cosiddetto "residente"), sito al loro interno, che eroga direttamente vincite in danaro.

Tali apparecchi per poter essere messi in esercizio, al fine di consentire la trasmissione dei dati di gioco all'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, devono essere costantemente collegati alla **rete telematica** gestita dal concessionario, prevista dall'art. 14 *bis* del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 640.

In base ai requisiti tecnici di funzionamento, impostati nel *software* di gioco secondo i vincoli previsti dalla citata normativa, fermo restando che non può comunque essere riprodotto il gioco del *poker*, ogni singola partita:

- (a) può avere il costo massimo di **un euro**;
 - (b) deve durare almeno **quattro secondi**;
 - (c) può consentire la distribuzione di vincite in denaro di valore **non superiore a 100 euro**, erogabili secondo un computo dell'apparecchio non predeterminabile, su un ciclo complessivo di non più di 140.000 partite, per importi non inferiori al 70% delle somme giocate;
- (2) le **VLT** (*Video Lottery Terminal*), cosiddette "**VideoLottery**", di cui alla successiva lett. b) del citato art. 110 del T.U.L.P.S. che, a differenza delle *newslot*, essendo privi di un proprio *software* residente, **possono funzionare solo se sono connesse ad un sistema centrale di gioco** gestito dal concessionario, sotto il controllo dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli.

Il giocatore per iniziare le operazioni di gioco può inserire monete metalliche o banconote di qualsiasi taglio o *ticket*, anche avvalendosi di apposite carte ricaricabili, alimentando in tal modo il proprio credito iniziale, disponibile per le successive giocate, incrementato o diminuito in base alle successive eventuali vincite o perdite conseguite.

La principale caratteristica delle *VLT* è rappresentata dal fatto che tali apparecchiature non erogano direttamente vincite in danaro ma rilasciano, al termine di ogni sessione di gioco, un *ticket* attestante il credito residuo, esigibile, fino a determinati importi, direttamente all' esercente di sala.

La filiera dell'offerta di gioco

Nella rete commerciale della offerta di gioco tramite gli apparecchi da divertimento e intrattenimento, intervengono diversi soggetti economici, con varie competenze e responsabilità giuridiche, collocabili nei diversi livelli della filiera, a seconda della tipologia di attività economica svolta e dei reciproci vincoli di natura contrattuale.

Tenuto conto che le apparecchiature di tipo *news slot* possono essere installate facilmente in diverse tipologie di esercizi pubblici, come ad esempio bar, tabacchi, circoli e ristoranti, una vera e propria filiera di gioco esiste solo per tale tipologia di apparecchi, composta principalmente dalle figure del **produttore**, del **concessionario**, del **gestore** e dell' **esercente**.

Nelle *videolottery*, invece, assume un certo rilievo solamente il ruolo del **concessionario**, in quanto, tenuto conto che tali apparecchiature per le loro caratteristiche tecniche di funzionamento richiedono maggiori investimenti e possono essere collocate soltanto all'interno di sale dedicate, normalmente sono gli stessi concessionari che si fanno carico di gestire direttamente, o tramite terzi, le relative sale da gioco.

I soggetti che formano la filiera di gioco – tenuti a fattor comune all'iscrizione nell'elenco dei soggetti di cui all'articolo 1, comma 533, della Legge n. 266/2005, come sostituito dall'articolo 1, comma 82, della Legge 13 dicembre 2010, n. 220 (c.d. **elenco soggetti "RIES"**) – sono:

- (1) il **produttore e l'importatore**, i quali per poter svolgere la propria attività sono tenuti a richiedere una particolare **autorizzazione** all'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, per la quale sarà necessario sottoporre un esemplare dell'apparecchiatura destinata ad essere commercializzata, alla **verifica tecnica di conformità** alle prescrizioni di idoneità per il gioco lecito;
- (2) il **rivenditore**, che si occupa della sola attività di commercializzazione degli apparecchi, senza essere tenuto a richiedere le autorizzazioni previste *sub* (1);
- (3) il **concessionario**, che è il soggetto al quale, all'esito di una procedura di gara ed evidenza pubblica, viene affidata la **concessione per l'offerta di gioco**.

Tale figura riveste un ruolo principale nell'ambito della filiera di entrambe le categorie di apparecchi contemplate dal comma 6 dell'art. 110, in quanto:

- (a) ha la diretta responsabilità della raccolta delle giocate e di tutti gli aspetti amministrativi relativi all'installazione e alla distribuzione;
- (b) gestisce, sotto la supervisione dell'Agenzia delle Dogane dei Monopoli la **rete telematica** delle *news slot* e delle *videolottery*.

A differenza delle prime due tipologie di apparecchi, per quelli senza vincita in danaro, previsti al comma 7 dell'art. 110 del T.U.L.P.S., la figura del concessionario è assente, infatti in questo caso è il gestore, di cui si dirà appresso, ad assumere una posizione prevalente nell'ambito della relativa filiera di gioco;

- (4) il **gestore**, che è il soggetto che si occupa, in maniera organizzata, dell'attività diretta alla distribuzione, installazione e gestione economica delle *slot*.

Quest'ultimo opera in stretto coordinamento con il concessionario ed ha il compito di garantire il corretto impiego delle macchine, assicurandone la conformità alle specifiche regole tecniche di funzionamento, provvedendo, altresì, per conto del concessionario, al:

- (a) collegamento dell'apparecchio alla rete telematica;
- (b) prelievamento delle monete residue nelle gettoniere, che – al netto delle somme riversate al medesimo concessionario a titolo di prelievo crariale e di aggio, come pure delle remunerazioni riconosciute all'esercente – rappresentano la quota di profitto spettante;

Come anticipato, per gli apparecchi “senza vincita in denaro”, invece, pur assumendone la responsabilità della messa in esercizio, non assume in questo caso, il ruolo di “terzo incaricato della raccolta”;

- (5) l'**esercente**, presente nella sola filiera di gioco delle *slot* e degli apparecchi senza vincita in denaro, di cui al comma 7 dell'art. 110 del T.U.L.P.S., quale titolare dell'esercizio pubblico nel quale sono ubicati gli apparecchi da gioco a disposizione dei giocatori.

Ai sensi degli articoli 86 e 88 del T.U.L.P.S., tutti i soggetti della filiera, oltre ad essere muniti delle prescritte autorizzazioni amministrative e tenuti ad essere iscritti al citato elenco “RIES”, devono essere in possesso anche della **licenza di pubblica sicurezza**.

I rapporti commerciali intercorrenti tra le parti dovranno essere regolati con appositi contratti conformi ai contenuti minimi previsti dallo schema di convenzione per il rapporto di convezione tra il concessionario e l'Agenzia delle Dogane dei Monopoli.

Il prelievo erariale unico (PREU)

Sulla raccolta di gioco effettuata mediante le *news slot* e le *videolottery*, in luogo dell'Imposta sugli Intrattenimenti (I.S.I.) prevista dal D.P.R. 26 ottobre 1972 n. 640 e dell'Imposta sul Valore Aggiunto (I.V.A.) di cui al D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 633, si applica un **prelievo erariale unico**, comunemente denominato PREU, previsto dall'art. 39, comma 13 del D.L. 30 settembre 2003, n. 269, convertito dalla Legge 24 novembre 2003, n. 326.

La **base imponibile** è costituita dall'**importo globale delle somme giocate su ciascun apparecchio, risultante dagli appositi contatori** (raccolta).

Il **soggetto passivo** d'imposta è il soggetto al quale l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli ha rilasciato il nulla osta di cui all'art. 38, comma 5, della Legge n. 388/2000, ossia i **concessionari collegati alla rete della predetta Agenzia per la gestione telematica degli apparecchi**, individuati con procedure ad evidenza pubblica (art. 39, comma 13, del D.L. n. 269/2003).

È prevista, inoltre, la **responsabilità solidale** per i “gestori”, infatti, l'art. 39 *sexies* del citato D.L. n. 269/2003 prevede che “*i terzi incaricati della raccolta di cui all'art. 1, comma 533, della Legge 23 dicembre 2005, n. 266*” sono solidalmente responsabili con i Concessionari di rete per il versamento del PREU dovuto, con riferimento alle somme giocate che i suddetti terzi hanno raccolto, nonché per i relativi interessi e sanzioni.

L'esercente, invece, non risponde, nemmeno in via solidale, del pagamento del PREU, in quanto, pur essendo il detentore degli apparecchi, quale titolare dell'esercizio pubblico in cui sono installati, non ha la materiale disponibilità delle somme giocate, non svolgendo alcuna specifica mansione nell'attività di raccolta, riservata esclusivamente ai gestori e ai concessionari.

L'**aliquota** è differente a seconda della tipologia di apparecchio prevista dall'art. 110, comma 6 del T.U.L.P.S..

Alla luce del recente innalzamento introdotto dall'ultimo intervento correttivo di manovra finanziaria, disposto dall'art. 6 del **D.L. 24 aprile 2017, n. 50**, l'aliquota del tributo previsto per le:

- (1) **news slot**, passa dalla precedente misura del 17,5% al **19%** dell'ammontare delle somme giocate;
- (2) **videolottery**, aumenta dal 5,5% al **6%** della raccolta.

Una volta assolto il versamento del PREU, la parte residua delle somme complessivamente giocate – al netto delle vincite erogate ai giocatori, per un valore complessivo pari ad almeno il 70% della raccolta, come detto, nel caso delle **news slot** e all'85% per le **videolottery** – viene ripartita tra i soggetti della filiera (ossia, il concessionario, il gestore e l' esercente) a titolo di **aggio**, come remunerazione per la propria attività economica svolta nella gestione e raccolta di gioco, in base ai liberi accordi contrattuali che saranno assunti tra le parti.

L'applicazione del PREU anche alla raccolta illecita di gioco tramite apparecchi di cui all'art. 110, comma 6, del T.U.L.P.S..

Il prelievo erariale unico è applicabile anche nel caso in cui la raccolta di gioco sia stata posta in essere tramite gli apparecchi di cui all'art 110, comma 6 del T.U.L.P.S. con **modalità illecite**.

Infatti, ai sensi dell'art. 39 *quater* del citato D.L. n. 269/2003, introdotto dal comma 84, dell'articolo 1 della Legge 27 dicembre 2006, n. 296 (Finanziaria per il 2007), il PREU è dovuto anche in relazione alle giocate effettuate tramite gli apparecchi e congegni:

- (1) **privi di regolare nulla osta** per la messa in esercizio, che **"erogano vincite in denaro o le cui caratteristiche consentono il gioco d'azzardo"**;

In tali casi, il soggetto passivo del tributo è colui che ha provveduto alla loro installazione o, nel caso in cui non sia possibile la sua identificazione, il pagamento dell'imposta sarà chiesto al possessore o al detentore a qualsiasi titolo dei citati apparecchi.

È inoltre prevista la responsabilità solidale per l' esercente che, a qualsiasi titolo, ha la disponibilità dei locali in cui sono installati gli apparecchi e congegni privi del nulla osta;

- (2) ~~il cui esercizio, pur essendo muniti di regolare nulla osta di messa in esercizio, sia qualificabile come illecito civile, penale o amministrativo, come ad esempio nei casi di:~~

- (a) **mancato collegamento alla rete telematica** o comunque con modalità **non conformi** alle prescrizioni per il gioco lecito;
- (b) **manomissione** dei meccanismi elettronici interni degli apparecchi, alterando il flusso telematico di comunicazione dei dati di gioco, al fine di occultare l'effettivo volume di gioco della singola macchina.

Con la Legge 23 dicembre 2014, n. 190 (**stabilità 2015**), sono state introdotte specifiche misure volte a contrastare l'offerta illecita di gioco tramite apparecchi e congegni da divertimento e da intrattenimento.

Nello specifico, l'art. 1, comma 646, dispone che **il titolare di un qualsiasi esercizio pubblico** nel quale si rinvenano **news slot**, ovvero qualsiasi altro apparecchio che sia comunque idoneo a consentire l'esercizio del gioco con vincite in denaro (come ad esempio i **"Totem"**), che **non risultino collegati alla rete statale di raccolta del gioco**, ovvero che in

ogni caso non consentano la lettura dei dati relativi alle somme giocate, anche per effetto di manomissioni, è soggetto al pagamento per ciascuna:

- (3) *news slot*, del prelievo unificato (PREU) su un imponibile medio forfetario giornaliero di 3.000 euro, per 365 giorni di presunta operatività;
- (4) altra apparecchiatura, dell'imposta unica di cui al citato D.Lgs. n. 504/1998, in ragione di un'aliquota di prelievo del 6 per cento, su un imponibile medio forfetario giornaliero di 3.000 euro, per 365 giorni di presunta operatività.

Apparecchi senza vincite in denaro, art.110, comma 7, del T.U.L.P.S.

Il gioco tramite apparecchi senza vincite in denaro, a differenza delle *news slot* e delle *videolottery*, previste dal comma 6 dell'art. 110, si caratterizza per la prevalenza dell'aspetto dell'intrattenimento del giocatore rispetto a quello della vincita in danaro.

Rientrano in tale categoria:

- (1) gli apparecchi e congegni elettromeccanici, che distribuiscono prodotti di piccola oggettistica, non convertibili in denaro, all'esito di prove di capacità fisica, mentale o strategica;
- (2) gli altri apparecchi da gioco, basati sulla sola abilità del giocatore, che non distribuiscono premi e per i quali la durata della partita è direttamente proporzionale all'abilità ed alle capacità strategiche dell'utilizzatore;
- (3) gli apparecchi, diversi dai precedenti, che distribuiscono tagliandi direttamente e immediatamente dopo la conclusione della partita;
- (4) i "bigliardi", "flipper", "bigliardini", "gioco al gettone azionato da ruspe", "gioco elettromeccanico dei dardi";
- (5) gli apparecchi meccanici attivabili a moneta o gettone, qualora non consentano alcuna vincita di premio, bensì il mero prolungamento dell'intrattenimento ("calciobalilla" e apparecchi simili);
- (6) le attrazioni per bambini con congegno a vibrazione tipo "Kiddie rides", attivabili a moneta o gettone.

La raccolta di gioco effettuata con gli apparecchi e i congegni che non corrispondono a vincite non è soggetta al prelievo erariale unico ma all'imposta sugli intrattenimenti, secondo quanto previsto dall'art. 14 bis del D.P.R. 26 ottobre 1972, n. 640, applicabile su una base imponibile determinata in misura forfetaria.

Il soggetto passivo d'imposta è il gestore, ossia colui che esercita un'attività organizzata diretta alla distribuzione, installazione e gestione economica di apparecchi meccanici o elettromeccanici da divertimento e intrattenimento, dallo stesso posseduti a qualunque titolo, presso luoghi pubblici o aperti al pubblico ovvero in circoli od associazioni di qualunque specie ovvero l'esercente del locale ove tali apparecchi sono installati, nel caso in cui ne sia proprietario.

L'offerta di scommesse

Modalità di raccolta

La scommessa è un contratto mediante il quale le parti, assumendosi reciprocamente il rischio dell'esito di un evento, si obbligano l'una verso l'altra a pagare la posta pattuita nel caso in cui il pronostico sia sfavorevole ad una delle parti stesse.

Le scommesse, in base alle modalità di determinazione delle vincite, si possono distinguere in due tipologie:

- (1) a "totalizzatore", nelle quali l'ammontare dei montepremi è ripartito tra gli scommettitori vincenti, secondo criteri predeterminati dal legislatore;
- (2) a "quota fissa", in cui l'importo della vincita è già prefissato preventivamente in accordo tra lo scommettitore e l'allibratore.

Occorre poi fare un'ulteriore importante distinzione, in base alle modalità di raccolta delle giocate, si parla infatti di raccolta tramite "canale fisico" di scommesse, quando il concessionario si avvale per l'attività di gioco di un c.d. "punto fisico", e di "canale a distanza" nei casi dell'offerta *on line* di scommesse, tramite la propria piattaforma *web*, come già fatto cenno in premessa.

Nella prima ipotesi vi sarà un esercizio aperto al pubblico⁴, presso il quale saranno raccolte direttamente al "banco" le scommesse dei clienti da parte del *bookmaker*.

In tal caso, l'attività di raccolta sarà consentita ai soli a soggetti che siano muniti, allo stesso tempo, di:

- (3) concessione statale, rilasciata a seguito di una pubblica gara;
- (4) licenza di pubblica sicurezza, prevista dall'art. 88. del T.U.L.P.S.

Nel secondo caso, invece, il cliente può scommettere direttamente, senza avvalersi di alcun intermediario, accedendo via *internet* al sito *web* dell'allibratore, previa apertura di un apposito conto gioco.

Così come avviene per la raccolta fisica, anche i *bookmaker* che offrono in Italia scommesse tramite il canale a distanza, devono essere muniti di un'apposita concessione rilasciata dall'Agenzia delle Dogane dei Monopoli, a seguito di procedure ad evidenza pubblica.

Per l'attività di promozione della loro offerta di gioco, i citati *bookmaker*, titolari di concessione per l'offerta di gioco *on line*, possono avvalersi di "punti di commercializzazione", ubicati all'interno di esercizi commerciali, presso i quali è possibile:

- (5) aprire conti di gioco;
- (6) commercializzare le relative ricariche;
- (7) mettere a disposizione del giocatore la dotazione tecnologica (personal computer con accesso ad Internet) utile per consentire a quest'ultimo di accedere alla piattaforma di gioco del concessionario e, tramite il proprio conto gioco, effettuare la scommessa.

~~Sono, per converso, inibite al punto di commercializzazione altre attività e, in particolare, la raccolta di giocate, la riscossione delle poste di gioco e la liquidazione di vincite e il rimborso.~~

L'imposta Unica sulle scommesse

Sulle scommesse e sui concorsi pronostici⁵ si applica un'imposta unica, prevista dal D.Lgs. n. 23 dicembre 1998, n. 504.

⁴ L'offerta fisica di scommesse, a seconda della tipologia di concessione aggiudicata dal concessionario, può essere svolta in un apposito "negozio gioco", all'interno del quale viene esercitata in forma prevalente l'attività di gioco, o in un "corner" allestito nell'ambito di un esercizio commerciale che svolge in forma prevalente una diversa attività commerciale, come ad esempio un bar, un'edicola o un ristorante.

Se la scommessa è accettata in Italia, l'imposta è dovuta a prescindere della localizzazione dell'evento sportivo o del relativo operatore economico.

Il soggetto passivo è **chiunque**, anche in assenza di concessione, **gestisce con qualunque mezzo**, anche telematico, per conto proprio o di terzi, anche ubicati all'estero, concorsi pronostici e scommesse di qualsiasi genere.

L'articolo unico, comma 66, della Legge 13 dicembre 2010, n. 220 (stabilità 2011), dispone che, ferma restando l'obbligatorietà di licenze, autorizzazioni e concessioni nazionali per l'esercizio dei concorsi pronostici e delle scommesse, ai soli fini tributari, **il soggetto passivo d'imposta è chiunque**, ancorché in assenza o in caso di inefficacia della concessione, **gestisce con qualunque mezzo**, anche telematico, **per conto proprio o di terzi, anche ubicati all'estero, concorsi pronostici o scommesse di qualsiasi genere**.

Il soggetto passivo, pertanto, non è solo chi offre, per conto proprio o di terzi, scommesse in base ad una concessione rilasciata dallo Stato, ma anche chi svolge la medesima attività in assenza di concessione, come ad esempio nel caso dell'offerta di scommessa da parte di *bookmaker* esteri privi di concessione tramite i c.d. "centri di trasmissione dati".

In caso di **attività esercitata per conto terzi**, il soggetto per conto del quale l'attività è esercitata è obbligato solidalmente al pagamento dell'imposta e delle relative sanzioni.

Fino alla manovra finanziaria per il 2016, **la base imponibile rilevante ai fini dell'imposta unica era costituita dall'ammontare della somma giocata per ciascuna scommessa**. Con la citata manovra finanziaria, ad opera della Legge n. 208/2015, è stato previsto, invece, **un nuovo regime fiscale delle scommesse a quota fissa e dei giochi di abilità a distanza**, basato non più sulla tassazione della raccolta, ma sull'applicazione dell'**imposta unica sul margine residuo**, ossia sugli importi costituiti dalla **differenza tra le predette somme raccolte e quelle restituite al giocatore a titolo di vincite**, con un'aliquota del 20% per i giochi di abilità, del 18% per le scommesse su rete fisica e del 22% per quelle a distanza.

Procedure di emersione per gli operatori privi di concessione

La citata Legge n. 190/2014 (stabilità 2015), all'art. 1, comma 643, ha introdotto la possibilità per gli operatori che offrono scommesse con vincite di denaro in Italia, per conto proprio ovvero di soggetti terzi, anche esteri, senza essere collegati al totalizzatore nazionale dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, di aderire a un regime transitorio di regolarizzazione, in attesa del riordino della materia dei giochi pubblici, in attuazione dell'art. 14 della Legge 11 marzo 2014, n. 23.

Nel dettaglio, per i titolari degli esercizi che erano attivi al 31 ottobre 2014, è stata prevista la possibilità di sanare la propria posizione entro il 31 gennaio 2015 (termine prorogato, poi, al 31 gennaio 2016 dalla Legge di stabilità 2016), mediante l'invio all'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli di una dichiarazione di impegno alla regolarizzazione fiscale e il contestuale versamento di un importo di 10.000 euro, da compensare in sede di versamento dell'imposta unica di cui al D.Lgs. n. 504/98, dovuta per i periodi d'imposta anteriori a quello del 2015 (successivamente esteso al 2016) e per i quali non siano ancora scaduti i termini di decadenza per l'accertamento.

A coloro che non hanno aderito alla procedura di emersione o ne siano successivamente decaduti, il comma 644 dell'art. 1 del provvedimento normativo in parola ha disposto che,

⁵ I concorsi pronostici rientrano nella categoria dei contratti plurilaterali. Il totalizzatore è il soggetto che si incarica di organizzare la raccolta delle giocate, di totalizzarle e di dividere tra i giocatori le somme, dopo averne detratto le spese, gli utili e gli oneri fiscali, resta estraneo al contratto stesso e non corre alcun rischio, in quanto il suo utile è comunque assicurato, indipendentemente dai risultati.

ferma restando la configurabilità del reato di "Esercizio abusivo di attività di giuoco o di scommessa", previsto all'art. 4 della Legge 13 dicembre 1989, n. 401, sia applicabile:

a. l'obbligo:

- (1) del rispetto delle norme in materia antiriciclaggio (D.Lgs. 21 novembre 2007, n. 231) e di tutela dei minori (art. 7, commi 5 e 8, del D.L. 13 settembre 2012, n. 158, convertito dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189);
- (2) di comunicare i propri dati anagrafici e l'esistenza dell'attività al Questore territorialmente competente.

Gli stessi dati devono essere comunicati dal proprietario dell'immobile in cui ha sede il punto di raccolta all'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli.

Viene previsto, inoltre, che i titolari dell'esercizio o del punto di raccolta di scommesse debbano comunque essere in possesso dei requisiti soggettivi necessari per il rilascio del titolo abilitativo di cui all'articolo 88 del T.U.L.P.S.; in assenza di quest'ultima condizione, il Questore dispone la chiusura immediata dell'esercizio o del punto di raccolta;

- b. il divieto di raccolta per eventi non inseriti nel palinsesto autorizzato dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, nonché di scommesse che consentono vincite superiori a euro 10.000. Non è consentita, altresì, l'installazione di apparecchi (segnatamente, *AWP* e *VLT*) di cui all'articolo 110, comma 6, lettere a) e b), del T.U.L.P.S.;
- c. uno specifico regime di determinazione dell'imposta unica dovuta, basato sull'applicazione dell'aliquota massima su di un imponibile forfettario, coincidente con il triplo della media della raccolta effettuata nella provincia ove è ubicato il punto di raccolta.

Il comma 644, lett. h) dell'art. 1 della menzionata Legge di stabilità 2015 ha previsto anche specifiche sanzioni amministrative per i casi di mancato rispetto dei divieti e degli obblighi dianzi citati.

Riapertura dei termini della procedura di emersione prevista dalla Legge di stabilità 2016

L'art. 1, comma 926, della Legge n. 208/2015 ha disposto la proroga, fino al 31 gennaio 2016, della citata sanatoria prevista dalla Legge di stabilità 2015.

In particolare, la disposizione in parola ha riaperto i termini per aderire alla suddetta procedura ed è stata rivolta ai soggetti:

- (a) attivi al 31 ottobre 2014 che non avevano aderito alla procedura prevista dalla Legge n. 190/2014 entro il 31 gennaio 2015;
- (b) che avevano iniziato la citata attività successivamente al 31 ottobre 2014.

Procedura di applicazione della presunzione iuris tantum sull'esistenza di una stabile organizzazione

Nella Legge di stabilità 2016, inoltre, allo scopo di contrastare possibili condotte evasive ai fini delle Imposte dirette da parte di *bookmaker* residenti all'estero, è stata introdotta una procedura di applicazione di una presunzione *iuris tantum* sull'esistenza di una stabile organizzazione ai sensi dell'art. 162 del Testo Unico delle Imposte sui Redditi approvato con D.P.R. 22 dicembre 1986, n. 917, in capo all'impresa non residente che si avvalga, ai fini della raccolta delle scommesse, di uno o più soggetti residenti, operanti nell'ambito di un'unica rete di vendita, anche sotto forma di "centro trasmissione dati", cui sono attribuite le attività tipiche del gestore (quali, ad esempio, raccolta scommesse, pagamento premi, concessione di apparecchiature informatiche e di locati), quando i flussi finanziari intercorrenti tra i gestori e il soggetto non residente superino, nell'arco di sei mesi, l'importo di 500.000 euro.

Le norme a tutela dei minori di età

Ai sensi dell'art. 24, comma 20, del D.L. n. 98/2011, convertito dalla Legge 15 luglio 2011, n. 111, è vietato consentire la partecipazione ai giochi pubblici con vincita in denaro ai minori di anni diciotto.

In capo al titolare degli esercizi commerciali, del locale o, comunque, del punto di offerta del gioco grava l'obbligo di assicurare il rispetto del divieto di gioco per i minori, la cui violazione è punita con l'applicazione da parte dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli di una sanzione amministrativa pecuniaria da euro cinque mila a euro venti mila.

Sono applicabili, inoltre, le seguenti sanzioni accessorie, consistenti:

- a. nella chiusura dell'esercizio commerciale, del locale o, comunque, del punto di offerta del gioco da 10 fino a 30 giorni;
- b. nella revoca di qualunque autorizzazione/concessione, in caso di reiterazione della violazione;
- c. nella sospensione del trasgressore, per un periodo da 1 a 3 mesi, dall'elenco degli operatori di gioco.

Sulla delicata tematica è poi intervenuto, il D.L. n. 158/2012, che ha introdotto ulteriori e più stringenti misure atte ad inibire, ai minori di età, di prendere parte, in qualsiasi modo, al gioco con vincita in denaro

Nel dettaglio, sulla scorta della disposizione di cui all'art. 7, comma 8, del predetto decreto, ferme restando le previsioni compendiate nei commi da 20 a 22 del predetto art. 24, riferite al divieto di partecipazione al gioco per i minori di età, è ora, ai medesimi soggetti, analogamente vietato l'ingresso:

- d. nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro interne alle sale Bingo;
- e. nelle aree e nelle sale in cui sono installate le *VLT* di cui all'art. 110, comma 6, lett. b), del T.U.L.P.S.;
- f. nei punti di vendita in cui si esercita come attività principale quella di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi.

Ai fini dell'applicazione delle suddette disposizioni, è stato stabilito che il titolare dell'esercizio commerciale, del locale ovvero del punto di offerta del gioco con vincite in denaro, verifichi l'età degli avventori mediante richiesta di esibizione di un documento di identità, ad eccezione dei casi in cui tale circostanza emerga manifestamente.

Sul piano punitivo, per la violazione del sopra descritto divieto di accesso è prevista l'applicazione del medesimo trattamento sanzionatorio contemplato, dall'art. 24, commi 21 e 22, del predetto D.L. n. 98/2011, per le ipotesi di effettiva partecipazione ai giochi con vincita in denaro.

Il divieto di pubblicità dei giochi con vincita in denaro.

Il D.L. 13 settembre 2012, n. 158, recate "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189, ha introdotto, all'art. 7, specifiche disposizioni normative tese alla salvaguardia della salute attraverso l'introduzione di appositi divieti, in vigore dal 1° gennaio 2013, diretti a contenere la diffusione di fenomeni di ludopatia e il coinvolgimento di

minori nell'ambito dei giochi con vincita in denaro tra cui, in particolare, anche gli apparecchi da gioco ora in esame.

In particolare, il comma 4 della citata disposizione espressamente vieta i messaggi pubblicitari concernenti il gioco con vincita in denaro:

- a. nel corso di trasmissioni televisive o radiofoniche rivolte ai minori e nei trenta minuti precedenti e successivi alla trasmissione stessa;
- b. sulla stampa quotidiana e periodica destinata ai minori e nelle sale cinematografiche in occasione della proiezione di film destinati alla visione dei minori;
- c. su giornali, riviste, pubblicazioni, durante trasmissioni televisive e radiofoniche, rappresentazioni cinematografiche e teatrali, nonché via internet, ogniqualvolta il messaggio evidenzi anche soltanto una delle seguenti circostanze:
 - (1) inciti al gioco, ovvero ne esalti la pratica;
 - (2) faccia riferimento a minori di età;
 - (3) sia privo di formule di avvertimento inerenti al rischio di dipendenza dalla pratica del gioco, nonché dell'indicazione dei riferimenti telematici ove consultare le informazioni riferite alla probabilità di vincita elaborate dalla competente Amministrazione dei Monopoli e messe a disposizione sul proprio sito istituzionale, nonché dei siti dei singoli Concessionari, ovvero disponibili presso i punti di raccolta del gioco.

Sulla scorta di quanto sancito dal successivo comma 5, inoltre, le appena citate formule di avvertimento e le informazioni riferite alle probabilità di vittoria, oltreché essere riportate sulle schedine, nonché sui tagliandi di partecipazione ai giochi, devono essere:

- d. applicate direttamente sugli apparecchi di cui all'art. 110, comma 6, lett. a);
- e. riportate su apposite targhe da esporre nelle aree, nelle sale in cui sono installate le VLT di cui alla successiva lett. b), del citato comma 6.

L'ultimo periodo del comma 5, ha inoltre stabilito che i gestori di sale da gioco e di esercizi in cui vi sia offerta di giochi pubblici, ovvero di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi, sono tenuti a esporre, all'ingresso e all'interno dei locali, il materiale informativo predisposto dalle aziende sanitarie locali (ASL), diretto a evidenziare i rischi correlati al gioco e a segnalare la presenza sul territorio dei servizi di assistenza pubblici e del privato sociale dedicati alla cura e al reinserimento sociale delle persone con patologie correlate al Disturbo da Gioco d'Azzardo.

~~Il comma 6 della disposizione in esame contiene uno specifico regime sanzionatorio approntato dal Legislatore per le violazioni riferite alla violazione dei suddetti divieti.~~

Ulteriori misure sono state previste dalla citata legge n. 208/2015, in particolare dall'art. 1, commi dal 937 al 941, secondo cui la **pubblicità dell'offerta di gioco** deve essere realizzata nel rispetto di una serie di prescrizioni e di divieti contemplati nei commi 938 e 939.

In caso di violazione dei citati divieti è applicabile la **sanzione amministrativa** prevista dal citato comma 6, dell'art. 7 del decreto legge n. 158/2012 in argomento, irrogata dall'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni nei confronti del soggetto che ha effettuato la pubblicità, nonché al proprietario del mezzo con il quale essa è stata diffusa.

Proposte di modifica della normativa in materia di gioco pubblico

Al fine di rendere maggiormente efficace il sistema di tutela del gioco pubblico si propone di introdurre un **Testo Unico** in materia, nella prospettiva di semplificazione della normativa, anche mediante un **intervento organico sull'impianto sanzionatorio**, sia penale che amministrativo, prevedendo in particolare:

- a. l'inserimento tra le categorie di reato previste dal D.Lgs. 8 giugno 2001, n. 231, in tema di responsabilità amministrativa degli enti, dei **delitti** previsti dall'art. 4 della Legge 401/1989 in

materia di raccolta abusiva di scommesse. Con tale modifica legislativa verrebbe estesa, anche a tali fattispecie, **la responsabilità amministrativa della persona giuridica** dipendente da reati commessi nel suo interesse o a suo vantaggio, da persone che rivestono funzioni di rappresentanza, amministrazione o direzione;

- b. nell'ambito della disciplina penale in materia di imposte sui redditi e sul valore aggiunto, di cui al D.Lgs 10 marzo 2000 n. 74, un'autonoma fattispecie di reato di **evasione delle imposte sui giochi**, in tema di prelievo erariale unico e imposta unica sulle scommesse, con una soglia di 50.000 euro.

Conseguentemente, potrà essere introdotta l'applicazione della misura cautelare reale di cui all'art. 322 *ter* del codice penale (**sequestro preventivo per equivalente**) anche per i casi di sottrazione o evasione delle imposte connesse ai giochi;

- c. **l'affidamento in giudiziale custodia alle Forze di Polizia** (con facoltà d'uso, ovvero a titolo definitivo) delle attrezzature sottoposte a provvedimento cautelare, utilizzate per l'illecita attività (computer, stampanti, altro), per l'utilizzo nell'ambito di finalità istituzionali.

Si segnala, infine, che la legge 19 luglio 2013, n. 87, ha istituito la **Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno delle mafie e sulle altre associazioni criminali, anche straniere**, con il compito, previsto all'articolo 1, di «*accertare la congruità della normativa vigente e della conseguente azione dei pubblici poteri, formulando le proposte di carattere normativo e amministrativo ritenute opportune per rendere più coordinata e incisiva l'iniziativa dello Stato, delle regioni e degli enti locali e più adeguate le intese internazionali concernenti la prevenzione delle attività criminali, l'assistenza e la cooperazione giudiziaria, anche al fine di costruire uno spazio giuridico antimafia al livello dell'Unione europea e di promuovere accordi in sede internazionale*».

La citata Commissione ha ben descritto e delineato nella relazione Comunicata alle Presidenze il 7 luglio 2016 articolate proposte per:

- d. il rafforzamento dei presidi di prevenzione del sistema dei giochi pubblici;
- e. la revisione dell'apparato sanzionatorio penale e amministrativo del settore;
- f. l'adozione di più severe misure antiriciclaggio per la tracciabilità delle vincite al gioco, sulle politiche antimafia e sul ruolo delle autonomie locali nella distribuzione dell'offerta dei giochi pubblica;
- g. una nuova *governance* della vigilanza e per una riorganizzazione dei controlli sui giochi e le scommesse anche online.

Oltre a quanto già sopra evidenziato, si rappresenta che **l'Osservatorio fa propria la relazione della Commissione parlamentare di inchiesta sul fenomeno delle mafie e, per quanto di propria competenza, sollecita gli organi statali preposti a intraprendere ogni iniziativa utile al fine di risolvere le questioni e i problemi evidenziati nella citata Relazione.**

RACCOMANDAZIONI:

- Alla luce dello stato attuale della normativa e prassi, auspicando un intervento che semplifichi e riordini tutto il comparto tenendo come obiettivo la tutela della salute dei "giocatori", essendo il DL Balduzzi punto di partenza (e non di approdo così come rilevato si veda allegato appendice sent. C.Cost. nr. 108 del 2017) per arginare il fenomeno:*
- *inasprimento delle sanzioni amministrative e penali per il contrasto del gioco illecito;*
 - *raccolta e semplificazione normativa che racchiuda in una unica fonte normativa e regolamentatoria tutto il compartimento "gioco";*
 - *recepimento della multidisciplinarietà del fenomeno con particolare riguardo al fenomeno del gioco on line;*

- *recepimento del precetto costituzionalmente garantito di cui all'art. 32, in punto di rilascio di autorizzazioni e concessioni in generale del gioco lecito (ad es. luminosità sala da gioco fisica oltre la regolarità delle licenze per l'installazione di apparecchi da gioco)*

Gruppo di Lavoro

Il documento è stato redatto dai componenti dell'*Osservatorio Nazionale per il contrasto del gioco d'azzardo e la dipendenza grave*, sulla base delle linee d'indirizzo precedentemente definite dal "Gruppo di lavoro regionale GAP" della Regione Toscana e approvato con Delibera di Giunta regionale toscana n. 882 del 6 settembre 2016.

Prevenzione

Responsabile

Saraceno Patrizia

Componenti del gruppo

Nora Coppola

Paolo Merello

Marco Polizzi

Matteo Iori

Documento elaborato con il contributo di

Affinita Antonio

Camposeragna Antonella

De Angelis Giuseppina

Gulimanoska Lolita

Molinaro Sabrina

Temporin Matteo

Vignola Francesca

Definizione del DGA, cura e riabilitazione

Responsabile

Onofrio Casciani

Componenti del gruppo

Matteo Iori

Maurizio Fiasco

Marco Polizzi

Paolo Merello

Documento elaborato con il contributo di

Maurizio Avanzi

Daniela Capitanucci

Fulvia Prever

Roberta Smantotto

Riccardo Zerbetto

e il

Gruppo di lavoro regionale GAP della Regione Toscana

Adriana Iozzi (Coordinatrice)

Massimo Cecchi

Valentina Cocci

Angela Guidi

Patrizia Mannari

Mauro Pini

Giuseppe Iraci Sareri

Daniela Tarquini

Daniel R. de Wet

Arcangelo Alfano (coordinatore regionale)

Analisi della normativa e delle prassi

Responsabile

Pietro Valentini

Componenti del gruppo

Lamberto Baccini

Filippo D'Albore

Massimiliano Dona

Dino Cimaglia

Elena Giacone

Matteo Iori

Marco Polizzi

Elisabetta Posso

Pietro Valentini

ALLEGATO N. 1

STUDIO ESPAD@Italia (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)

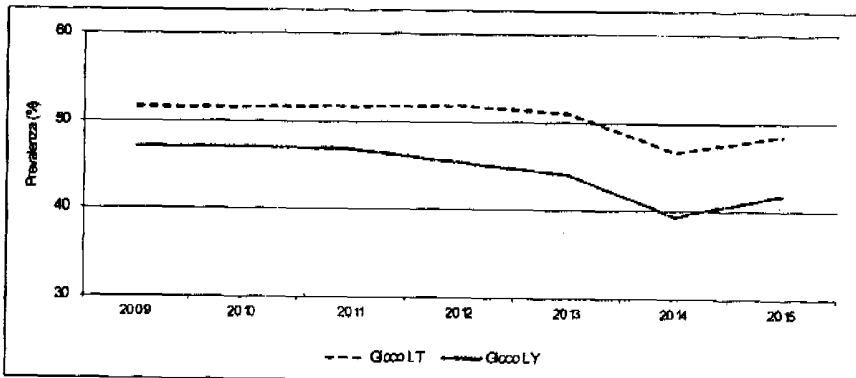
I DATI SUL GIOCO D'AZZARDO TRA GLI STUDENTI ITALIANI

Un'analisi approfondita delle caratteristiche e degli andamenti della diffusione del gioco d'azzardo in una popolazione particolarmente sensibile quale quella giovanile è fornita in Italia dai dati dello studio campionario ESPAD@Italia che, fin dal 2008, ha dedicato una sezione specifica alla rilevazione e al monitoraggio di questo specifico comportamento. Lo studio ESPAD@Italia, che si inserisce nell'omonimo progetto europeo ESPAD – European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (condotto a livello europeo ogni quattro anni), è realizzato annualmente, fin dal 1999, dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR) su un campione rappresentativo di studenti delle scuole secondarie di secondo grado presenti sul territorio nazionale, coinvolgendo non solo i 15-16enni, come avviene nell'ambito del progetto europeo, bensì tutti gli studenti dai 15 ai 19 anni, frequentanti le classi dalla prima alla quinta superiore.

Diffusione e caratteristiche

L'ultimo studio ESPAD@Italia, realizzato nel 2015, ha stimato che quasi il 49% degli studenti di 15-19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita (LT) e il 42% nell'anno antecedente la rilevazione (LY). Dopo un periodo di stabilità delle prevalenze, durato fino al 2013 per il gioco LT (con prevalenze del 51-52%) e al 2011 per quello LY (intorno al 47%), si osserva un decremento delle stesse fino all'anno 2014 (anno in cui le prevalenze del gioco LT e LY risultano del 47% e del 39% rispettivamente). L'ultima rilevazione mostra invece un leggero incremento, che riguarda entrambe le prevalenze.

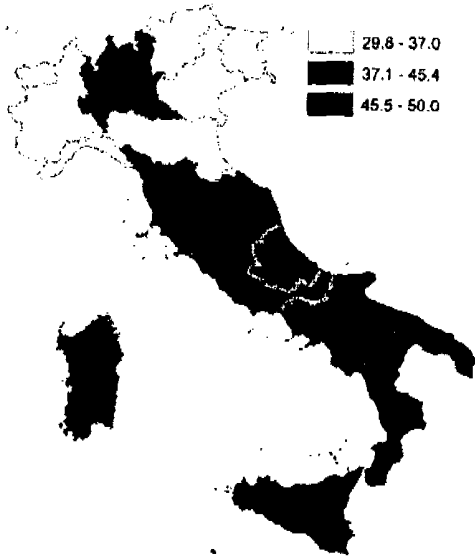
Stime di prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e nell'ultimo anno. Anni 2009-2015



LT=Life Time (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)
ESPAD@Italia

È nelle regioni meridionali (ad eccezione della regione Molise) e in Sicilia che si osservano le prevalenze LY superiori alla media nazionale, mentre le regioni settentrionali (esclusa la Lombardia) registrano i valori inferiori.

Stime di prevalenza degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo LY. Anno 2015



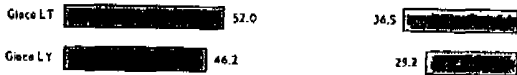
ESPAD@Italia 2015

Ad essere maggiormente attratti dal gioco d'azzardo sono i maschi (LT: M=57%; F=40%; LY: M=52%; F=32%) e gli studenti maggiorenni (LT=55%; LY=48%). È interessante notare che nonostante la legge italiana lo vieti, il 44% dei minorenni ha giocato d'azzardo almeno una volta nel corso della vita e il 38% lo ha fatto nel corso dell'ultimo anno.

Stime di prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo. Anno 2015

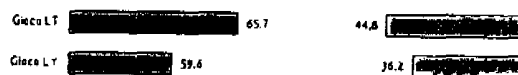
a) 15-17 anni

Maschi
Femmine



b) 18-19 anni

Femmine
Maschi



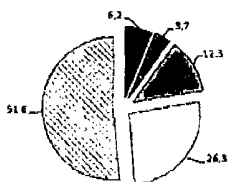
ESPAD@Italia 2015

Il 62% degli studenti che ha giocato d'azzardo durante l'anno lo ha fatto non più di una volta al mese, mentre quasi il 22% lo ha fatto da 2 a 4 volte/mese e il 12% da 2 a 5 volte alla settimana; sono invece il 4% coloro che hanno giocato 6 o più volte/settimana, con differenze non sostanziali a livello di età (minorenni=4,5%; maggiorenni=4%), bensì di genere (6%; F=1%).

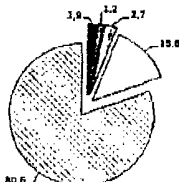
Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo LY. Anno 2015

a) 15-17 anni

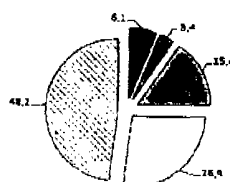
Maschi
Femmine



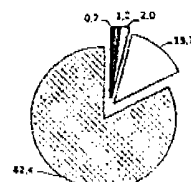
Femmine



b) 18-19 anni



Maschi



Legend for frequency distribution:

- 1 volta mese
- 2-4 volte mese
- 2-5 volte settimana
- 4-5 volte settimana
- 6 volte settimana

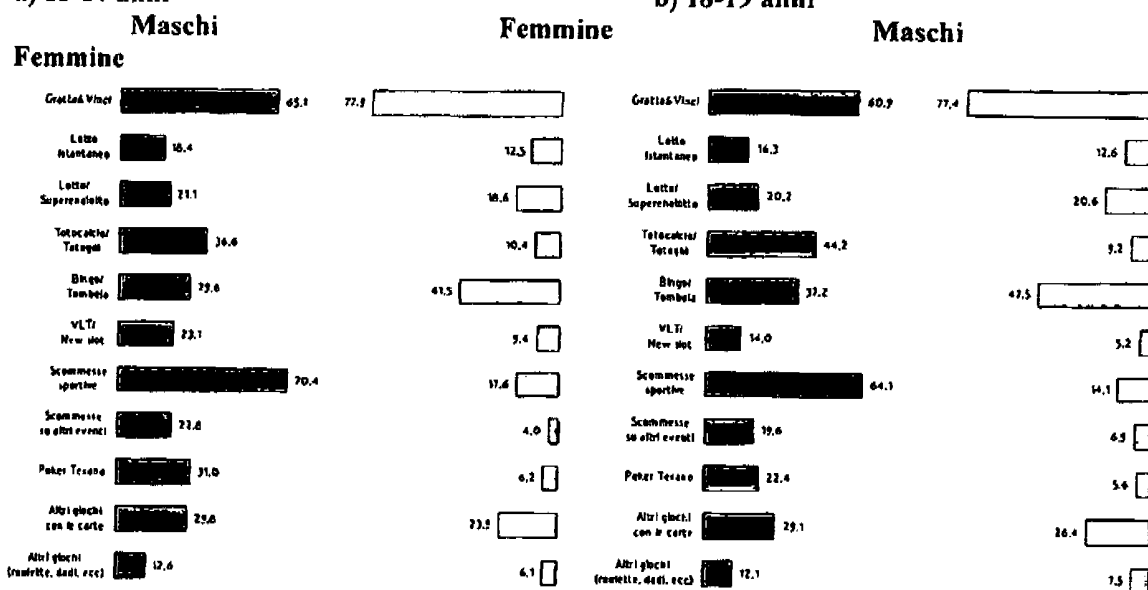
ESPAD@Italia 2015

Per quanto riguarda le tipologie di gioco, ad essere preferiti sono soprattutto i Gratta & Vinci (il 69% degli studenti-giocatori ha giocato durante l'anno), seguiti dalle scommesse sportive (47%), dai giochi Bingo/Tombola (38%) e Totocalcio/Totogol (29%); il 28% degli studenti-giocatori ha puntato soldi giocando a carte, il 18% a Poker Texano, il 15% a Lotto/Superenalotto ed il 14% alle New Slot/VLT. Se le studentesse preferiscono i giochi non strategici, come Gratta & Vinci (78%; M=63%) e Bingo/Tombola (45%; M=34%), i ragazzi, oltre a quelli praticati dalle coetanee, fanno scommesse, sia su eventi sportivi che di altro genere (67% e 21%; F=16% e 6%), e giocano a Totocalcio/Totogol (41%; F=10%) e a Poker Texano (26%; F=6%).

Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo LY. Anno 2015

a) 15-17 anni

b) 18-19 anni



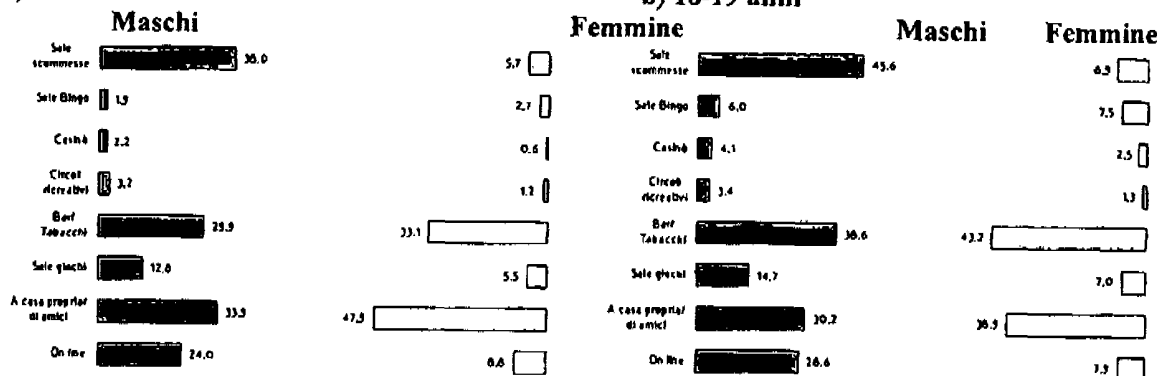
ESPAD@Italia 2015

In linea con le tipologie di gioco praticate, i contesti di gioco maggiormente frequentati dagli studenti-giocatori sono i bar/tabaccherie (35%) e le sale scommesse (28%), nonché le abitazioni private (casa propria o di amici: 37%) e via web (19%). Le studentesse-gioiatrici hanno giocato prevalentemente presso le abitazioni private (44%; M=32%) e/o nei bar/tabacchi (38%; M=34%) così come i ragazzi, i quali frequentano anche le sale scommesse (42%; F=7%) e/o giocano on-line (26%; F=8%).

Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo LY. Anno 2015

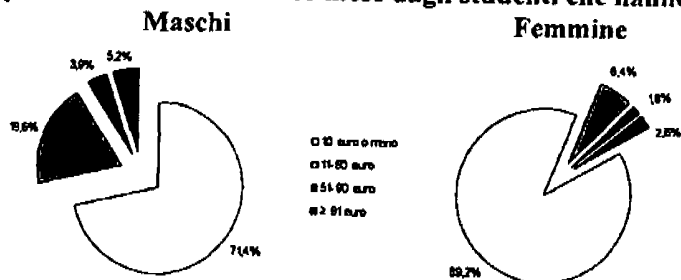
a) 15-17 anni

b) 18-19 anni



Il 76% dei giocatori LY ha speso nell'ultimo mese meno di 10 euro per giocare d'azzardo, mentre l'8% ha speso oltre 50 euro: questo riguarda soprattutto i giocatori di genere femminile nel primo caso, e maschile nel secondo.

Spesa sostenuta nell'ultimo mese dagli studenti che hanno giocato d'azzardo LY. Anno 2015



Il gioco on-line

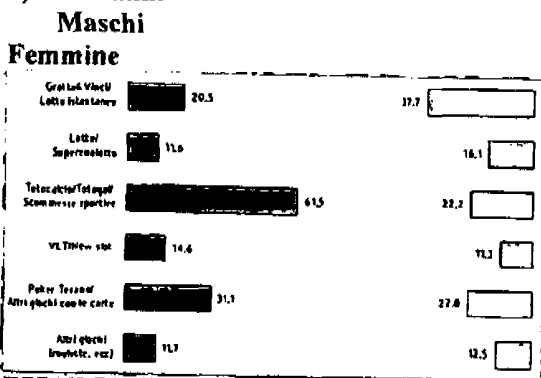
Il 64% degli studenti che hanno giocato on-line durante l'anno lo ha fatto occasionalmente, per non più di 5 volte, soprattutto le studentesse (80%; F=60%), mentre il 18% l'ha fatto 20 o più volte nell'anno, in particolare i maschi (20%; F=7%).

Per giocare il 47% degli studenti-giocatori on-line ha utilizzato il computer, in particolare i maschi (M=51%; F=30%) e gli studenti maggiorenni (53%; minorenni=42%), ed il 34% lo smartphone, in questo caso senza sostanziali differenze di genere (M=36%; F=27%) e di età (maggioresnni=35%; minorenni=34%).

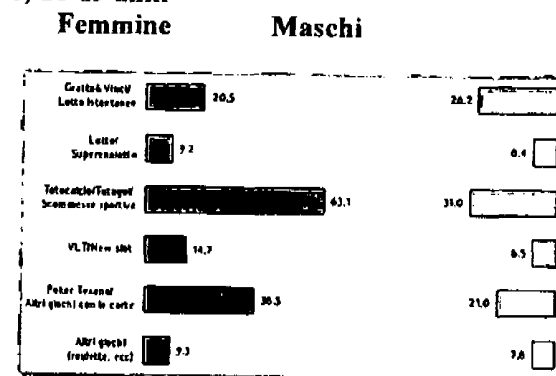
Il 56% dei giocatori on-line ha giocato a Totocalcio/Scommesse sportive e il 33% a Poker Texano, in particolare i maschi (rispettivamente 62% e 35%; F=26% e 22%), mentre il 23% ha giocato via web ai Gratta & Vinci/Lotto istantaneo, in questo caso soprattutto le femmine (34%; M=21%).

Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo on line nell'anno. Anno 2015

a) 15-17 anni



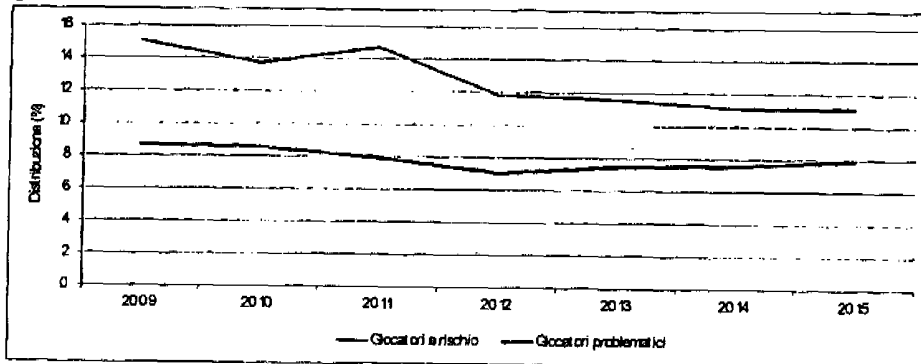
b) 18-19 anni



I profili di gioco

Per definire il grado potenziale di problematicità del comportamento di gioco lo studio ESPAD@Italia utilizza un test di screening sul gioco specificatamente rivolto agli adolescenti, il test Sogs-Ra - South Oaks Gambling Screen, Revised for Adolescents (Winters et al. 1993; Poulin, 2002) (si veda box sotto riportato *South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents - SOGS-RA*), recentemente validato a livello nazionale (Colasante et al., 2014). La somministrazione del test ha rilevato che l'81% degli studenti-giocatori LY ha un comportamento definibile "sociale", l'11% "a rischio" e l'8% circa "problematico" (rispettivamente pari a circa il 34%, 5% e 3% di tutti gli studenti italiani), senza alcuna variazione rispetto alla rilevazione precedente. Le percentuali di giocatori a rischio tendono a diminuire nel corso degli anni (dal 14-15% degli anni 2009-2011 al 12% circa del biennio 2012-2013), mentre quelle dei giocatori problematici, pur diminuendo fino al 2012 (dal 9% del 2009 al 7% nel 2012), si mantengono stabili nell'ultimo triennio.

Distribuzione percentuale dei profili di gioco a rischio e problematico tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo LY. Anni 2009-2015



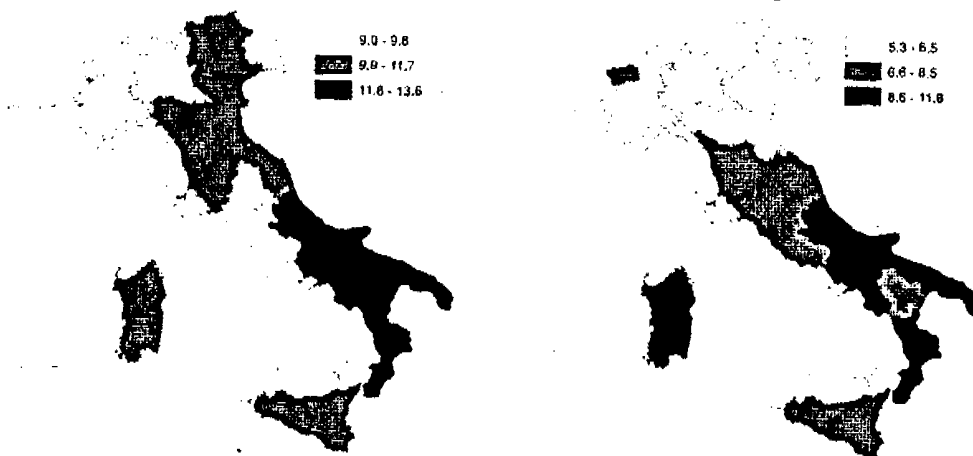
ESPAD@Italia

Come già rilevato per le stime di prevalenze di gioco LY, sono le regioni meridionali a mostrare le quote di studenti-giocatori a rischio superiori alla media nazionale, così come dei giocatori con profilo di gioco problematico (ad eccezione della Basilicata), alle quali si aggiungono le regioni Umbria e Sardegna.

Distribuzione percentuale degli studenti italiani che hanno giocato d'azzardo LY e che hanno un profilo di gioco definibile a rischio e problematico. Anno 2015

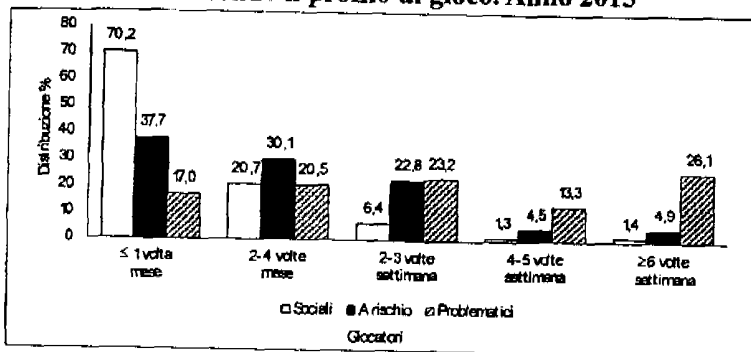
a) Gioco a rischio

b) Gioco problematico



I diversi profili di giocatori si differenziano innanzitutto sulla base della frequenza di gioco, che si intensifica all'aumentare del grado di problematicità: il 70% degli studenti con un profilo di gioco definibile sociale ha giocato nell'anno al massimo una volta al mese, mentre per il 26% dei giocatori definibili problematici la frequenza è stata giornaliera o quasi.

Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo LY secondo il profilo di gioco. Anno 2015

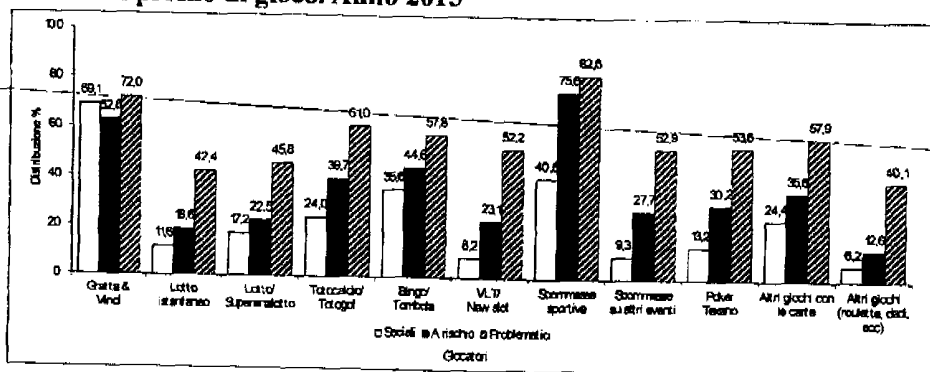


ESPAD@Italia 2015

I diversi profili si caratterizzano anche per il tempo trascorso a giocare d'azzardo durante una giornata-tipo: se il 77% dei giocatori sociali non gioca più di 30 minuti al giorno (giocatori a rischio=55%; giocatori problematici=28%), il 36% dei giocatori problematici dedica a questa attività almeno 2 ore giornaliere (giocatori a rischio=13%; giocatori sociali=6%).

Fatta eccezione per i Gratta & Vinci, giocati da tutti i profili di giocatore, e per le scommesse sportive, preferite dai giocatori a rischio e problematici, le altre tipologie sono praticate soprattutto dai giocatori problematici, i quali giocano in larga misura sia ai giochi come Totocalcio/Totogol, carte, Poker texano e Lotto/Supenalotto sia a quelli a vincita immediata (es. Lotto Istantaneo e VLT/New Slot).

Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo LY secondo il profilo di gioco. Anno 2015

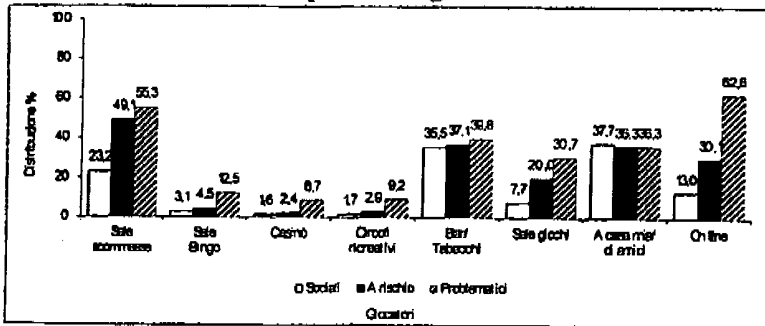


ESPAD@Italia 2015

Inoltre il numero di giochi praticati durante l'anno aumenta in corrispondenza del grado di problematicità del comportamento: se il 72% dei giocatori sociali non ha praticato più di 3 tipologie di gioco d'azzardo (giocatori a rischio=52%; giocatori problematici=25%), sono il 52% i giocatori problematici ad aver scommesso soldi su 6 o più tipi di gioco (giocatori a rischio=22%; giocatori sociali=7%). Rispetto ai contesti di gioco, se le percentuali di coloro che giocano d'azzardo presso bar/tabacchi e/o abitazioni private (propria o di amici) risultano del tutto simili tra i diversi profili di giocatori, sono le sale

scommesse ad essere preferite dai giocatori a rischio e problematici. Sale giochi e internet, invece, diventano contesti di gioco frequentati in particolar modo dai giocatori problematici.

Distribuzione percentuale dei contesti di gioco frequentati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo LY secondo il profilo di gioco. Anno 2015

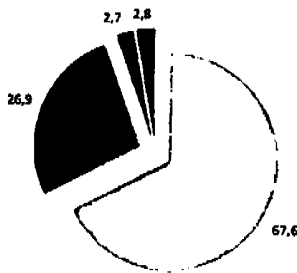


ESPAD@Italia 2015

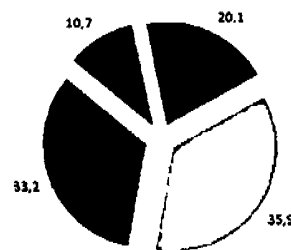
Un altro aspetto che contraddistingue i giocatori problematici è la spesa sostenuta per giocare d'azzardo nel mese precedente lo svolgimento dello studio: circa il 31% degli studenti con un profilo di gioco definibile problematico ha speso 50 euro o più, quota che raggiunge il 6% tra i giocatori a rischio. L'87% dei giocatori sociali ha speso 10 euro o meno nel mese antecedente lo studio.

Spesa sostenuta nell'ultimo mese dagli studenti che hanno giocato d'azzardo LY secondo il profilo di gioco. Anno 2015

a) Giocatori a rischio



b) Giocatori problematico



ESPAD@Italia 2015

Rispetto ai giocatori sociali, gli studenti-giocatori a rischio e soprattutto quelli problematici mostrano una associazione positiva¹ con l'aver adottato altri comportamenti a rischio quali *binge drinking* (bere 5 o più unità alcoliche in un tempo ristretto) nel mese antecedente lo studio, aver usato almeno una sostanza illegale nell'anno (esclusa la cannabis), o ancora aver utilizzato cannabis frequentemente nell'ultimo mese (20 o più volte). I giocatori problematici risultano associati positivamente anche con l'essere un forte fumatore di sigarette (10 o più al giorno), bere alcolici tutti i giorni, aver assunto droghe sconosciute e aver fatto uso di psicofarmaci non prescritti durante l'anno.

I giocatori a rischio e soprattutto quelli problematici mostrano un'associazione positiva anche con comportamenti come aver rubato oggetti di valore superiore a 10 euro, aver venduto oggetti rubati, aver

¹ Al fine di individuare le caratteristiche associate ai giocatori sia a rischio sia problematici, sono stati utilizzati dei modelli statistici di regressione logistica che stimano le misure di associazione Odds Ratio-OR (o "Rapporto tra Odds") con alcune variabili presenti nel questionario. Le misure di associazione sono state aggiustate per genere ed età e riportate in tabella come ORadj (IC= intervallo di confidenza 95%). Se l'OR assume un valore superiore ad 1 è possibile affermare che la variabile in esame risulta associata in maniera positiva con il comportamento di riferimento; se l'OR risulta negativo la variabile in esame è associata negativamente al fenomeno in studio. Sono stati applicati due modelli per approfondire il profilo dei giocatori problematici e a rischio: in entrambi i casi il comportamento considerato come riferimento è il gioco non problematico. La significatività statistica è stata stabilita per un valore di $p \leq 0,05$.

danneggiato beni pubblici di proposito, aver avuto rapporti sessuali non protetti, aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivazione nell'ultimo mese o, ancora, chattare più di 2 ore in un giorno infrasettimanale. Per i giocatori problematici, inoltre, risultano positive le associazioni con uscire spesso la sera e fare giochi di abilità on-line per più di 2 ore in un giorno infrasettimanale.

Altre variabili, legate al contesto familiare, a quello amicale e alla gestione del tempo libero risultano associate negativamente ai profili di giocatore a rischio e problematico - avere genitori che controllano i figli durante le attività del sabato sera e nella gestione dei soldi (spendere più di 50 euro a settimana), avere un buon rapporto con i propri genitori e/o con i propri amici (Gori et al., 2014) - così come rispetto alla percezione del rischio - ritenere che chi gioca d'azzardo una o più volte la settimana rischi in modo moderato o elevato di danneggiarsi. Avere amici che giocano d'azzardo è, altresì, associato positivamente a entrambi i profili.

Gli studenti che al test SOGS-Ra sono risultati giocatori sociali mostrano, rispetto ai non giocatori, una associazione positiva con tutti i comportamenti a rischio analizzati, così come quelli relativi alla scuola, alla gestione del tempo libero e al contesto amicale.

Caratteristiche degli studenti con profilo di giocatore sociale (vs non giocatore), a rischio e problematico (vs giocatore sociale). Anno 2015

	Giocatore		
	Sociale <i>ORadj (IC</i> <i>95%)</i>	A rischio <i>ORadj (IC</i> <i>95%)</i>	Problematico <i>ORadj (IC</i> <i>95%)</i>
Comportamenti a rischio			
Aver fatto binge drinking nell'ultimo mese	1,44 (1,33-1,57)	1,75 (1,44-2,13)	2,65 (2,09-3,35)
Essere un forte fumatore quotidiano (≥ 10 sigarette/die)	1,41 (1,17-1,71)	n.s.	3,02 (2,17-4,21)
Bere alcolici tutti i giorni o quasi	1,25 (1,01-1,56)	n.s.	3,11 (2,19-4,44)
Aver usato droghe sconosciute	1,43 (1,02-1,99)	n.s.	10,38 (6,92-15,57)
Aver usato almeno una sostanza illegale nell'anno (esclusa cannabis)	n.s.	1,87 (1,28-2,74)	6,54 (4,77-8,95)
Aver assunto cannabis 20 o più volte nell'ultimo mese	1,36 (1,05-1,77)	1,98 (1,33-2,96)	3,94 (2,71-5,73)
Aver usato psicofarmaci nell'anno	1,31 (1,14-1,50)	n.s.	3,39 (2,53-4,55)
Aver rubato qualcosa del valore di >10 euro	1,94 (1,63-2,30)	2,18 (1,67-2,84)	5,66 (4,38-7,32)
Aver venduto oggetti rubati	1,40 (1,02-1,94)	2,28 (1,45-3,61)	10,7 (7,47-15,33)
Aver danneggiato beni pubblici	1,93 (1,60-	1,94 (1,45-	5,17 (3,94-

Aver avuto rapporti sessuali non protetti	2,32)	2,60)	6,78)
	1,46 (1,29-1,66)	1,63 (1,28-2,07)	4,27 (3,33-5,46)
Famiglia e amici			
Soddisfatti del rapporto con i propri genitori	n.s.	n.s.	0,57 (0,43-0,76)
Soddisfatti del rapporto con gli amici	1,15 (1,02-1,30)	n.s.	0,46 (0,35-0,61)
Non aver speso più di 50 euro a settimana senza il controllo dei genitori	n.s.	0,64 (0,45-0,91)	0,33 (0,23-0,48)
Essere controllati dai genitori nelle uscite del sabato sera	n.s.	0,53 (0,41-0,68)	0,30 (0,23-0,40)
Scuola e tempo libero			
Aver perso 3 o più giorni di scuola senza motivo	1,19 (1,03-1,37)	1,68 (1,28-2,2)	3,33 (2,54-4,36)
Uscire spesso la sera	1,64 (1,51-1,79)	n.s.	1,57 (1,20-2,05)
Trascorrere più di 2 ore in un giorno infrasettimanale a chattare	1,32 (1,21-1,44)	1,36 (1,12-1,66)	1,81 (1,43-2,29)
Trascorrere più di 2 ore in un giorno infrasettimanale a fare giochi di abilità on line	n.s.	n.s.	8,86 (6,34-12,4)
Contiguità e percezione del rischio			
Avere amici che giocano d'azzardo	2,63 (2,41-2,86)	2,21 (1,17-2,78)	2,46 (1,87-3,25)
Ritenere che chi gioca d'azzardo ≥ 1 volte/settimana ha un grado di rischio moderato/elevato di danneggiarsi	n.s.	0,73 (0,59-0,89)	0,35 (0,28-0,44)

n.s.=non significativo

ESPAD©Italia 2015

South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents - SOGS-RA

Il test di screening South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents-SOGS-RA indaga la problematicità del gioco d'azzardo nella popolazione adolescente. La versione originale del 1993 (Winters et al.) è stata adattata alla popolazione giovanile da Poulin (2002) e quest'ultima è stata validata a livello italiano (Colasante et al.2014). La validazione nazionale ha previsto una prima fase di traduzione e adattamento trans-culturale del test di screening mediante il metodo "translation and back translation" (Beaton et al.2000). Questa procedura è consistita nella traduzione della scala dalla lingua originale a quella italiana (inglese vs italiano), con lo scopo di mantenere il significato originale apportando idonei adattamenti culturali e clinici. L'analisi statistica per la verifica delle caratteristiche psicometriche della scala SOGS-Ra è consistita in:

- validazione interna per la verifica dell'omogeneità e della consistenza dello strumento;
- validazione esterna per la verifica della correlazione con il *gold-standard* identificato con gli items riguardanti la frequenza di gioco. Lo studio italiano ha confermato lo scoring del punteggio suggerito nella versione originale.

Il test di screening SOGS-RA è composto dai seguenti 12 items a risposta dicotomica (No=0; Si=1).

- 1 - Quanto spesso sei ritornato a giocare per cercare di rivincere i soldi che avevi perso al gioco?
- 2 - Quando stavi giocando, hai mai detto agli altri di aver vinto soldi quando non era vero?
- 3 - Il gioco ti ha mai causato discussioni in famiglia e con gli amici, oppure problemi a scuola?
- 4 - Hai mai giocato più soldi di quanto ti eri proposto di fare?
- 5 - Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensi sia vero o meno?
- 6 - Ti sei mai sentito in colpa per i soldi che spendi nel gioco o per le conseguenze del tuo giocare?
- 7 - Hai mai avuto voglia di smettere di giocare, pensando però che non ce l'avresti fatta?
- 8 - Hai mai nascosto alla famiglia o agli amici scontrini di scommesse, biglietti della lotteria, soldi vinti al gioco, o altre prove del tuo giocare?
- 9 - Hai mai avuto litigi con la famiglia o con gli amici, parlando di soldi spesi nel gioco?
- 10 - Hai mai preso in prestito soldi per giocare, senza restituirli?
- 11 - Hai mai fatto assenze a scuola per andare a giocare?
- 12 - Hai mai preso in prestito denaro oppure rubato qualcosa per avere soldi per giocare o per nascondere attività di gioco?

Il punteggio ottenuto, compreso tra 0 e 12, definisce 3 gradi di problematicità:

- lo score da 0 o 1 caratterizza un comportamento di gioco di tipo sociale, "non problematico";
- da 2 a 3 un comportamento definibile "a rischio";
- uguale o superiore a 4 indica una condizione problematica rispetto al comportamento di gioco "problem gambling" (Winters et al. 1993).

Le attività di prevenzione svolte in ambito scolastico

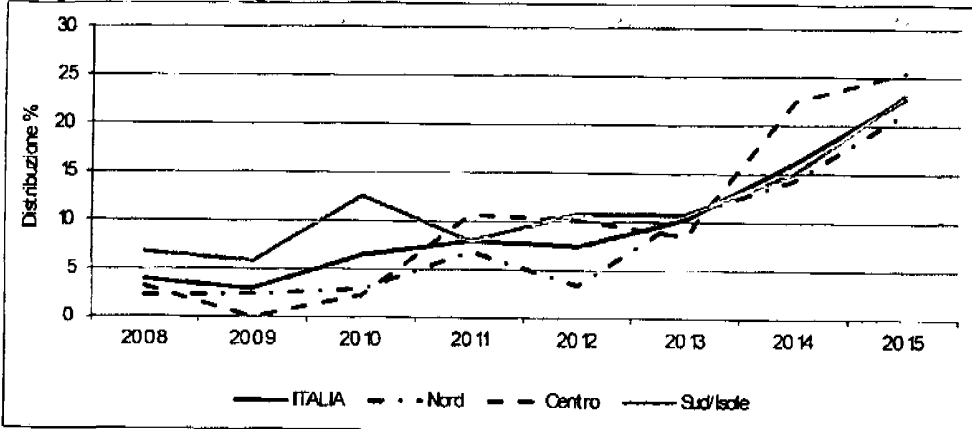
Le informazioni relative alle iniziative di prevenzione specificatamente rivolte al gioco d'azzardo, attuate negli istituti scolastici secondari di secondo grado partecipanti allo studio ESPAD@Italia, sono state rilevate attraverso la compilazione da parte dei dirigenti scolastici di un questionario, costruito sulla base delle direttive europee EMCDDA (European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction²).

L'ultimo studio ha evidenziato che nel 2015 il 51% dei dirigenti scolastici, soprattutto quelli delle regioni settentrionali (64%; 42% degli istituti delle regioni centrali e un'altrettanta quota di quelli meridionali/Isole) riferisce l'esistenza di un Piano provinciale/regionale/locale sulla prevenzione dei comportamenti a rischio, tra i quali anche il gioco d'azzardo, ed il 23% ha previsto di dedicare delle giornate/attività specifiche alla prevenzione del gioco d'azzardo, mostrando un considerevole aumento nel corso degli anni: gli istituti impegnati in queste attività passano, infatti, dal 4% del 2008 all'8% del 2011 al 16% del 2014.

L'incremento si osserva in tutte le macroaree geografiche e, in particolare, negli istituti delle regioni centrali, che passano dal 3% del 2008 al 26% del 2015 (negli istituti delle regioni settentrionali si passa dal 2% al 21% e in quelli del Sud/Isole dal 7% al 23%).

² https://reitox.emcdda.europa.eu/reitox_docs/STRUCT_22_UNIV_SCHOOL-BASED_PREV1521.doc11574.doc

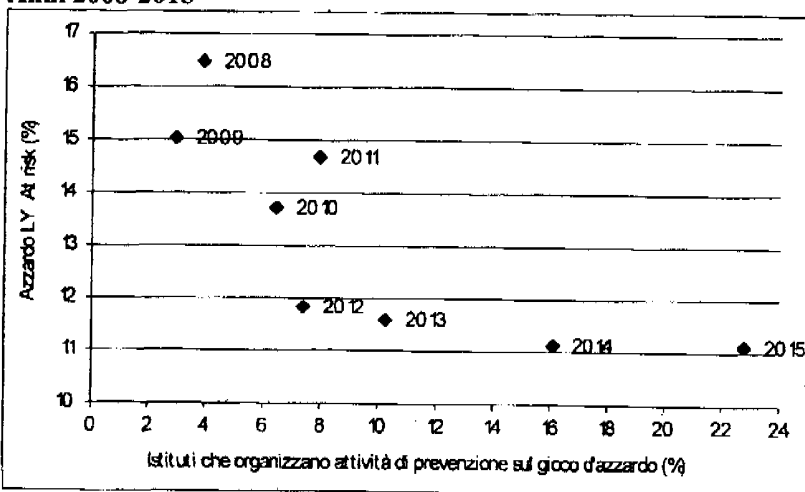
Percentuale degli istituti scolastici che hanno previsto giornate/attività specificatamente dedicate alla prevenzione del gioco d'azzardo. Anni 2008-2015



ESPAD@Italia

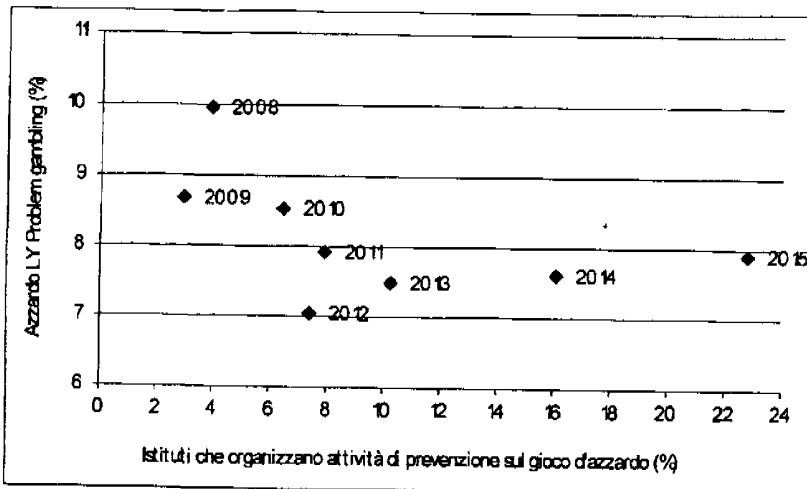
È interessante notare come l'analisi congiunta degli andamenti temporali, relativi alla percentuale di istituti che hanno organizzato/programmato attività di prevenzione del gioco d'azzardo e alle quote di studenti-giocatori a rischio e problematici (rilevate attraverso la somministrazione del test di screening SOGS-Ra), evidenzia che all'aumentare della percentuale degli istituti attivi nell'ambito corrisponde una tendenza alla diminuzione della quota sia degli studenti-giocatori a rischio (dal 27% del 2008 passano all'11% nell'ultimo biennio) sia di quelli problematici (dal 10% del 2008 passano all'8% circa nelle ultime due rilevazioni).

Andamento temporale congiunto della percentuale di istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del gioco d'azzardo e della quota di giocatori a rischio nell'ultimo anno. Anni 2008-2015



ESPAD@Italia

Andamento temporale congiunto della percentuale di istituti che hanno organizzato attività specifiche di prevenzione del gioco d'azzardo e della quota di giocatori problematici nell'ultimo anno. Anni 2008-2015



ESPAD@Italia

Conclusioni

Il gioco d'azzardo è un fenomeno molto diffuso fra i giovanissimi, ne ha fatto esperienza uno studente ogni 2, e il dato è in leggero aumento rispetto al 2014 con un inversione della tendenza in diminuzione osservata dal 2011. I Gratta & Vinci sono i giochi preferiti (69%), seguono le scommesse sportive (47%) e Bingo/Tombola (38%). L'11% degli studenti-giocatori presenta un profilo di gioco a rischio e l'8% problematico.

È evidente come alcune tipologie di gioco, soprattutto in queste fasce d'età, sembrano essere più fortemente associate alla problematicità.

Le scuole, attraverso attività di educazione ai rischi correlati al gioco d'azzardo, hanno contribuito alla diminuzione della quota sia degli studenti-giocatori a rischio sia di quelli problematici. Dai dati emergono, inoltre, chiare indicazioni rispetto all'importanza del "parental monitoring" nella prevenzione dell'insorgenza di problematicità legate al gioco d'azzardo. Il lavoro fatto fino ad oggi sembra quindi aver sortito in parte gli effetti desiderati ed il fenomeno, in questa particolare fascia di età, è stato in parte contenuto grazie all'impegno della società civile e delle istituzioni, ma in considerazione del fatto che questi fenomeni subiscono modifiche in tempi brevissimi è necessario ripetere il monitoraggio, utilizzando strumenti scientificamente appropriati, con cadenze sistematiche.

Bibliografia

- Beaton DE, Bombardier C, Guillemin F, Ferraz MB. (2000). Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine (Phila Pa 1976)*, 25(24):3186-91.
- Colasante E, Gori M, Bastiani L, Scalese M, Siciliano V, & Molinaro S. (2014). Italian Adolescent Gambling Behaviour: Psychometric Evaluation of the South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents (SOGS-RA) Among a Sample of Italian Students. *Journal of Gambling Studies*, 30(4):789-801. doi: 10.1007/s10899-013-9385-6.
- Gori M, Potente R, Pitino A, Scalese M, Bastiani L, & Molinaro S. (2014). Relationship between gambling Severity and attitudes in adolescents: findings from a population-based study. *Journal of Gambling Studies*, 31(3):717-40. doi: 10.1007/s10899-014-9481-2.
- Poulin C. (2002). An assessment of the validity and reliability of the SOGS-RA. *Journal of Gambling Studies*, 18(1): 67-93.
- Winters KC, Stinchfield RD, & Fulkerson J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9 (1):63-84. doi: 10.1007/BF01019925.

ALLEGATO N. 2

ESPERIENZE INTERNAZIONALI NELL'AMBITO DELLE TECNICHE DI RIDUZIONE DEL RISCHIO DI SVILUPPO DEL DGA

Si propone qui un elenco delle principali esperienze internazionali nell'ambito delle tecniche di riduzione del rischio di sviluppo del DGA, distinte per tipologie d'intervento:

a. Segnalazione dei possibili problemi di dipendenza

La diffusione di questa tipologia d'intervento è globale. Gli strumenti utilizzati sono in genere brochure e indicazioni nei luoghi di gioco, che comunicano ai giocatori gli appropriati codici di comportamento cui attenersi e avvisano sui rischi del DGA. I risultati di questo approccio si sono rivelati scarsi, con qualche miglioramento nei casi in cui non veniva citato il Gioco Responsabile ma piuttosto si favoriva l'autoconsapevolezza economica e psicologica del giocatore. Si sono invece ottenuti risultati incoraggianti con l'utilizzo di animazioni educative realizzate in modo da evitare l'illusione di controllo da parte del giocatore (Smith, 2014; Wohl, 2010).

b. Sistemi di limitazione e autolimitazione

Questa tipologia d'intervento è diffusa in Svezia, Norvegia, Australia, Nuova Zelanda e Nuova Scozia. Riguardo agli strumenti utilizzati, si va dalla limitazione nella scommessa singola, alla progettazione delle attività di gioco, all'incoraggiamento delle pratiche di autoesclusione dalle sale gioco. I risultati sono stati scarsi, con evidenze modeste e non in grado di confermare un'efficacia statisticamente significativa (Livingstone, 2014).

c. Sistemi di warning

Tipologia d'intervento adottata in Svezia e Norvegia con il coinvolgimento di alcuni operatori nel settore del gioco online e basata sull'utilizzo di sistemi di analisi dei dati di gioco (personalised behavioural feedback) come PlayScan, Mentor, BetBuddy, PS-EDS. Le prime verifiche sull'applicazione nel gioco d'azzardo di questo tipo di approccio, dimostratosi efficace per altre forme di dipendenza (fumo, diabete, sport), indicano lo sviluppo da parte del giocatore di una maggiore capacità di controllo del tempo. In generale, i sistemi di warning possono servire a prevenire le distorsioni cognitive tipiche delle dipendenze prima che insorgano (Auer, 2014).

d. Sistemi di controllo

Sempre in Svezia e Norvegia è stato sperimentato l'utilizzo di Playscan 4.2, un sistema di analisi dei dati di gioco che richiede l'identificazione (obbligatoria) dell'utente e la risposta a una serie di domande, riscontrando un miglioramento significativo delle dinamiche di rischio (Wood, 2015; Johansson, 2014).

Nel quadro della regolamentazione delle attività di contrasto e prevenzione delle ludopatie nell'ambito del gioco online e nelle sale, si individuano linee guida che implicano l'applicazione di adeguati sistemi per la rilevazione del comportamento di gioco, nel pieno rispetto della privacy del giocatore, nonché l'adozione di misure e strumenti che favoriscano la consapevolezza da parte del giocatore stesso riguardo al proprio comportamento di gioco e ai rischi connessi al gioco d'azzardo.

Si è riscontrato come il più promettente indirizzo di intervento sia quello che parte dalla analisi del comportamento di gioco per definire sistemi di interazione con il giocatore in grado di favorire una maggiore autoconsapevolezza dello stato di gioco.

In particolare, segnali di *early detection* su giocatori online hanno consentito di definire algoritmi per creare sistemi automatici di analisi.

Risulta perciò opportuno un primo approfondimento circa i sistemi di analisi dei dati di gioco ad integrazione delle analisi epidemiologiche relative ai processi che portano ad esiti ludopatici.

In aggiunta, data la stretta connessione tra i sistemi di analisi e la memorizzazione, quanto più estesa possibile, delle informazioni sull'assistenza terapeutica e sui relativi esiti, fondamentale per studi e ricerche nel tempo, è parimenti opportuno un primo approfondimento anche sulla costituzione e la struttura di basi di dati orientate a tali finalità.

I due primi approfondimenti vengono quindi effettuati nel seguito delle presenti note con la finalità di fornire un quadro di riferimento, ancorché sintetico, sulle metodologie ad alto grado di utilità relative ai due approfondimenti sopra indicati.

Sistemi di analisi dei dati di gioco per integrare le analisi epidemiologiche

Per la realizzazione di modelli di intervento per l'analisi epidemiologica del gambling online si potranno utilizzare sistemi per la raccolta e l'integrazione dei dati sulle attività di gioco del giocatore, la cui finalità è di elaborare previsioni dei comportamenti di gioco basate sull'estrapolazione dei comportamenti passati e con capacità di connessione ai social network.

Una conoscenza sugli atteggiamenti di gioco può inoltre essere ottenuta mediante cooperazione tra algoritmi inferenziali di intelligenza artificiale e algoritmi computazionali statistici, fondata sull'analisi dei dati storici e delle dinamiche di gioco in tempo reale.

L'implementazione di tale meccanismo si baserà su tecniche di *machine learning* nel contesto della IA.

Dal punto di vista dell'architettura implementativa, il sistema di interazione e apprendimento, nel suo insieme, comprenderà perciò un sistema di calcolo per l'analisi dei dati comportamentali del giocatore, un'interfaccia utente per la migliore usability ed efficacia comunicativa, un database dinamico per la memorizzazione dei profili comportamentali di gioco ed un sistema di self-management con intelligenza di interazione incrementale (*machine learning*) con il gioco stesso.

I dati comportamentali salienti di gioco e le previsioni correlate costituiscono quindi la piattaforma di analisi comportamentale per la modellizzazione dei sistemi di analisi stessi.

Più in particolare, i sistemi di analisi dei dati comprendono due metodologie complementari che sono concretamente attuabili mediante specifiche applicazioni software di mercato.

La prima di tali metodologie/tecniche è quella dell'analisi multidimensionale dei dati - AMD - combinata alla struttura del Data Warehouse (DW) dei dati stessi, che consente la classificazione e l'interpretazione della struttura dei dati attraverso loro combinazioni lineari, individuando la struttura latente del fenomeno da indagare, il tutto effettuato attraverso computazioni di tipo statistico.

Tale metodologia genera efficienza nell'analisi dei dati, ma tuttavia non aggiunge intelligenza, perché il vero modello sta nella struttura logica con cui è costruito il Data Warehouse

I fenomeni o fatti da analizzare sono infatti correlati con molte variabili o dimensioni.

La multidimensionalità dei dati è un concetto logico, e non fisico, che risiede nello schema o modello di rappresentazione.

La metodologia multidimensionale si basa sulle tabelle dei fatti e sulle tabelle delle dimensioni.

Per fatto si intende un fenomeno di interesse per lo scopo prefisso e viene rappresentato attraverso una misura.

Gli altri elementi della tabella dei fatti sono i puntatori alla tabella dimensioni.

Nel nostro caso, esse portano all'individuazione dei già citati marker comportamentali.

L'altra metodologia complementare associabile, ha l'obiettivo di apportare intelligenza al sistema di analisi, con l'utilizzo di tecniche definibili di intelligenza artificiale.

Con essa si intende apportare specifica conoscenza sui processi di gioco attraverso l'apprendimento longitudinale, dinamico e in tempo reale, per elaborare previsioni dei comportamenti di gioco basate su processi estrapolativi dei comportamenti precedenti.

Queste capacità predittive si basano sull'apprendimento, e questo è il motivo per cui è il machine learning l'elemento fondamentale di IA che rappresenta il cardine di tale metodologia.

Database delle esperienze di assistenza terapeutica e campagne di educazione

Una volta implementato il sistema nel suo insieme, e utilizzato sia in termini sperimentali che di prassi, è evidente che la storia e gli insegnamenti delle esperienze effettuate devono essere conservate ai fini dello sviluppo delle conoscenze in questo dominio.

Una metodologia informatica intensamente utilizzata in tutti i campi di applicazione è quella della memorizzazione strutturata dei dati in basi dati, ben conosciute, denominate Data Warehouse.

Nei DW i dati delle esperienze di assistenza terapeutica e campagne di educazione ed i risultati inerenti possono essere memorizzati ed acceduti secondo strutture di rappresentazione opportunamente studiate, come esempio secondo le dimensioni seguenti:

- le classificazioni di assistenza
- i riferimenti temporali e di localizzazione
- le iniziative intraprese
- eccetera

Corredate da tutte le relative informazioni di dettaglio (dette misure).

I fatti espressi nelle omonime tabelle del DW esprimono a loro volta i valori assunti dalle misure.

Normalmente, tali DW sono costruiti secondo un modello detto Relazionale o Entità/Relazioni che consente di abbinare in una pluralità di modi le Entità (misure) con la pluralità delle relazioni che le connettono logicamente.

Gli accessi avvengono tipicamente con il linguaggio SQL.

Può essere utile per le finalità di conservazione e accesso all'informazione delle esperienze ricorrere anche a Database cosiddetti NOSQL, implementabili anche come uno strato al di sopra del relazionale; ciò può essere molto utile per conservazioni **orientate al documento**.

Le basi di dati orientate al documento non memorizzano i dati in tabelle con campi uniformi per ogni record come nei database relazionali, ma ogni record è memorizzato come un documento che possiede determinate caratteristiche.

Una ulteriore forma di memorizzazione e accesso è la **base di dati a grafo**, che usa nodi e archi per rappresentare e archiviare l'informazione. La rappresentazione dei dati mediante grafi offre un'alternativa al modello relazionale che fa uso di tabelle, ai database orientati al documento (che usano documenti), o altri.

I database a grafo sono spesso più veloci di quelli relazionali nell'associazione di set di dati, e mappano in maniera più diretta le strutture di applicazioni orientate agli oggetti.

Scalano più facilmente a grandi quantità di dati e dipendono meno da un rigido schema E/R e sono molto più adeguati per gestire dati mutevoli con schemi evolutivi. Al contrario, i database relazionali sono tipicamente più veloci nell'eseguire le stesse operazioni su un grande numero.

L'adozione di database a grafo può essere valutata utile ad esempio per ampie ricerche bibliografiche o simili, nelle quali l'obiettivo della ricerca si viene anche definendo mano a mano che la ricerca procede.

Le informazioni memorizzate possono costituire anche la base per la costruzione di contenuti sintetici, periodicamente aggiornabili, destinati a corredare una o più App destinata ad un pubblico di giovani per informarli sulle problematiche legate al gambling e per costruire eventualmente messaggi rivolti ai giovani sui social network.

ALLEGATO N. 3

STRUMENTI PER LA DIAGNOSI E L'ASSESSMENT

South Oaks Gambling Screen (SOGS) Lesieur & Blume, 1987 – Adattamento Italiano Guerreschi C., Gander, 2000

Il SOGS è il questionario più conosciuto e largamente diffuso nel mondo per lo screening dei disturbi da gioco d'azzardo ed è derivato dal DSM-III (1987). Generalmente usato negli studi epidemiologici e clinici, permette di evidenziare velocemente la probabile presenza di problemi di gioco d'azzardo, consentendo di conoscere nei dettagli le abitudini degli intervistati. Fornisce informazioni sul tipo di gioco preferito, sulla frequenza, sui mezzi usati per procurarsi il denaro per giocare e su altre dimensioni tipiche del giocatore d'azzardo.

Il SOGS fornisce anche indizi sulla relazione del giocatore con il suo ambiente, specificando se i familiari hanno già criticato le sue abitudini di gioco o se la gestione delle sue finanze personali o del bilancio familiare suscita conflitti. Viene rilevato anche se i familiari del giocatore hanno o hanno avuto a loro volta un problema di gioco.

Il valore massimo che si può ottenere è venti punti. Secondo i suoi autori, un valore di tre o quattro punti è indice di difficoltà potenziali circa il gioco, mentre coloro i quali ottengono un livello di cinque punti o più dimostrano di avere un problema di gioco manifesto.

Tempo di completamento: 7 - 10 minuti.

South Oaks Gambling Screen per adolescenti (SOGS-RA) Winters et al., (1993) Adattamento Italiano a cura di Couyoumdjian, Baiocco, Del Miglio, (2005)

Il SOGS-RA è stato costruito dagli autori per effettuare screening tra gioco d'azzardo sociale e patologico nella popolazione adolescenziale. Il SOGS-RA ha una struttura simile al SOGS per adulti, ma garantisce una valutazione maggiormente appropriata all'età e al contesto di vita degli individui più giovani. In base al risultato finale del questionario è possibile individuare coloro che non giocano (punteggio da 0 a 1), i giocatori "a rischio" (punteggio di 2 o 3) e i giocatori d'azzardo problematici (punteggio maggiore di 4).

Tempo di completamento: 7 - 10 minuti.

Lie-Bet Questionnaire Johnson et al. (1997) Adattamento Italiano a cura di Capitanucci e Carlevaro (2004)

Il Lie-Bet è un breve questionario facilmente utilizzabile per orientare una scelta diagnostica od operativa. Si basa sul fatto che, secondo gli autori, non tutti i criteri diagnostici elaborati nel DSM-IV hanno la stessa valenza predittiva, ossia non tutti i criteri si ritrovano con la medesima frequenza. I più frequenti sono la tendenza ad aumentare la quantità di denaro giocata sia per "rincorrere" le perdite sia per una perdita di controllo sull'attività del gioco e la tendenza a mentire riguardo al gioco. Questo test non è in grado di distinguere tra gioco problematico e gioco patologico. Questo test non ha un'applicazione diagnostica in senso stretto ma può servire da strumento di screening in un contesto generale.

Tempo di completamento: 2 - 3 minuti.

Intervista diagnostica sul GAP di Ladouceur et al., (2000) Adattamento Italiano di Capitanucci D. e Carlevaro T., (2003)

L'intervista semi-strutturata è composta da 26 domande e comprende sia i dieci criteri diagnostici del DSM-IV sia alcune domande supplementari che facilitano la valutazione e che permettono di precisare ulteriormente la portata delle risposte date dal giocatore. L'intervista rileva i seguenti aspetti: i motivi della consultazione, gli avvenimenti che hanno portato alla decisione, le informazioni su come si sono acquisite le abitudini di gioco (inventario di tutti i giochi praticati, con particolare attenzione a quelli in cui si è mostrata maggiore difficoltà di controllo, familiarità con giochi elettronici sin dall'infanzia e dall'adolescenza, presenza del big win, iniziazione al gioco);

dettagli del problema di gioco (elementi all'origine del problema, ragioni principali, frequenza e somme investite, conseguenze sociali, professionali, psicologiche e finanziarie, idee e tentativi suicidari); presenza di altre dipendenze (consumo di sigarette, di droghe, d'alcol, di farmaci, tempo passato a navigare in Internet, abitudini sessuali o frequenza di acquisti compulsivi). A completamento dell'intervista Ladouceur suggerisce di porre ulteriori domande finalizzate a indagare più dettagliatamente le conseguenze negative del comportamento di gioco (ad esempio, qual è il rendimento lavorativo, se sono aperte inchieste giudiziarie dovute ad atti illegali, qual è il grado di deterioramento dei rapporti affettivi). Inoltre l'autore consiglia di essere empatici, di lasciare parlare liberamente la persona del suo problema al fine di creare un buon contatto.
Tempo di completamento: 45 - 60 minuti.

Questionario sull'auto-osservazione e analisi funzionale di Ladouceur (Ladouceur et al. 2003)

Il questionario di auto-osservazione è una scheda da compilare giornalmente da parte del giocatore con funzione contemporaneamente diagnostica e terapeutica. Su di essa il giocatore registra un certo numero di informazioni che si riferiscono al suo problema di gioco. Ogni giorno riporta la sua valutazione su una scala da 0 a 100 in merito a: il suo livello di autocontrollo in rapporto al problema gioco e alla soglia di tolleranza personale, ossia fino a che punto crede di saper astenersi dal gioco; il suo desiderio di giocare; la sua frequenza di gioco, precisando il numero di episodi di gioco avuti nel corso della giornata, il numero totale di ore dedicate al gioco e l'ammontare del denaro perso; per terminare, le emozioni che ha provato nel corso della giornata ed il contesto o gli avvenimenti particolari che hanno provocato l'episodio di gioco o suscitato il desiderio di giocare. Il questionario permette al giocatore di rendersi consapevole della portata del problema e dell'entità delle somme di denaro perse.

Tempo di completamento: 10 - 15 minuti.

CPGI Canadian Problem Gambling Index. Ferris e Wynne, (2001) Adattamento Italiano a cura di Colasante et al., (2013)

Il CPGI è un questionario strutturato che approfondisce temi centrali per i giocatori, al fine di distinguere comportamenti di gioco sociale e patologico; è di facile e rapida compilazione e può essere utilizzato sia per una valutazione iniziale, sia per confermare un'ipotesi diagnostica. E' costituito da 9 items relativi agli stili comportamentali inerenti il gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi quali: senso di colpa nel giocare, perdita di controllo nel comportamento, tentativo di recuperare il denaro perso, conseguenze sulla salute e problemi finanziari. Le categorie di risposta sono le stesse per ognuno dei 9 items: "mai", "a volte", "spesso" e "quasi sempre", rispettivamente con punteggio 0, 1, 2 e 3.

Tempo di completamento: 7 - 10 minuti.

GABS - Gambling Attitudes and Beliefs Survey Breen e Zuckerman, (1999) Adattamento Italiano Capitanucci e Carlevaro (2003)

Il GABS è un questionario sui comportamenti e sulle convinzioni inerenti il gioco d'azzardo composto da 35 items con possibili risposte su scala Likert a 4 punti (da "fortemente in disaccordo" a "molto d'accordo"). Ogni item può ricevere un punteggio da 1 a 4. Il punteggio totale va da 35 a 140. Il GABS indaga le distorsioni cognitive e le credenze irrazionali presenti nel giocatore per poter avere elementi per la successiva terapia cognitivo-comportamentale. E' importante rilevare anche il grado di rigidità/flessibilità del paziente nel modificare tali convinzioni e quindi la reale possibilità di agire su questi aspetti.

Tempo di completamento: 10 - 15 minuti.

Addictive Behavior Questionnaire (ABQ) Caretti V. et al., (2016) Manuale Addictive Behavior Questionnaire.

La ABQ è un questionario self report per la formulazione della diagnosi di disturbo additivo secondo le indicazioni fornite dal DSM-5 e permette di poter elaborare una diagnosi sia categoriale

che dimensionale. L'ABQ è uno strumento ideato come supporto per l'assessment delle diverse forme di addiction. La suddivisione in due parti, il Severity Index (SI) e la Seven Dimension Addiction Scale (7DAS), dello strumento permette all'esaminatore di ottenere una vasta quantità di informazioni relative ai comportamenti, agli atteggiamenti ed alla gravità della sintomatologia riguardante le diverse tipologie di addiction considerate. Il SI permette di rilevare la presenza di addiction, la tipologia e con quale frequenza il soggetto fa uso di droghe, alcol, l'eventuale presenza di gioco d'azzardo patologico o internet addiction. Il SI è composto di due sezioni: la prima (A) valuta i comportamenti additivi; la seconda (B) concerne lo spettro ossessivo-impulsivo-compulsivo.

La 7DAS esplora sette diverse aree psicologiche individuate come determinanti per lo sviluppo e il mantenimento di una dipendenza patologica, ognuna delle quali si compone di sette domande con risposte a 5 punti, da 0 (Mai) a 4 (Sempre). Le dimensioni che vengono esplorate sono: Ansia da separazione, Disregolazione affettiva, Dissociazione somatoforme e psicologica, Esperienze traumatiche infantili, Discontrollo degli impulsi, Comportamenti compulsivi e ritualizzazione, Pensieri ossessivi. Le caratteristiche rilevanti di questo strumento sono quelle di valutare il livello di gravità di ogni singola addiction, le caratteristiche del craving (ossessività, impulsività e compulsività) e fornire una lettura psicodinamica in rapporto alle sette dimensioni.

Tempo di completamento: 30-45 minuti.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). Hathaway & McKinley, Comitato di Ristandardizzazione del MMPI della University of Minnesota Press (Butcher, Dalstrom, Graham, Tellegen). Adattamento italiano a cura di Pancheri P. e Sirigatti S. (1995).

L'MMPI-2 è un test ad ampio spettro molto diffuso nel mondo, che valuta le principali caratteristiche strutturali di personalità e i disordini di tipo emotivo. L'interpretazione di questo test ci permette di identificare alcune caratteristiche di personalità che potrebbero influire sul trattamento del giocatore. L'MMPI-2 è un questionario composto da 567 domande con risposta dicotomica vero/falso. Le scale di validità permettono la valutazione dell'accettabilità del risultato ai fini della sua interpretazione, considerando l'atteggiamento globale del soggetto verso il test ed in rapporto alle altre informazioni disponibili sul soggetto. Le scale di validità sono: Menzogna (L), Frequenza (F), Correzione (K), Back Infrequency (FB), Vrin, Trin. Il profilo che emerge è composto da scale cliniche, di contenuto e supplementari. Le Scale cliniche sono: Ipocondria (Hs), Depressione (De), Isteria (Hy), Deviazione Psicopatica (PD), Mascolinità/Femminilità (MF), Paranoia (PA), Psicastenia (PT), Schizofrenia (SC), Ipomania (MA), Introversione Sociale (SI). Le Scale di contenuto sono: Ansia (Anx), Paure (Frs), Ossessività (Obs), Depressione (Dep), Preoccupazioni per la Salute (Hea), Ideazione Bizzarra (Biz), Rabbia (Ang), Cinismo (Cyn), Comportamenti Antisociali(Asp), Type-A (Tpa), Bassa Autostima (Lse), Disagio Sociale (Sod), Problemi Familiari (Fam), Difficoltà sul Lavoro (Wrk), Difficoltà di Trattamento (Trt). Le Scale supplementari sono: Mac-Andrews per l'alcolismo (MAC-R), Tossicodipendenza Potenziale (APS), Ammissione Tossicodipendenza (AAS), PTSD (Pk e Ps), Ostilità Ipercontrollata (O-H), Disagio Coniugale (MDS).

Tempo di completamento: 1 ora circa.

Millon Clinical Multiaxial Inventory – III (MCMI-III) Millon T. (1994). Adattamento Italiano a cura di Zennaro A., Ferracuti S., Lang M., Sanavio E., (2008)

Il MCMI-III è uno strumento clinicamente orientato per la valutazione psicologica e dei disturbi di personalità. Si fonda sulla teoria evolucionistica e concepisce i disturbi di personalità come costrutti evolutivi derivanti dall'interazione tra individuo e ambiente e dal peso che quest'ultimo esercita nel determinare il comportamento della persona.

L'MCMI-III ha una struttura che combacia con quella del DSM-IV ed è stato sviluppato e standardizzato sulla popolazione clinica. Le scale sono raggruppate in categorie di personalità e in psicopatologie specifiche per riflettere la distinzione fatta dal DSM-IV fra Asse II e Asse I. Il test è

composto da 175 item a risposta dicotomica vero/falso e consta di 24 scale e 4 scale di controllo. Le scale sono suddivise in 14 configurazioni di personalità (Schizoide, Evitante, Depressivo, Dipendente, Istrionico, Narcisista, Antisociale, Sadico, Compulsivo, Passivo-Aggressivo, Masochista, Schizotipico, Borderline, Paranoide) e dieci sindromi cliniche (Ansia, Disturbi Somatoformi, Mania, Distimia, Dipendenza da alcool, Dipendenza da droghe, Disturbo da Stress Post-Traumatico, Disturbi del pensiero, Depressione Maggiore, Deliri). Sono incluse nel test quattro scale di controllo (Validità, Autoapertura, Desiderabilità Sociale e Drammatizzazione) che servono sia per stimare la validità del protocollo compilato sia per correggere i punteggi alle altre scale. Tempo di completamento: 30- 45 minuti.

Temperament and character inventory (TCI-R), Cloninger et al., (1994) Adattamento Italiano a cura di Fossati et al., (2007)

Il TCI-R è un questionario self-report a scala dicotomica vero/falso per la valutazione dei tratti di personalità basato sul modello psicobiologico di Cloninger. È costituito da 240 items, che esplorano tratti temperamentali e caratteriali della personalità. In base a questo modello circa il 50% della personalità può essere attribuito al temperamento, fortemente influenzato da variabili genetiche, e il restante 50% al carattere, ampiamente determinato da variabili ambientali.

Il temperamento è definito come l'espressione di risposte emotive automatiche, in parte determinate geneticamente, che si mantengono stabili nella vita. Le dimensioni del temperamento sono la Novelty Seeking NS (ricerca delle sensazioni), Harm Avoidance HA (evitamento del danno), Reward Dependence RD (dipendenza dalla ricompensa), Persistence P (persistenza). Il carattere esprime differenze individuali nel concetto di sé, nei valori e negli obiettivi di vita che possono influenzare le scelte, gli scopi e il significato dato dalle proprie esperienze; viene modulato dal contesto familiare, dall'apprendimento sociale e dalle attese culturali dei ruoli e si sviluppa gradualmente dall'infanzia fino all'età adulta. Le dimensioni del carattere sono: la Self-Directedness SD (Autodeterminazione), Cooperativeness C (Cooperatività), Self-Transcendences ST (Autotrascendenza).

Tempo di completamento: 35- 50 minuti.

Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R). Derogatis, L. (1994). Adattamento italiano a cura di Sarno I., Preti E., Prunas A., Madeddu F., (2011)

Il test SCL-90-R è un questionario autosomministrato composto da 90 items e valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici relativi ai disturbi eventualmente esperiti nel corso dell'ultima settimana. Tale questionario può essere utilizzato come strumento di screening non solo in un contesto psichiatrico ma anche in altri contesti e può trovare collocazione anche nella ricerca dove ben si presta alla valutazione ripetuta della sintomatologia essendosi dimostrata sufficientemente sensibile ai cambiamenti. Dal punteggio vengono individuate dieci dimensioni sintomatologiche di diverso significato: I) Somatizzazione (SOM); II) Ossessione-Compulsione (O-C); III) Sensibilità interpersonale (INT); IV) Depressione (DEP); V) Ansia (ANX); VI) Ostilità (HOS); VII) Ansia fobica (PHOB); VIII) Ideazione paranoide (PAR); IX) Psicoticismo (PSY); X) Disturbi del sonno (SLEEP).

Tempo di completamento: 15- 20 minuti.

Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11). Barratt E.S. e Stanford M.S., (1995) Adattamento italiano a cura di Fossati A., et al. (2001).

La BIS-11 è uno dei test di auto-somministrazione più usati per la valutazione dell'impulsività. La Scala è particolarmente indicata per lo studio dei rapporti fra impulsività e patologia psichiatrica ed è utilizzata in ambito clinico, anche per valutare i cambiamenti dell'impulsività nel quadro clinico. Valuta l'"impulsività" intesa come mancanza di controllo sui pensieri e comportamenti. La scala considera tre tipi di impulsività: a) Impulsività motoria; b) Impulsività senza pianificazione; c) Impulsività attentiva. Il punteggio totale della BIS-11 è risultato correlato in modo significativo con misure di aggressività e con l'ADHD.

Tempo di completamento: 8 – 10 minuti.

Toronto Alexitimia Scale a 20 items (TAS-20) di Bagby, Taylor, Parker (1985) Adattamento Italiano a cura di Bressi et al. (1996)

La TAS-20 è un questionario self-report sull'alessitimia, ossia una serie di deficit della competenza emotiva. Composto da 20 items con possibilità di risposta su scala Likert a 5 punti che va da 1= non sono per niente d'accordo a 5= sono completamente d'accordo. Il test valuta tre fattori fondamentali dell'alessitimia: la difficoltà nell'identificare i sentimenti distinguendoli dalle sensazioni corporee di eccitazione emotiva; la difficoltà nel comunicare i sentimenti e le emozioni alle altre persone; il focus dell'attenzione orientato quasi sempre all'esterno e non verso i propri processi endopsichici.

Tempo di completamento: 5 – 8 minuti.

CORE-OM (Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE—OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180 (1), 51-60; DOI: 10.1192/bjp.180.1.51.)

Il Core-OM è stato progettato per ottenere le informazioni relative allo stato di salute mentale prima, durante e alla fine di un intervento ovvero pre- e post-intervento per valutare il cambiamento avvenuto nell'utente durante il periodo dell'intervento. Il Core-OM è una misura composta da 34-item generici di disagio psicologico che è pan- teorica (cioè non associata ad una scuola di terapia), pan- diagnostica (cioè non focalizzata su un singolo problema), e attinge agli aspetti che vengono considerati quelli più importanti da misurare nella salute mentale e dipendenze secondo gli operatori del campo. Il Core-OM è composto da 4 dimensioni: Benessere (4 item); sintomi (12 item - depressione × 4, ansia × 4 , traumi × 2 , fisici × 2); Funzionamento (12 item - generali × 4 , sociali × 4, stretti rapporti × 4); e rischio (6 item - a sé × 4 o ad altri × 2). Ci vogliono tra i 5-10 minuti per compilarlo.

ICF-Dipendenze costituisce la prima applicazione italiana dell'ICF nell'ambito delle dipendenze patologiche.

Il set di strumenti si compone di un protocollo per l'osservazione da parte degli operatori, di un questionario per l'autovalutazione del paziente e di due moduli elettronici che generano un profilo di funzionamento e un quadro di comparazione dei dati a distanza di tempo. Non secondariamente, ICF-Dipendenze permette di confrontare le necessità di sostegno percepite dal paziente con quelle valutate dall'operatore sanitario o sociale.

Senza essere uno strumento diagnostico, ICF-Dipendenze permette di valutare il "funzionamento" dei pazienti in diverse attività della vita quotidiana, al fine di programmare percorsi di recovery basati sulle evidenze.

Inoltre:

- consente un confronto ed una continuità nei percorsi di recovery tra servizi ambulatoriali, comunità terapeutiche e servizi territoriali;
- è uno strumento interdisciplinare che può essere utilizzato da ogni figura professionale e completato in meno di un'ora;
- restituisce dati semplici da comprendere anche per il paziente, identifica sia le sue risorse che le fragilità e per questi motivi risulta essere ben accetto, promuove consapevolezza e compliance.

Tempo di completamento 50-60 minuti

ALLEGATO N. 4

I PRINCIPALI APPROCCI PSICOTERAPEUTICI NEL TRATTAMENTO DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Approccio Psicodinamico

L'approccio psicoterapeutico psicodinamico si basa inizialmente sulla acquisizione di una maggiore consapevolezza del paziente circa il proprio comportamento e la presenza di schemi di comportamento ripetitivi, modificabili attraverso l'insight.

La psicoterapia ad orientamento psicodinamico utilizza sette tipi di interventi e di tecniche (Rosenthal, 2008):

- 1) attenzione al modo in cui le emozioni del paziente vengono sentite e manifestate;
- 2) analisi degli evitamenti e delle resistenze del paziente;
- 3) identificazione degli schemi di comportamento, di pensiero, di espressione dei sentimenti e dello stile di relazione del paziente;
- 4) importanza alle relazioni del passato;
- 5) attenzione alle esperienze interpersonali;
- 6) importanza alla relazione terapeutica; 7) analisi dei desideri, delle fantasie e dei sogni.

Approccio sistemico-relazionale

Il programma terapeutico prevede la presa in carico del paziente sotto tutti gli aspetti, partendo dal presupposto che la dipendenza da gioco è l'espressione di un disagio derivante da una disfunzione del sistema familiare, in cui tutti i rapporti devono essere analizzati. Per questo anche la famiglia del giocatore viene coinvolta nel processo di cambiamento, che potrà avvenire modificando regole, ruoli e modalità comunicative all'interno della famiglia stessa. Lo scopo pertanto va oltre il raggiungimento dell'astinenza. Il terapeuta lavora con il paziente e la famiglia per risolvere ciò che ha portato all'esordio della dipendenza come sintomo funzionale ad un equilibrio familiare patologico sottostante

Approccio Comportamentista:

Il disturbo da gioco d'azzardo è un "comportamento maladattivo appreso" tramite il rinforzo del piacere della vincita (rinforzo positivo) o del sollievo da stati emotivi negativi (rinforzo negativo). Tale comportamento disadattivo può essere abbandonato attraverso uno specifico trattamento comportamentale (Skinner, 1953; Broen, 1986; , McConaghy 1988).

Il trattamento si avvale di tecniche come la prevenzione della risposta, la desensibilizzazione per immagini, il rilassamento, il training assertivo, il Social Skills Training, ecc (McConaghy, Armstrong, Blaszczynski, Allcock, 1988; Persons, Davidson, Tompkins, 2001)

Una delle tecniche caratteristiche dell'approccio comportamentista è quella della esposizione in vivo. Essa consiste nella esposizione sistematica alle situazioni di rischio in uno stato di rilassamento, allo scopo di far perdere gradualmente agli stimoli (*Triggers*) il loro potere, abituandosi ad esse senza sperimentare ansia o eccitazione (Echeburua e Montalvo, 2002)

Approccio Cognitivo

La terapia cognitiva si propone come obiettivo primario quello di mettere in discussione le credenze erranee circa il gioco d'azzardo e il concetto di "caso" allo scopo di modificare i percorsi cognitivi e di conseguenza il comportamento del giocatore (Ladouceur, 2003). Con l'analisi funzionale il paziente può comprendere il percorso di cognizioni, emozioni, comportamenti al fine di poter meglio controllare le proprie decisioni passando da decisioni di tipo automatico a decisioni maggiormente consapevoli. Sempre con l'analisi funzionale è possibile far apprendere al paziente quali sono i *triggers* esterni o interni che

sono responsabili dell'avvio del percorso verso il comportamento problematico e prevenire in tal modo le ricadute. (Sharpe e Tarrier, 1993) La ristrutturazione cognitiva è finalizzata a mettere in discussione il sistema di credenze sviluppato dal giocatore d'azzardo e a correggere le distorsioni cognitive correlate

Approccio cognitivo-comportamentale

L'impostazione cognitivo-comportamentale sostanzialmente integra le tecniche cognitive (analisi funzionale, ristrutturazione cognitiva, *Motivational Interview*, ecc) con le tecniche comportamentali di sviluppo delle abilità sociali e di produzione di gratificazioni alternative e più funzionali, oltre che con tecniche di controllo dello stimolo e con la *relapse prevention*

Tale modello risulta essere il più diffuso nell'ambito del gioco d'azzardo patologico (Ledgerwood e Petry, 2005; Peele, 2009; Toneatto e Ladouceur, 2003).

Generalmente i programmi di terapia cognitivo comportamentale per i pazienti con DGA sono costituiti da quattro passaggi essenziali: ristrutturazione cognitiva, *problem solving*, *social skills training* e prevenzione delle ricadute (Bujold et al., 1994; Sylvan, Ladouceur, e Boisvert, 1997; Ladouceur, Boutin, Doucet, Lachance e Sylvain, 2000);

Nancy M. Petry (2005a) ha messo a punto un percorso breve di terapia Cognitivo-Comportamentale che prevede otto sessioni.

Le sessioni affrontano i seguenti aspetti:

1. Individuazione dei *triggers*;
2. Analisi funzionale;
3. Incremento delle attività piacevoli e gratificanti;
4. Pianificazione dell'auto-gestione;
5. Fronteggiamento degli impulsi al comportamento di gioco;
6. Training assertivo e acquisizione della capacità di *coping* (nel respingere le proposte di gioco e nel controllo degli stimoli)
7. Modificazione/correzione dei pensieri irrazionali;
8. Prevenzione delle ricadute;

Ogni sessione prevede degli *Homework* e il supporto di materiale cartaceo (dispense sul *gambling* e sui contenuti delle sessioni).

Si segnala inoltre il recente apporto della Terapia Metacognitiva (Wells, 2012) nella gestione del *craving*, elemento chiave per il buon esito del trattamento, con l'introduzione del concetto di *Thinking Desire*, meccanismo-cognitivo volontario che concorre all'innescarsi del *craving* anche nel paziente affetto da disturbo da gioco d'azzardo (Caselli, Spada, 2010; Lindberg et al., 2011; Wells, 2012; Emmerick e Morina, 2014; Spada, Giustina, Rolandi, Fernie e Caselli, 2014;)

Approccio Umanistico-esistenziale

La Psicologia umanistica (PU) come "Terza forza", tra gli orientamenti di tipo analitico e quelli di tipo comportamentistico, si ispira alla filosofia fenomenologico-esistenziale rivisitata da Ludwig Binswanger (2007) e si sviluppa inizialmente ad opera di Abraham Maslow (1971), di Carl Rogers (1970). A questi si uniscono la Terapia della Gestalt di Fritz Perls (1951); la Psicologia umanistico-esistenziale di Rollo May (1978); la Psicoanalisi umanista di Erich Fromm; l'Analisi transazionale, la Logoterapia, la Psicosintesi, lo Psicodramma, gli approcci psico-corporei della Bioenergetica e della Caratteroanalisi reichiana la Psicologia transpersonale. A questi si affiancano la Psicologia individuale di Carl G. Jung e la Psicologia archetipica di James Hillman.

Il disturbo da gioco d'azzardo non rappresenta solo la "causa" del collasso esistenziale che coinvolge la costellazione valoriale, gli affetti, lo stile di vita, il lavoro di alcuni individui, ma è piuttosto l'espressione di un "progetto di vita" che ha rivelato la sua insostenibilità e inconsistenza. Il trattamento quindi consiste nel riprendere dalle fondamenta il progetto di ricostruzione che, solo se conseguito, consentirà di fare a meno di quel "surrogato" alla mancanza di "senso" che la vita del giocatore già comportava. Da questa

premesse nasce l'orientamento umanistico-esistenziale che vede nel disagio psichico, quando non determinato da componenti psichiatriche endogene, l'espressione di una "non realizzazione del potenziale umano" inteso non solo nel raggiungimento di obiettivi esteriori (socio-economici o nella vita di relazione) ma soprattutto nella non accettazione profonda della nostra natura e di quel "conosci te stesso" a cui ci rimanda una saggezza millenaria (Zerbetto, 2014).

Riferimenti Bibliografici

- Binswanger L. (2007), *Per un'antropologia fenomenologica*, Feltrinelli, Milano.
 - Bujold A., Ladouceur R., Sylvain C., Boisvert JM. (1994). Treatment of pathological gamblers: an experimental study. *Journal of Behaviour Therapy- Exp Psychiatry*, 25(4):275-82.
 - Bujold A., Ladouceur R, Sylvain C, Boisvert JM.(1991). Treatment of pathological gamblers: an experimental study. *Journal of Behaviour Therapy Exp Psychiatry*. 1994 Dec;25(4):275-82.
 - Caselli, G. & Spada M.M. (2010). Metacognitions about Desire Thinking: A Preliminary Investigation. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38, 629-637.
 - Echeburua E., Fernández-Montalvo J. (2002). Psychological treatment of slot-machine pathological gambling: A case study. *Clinical Case Studies*, 1, 240-253.
 - Emmerick van N., N., Morina, N. (2014): The efficacy of metacognitive therapy for anxiety and depression: a meta-analytic review *Depression and Anxiety* 2014; 31(5): 402-411. [PubMed]
 - Ladouceur, R., Boutin, C., Doucet, C., Lachance, S., & Sylvain, C. (2000). *Programme d'évaluation et de traitement des joueurs excessifs*. Centre québécois d'excellence pour la prévention et le traitement du jeu : Université Laval.
 - Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., Lachance, S., Doucet, C., Leblond, J. (2003). Group therapy for pathological gamblers: A cognitive approach. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 587-596.
 - Ledgerwood, D.M., & Petry, N.M. (2005). Current trends and future directions in psychosocial treatments for pathological gambling. *Psychological Science*, 14(2), 89-94
 - Lindberg, A., Fernie, B. A., & Spada, M. M. (2011). Metacognitions in problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 27 (1), 73-81.
-
- May R. (1978), *La psicologia e il dilemma umano*, Astrolabio-Ubaldini, Roma.
 - Maslow, A H (1971) *Farther Reaches of Human Nature*. New York: Viking Press.
 - McConaghy, Armstrong, Blaszczynski & Allcock. (1988). Behavioural completion versus stimulus control in compulsive gambling: implications for behavioral assessment. *Behaviour Modification*, 12, 371-384.
 - Peele S. (2009), *L'Amérique en guerre contre l'addiction*. *Psychotropes*, Vol. 15 n° 4, pp. 27-40. *Electronic Journal of Gambling Issues: eGambling* [On-line serial], Issue 3 Available: <http://www.camh.net/egambling/issue3/feature/index.html/>
 - Perls F., Hefferline R. e Goodman P. (1951), *La terapia della Gestalt: eccitamento e accrescimento nella personalità umana*, tr. it. Astrolabio, Roma, 1971.
 - Persons, J. B., Davidson, J., & Tompkins, M. A. (2001). Essential components of cognitive-behavior therapy for depression. Washington, DC, American Psychological Association

- Petry, N. M. (2005a). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity and treatments*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Rogers C. (1970), *La terapia centrata sul cliente*, Martinelli, Firenze, ed orig.1951.
- Rosenthal, R.J. (2008). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 30 Suppl 1, May 2008.
- Sharpe, L. & Tarrier, N. (1993) Towards a cognitive-behavioural theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407-412.
- Skinner, 1953; 1953. *Science and Human Behavior*, New York: Macmillan.
- Spada, M. M., Giustina, L., Rolandi, S., Fernie, B. A., & Caselli, G. (2014). Profiling Metacognition in Gambling Disorder. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 1-9.
- Sylvain c., Ladouceur R., Boisvert J.M. (1997). Cognitive and Behavioral Treatment of Pathological Gambling: A Controlled Study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 65. 727-732;
- Toneatto, T, R.Ladouceur . (2003). The treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behavior*, 17, 284-292.
- Wells A. (2011) *Terapia Metacognitiva dei disturbi d'Ansia e della Depressione*. Ed. it. a cura di: Gabriele Melli. 2012 Eclipsi Editore
- Zerbetto, R. (2014), *L'approccio umanistico-esistenziale*, in " *Manuale sul gioco d'azzardo. Diagnosi, modelli di trattamento, organizzazione dei servizi*". A cura di Graziano Bellio e Mauro Croce, FrancoAngeli

ALLEGATO N. 5
PROGRAMMI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI PER IL TRATTAMENTO
DEL DISTURBO DA GIOCO D'AZZARDO

Programmi semiresidenziali

Sono programmi territoriali, interdisciplinari, intensivi e strutturati, con una valenza terapeutica e riabilitativa. Possono essere proposti durante e/o successivamente:

- ad un percorso ambulatoriale
- dopo un trattamento residenziale
- come fase preliminare ad un percorso residenziale.

- **Obiettivi generali**
- approfondire la dimensione clinica
- costruire un'alleanza terapeutica
- favorire la consapevolezza e rinforzare la motivazione al cambiamento
- imparare a riconoscere, prevenire e gestire il craving e la compulsione al gioco
- identificare e correggere le distorsioni cognitive
- migliorare la consapevolezza di sé e sviluppare le potenzialità latenti
- approfondire e/o ridefinire le dinamiche familiari
- ri-attivare le competenze socio-lavorative

Caratteristiche

- personalizzazione del programma: rivolto preferibilmente a giocatori che hanno una rete socio-familiare e situazioni occupazionali che non consentano un allontanamento prolungato dal proprio contesto. Il programma è individualizzato e modulato sulla base delle esigenze e dei tempi della persona e dei suoi familiari
- legame con il territorio di appartenenza: il giocatore restando inserito nel proprio ambiente ha la possibilità di valorizzare e rinforzare le proprie risorse e quelle del contesto di appartenenza
- ruolo dei familiari: il coinvolgimento dei familiari è importante per la funzione di tutoraggio economico e supporto

Attività previste

- colloqui educativi individuali
- colloqui psicologici individuali e/o familiari
- gruppi psicoterapeutici
- colloqui di verifica con il giocatore e i familiari
- tutoraggio economico con piano di risanamento debitorio
- consulenze finanziarie e legali

- laboratori esperienziali
- attività fisica e/o di rilassamento
- raccordo con il Ser.D. inviante per monitorare l'andamento del programma terapeutico e/o concordare eventuali variazioni
- raccordo con altri servizi territoriali
- raccordo con i gruppi di auto-aiuto

Durata

La durata dei programma semiresidenziali è di norma da due a sei mesi. Può variare in base alle esigenze cliniche del paziente concordando i tempi con il paziente stesso e il Ser.D inviante

Follow-up

Il monitoraggio del programma è effettuato dal Servizio Territoriale inviante (Ser.D.) mentre il follow-up s è attuato dal medesimo servizio in accordo e in collaborazione con la struttura residenziale.

Programmi residenziali Terapeutico-riabilitativi brevi (PRB)

Sono rivolti a giocatori:

- inseriti nel loro contesto socio-economico
- con una rete familiare di riferimento
- che non presentano comorbidità psichiatrica
- con buone capacità introspettive
- che necessitano di un trattamento residenziale ma che non possono assentarsi per un lungo periodo dal lavoro e dal contesto familiare

Obiettivi generali

- ricostruzione della storia personale, affettiva e relazionale
- approfondimento psicodiagnostico
- ri-appropriazione della componente emozionale, cognitiva e relazionale
- ri-assunzione della consapevolezza e responsabilità rispetto alle condotte di gioco
- analisi della situazione economica e lavorativa con elaborazione di ipotesi progettuali condivise con il Ser.D inviante

Caratteristiche

I programmi di questo genere, prevalentemente a valenza psicoterapica, utilizzano interventi intensivi e brevi finalizzati alla:

- lettura della funzione del sintomo nella storia di vita del giocatore
- facilitazione della comprensione e stimolo al cambiamento delle distorsioni cognitive del paziente

- individuazione di tecniche e strategie di coping
- sperimentazione di nuove modalità di gestione del tempo libero
- **Attività previste**
- counselling
- psicoeducazione individuale e/o di gruppo
- psicoterapia individuale e di gruppo
- laboratori esperienziali sul gioco
- laboratori esperienziali sugli aspetti emozionali
- interventi con i familiari
- raccordo con il Ser.D. inviante per monitorare l'andamento del programma terapeutico e/o concordare eventuali variazioni
- raccordo con altri Servizi

Durata

Questi programmi durano di norma dalle tre alle cinque settimane.

Follow-up

Il monitoraggio del programma è effettuato dal Servizio Territoriale inviante (Ser.D.) mentre il follow-up è attuato dal medesimo servizio in accordo e in collaborazione con la struttura residenziale.

Programmi residenziali specialistici di media-lunga durata

I programmi residenziali di media-lunga durata sono rivolti a persone con dipendenza da gioco d'azzardo che presentano le seguenti caratteristiche:

- mancanza o scarsa compliance al trattamento ambulatoriale e/o semiresidenziale
- grave compromissione con il gioco d'azzardo
- compresenza di altre dipendenze da sostanze e/o comportamentali
- comorbilità psichiatrica
- alta disfunzionalità familiare
- scarsa autonomia personale e sociale
- carenza di rete sociale e di supporto familiare

Obiettivi generali

- approfondire il quadro psicodiagnostico
- sensibilizzare il giocatore e i familiari sulle caratteristiche tipiche del gioco d'azzardo
- identificare e modificare le distorsioni cognitive del giocatore

- analizzare la situazione economica e debitoria
- analizzare il ruolo e la funzione del gioco all'interno delle dinamiche relazionali
- stimolare il recupero e l'incremento delle risorse personali, relazionali e sociali
- sviluppare strategie e tecniche di coping e di autoregolazione emotiva
- facilitare un processo di cambiamento
- elaborare ipotesi progettuali di inclusione sociale condivise con il Ser.D. inviante

Caratteristiche

- permanenza per un periodo di media-lunga durata in contesto terapeutico protetto
- ri-apprendimento di abilità, funzioni e regole della dimensione quotidiana
- personalizzazione del programma terapeutico in termini di obiettivi da raggiungere

Attività previste

- visite psichiatriche
- psicoeducazione individuale e di gruppo
- psicoterapia individuale e di gruppo
- laboratori esperienziali sul gioco
- laboratori esperienziali sugli aspetti emozionali
- interventi con i familiari
- tutoraggio economico con piano di risanamento debitorio
- consulenza finanziaria-legale
- raccordo continuo e costante con il Ser.D. inviante
- raccordo con gli altri servizi territoriali

Durata

Il programma dura di norma dai due ai sei mesi. Sulla base di particolari esigenze cliniche tale durata può essere modificata previo accordo con il paziente e il Ser.D. inviante

Follow-up

Il monitoraggio del programma è effettuato dal Servizio Territoriale inviante (Ser.D.) mentre il follow-up è attuato dal medesimo servizio in accordo e in collaborazione con la struttura residenziale.

ALLEGATO n. 6 NORMATIVA E PRASSI

Inquadramento legislativo/normativo

Attualmente le Istituzioni (Governo e Parlamento) affrontano il Disturbo da Gioco d'Azzardo come un problema di salute pubblica. Peraltro, un primo accenno si era avuto con la Legge 220 del 13 dicembre 2010 ("Stabilità" 2011) che al comma 70 dell'articolo 1 introduceva con una "norma primaria" l'intervento pubblico davanti a "fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo". Nonostante l'uso di una dizione atecnica (il curioso lemma "ludopatia") si affermava la necessità di definire apposite "linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero", rinviando a un Decreto interdirigenziale del Ministero dell'Economia e delle finanze – Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato - e del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza Unificata, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della legge. Tale atto non venne adottato.

Successivamente è intervenuto il citato decreto-legge n. 158 (c.d. Decreto Balduzzi) convertito, con modificazioni, in Legge 8 novembre 2012, n. 189 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del paese mediante un più alto livello di tutela della salute" che prevede all'art. 5 l'inserimento nei Livelli Essenziali di Assistenza del Gioco d'Azzardo Patologico.

La Legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)", all'articolo 1, comma 133, ha disposto:

- la destinazione, nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale e a decorrere dall'anno 2015, di una quota annuale pari a 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità;
- il trasferimento al Ministero della salute dell'Osservatorio istituito ai sensi dell'articolo 7, comma 10, quarto periodo, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, al fine del monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese, rideterminandone la composizione e assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle regioni e degli enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore.

Con Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze del 24 giugno 2015 è stato costituito presso il Ministero della Salute l'Osservatorio nazionale per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave.

La Legge 28 dicembre 2015, n. 208, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2016)", all'articolo 1, comma 946, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, ha disposto l'istituzione, presso il Ministero della salute, di un **Fondo per il gioco d'azzardo patologico**. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di **criteri** determinati con **decreto del Ministro della salute** sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo è autorizzata la spesa di **50 milioni** di euro annui a decorrere dall'anno 2016.

Nel Dpcm dei Livelli Essenziali di Assistenza del 12 gennaio 2017 è stata compiutamente incorporata nel Sistema Sanitario Nazionale (art. 28) la "Assistenza sociosanitaria alle persone con dipendenze patologiche" (art. 28) e "Assistenza Sociosanitaria semiresidenziale e residenziale alle persone con dipendenze patologiche" (art. 35). Tali norme configurano l'approccio organico al trattamento dei complessi problemi di salute (nella accezione propria dell'OMS, cioè psichica, fisica e relazionale) che

sono indotti dal Gioco d'Azzardo nella sua versione contemporanea qual gioco d'azzardo industriale di massa:

1. Orientamenti comunitari

Si vuole iniziare l'inquadramento sistematico attraverso l'evoluzione che il fenomeno del gioco d'azzardo ha avuto all'interno dell'Unione Europea.

Il settore del **gioco pubblico** non rientra tra le materie oggetto di armonizzazione a livello comunitario e, pertanto, almeno in linea di principio, gli Stati membri sono legittimati a definire, autonomamente e discrezionalmente, le condizioni di esercizio di tali attività. Le previsioni legislative nazionali concernenti l'attività del gioco e delle scommesse, tuttavia, sono sottoposte alle misure di **integrazione negativa** con il diritto comunitario ad opera della giurisprudenza della **Corte di Giustizia Europea**, sotto il profilo dell'adequazione e della proporzionalità, a tutela delle libertà fondamentali previste dal Trattato, al fine di garantire a tutti i soggetti economici comunitari piena **libertà di stabilimento**.

Fin da ora si osserva che, in realtà, si tratta di strumenti programmatici (non propriamente vincolanti) che, seppur apprezzabili, rappresentano – purtroppo – una “fotografia” della situazione, a livello comunitario, che sono di stimolo e di impulso nei confronti degli Stati Membri.

Anche in tale ambito, pertanto, ci troviamo innanzi ad un modello composito (che fa rientrare ora in un settore piuttosto che in un altro il fenomeno, che necessita anche in questo caso di regolamentazione unica specifica).

L'offerta di gioco pubblico rientra nell'ambito delle previsioni dell'art. 56 TFUE quale prestazione di servizi e, come tale, sarà suscettibile di possibili limitazioni da parte degli Stati Membri per ragioni di interesse “pubblico”.

Tralasciando la giurisprudenza della Corte di Giustizia Europea che ha inteso “l'interesse” sotteso quello della tutela dei consumatori; l'ordine pubblico; la prevenzione del riciclaggio; ritroviamo una disciplina per settore così suddivisa: - direttiva sui servizi n. 2006/123/CE; - direttiva sul commercio elettronico n. 2000/31/CE); - direttiva sui servizi di media audiovisivi (n. 2010/13/UE); - direttiva sulle pratiche commerciali sleali (n. 2005/29/CE); - direttiva sulla vendita a distanza (n. 97/7/CE); - riciclaggio di proventi di attività criminose (n. 1889/2005/CE); - direttiva sulla protezione dei dati personali (n. 95/46/CE); - direttiva relativa alla tutela della vita privata nel settore delle comunicazioni elettroniche (n. 2002/58/CE); - direttiva relativa al sistema comune d'imposta sul valore aggiunto (n. 2006/112/CE).

L'UE, significativamente, si è occupata, tra le altre questioni, del fenomeno del gioco on line.

Nel **2011** è stato adottato il “**LIBRO VERDE Sul gioco d'azzardo on-line nel mercato interno**” che ha inquadrato il fenomeno dell'on line (senza peraltro essere in alcun modo vincolante).

Nel **2012** è stato adottato a piano d'azione della Commissione “*Verso un quadro normativo europeo approfondito relativo al gioco d'azzardo on-line*”, adottato il 23 ottobre (IP/12/1135 e MEMO/12/798).

Nel **2013** è stata approvata una risoluzione nella quale si conferma la legittimità degli interventi degli Stati membri a protezione dei giocatori, anche a compressione di alcuni principi cardine dell'ordinamento comunitario come, ad esempio, la libertà di stabilimento e la libera prestazione dei servizi (si veda al riguardo anche una sentenza della Corte di giustizia del 2011, concetto ribadito anche nella più recente sentenza del 2015) - rif. Risoluzione del Parlamento europeo del 10 settembre 2013 sul gioco d'azzardo online nel mercato interno - .

Nel **2014** la Commissione Europea è intervenuta sul tema con una raccomandazione sul gioco d'azzardo on line, con cui ha stabilito i principi che gli Stati membri sono invitati a osservare al fine di tutelare i consumatori, con particolare attenzione ai minori e ai soggetti più deboli.

2. La legislazione nazionale italiana

Si riportano di seguito i principali provvedimenti normativi previsti dalla legislazione nazionale in materia di giochi:

- **Testo unico delle leggi di pubblica sicurezza** (Regio decreto - 18/06/1931, n.773 e successive modifiche);
- **D.Lgs. 14 aprile 1948, n. 496, art. 1** "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";
- **Legge 13 dicembre 1989, n. 401, art. 4** Esercizio abusivo di attività di giuoco e di scommessa;
- **Legge n. 266 del 2005 (legge finanziaria per il 2006, art.1, commi 525 ss)**, volta a contrastare i fenomeni di illegalità connessi alla distribuzione on line dei giochi con vincite in denaro, ha attribuito in particolare all'Azienda Autonoma Monopoli di Stato (oggi Agenzia delle Dogane dei Monopoli) la puntuale regolamentazione del settore e l'inibizione dei siti web privi delle autorizzazioni previste, o che svolgono attività in contrasto con la disciplina vigente;
- **Il decreto legge n. 98 del 2011 (convertito nella legge n. 111 del 2011)**, nel ribadire il divieto di partecipazione ai giochi pubblici con vincita in denaro ai minori di 18 anni, inasprisce le sanzioni, di natura pecuniaria ovvero di sospensione dell'esercizio o di revoca in caso di commissione di tre violazioni nell'arco di tre anni. Lo stesso provvedimento detta anche norme più severe sui requisiti dei concessionari di giochi pubblici e disposizioni per contrastare l'evasione, l'elusione fiscale e il riciclaggio (commi 20 ss.);
- **La legge n. 88 del 2009, art. 24, commi 12 ss. (legge comunitaria per il 2008)**, oltre a nuovi requisiti dei soggetti che richiedono la concessione ed un inasprimento delle sanzioni, prevede l'adozione di strumenti ed accorgimenti per l'esclusione dall'accesso al gioco on line da parte di minori, nonché l'esposizione del relativo divieto in modo visibile negli ambienti virtuali di gioco gestiti dal concessionario (comma 17, lett. e). Con il c.d. "conto di gioco" di cui al comma 19 (per la cui apertura occorre fornire il codice fiscale) si crea una sorta di autolimitazione obbligatoria per il giocatore, che stabilisce i propri limiti di spesa settimanale o mensile, con conseguente inibizione dell'accesso al sistema in caso di raggiungimento della soglia predefinita. Per i giocatori è prevista anche la facoltà di auto-esclusione dal sito del concessionario, con conseguente impedimento ad un nuovo accesso. L'anagrafe dei conti di gioco consente anche il monitoraggio dell'attività di ciascun giocatore;
- **Legge n. 220 del 2010 (art. 1, commi 78 ss.)** viene rivisto lo schema di convenzione tipo per le concessioni per l'esercizio e la raccolta dei giochi pubblici, anche al fine di contrastare la diffusione del gioco irregolare o illegale in Italia e le infiltrazioni della criminalità organizzata nel settore, di tutelare la sicurezza, l'ordine pubblico ed i consumatori, specie minori d'età (sulla legittimità di tali restrizioni all'attività di organizzazione e gestione dei giochi pubblici affidati in concessione vedi anche la sentenza della Corte costituzionale n. 56 del 2015);
- Un intervento più organico in materia è stato effettuato con il **decreto "Balduzzi" n. 158 del 2012 (convertito nella legge n. 189 del 2012)** che affronta diverse tematiche. Con riguardo ai **profili sanitari**, si prevede l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia (art. 5, comma 2). In attuazione di tale disposizione, è stato approvato il **Piano d'azione nazionale**. E' prevista l'**intensificazione dei controlli** sul rispetto della normativa (art. 7, comma 9) ed una **"progressiva ricollocazione"** dei punti della rete fisica di raccolta dei punti gioco per tener conto della presenza nel territorio di scuole, strutture sanitarie e ospedaliere, luoghi di culto, centri socio-ricreativi e sportivi (art. 7, comma 10). Peraltro non è mai stato emanato il decreto ministeriale che avrebbe dovuto indicare i criteri ed indirizzi e le amministrazioni regionali e locali hanno adottato dei propri regolamenti in materia, dando luogo anche ad un forte contenzioso (vedi infra; leggi anche la risposta del Governo ad un'interrogazione parlamentare). In base al decreto Balduzzi è stato istituito infine un **Osservatorio** per valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave;
- **Legge n. 190 del 2014 (legge finanziaria per il 2015)**, sposta l'osservatorio che ne modifica anche la composizione, per assicurare la presenza di esperti e di rappresentanti delle regioni, degli enti locali e delle associazioni operanti in materia. La stessa legge (art. 1, comma 133) destina

annualmente, a decorrere dal 2015 una quota di 50 milioni di euro, nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale, per la cura delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo (1 milione annuo per la sperimentazione di software per monitorare il comportamento del giocatore e generare messaggi di allerta). Inoltre la legge contiene anche una disciplina transitoria (in attesa del riordino della normativa con la delega contenuta nella legge n. 23 del 2014, vedi infra), in materia di giochi pubblici. In particolare è prevista la possibilità di regolarizzare la posizione per tutti coloro che offrono scommesse con vincite in denaro (per proprio conto o di terzi, anche esteri) che non sono collegati al totalizzatore nazionale dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, pena ulteriori sanzioni e normative restrittive;

- **Legge n. 23 del 2014** "Delega al Governo recante disposizioni per un sistema fiscale più equo, trasparente e orientato alla crescita" conteneva una delega al Governo per il riordino delle disposizioni vigenti in materia di giochi pubblici (art. 14) per la tutela dei minori e per contrastare il gioco d'azzardo patologico, sia per combattere il gioco illegale e le infiltrazioni delle organizzazioni criminali nell'esercizio dei giochi pubblici, attraverso una maggiore trasparenza dei requisiti delle società concessionarie. La delega non è stata però esercitata dal Governo;
- **Legge di stabilità 2016 (legge n. 208 del 2015)**, oltre a prevedere disposizioni sulla revisione del prelievo fiscale e sulle nuove concessioni per le sale gioco, contiene norme per sanzionare l'impiego dei c.d. totem (apparecchi che permettono di collegarsi con piattaforme per il gioco on line) ed avviare un processo di contenimento del numero delle slot machine. Sono state poi approvate anche disposizioni limitative della pubblicità, con riferimento sia agli orari in cui sono vietati i messaggi pubblicitari nelle tv generaliste (in pratica i canali presenti dai numeri 1 a 9 del telecomando: vedi a tale riguardo il decreto ministeriale pubblicato nella gazzetta ufficiale dell'8 agosto 2016) sia ai contenuti dei messaggi stessi. Disposizioni in materia di giochi (art. 1, commi 918-948). Le disposizioni aumentano innanzitutto il prelievo erariale unico (PREU) sulle newslot, riducendo contestualmente la percentuale minima destinata alle vincite (pay out). E' modificata anche la tassazione sul margine per i giochi di abilità a distanza, sulle scommesse a quota fissa e, a decorrere dal 1° gennaio 2017, sul Bingo a distanza.

Vengono introdotte nuove sanzioni in caso di installazione negli esercizi pubblici dei c.d. totem, cioè di quelle apparecchiature che consentono di giocare sulle piattaforme di gioco on line, ovvero di offerta di giochi promozionali connessi via web.

Si affida alla Conferenza Unificata Stato Regioni ed Autonomie Locali il compito di definire entro il 30 aprile 2016 le caratteristiche dei punti vendita di gioco nonché i criteri per la loro distribuzione sul territorio, al fine di garantire i migliori livelli di sicurezza per la tutela della salute, dell'ordine pubblico, della pubblica fede dei giocatori e prevenire il rischio di accesso dei minori: prima della definizione del relativo decreto ministeriale, dovranno essere sentite le commissioni parlamentari competenti (comma 936).

Durante l'iter parlamentare sono state introdotte anche disposizioni limitative della pubblicità del gioco d'azzardo, il cui rispetto è affidato all'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni (AGCOM). In particolare, la pubblicità di marchi o prodotti di giochi con vincite in denaro deve rispettare i principi previsti dalla Raccomandazione della Commissione europea 2014/478/UE, da recepire con decreto del Ministero dell'Economia e delle Finanze: tra i divieti si ricordano quelli riguardanti i messaggi pubblicitari che incoraggiano il gioco eccessivo o incontrollato, che negano i rischi del gioco, che presentano il gioco come un modo per risolvere i problemi finanziari, che prospettano che la competenza del giocatore possa permettere di vincere sistematicamente, oppure che forniscano informazioni errate sulle possibilità di vincita, che si rivolgano ai minori, che facciano riferimento al credito al consumo ai fini del gioco. La pubblicità dei giochi con vincita in denaro è vietata nelle trasmissioni radiofoniche e televisive "generaliste" dalle ore 7 alle ore 22 e in quelle indirizzate prevalentemente ad un pubblico di minori, con esclusione dei media specializzati individuati con decreto ministeriale, delle lotterie nazionali e delle sponsorizzazioni nei settori della cultura, dell'istruzione e della ricerca, dello sport, della sanità e dell'assistenza

(commi dal 937-940). In attuazione di tale disposizione è stato predisposto il decreto ministeriale 19 luglio 2016 (pubblicato nella gazzetta ufficiale dell'8 agosto 2016) che identifica in pratica i canali generalisti in quelli presenti dai numeri 1 a 9 del telecomando ed esclude dal divieto di pubblicità le tv a pagamento (Sky e Mediaset Premium), le radio, le tv locali ed i canali tematici sulle piattaforme a pagamento.

Il Ministero della salute predispone campagne di informazione e sensibilizzazione, in particolare nelle scuole, sui fattori di rischio connessi al gioco d'azzardo, fornendo informazioni sui servizi disponibili per affrontare il problema della dipendenza dal gioco d'azzardo (comma 941).

Altre disposizioni riguardano la certificazione delle VLT, i controlli sulla conformità degli apparecchi e l'evoluzione degli apparecchi newslot, con il passaggio ad apparecchi con sistemi di gioco con controllo remoto (analogamente alle VLT) e la progressiva riduzione del 30 per cento delle newslot rispetto agli apparecchi attivi al 31 luglio 2015.

Viene istituito presso il Ministero della salute il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP), con una dotazione di 50 milioni di euro annui (comma 946);

- **Legge di stabilità 2017 (legge n. 232 del 2016)** ai commi 540-544 viene introdotta una nuova lotteria – in verità a decorrere dal 1 gennaio 2018; nel 2017 in via sperimentale – in abbinamento alla vendita di prodotti consentirà vincite ad estrazioni attraverso un meccanismo di comunicazione all' esercente che provvederà ad inoltrare i dati all' Agenzia delle Entrate per l' inserimento ai fini dell' estrazione in questa lotteria con asserita finalità di contrastare l' evasione fiscale; disciplina a selezione per la gestione dei giochi numerici a totalizzatore nazionale, dei giochi complementari e opzionali e delle relative forme di partecipazione a distanza, nonché di ogni ulteriore gioco numerico basato su un unico totalizzatore a livello nazionale (comma 576-577);
- **Da ultimo si rileva che con DPCM del 12 gennaio 2017 all' art. 28 è stata prevista nei LEA (l' inserimento del) "assistenza territoriale, domiciliare e territoriale ad accesso diretto. Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone con dipendenze patologiche, inclusa la dipendenza da gioco d'azzardo, o con comportamenti di abuso patologico di sostanze, ivi incluse le persone detenute o internate, la presa in carico multidisciplinare e lo svolgimento di un programma terapeutico individualizzato"** (si v. cit. DPCM recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all' articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" pubblicato GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15).

3. La legislazione regionale

- **Friuli Venezia Giulia** legge n. 1 del 2014, così come modificata dalla legge n. 33 del 2015: *Disposizioni per la prevenzione, il trattamento e il contrasto della dipendenza da gioco d'azzardo, nonché delle problematiche e patologie correlate*
- **Abruzzo** legge n. 40 del 2013: *Disposizioni per la prevenzione della diffusione dei fenomeni di dipendenza dal gioco*
- **Basilicata** legge n. 30 del 2014, così come da ultimo modificata dalla legge n. 5 del 2016: *Collegato alla legge di stabilità regionale 2016*
- **Emilia Romagna** legge n. 5 del 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.*
- **Lazio** legge n. 5 del 2013: *Disposizioni per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico (GAP)*
- **Lombardia** legge n.8 del 2013: *Norme per la prevenzione e il trattamento del gioco d'azzardo patologico*
- **Liguria**: leggi n. 17 del 2012 e n. 18 del 2012: *Disciplina delle sale da gioco*
- **Puglia** legge n. 43 del 2013: *Contrasto alla diffusione del Gioco d' Azzardo Patologico (GAP)*
- **Toscana** legge n. 57 del 2013, così come modificata dalla legge n. 85 del 2014: *Disposizioni per il gioco consapevole e per la prevenzione della ludopatia*

- **Umbria** legge n. 21 del 2014: *Norme per la prevenzione, il contrasto e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco d'azzardo patologico*
- **Valle d'Aosta** legge n. 14 del 2015: *Disposizioni in materia di prevenzione, contrasto e trattamento della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico*
- **legge provinciale del Trentino** legge n. 13 del 2015 legge n. 9 del 2000: *Interventi per la prevenzione e la cura della dipendenza da gioco*
- **Piemonte** legge n. 9 del 2016: *Norme per la prevenzione e il contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico*
- **Veneto** legge n. 6 del 2015, art. 20: *Legge di stabilità regionale per l'esercizio 2015*
- **Campania** legge n. 16 del 2014, art. 1, commi 197 ss
- **Alto Adige**: n. 58 del 1988 n. 13 del 1992 e n. 17 del 2012 legge n. 10 del 2016, che ha esteso la disciplina provinciale anche alle rivendite di generi di monopolio e agli esercizi commerciali (art. 7).

4. **Interventi dei comuni**

Molti comuni sono intervenuti con una disciplina organica che regolamenta l'intera materia del gioco d'azzardo sotto vari aspetti; si ricordano, in particolare:

Comune di Genova, in attuazione della legge regionale n. 18 del 2013 (delibera n. 21 del 2013).

Aspetti principali del regolamento sono:

- Divieto del gioco d'azzardo.
- Luoghi sensibili (imposta distanza di almeno 300 metri dai luoghi sensibili e non devono risultare presenti nel raggio di 100 mt. sportelli bancari, postali o bancomat e agenzie di prestiti di pegno o attività in cui si eserciti l'acquisto di oro, argento, oggetti preziosi (art. 7).
- Autorizzazione comunale a carattere temporaneo in aggiunta a quella della Questura.
- Giochi leciti: Gli apparecchi devono avere il nulla osta dell'Agenzia delle Dogane (art. 15). Gli apparecchi non possono essere installati fuori dell'esercizio commerciale (artt. 16 e 20).
- Materiale informativo necessariamente deve essere affisso presso le sale gioco.
- Limiti alla pubblicità.
- Orari.

Il Tar Liguria ha parzialmente accolto alcuni ricorsi (sentenze n. 189 e 197 del 2014) sottolineando in primo luogo – in linea con gli indirizzi della Corte costituzionale e del Consiglio di Stato – che le normative in questione rientrano pienamente nell'ambito delle competenze regionali e degli enti locali in materia di tutela della salute e di politiche sociali, essendo volte a tutelare quelle "categorie sociali meno attrezzate economicamente e culturalmente a resistere alla tentazione di provare ad arricchirsi" tramite il gioco: pertanto, non sussiste alcuna invasione delle prerogative statali nella materia dell'ordine e della sicurezza pubblica e nell'applicazione dei principi della libera concorrenza.

Nel merito delle singole disposizioni, il Tar ha annullato le disposizioni che limitano in modo rigido gli orari di apertura degli esercizi commerciali (art. 18, comma 1 ed art. 20, comma 2), che non trovano copertura nella legge regionale né nelle disposizioni generali sui poteri del sindaco e del consiglio comunale.

Al contrario, il Tar ha affermato la legittimità delle disposizioni (artt. 8, 11, 19 e 21) che prevedono il rilascio di uno specifico titolo autorizzatorio comunale anche per gli esercizi già in possesso di autorizzazioni di pubblica sicurezza ex artt. 88 e 110 Testo Unico delle leggi sulla pubblica sicurezza: la previsione di un'ulteriore controllo su tale attività – previsto dalla legge regionale – si giustifica proprio per le finalità di prevenzione sociale connesse all'attività di gioco a premi in denaro. Peraltro, in base al principio della irretroattività della legge, tale disposizione non si applica ai soggetti che avevano ottenuto la licenza prima dell'entrata in vigore della legge regionale.

Analogamente, il Tar giudica legittime anche le disposizioni che vietano le attività pubblicitarie o promozionali relative ai giochi leciti che prevedono vincite in denaro. E sono state giudicate conformi alle disposizioni della legge regionale anche le norme dell'art. 7 che individuano ulteriori "luoghi

sensibili” presso i quali non è consentita l’apertura di sale gioco (e cioè stabilimenti balneari e giardini, parchi e spazi pubblici attrezzati e altri spazi verdi pubblici attrezzati) e impongono il divieto di aprire agenzie per la raccolta di scommesse, sale VLT e di installare giochi con vincita in denaro nel raggio di 100 metri da “sportelli bancari, postali o bancomat” e da “agenzie di prestiti di pegno o attività in cui si eserciti l’acquisto di oro, argento od oggetti preziosi”. Nello stesso senso anche la sentenza del Tar del Lazio n. 279 del 2014. Sulla normativa della regione Liguria vedi anche la sentenza del Consiglio di Stato n. 5251 del 2014, con una ricostruzione anche della giurisprudenza comunitaria.

Comune di Napoli, regolamento (n. 74 del 2015).

La disciplina prevede significative limitazioni per il rilascio della licenza da parte del comune, che si applicano nell’immediato alle nuove licenze e ai casi di trasferimento di sede, ampliamento della superficie e al cambio di titolarità (art. 7); per gli esercizi già autorizzati entreranno in vigore dopo 5 anni dall’entrata in vigore del regolamento (art. 25).

In particolare si richiede:

- Distanza minima di almeno 500 metri dai luoghi sensibili e 200 metri da sportelli bancari o postali che possano garantire il prelievo di denaro contante
- Divieto di apertura di sale dedicate al gioco in immobili di proprietà dell’amministrazione e in aree individuate del centro storico
- L’Amministrazione si riserva inoltre, ai sensi dell’art. 9 del testo unico delle leggi sulla pubblica sicurezza, di “imporre vincoli, prescrizioni, obblighi o altre forme dirette o indirette di limitazione al termine di un procedimento di valutazione in relazione a: a) rispetto dei vincoli di destinazione urbanistica degli immobili; b) della prossimità dei locali sede dell’attività a luoghi di pubblico interesse” di cui all’art. 7 (art. 2, comma 4).
- Divieto del gioco d’azzardo
- Requisiti morali del titolare dell’esercizio, quale, ad esempio, non aver subito misure di prevenzione e possesso della certificazione antimafia
- Orari
- Sanzioni in caso di violazione delle prescrizioni del regolamento.

Addendum Proprio sul Comune di Napoli occorre, in attesa della decisione sul merito dei ricorsi presentati dai concessionari, ricordare che il CdS con ordinanze nr. 4457 e 4458 del 2016 ha rigettato l’appello cautelare proposto avverso le ordinanze del Tar Napoli.

Comune di Bergamo, regolamento per la prevenzione e il contrasto delle patologie e delle problematiche legate al gioco d’azzardo lecito approvato il 6 giugno 2016.

Tale regolamento pone in capo ai gestori di sale dedicate al gioco d’azzardo lecito, nonché ai gestori di locali che ospitano apparecchi per il gioco e/o che vendono lotterie istantanee, gratta e vinci, 10 e lotto, eccetera, una serie di adempimenti e prescrizioni. L’ordinanza è stata oggetto di 4 sentenze del Tar Lombardia, sez. Brescia. Tre di queste respingono il rispettivo ricorso (le nn. 339,340 e 341 dell’8/3/2017) ma la n. 342 dell’8 marzo 2017 accoglie in parte il ricorso in relazione al lotto e ai gratta e vinci.

Con provvedimento n. 7 assunto in data 13 giugno 2016 vengono poi stabiliti gli orari di apertura delle sale.

Comune di Ravenna, elementi salienti del Regolamento sono:

- Giochi vietati
- Durata ed efficacia delle autorizzazioni
- Requisiti morali del titolare
- Prescrizioni, divieti ed obblighi informativi al pubblico
- Orari
- Caratteristiche dei locali
- Sanzioni

Comune di Empoli, aspetti più rilevanti:

- Autorizzazione comunale

- Distanza dai luoghi sensibili (250 mt. lineari)
- Caratteristica dei locali
- Tutela dei minori
- Pubblicità
- Orari di apertura

Altri interventi organici dei comuni per il contrasto del gioco d'azzardo **San Donà di Piave, Portici, Cremona, Ventimiglia.**

Altri Comuni italiani sono intervenuti a disciplinare specifici aspetti della materia, in particolare:

1) Orari di apertura e chiusura

Le limitazioni orarie all'apertura delle sale da gioco sono decise dalle singole amministrazioni comunali, e spesso sono adottate talora d'intesa tra le Amministrazioni limitrofe al fine di evitare discipline differenziate nelle stesse aree territoriali: vedi a tale proposito l'esperienza dei comuni del Miranese, in provincia di Venezia (Scorzè, Martellago e Spinea), di quelli della provincia di Biella (Mosso, Soprana, Trivero e Valle Mosso) e dei comuni dell'area metropolitana occidentale di Torino (Pianezza, Collegno, Grugliasco, Venaria Reale, Druento, Sangano, Alpignano, Rosta).

Di recente, il regolamento del comune di Bergamo del giugno 2016 ha applicato le stesse fasce orarie anche per quel che concerne la vendita (diretta o tramite distributori automatici) dei biglietti delle lotterie istantanee su piattaforma virtuale e/o con tagliando cartaceo (gratta e vinci, 10 e lotto etc.); nella stessa direzione si pone il regolamento del comune di Spresiano (Treviso). Da ultimo nel comune di Napoli sono entrate in vigore il 17 agosto 2016 le norme relative alla limitazione degli orari di apertura delle sale; il provvedimento era stato approvato nel dicembre dello scorso anno, ma è rimasto sospeso in attesa che il Tar Campania si pronunciasse sui ricorsi dei gestori.

2) Limiti alla pubblicità

Si veda, in particolare, l'iniziativa adottata dal comune di Bologna, che ha previsto importanti limitazioni alla pubblicità del gioco d'azzardo tramite affissioni.

Il comune di Alfonsine ha approvato una modifica al regolamento comunale sulle affissioni pubblicitarie, vietando la pubblicità del gioco d'azzardo nel territorio comunale.

3) Gli incentivi

- Deliberazione della Giunta Comunale del Comune di Budoni n. 50 del 2014 il quale prevede Contributi a favore dei titolari di esercizi pubblici che non detengono o scelgono di non installare slot machines
- Delibera n. 19 del 2014 per la riduzione della tassa rifiuti adottate da diversi comuni (vedi ad esempio la delibera del comune di Soliera – Modena).
- Il Comune di Oristano ha previsto un bando per la concessione di incentivi a favore dei titolari di attività locali che rimuovono slot machine o videolottery D.D. 248/2016.

5. FRANCIA

L'attività dei **casinò francesi** è regolata da norme ben precise. Le prime disposizioni di legge sull'argomento, risalenti al 1907, stabiliscono che i comuni autorizzati all'apertura di una casa da gioco devono essere delle località balneari, turistiche o termali. Le disposizioni contenute nella legge iniziale verranno aggiornate e modificate, una prima volta nel 1959, e più recentemente nel 2007, con l'introduzione di nuovi giochi e di regole più appropriate all'evoluzione del settore.

Sono molte le regole e le procedure che un casinò deve rispettare, ancor prima di vedere la luce: è il Comune che chiede al Ministero degli Interni l'autorizzazione all'apertura della casa da gioco nel suo territorio; alla risposta positiva del Ministero, il Comune emana un bando di gara a cui chiunque può partecipare, naturalmente rispondendo a dei requisiti ben precisi, per esempio di comprovata solidità finanziaria. Il consiglio comunale, dopo aver vagliato tutte le domande, sceglie la società che sarà mandataria per l'esercizio del casinò; instaurerà con essa un accordo ben preciso, il cosiddetto quaderno degli impegni ('cahier des charges'), che la società sarà obbligata a rispettare.

Oltre le regole in materia di sicurezza e igiene, dato che si tratta di un esercizio aperto al pubblico, il nuovo casinò dovrà rispettare, come tutti gli altri già esistenti, delle norme fondamentali: dovrà avere tre settori distinti, il gioco naturalmente, la ristorazione e lo spettacolo.

Per quanto riguarda il gioco in particolare, i due reparti (slot-machine e giochi tradizionali) sono intimamente connessi: per una dotazione di 50 slot, il casinò deve avere almeno un tavolo di giochi (che sia roulette, black-jack o altro); e ci sarà un tavolo per ogni successivo gruppo di 25 slot. In questo modo, un casinò di 400 slot dovrà aprire obbligatoriamente almeno 15 tavoli, fra i differenti giochi autorizzati.

Tutti gli impiegati di un casinò francesi, fatta eccezione per il settore dell'amministrazione, devono avere una speciale autorizzazione ('agrément'), rilasciata direttamente dal Ministero degli Interni, dopo un attento esame del dossier personale, e un colloquio con il funzionario locale della cosiddetta 'Polizia dei Giochi', settore speciale del Ministero, che si occupa del controllo del settore giochi pubblici (casinò e ippodromi).

LA TASSAZIONE - I casinò francesi sono assoggettati a una tassazione particolare, calcolata sul risultato dell'esercizio. Essa viene distribuita in parte allo Stato, in parte al Comune sul cui territorio è impiantato il Casinò; la totalità di questa tassazione varia dal 35 al 50% del risultato d'esercizio. Si può quindi comprendere come un Comune che autorizza l'apertura di una casa da gioco, possa godere di un'entrata di denaro molto alta, che nessun'altra attività commerciale può garantire; nonostante ciò alcune municipalità, anche laddove possano esserci imprenditori o gruppi disposti a investire per l'apertura di un nuovo casinò, mostrano invece un atteggiamento di rifiuto ad attività legate al gioco come i casinò, per motivi politici o per accontentare una parte dell'elettorato contraria, fosse solo per principio, alle sale da gioco.

6. GERMANIA

E' stata notificata alla Commissione Europea la norma che regola le sale giochi. La legge del Brandeburgo sulle sale giochi regola le prescrizioni per l'autorizzazione e l'esercizio delle sale giochi in essa definite. Per la costruzione e l'esercizio di una sala giochi è necessaria un'autorizzazione supplementare, il cui periodo di validità è limitato a un massimo di 15 anni. Si prescrive una distanza minima di 500 m in linea d'aria tra sale giochi, si esclude l'autorizzazione per più di una sala giochi nello stesso complesso di edifici e si stabilisce una regolamentazione della distanza rispetto alle ricevitorie del lotto e ai punti scommesse. Si regolano i requisiti per l'aspetto esterno e l'esercizio di una sala giochi nonché le fattispecie che costituiscono un illecito amministrativo. Le sale giochi devono essere denominate unicamente con il termine "sala giochi". L'aspetto esterno e le immediate vicinanze di una sala giochi non devono costituire pubblicità o altri incentivi (ad esempio nessuna visibilità dall'esterno) al gioco. Si prescrivono orari di chiusura. È necessario garantire che i minori non abbiano accesso alla sala giochi. Le gestrici/i gestori di una sala giochi sono tenuti a promuovere un gioco responsabile e a prevenire la comparsa della dipendenza dal gioco. A tale scopo si prescrivono gli obblighi di informazione sia sui rischi di dipendenza per i giochi offerti sia sulla prevenzione e sulle possibilità di trattamento. Si prescrive l'obbligo di sviluppare una concezione sociale volta a evitare le conseguenze sociali negative del gioco, e di nominare persone responsabili dell'attuazione di tale concezione. Si prescrive inoltre l'obbligo di addestrare, a spese dell'azienda, il personale di sorveglianza della sala giochi, al momento dell'inizio dell'attività e successivamente una volta l'anno, al riconoscimento precoce di comportamenti di gioco problematici e patologici. Si prescrivono la presenza continua di un addetto alla sorveglianza, responsabile del rispetto della legge, il divieto di gioco per il personale della sala giochi e il divieto di calcolare la retribuzione del personale in proporzione al fatturato. Per esercizi di ristorazione e ricevitorie scommesse sono specificate le singole disposizioni della legge rispettivamente applicabili. In considerazione dell'elevata probabilità di dipendenza connessa al gioco commerciale con le macchine, la legge del Brandeburgo sulle sale giochi regola le disposizioni risultanti dal trattato sui giochi d'azzardo (Glücksspielstaatsvertrag) circa l'autorizzazione e l'esercizio di sale giochi in qualità di luogo prevalente per il gioco commerciale con le macchine. Al fine di prevenire o limitare la dipendenza da gioco in tale ambito, come risultato il numero delle sale giochi deve essere limitato (disposizione sulla distanza minima/ divieto di più sale giochi nello stesso complesso di edifici), la discrezionalità nell'aspetto esterno di una sala giochi deve essere ristretta (divieto di pubblicizzazione e di istituzione di altri incentivi al gioco) e le gestrici e i gestori di sale giochi, nell'esercizio di tale

attività, devono essere obbligatoriamente coinvolti nella lotta attiva alla dipendenza dal gioco tramite la determinazione degli obblighi di sorveglianza e azione mirati alla lotta a tale dipendenza. Con lo stesso obiettivo sono specificate le singole disposizioni rispettivamente applicabili, in particolare per esercizi di ristorazione, come l'altro punto fondamentale del gioco commerciale con le macchine.

7. SPAGNA

Il Consiglio dei Ministri spagnolo ha approvato un pacchetto di 43 misure per la riduzione degli oneri amministrativi al fine di semplificare e sburocratizzare una serie di procedure a tutto beneficio della riduzione dei costi per lo Stato e i cittadini. Tra queste procedure c'è l'elaborazione elettronica delle domande per il gioco.

Per identificare e promuovere la riduzione dei costi sono stati gestiti gli accordi con le organizzazioni sociali come CEOE-CEPYME, Camera di Commercio di Spagna, Consiglio Generale delle Associazioni dei responsabili amministrativi della Spagna, Federazione Nazionale delle Associazioni di Imprenditori e lavoratori autonomi (ATA) e il Comitato spagnolo dei Rappresentanti delle Persone con Disabilità (CERMI).

I ministeri dovrebbero individuare le procedure per rivedere un piano di semplificazione amministrativa e di riduzione degli oneri, secondo il Manuale di semplificazione e la riduzione degli oneri amministrativi.

L'accordo che è stato approvato comprende alcune delle iniziative presentate dai ministeri all'interno di un piano di razionalizzazione dipartimentale avviato nel 2015; un totale di 43 misure corrispondenti a 7 ministeri: Finanza e Pubblica Amministrazione, della presidenza, Lavoro e della Previdenza Sociale, Agricoltura, Alimentazione e Ambiente, economia e la competitività, Industria, Energia e Turismo e Salute, Servizi Sociali e uguaglianza. Le proposte includono misure per facilitare l'attività economica, rimuovendo ostacoli all'imprenditorialità.

Per quanto riguarda i nostri sistemi industriali e fiscali è previsto lo snellimento delle procedure di elaborazione elettronica delle domande per il gioco.

7. Giurisprudenza rilevante in materia di Gioco d'Azzardo Patologico

→ Giurisprudenza Costituzionale

Sentenza nr. 108 dell'11 maggio 2017 – nel giudizio di legittimità costituzionale dell'art. 7 della legge della Regione Puglia 13 dicembre 2013, n. 43, recante «*Contrasto alla diffusione del gioco d'azzardo patologico (GAP)*», promosso dal Tribunale amministrativo regionale per la Puglia, sezione staccata di Lecce, nel procedimento vertente tra Gilupi srl ed altra e il Comune di Melendugno ed altri, con ordinanza del 22 luglio 2015, iscritta al n. 54 del registro ordinanze 2016 e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica n. 12, prima serie speciale, dell'anno 2016.

Per cui la Corte nel prendere atto che *“La pianificazione prefigurata dalla disposizione statale invocata come norma interposta (art. 7 comma 10 del DL 158/2012) non è, peraltro, mai avvenuta, non essendo stato emanato, malgrado il tempo trascorso, il decreto interministeriale che doveva definirne i criteri. Il che rende l'intero meccanismo inoperante,”; “Ma anche il procedimento previsto dal citato art. 1, comma 936, della legge n. 208 del 2015 non si è ad oggi ancora perfezionato.”* non ha ravvisato nessuna violazione della competenza legislativa esclusiva dello Stato in materia di «ordine pubblico e sicurezza» (art. 117, secondo comma, lettera h, Cost.) da un lato e dall'altro ha escluso la violazione dei principi fondamentali posti dallo Stato nella materia, di competenza legislativa concorrente, «tutela della salute» (art. 117, terzo comma, Cost.)

Sentenza della Corte Cost. n. 300 del 2011 - in ordine alla competenza degli enti locali in materia di collocazione sul territorio di sale da gioco

Non è fondata la q.l.c. degli art. 1 e 2, comma 2, l. prov. Bolzano 22 novembre 2010 n. 13, censurati, in riferimento all'art. 117, comma 2, lett. h), cost., in quanto modificando, rispettivamente, la l. prov. 13 maggio 1992 n. 13 - aggiungendovi l'art. 5 bis e novellandone l'art. 12 - e la l. prov. 14 dicembre 1988 n. 58, inserendo nell'art. 11 il nuovo comma 1 bis, disciplinerebbero il gioco lecito, introducendo limiti alla sua diffusione, esorbitando dalle competenze legislative provinciali, dovendo essere ricondotte alla materia "ordine pubblico e sicurezza", nella quale lo Stato ha competenza legislativa esclusiva. Le norme impugnate, le quali dettano limiti alla collocazione nel territorio delle

sale da gioco e di attrazione e delle apparecchiature per giochi leciti, sono dichiaratamente finalizzate a tutelare soggetti ritenuti maggiormente vulnerabili, o per la giovane età o perché bisognosi di cure di tipo sanitario o socio assistenziale, e a prevenire forme di gioco cosiddetto compulsivo, nonché ad evitare effetti pregiudizievoli per il contesto urbano, la viabilità e la quiete pubblica, sicché non sono riferibili alla competenza legislativa statale in materia di "ordine pubblico e sicurezza", che attiene alla prevenzione dei reati ed al mantenimento dell'ordine pubblico, inteso questo quale complesso dei beni giuridici fondamentali e degli interessi pubblici primari sui quali si regge la civile convivenza nella comunità nazionale (sentt. n.237 del 2006, 165, 430 del 2007, 72 del 2010, 35 del 2011).

I giudici della Corte Costituzionale, quindi, hanno ritenuto non fondata la questione di legittimità costituzionale delle disposizioni provinciali che, dettando norme sulla localizzazione degli apparecchi da gioco lecito, mirano a tutelare le "conseguenze sociali dell'offerta dei giochi su fasce di consumatori psicologicamente più deboli, nonché all'impatto sul territorio dell'afflusso a detti giochi degli utenti".

La Corte ha ritenuto che le disposizioni *de quibus* non rientrino nella competenza esclusiva dello Stato in materia di misure di prevenzione dei reati e mantenimento dell'ordine pubblico (art. 117, secondo comma, lett. h), lasciando intendere che esse rientrino nella materia sociale della tutela dei minori e in quella della tutela del territorio, materie nelle quali la Provincia autonoma di Bolzano esercita potestà legislativa esclusiva (cfr. art. 8, risp. numeri 25 e 5 dello Statuto di autonomia). Ciò evidentemente a prescindere dalla collocazione delle disposizioni stesse nella legge provinciale sugli esercizi pubblici.

Sentenza della Corte Cost. n. 220 del 2014 - in ordine al potere del sindaco di disciplinare gli orari delle sale da gioco.

È inammissibile, per omessa esplorazione di diverse soluzioni ermeneutiche, la questione di legittimità costituzionale dell'art. 50, comma 7, del d.lg. 18 agosto 2000, n. 267, impugnato, in riferimento agli artt. 32 e 118 Cost., nella parte in cui, disciplinando i poteri normativi e provvedimentali attribuiti al sindaco in materia di gioco e scommesse, non prevede che tali poteri possano essere esercitati con finalità di contrasto del fenomeno del gioco di azzardo patologico. Infatti, così come evidenziato dalla giurisprudenza amministrativa di legittimità e di merito, proprio la disposizione censurata può fornire un fondamento legislativo al potere del sindaco di disciplinare gli orari delle sale giochi e degli esercizi nei quali sono installate le apparecchiature per il gioco. Inoltre, il potere di limitare la distribuzione sul territorio delle sale da gioco potrebbe essere anche ricondotto alla potestà degli enti locali in materia di pianificazione e governo del territorio.

→ **Giurisprudenza del Consiglio di Stato**

Nel corso del tempo si è consolidata una giurisprudenza amministrativa che riconosce la facoltà dei Comuni di disciplinare gli orari degli esercizi commerciali ai sensi dell'art. 50 TUEL. In tale direzione si collocano diverse pronunce, con le quali è stato riconosciuto che: "in forza della generale previsione dell'art. 50, comma 7, del d.lgs. n. 267 del 2000 - il sindaco può disciplinare gli orari delle sale giochi e degli esercizi nei quali siano installate apparecchiature per il gioco e che ciò può fare per esigenze di tutela della salute, della quiete pubblica, ovvero della circolazione stradale" (cfr. C.d.S., sentenza n. 3271/2014; id., ordinanze nn. 2133 e 996 del 2014 e n. 2712/2013; T.A.R. Lombardia - Brescia, sentenza n. 1484/2012; T.A.R. Campania, sentenza n. 2976/2011; T.A.R. Lazio, sentenza n. 5619/2010; T.A.R. Campania - Salerno, sez. II, n. 2075/2011).

Tale potestà comunale, però, incontra dei limiti. Si veda la sentenza del Consiglio di Stato, Sez. Quinta, n. 3271/2014, con la quale viene respinta l'impugnazione presentata dal Comune di Desio sugli orari di funzionamento degli apparecchi da intrattenimento. Il collegio, in tale occasione, respingeva il ricorso sostenendo che le amministrazioni comunali possono, invero, regolare l'attività degli esercizi commerciali, dei pubblici esercizi e dei servizi pubblici, ai sensi dell'art. 50 citato, graduando, in funzione della tutela dell'interesse pubblico prevalente, gli orari di apertura e chiusura al pubblico, ma nel rispetto di determinati parametri. Ciò in quanto "...un'amministrazione, operando restrittivamente nei confronti di operatori economici, non può astenersi dal dimostrare la esistenza concreta di fenomeni

pregiudizievoli per la collettività, quali una particolare e documentata evasione scolastica, blocchi anomali della circolazione o turbamenti della quiete pubblica.”

Alcuni tribunali amministrativi regionali hanno, quindi, ritenuto censurabile il ricorso alla disciplina limitativa degli orari di apertura, laddove i provvedimenti della specie assunti dalle autonomie locali non fossero stati adeguatamente motivati in relazione ai suddetti profili (in tal senso, T.A.R. Lazio – sez. di Latina- n. 616/2015, TAR Marche, Ancona – sez. I- n. 814/2015 e T.A.R. Toscana n. 1415/2015).

Diverse decisioni giurisprudenziali evidenziano in particolare la necessità, per le autonomie locali, di procedere ad un’approfondita istruttoria, che contempli un accurato bilanciamento tra valori egualmente sensibili quali il diritto alla salute e l’iniziativa economica privata. In tal senso, la sentenza n. 5579/2016 del Consiglio di Stato - sez. III - che ha avuto modo di sottolineare che “L’individuazione della distanza minima di 1.000 metri e dei luoghi c.d. sensibili sono irragionevoli, e comunque sono avvenute senza una specifica approfondita istruttoria e senza adeguata motivazione (in particolare, circa l’incidenza del nuovo limite di distanza in ordine alla localizzazione delle sale), in violazione dell’art. 41 Cost. e del principio di buon andamento ed imparzialità della P.A.; l’indicazione quali luoghi sensibili dei luoghi di culto, delle caserme, delle camere mortuarie e dei cimiteri (questi ultimi, non considerati dalla norma statale), la mancanza di una previa mappatura dei luoghi sensibili, e la ricomprensione in essi della categoria, generica, delle “strutture protette in genere”, impedisce una pianificazione delle attività imprenditoriali; non si è tenuto conto che proprio alle agenzie di scommesse sono assegnate dalla normativa funzioni di tutela del giocatore (art. 1, comma 78, lettera b), punti 13 e 14, legge 220/2010) e di presidio di legalità sul territorio (art. 38, d.l. 223/2006, conv. in legge 248/2006)...”.

Sulla scia di tali considerazioni, nella sentenza n. 3778/2015 (contenzioso Lottomatica/Comune di Salerno), il Consiglio di Stato – sez. Quinta - ha precisato che il potere di inibizione di certe attività da parte del Comune è consentito dal legislatore solo in caso di accertata lesione di interessi pubblici tassativamente individuati (sicurezza, libertà, dignità umana, utilità sociale, salute).

Da ultimo, si veda quanto affermato dal T.A.R. Toscana, sentenza n. 406 del 17 marzo 2017: “appare impossibile negare come l’atto impugnato sia da ritenersi sicuramente viziato, non contenendo una qualche considerazione degli interessi dei gestori delle strutture e dell’<indotto> correlato ed il conseguente bilanciamento con le esigenze di prevenzione della ludopatia”.

Il sostanziale unilateralismo dell’atto impugnato (che considera solo le esigenze di prevenzione della ludopatia) e la mancanza completa di una qualche considerazione degli interessi contrapposti appaiono poi ancora più rilevanti, in un contesto in cui l’importanza percentuale della riduzione oraria imposta agli esercenti (due terzi) e l’esiguo numero di ore rimaste a disposizione (solo 4) portano a ritenere concreto il pericolo che la disciplina limitativa possa risolversi nella pratica interdizione di un’attività che, al contrario, continua ad essere permessa dallo Stato; ed il tutto in un contesto in cui la giurisprudenza (T.A.R. Veneto, sez. III, ord. 8 settembre 2016, n. 480; sent. 7 dicembre 2016, n. 1346) ha considerato ex se lesive del principio di proporzionalità discipline limitative degli orari di apertura degli esercizi di gioco caratterizzate da limitazioni d’orario in termini percentuali minori di quelle previsti, con riferimento alle V.L.T., dall’ordinanza impugnata”.

Da ultimo anche sentenza tar Molise n. 156/2017, nella quale si dispone che: in assenza di un’apposita istruttoria che provi, ad esempio, l’insufficienza delle misure preventive e terapeutiche poste in essere dalle strutture sanitarie pubbliche rispetto a fenomeni di co-dipendenza psicologica ovvero metta in luce altre fenomenologie di contesto, il provvedimento contingibile e urgente difetta degli elementi di fatto e motivazionali che giustifichino l’intervento “extra ordinem” dell’autorità comunale.

Se è vero che la decisione della Corte costituzionale del 2014 (sentenza n.220 del 2014) ha considerato pienamente legittimo l’utilizzo in questo campo dei poteri di ordinanza ex art. 50, comma 7, del T.u.e.l. per esigenze di tutela della salute, nondimeno i provvedimenti comunali di contrasto della ludopatia (benché ancorati a disposizioni di legge regionale), devono riguardare aspetti specifici della comunità locale amministrata, non già la questione nella sua generica definizione sociale.

In tale quadro, le limitazioni di orario all’attività degli esercizi commerciali troverebbero giustificazione, anche alla luce del dettato costituzionale e della normativa comunitaria sulla libertà dell’iniziativa economica, in esigenze concrete -- da dimostrare volta per volta (omissis). Accertato il difetto di

istruttoria e di motivazione, il provvedimento impugnato deve essere annullato, ferma restando la possibilità di una riedizione del potere, al compimento di una istruttoria che valuti adeguatamente le criticità di contesto del territorio comunale. Di seguito, alcune delle pronunce più significative sul tema.

Consiglio di Stato, sez. V, 01/08/2015, n. 3778 – in ordine al potere del Sindaco disporre in materia di GDA anche in assenza di normativa statale o regionale.

Un'ordinanza sindacale, avente ad oggetto gli orari di apertura delle sale da gioco, non deve essere necessariamente adottata « sulla base degli indirizzi espressi dal Consiglio comunale e nell'ambito dei criteri eventualmente indicati dalla Regione », come previsto dall'art. 50 comma 7, t.u. 18 agosto 2000, n. 267, atteso che, per quanto riguarda i criteri regionali, la suddetta norma, con l'inciso « eventualmente indicati » ha testualmente escluso la tassatività e obbligatorietà di tali criteri regionali, con la conseguenza che **non ha alcun rilievo giuridico la loro mancanza**; inoltre la mancata approvazione di indirizzi espressi dal Consiglio comunale non paralizza l'attività del Sindaco, titolare del relativo potere di ordinanza, ma comporta per lui un legittimo e più ampio esercizio della propria discrezionalità nell'individuazione delle misure ritenute più efficaci per il perseguimento delle finalità perseguite, senza previa fissazione di vincoli da parte del Consiglio.

Con la stessa pronuncia viene chiarito che ai sensi dell'art. 88, T.U.L.P.S. il potere esercitato dal Sindaco nel definire gli orari di apertura delle sale da gioco non interferisce con quello del Questore, atteso che la competenza di questo ha ad oggetto rilevanti aspetti di pubblica sicurezza, mentre quella del Sindaco concerne in senso lato gli interessi della comunità locale, con la conseguenza che le **rispettive competenze operano su piani diversi e non è configurabile alcuna violazione dell'art. 117 comma 2 lett. h), Cost.**

La liberalizzazione degli orari di apertura e chiusura dei pubblici esercizi, che è regime indistintamente applicabile agli esercizi commerciali e a quelli di somministrazione, non preclude **all'Amministrazione comunale** la possibilità di esercitare il proprio potere d'inibizione delle relative attività per comprovate esigenze di tutela dell'ordine e della sicurezza pubblica e del diritto dei terzi al rispetto della quiete pubblica, ma ciò è consentito solo in caso di accertata lesione di interessi pubblici tassativamente individuati, quali quelli richiamati dall'art. 31 comma 2, 6 dicembre 2011, n. 201, convertito in l. 22 dicembre 2011, n. 214 (sicurezza, libertà, dignità umana, utilità sociale, salute).

Consiglio di Stato, sez. V, 23/10/2014, n. 5251

Nella regione Liguria la l. reg. 30 aprile 2012 n. 17, nel prevedere divieti di installazione di apparecchi da gioco, non contrasta con la normativa europea che prevede la libera circolazione di beni, persone, servizi e capitali, atteso che l'art. 1, par. 11, della direttiva 98/34 va interpretato nel senso che disposizioni nazionali o regionali in tema di giochi d'azzardo, che potrebbero comportare limiti per l'utilizzazione dei giochi automatici con vincita di danaro o l'impossibilità della loro utilizzazione, possono in effetti costituire regole tecniche ai sensi della predetta disposizione di fonte comunitaria, purché tali disposizioni nazionali rappresentino condizioni che possono influenzare "in modo significativo" "la natura del prodotto di cui trattasi, ovvero la sua commercializzazione, "circostanza", questa, "che spetta al giudice nazionale verificare".

Consiglio di Stato, sez. III, 10/02/2016, (ud. 14/01/2016, dep. 10/02/2016), n. 579 – in ordine al potere di Regioni ed enti locali di legiferare sulla localizzazione delle sale da gioco.

Le disposizioni sui limiti di distanza imposti alle sale da gioco siano dirette al perseguimento di finalità anzitutto di carattere socio-sanitario (come tali estranee rispetto alla materia della tutela dell'ordine pubblico, rimessa in via esclusiva allo Stato). A dette finalità si affiancano finalità attinenti al governo del territorio, sotto i profili della salvaguardia del contesto urbano e dell'ordinata viabilità, oltre che al contenimento dell'inquinamento acustico. I poteri in questione incidono dunque, in netta prevalenza, in materie oggetto di potestà legislativa concorrente, nelle quali la Regione, ai sensi dell'art. 117, terzo comma, Cost., può legiferare nel rispetto dei principi fondamentali della legislazione statale.

Dall'art. 7, comma 10, del d.l. 158/2012, si trae il principio della legittimità di misure di pianificazione delle ubicazioni consentite alle sale giochi e scommesse basate su distanze minime da rispettare (definite dalla citata giurisprudenza "prevenzione logistica" delle ludopatie), non anche

quello della necessità della previa definizione di dette pianificazioni o dei relativi criteri orientativi a livello nazionale. Può convenirsi con la prevalente giurisprudenza che si è occupata della questione, nel senso che la disciplina statale e quella regionale siano reciprocamente coerenti rispetto all'obiettivo da perseguire, utilizzando strumenti analoghi con analoghe finalità di prevenzione (oltre alle sentenze succitate, cfr. anche TAR Lombardia, I, n. 1613/2015).

Consiglio di Stato, sez. V, 13/06/2016, n. 2519

E' legittima l'ordinanza sindacale recante "disciplina comunale degli orari di esercizio delle sale giochi autorizzate", che ha introdotto un nuovo regime degli orari di apertura delle sale giochi autorizzate riducendone la durata al dichiarato fine di limitare il fenomeno della ludopatia.

Consiglio di Stato, sez. V, 20/10/2015, n. 4794 – in ordine alla competenza dei Comuni

La normativa in materia di gioco d'azzardo, con riguardo alle conseguenze sociali dell'offerta dei giochi su fasce di consumatori psicologicamente più deboli, nonché dell'impatto sul territorio dell'afflusso ai giochi degli utenti, non è riferibile alla competenza statale esclusiva in materia di ordine pubblico e sicurezza di cui all'art. 117 comma 2 lett. h), Cost., ma alla tutela del benessere psico-fisico dei soggetti maggiormente vulnerabili e della quiete pubblica, tutela che rientra nelle attribuzioni del Comune ex artt. 3 e 5, d.lg. 18 agosto 2000, n. 267; la disciplina degli orari delle sale da gioco è infatti volta a tutelare in via primaria non l'ordine pubblico, ma la salute ed il benessere psichico e socio economico dei cittadini, compresi nelle attribuzioni del Comune ai sensi di dette norme; pertanto, il potere esercitato dal Sindaco nel definire gli orari di apertura delle sale da gioco non interferisce con quello degli organi statali preposti alla tutela dell'ordine e della sicurezza, atteso che la competenza di questi ha ad oggetto rilevanti aspetti di pubblica sicurezza, mentre quella del Sindaco concerne in senso lato gli interessi della comunità locale, con la conseguenza che le rispettive competenze operano su piani diversi e non è configurabile alcuna violazione dell'art. 117 comma 2 lett. h), Cost.

Consiglio di Stato, sez. V, 16/04/2014, n. 1861

In Toscana, l'ordinanza comunale, che dispone la cessazione dell'attività di sala giochi-slot machine (VLT) in un locale del centro storico, non può essere considerata invasiva delle competenze proprie dell'Amministrazione statale, ed in particolare del Questore, privando di efficacia l'autorizzazione da questi rilasciata, atteso che essa non interferisce con l'interesse pubblico alla cui cura e tutela è finalizzata nel caso specifico l'autorizzazione questorile (id est, la pubblica sicurezza), essendo invece rivolta al rispetto delle scelte dell'Amministrazione comunale, niente affatto illogiche, in ordine alla valorizzazione di aree di particolare interesse, quale è il centro storico.

→ Giurisprudenza dei Tribunali Amministrativi Regionali

T.A.R. Napoli (Campania) sez. III, 3/05/2017, nr. 2347

Gli interventi normativi finalizzati al contrasto della ludopatia sono ispirati alla tutela del diritto alla salute di cui all'art. 32 Cost., affidata alla potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni.

La disciplina degli orari delle sale da gioco è volta a tutelare in via primaria, più che l'ordine pubblico, la salute ed il benessere psichico e socio economico dei cittadini, la tutela dei quali è compresa nelle attribuzioni proprie del Comune. Pertanto, il potere esercitato dal Sindaco, ai sensi dell'art. 50, comma 7, TUEL, nel definire gli orari di apertura delle sale da gioco – sulla base degli indirizzi espressi dal consiglio comunale e nell'ambito dei criteri eventualmente indicati dalla regione – non interferisce con quello degli organi statali preposti alla tutela dell'ordine e della sicurezza, atteso che la competenza di questi ultimi ha ad oggetto rilevanti aspetti di pubblica sicurezza, mentre quella del Sindaco concerne in senso lato gli interessi della comunità locale. Da ciò consegue che le rispettive competenze operano su piani diversi e non concomitanti, in linea con il riparto delle competenze legislative di cui all'art. 117, comma 2, lett. h), della Costituzione (Cons. Stato, sez. V, 20 ottobre 2015, n. 4794).

Le sale giochi e gli esercizi dotati di apparecchiature da gioco, in quanto locali ove si svolge l'attività attualmente consentita dalla legge, sono qualificabili, seguendo l'elencazione contenuta nell'art. 50, comma 7, d.lgs. n. 267 del 2000, come 'pubblici esercizi', di talché per dette sale il Sindaco può esercitare il proprio potere regolatorio, anche quando si tratti dell'esercizio del gioco d'azzardo,

quando le relative determinazioni siano funzionali ad esigenze di tutela della salute e della quiete pubblica”.

Nel caso di specie, il consiglio comunale ha introdotto previsioni sull'orario di esercizio le quali si pongono quali parametri generali ai quali il Sindaco si è attenuto nell'adozione dell'ordinanza attuativa.

Come già chiarito da questa Sezione con la menzionata sentenza n. 1567 del 2017: “Le previsioni regolamentari che estendono la loro efficacia anche ai soggetti già autorizzati risponde alla giustificabile esigenza di bilanciare l'interesse alla salvaguardia delle attività economiche con quella legata alla prevenzione delle ludopatie la quale, come sopra illustrato, rientra nell'ambito delle esigenze di tutela della salute, in linea con i principi fissati dall'art. 32 della Costituzione.

Non vi possono essere quindi situazioni franche da una verifica periodica perché altrimenti ciò significherebbe sottrarre totalmente i soggetti già autorizzati da ogni possibilità di controllo e verifica successiva, con inammissibile incisione anche sui principi di imparzialità e di par condicio tra operatori del settore.

D'altronde, la Corte costituzionale in più occasioni (sentenze n. 264 e n. 15 del 2012, n. 303, n. 238 e n. 93 del 2011, n. 317 e n. 311 del 2009, n. 362 e n. 172 del 2008) ha rammentato che il legislatore, nei limiti del criterio di ragionevolezza e senza mai “incidere arbitrariamente sulle situazioni sostanziali poste in essere da leggi precedenti, può valutare la scelta tra retroattività e irretroattività”. La stessa Convenzione europea dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali non esclude radicalmente la possibilità di leggi che, operando retroattivamente, incidano sull'andamento di giudizi in corso, quando sussistano esigenze di ordine pubblico o addirittura “motivi imperativi di interesse generale”.

Nel caso specifico, si ribadisce, la previsione regolamentare in discussione risponde alla chiara finalità di realizzare un temperamento dell'interesse privato dei titolari al mantenimento degli apparecchi da gioco leciti e quello pubblico ad un controllo continuo e periodico in un settore sensibile, per i suoi rilevanti effetti sociali e sulla salute.

Giova inoltre richiamare l'orientamento della giurisprudenza secondo cui “L'esistenza di un'autorizzazione pregressa non può giustificare una deroga permanente, che sottragga l'operatore all'applicazione della disciplina regolamentare a tutela della salute, quale che siano le vicende e le ubicazioni future del suo esercizio commerciale. Altrimenti, oltre a vanificare la portata della disciplina di tutela, si determinerebbe nel settore, attraverso la sorta di contingentamento e la forte valorizzazione delle autorizzazioni preesistenti che ne conseguirebbero, una distorsione della concorrenza maggiore di quella che potrebbe essere imputata alle distanze minime.” (Consiglio di Stato, sentenza n.579 del 2016).”.

Sotto questo profilo, le misure restrittive in questione appaiono proporzionate rispetto all'obiettivo del contrasto al fenomeno del “gioco patologico”. L'esigenza di porre un limite all'accesso indiscriminato e continuativo della clientela alle apparecchiature in questione è stata fronteggiata con il divieto di accesso al gioco in determinati archi orari a tutela delle fasce più deboli e quindi maggiormente vulnerabili della potenziale clientela.

Non a caso, la giurisprudenza amministrativa ha osservato che “la limitazione degli orari di attivazione delle apparecchiature da gioco costituisce strumento idoneo a contenerne la possibilità di utilizzo, integrando una misura amministrativa funzionale a circoscrivere la diffusione del fenomeno del gioco patologico” (v. TAR Lombardia, Milano, Sez. IV, 21 aprile 2015, n. 995).

Le disposizioni normative finalizzate a combattere la ludopatia, a partire dall'adozione del più volte menzionato D.L. n. 158 del 2012 (cd. decreto Balduzzi) - che ha inserito il GAP nei LEA - sono per l'appunto ispirate alla tutela del diritto della salute, di cui all'art. 32 della Costituzione, e 117, comma 3, affidata alla potestà legislativa concorrente dello Stato e delle Regioni.

La Corte Costituzionale - con la sentenza n. 300 del 2011 - ha precisato che le disposizioni sui limiti di distanza imposti alle sale da gioco perseguono una prevalente finalità di carattere socio-sanitario, come peraltro espressamente sottolineato da numerose pronunce della giurisprudenza amministrativa (in particolare: TAR Lombardia, Milano, sez. II, 22 luglio 2015, n. 1761, con riferimento ad analoghe

disposizioni della Legge regionale Lombardia n. 8 del 2013; TAR Lazio, Roma, sez. II, 10 marzo 2014, n. 2729, con riferimento alla legge regionale Liguria n. 17 del 2012; TRGA Trento, 20 giugno 2013, n. 206, con riferimento alla legge provinciale Trento 9/2000.).

In altri termini, lo Stato ha fissato i principi generali che conformano la materia, ispirati alla riduzione ed al contrasto all'attività del gioco d'azzardo ed ha demandato alle Regioni ed alle autonomie locali il potere di disciplinarne le modalità, tenendo conto, da un lato, degli obiettivi assunti a livello nazionale, dall'altro, delle caratteristiche specifiche del territorio nell'ambito del quale la normativa è destinata ad incidere (cfr. recente, Cons. Stato, Sez. III, 10 febbraio 2016, n. 578).

Ed è nell'ambito della preminente esigenza di tutela della salute, di cui all'art. 32 Cost., che va condotta anche una valutazione sull'estensione della libertà d'iniziativa economica, di cui all'art. 41 Cost., il cui contenuto, contrariamente a quanto asserito dalla ricorrente, non appare compresso, in quanto soffre della medesima posizione di subordinazione rispetto al diritto alla salute.

Alla luce di quanto sopra, la legge regionale 16 del 2014 non si discosta dai principi sanciti in ambito costituzionale relativi alla tutela della salute ed al riparto delle competenze legislative Stato - Regioni.

T.A.R. Bologna, (Emilia-Romagna), sez. I, 27/04/2015, n. 407

Gli strumenti di contrasto della ludopatia, coerentemente con le esigenze tutelate - medesime sull'intero territorio del Paese - devono trovare la loro disciplina di base a livello centrale ed essere inseriti nel sistema della pianificazione nazionale, entro i cui limiti poi opereranno gli enti locali, fermo restando il potere dei Sindaci di adottare ordinanze contingibili e urgenti in caso di situazioni di effettiva emergenza e fatta salva la possibilità delle regioni di dettare regole di settore, per essere la materia della "tutela della salute" soggetta alla competenza legislativa concorrente, sempre però in coerenza con la disciplina statale e con i relativi principi fondamentali (nella fattispecie, la regione Emilia-Romagna con la l. n. 5 del 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"), aveva stabilito che "al fine di perseguire le finalità di cui all'art. 1 della presente legge e gli obiettivi di cui all'art. 2 della l. r. n. 20 del 2000 (Disciplina generale sulla tutela e l'uso del territorio), i comuni [potessero] dettare, nel rispetto delle pianificazioni di cui all'art. 7, comma 10 d.l. n. 158 del 2012, conv. in l. n. 189 del 2012, previsioni urbanistico territoriali in ordine alla localizzazione delle sale da gioco"; il collegio, tuttavia, alla luce della perdurante assenza della programmazione statale [le pianificazioni di cui all'art. 7, comma 10 d.l. n. 158 del 2012, conv. in l. n. 189 del 2012, ndr] giudicava l'adozione di norme da parte dei singoli comuni priva del necessario presupposto legale, donde l'illegittimità dell'art. 23, comma 3, del Regolamento di Polizia urbana del comune di Bologna che stabiliva distanze minime tra le sale da gioco e i luoghi identificati come "sensibili").

Tar Bolzano, sent. N. 22 del 2015

Quanto, infine, alla asserita necessità di uniformità di trattamento sul territorio nazionale è sufficiente richiamare la citata sentenza della Corte Costituzionale n. 300 del 2011 e la più recente sentenza della stessa Corte n. 220 del 18 luglio 2014. In particolare, con quest'ultima pronuncia, la Corte Costituzionale, vagliando la legittimità costituzionale dell'art. 50, comma 7, del D.Lgs. n. 267 del 2000, che disciplina i poteri normativi e provvedimentali attribuiti al sindaco, nella parte in cui non prevede che tali poteri possano essere esercitati con finalità di contrasto del fenomeno del gioco d'azzardo patologico, ha giudicato inammissibile la questione, ricordando che l'evoluzione della giurisprudenza amministrativa ha elaborato un'interpretazione della suddetta norma compatibile con gli artt. 32 e 118 della Costituzione e precisa che "il TAR rimettente omette di considerare che il potere di limitare la distribuzione sul territorio delle sale da gioco attraverso l'imposizione di distanze minime rispetto ai cosiddetti luoghi sensibili, potrebbe altresì essere ricondotto alla potestà degli enti locali in materia di pianificazione e governo del territorio, rispetto alla quale la Costituzione e la legge ordinaria conferiscono al Comune le relative funzioni".

Consiglio di Stato nr. 4539 del 28 settembre 2017

Da ultimo non può non rilevarsi che il Supremo giudice amministrativo abbia – ove ce ne fosse bisogno – confermato che "La continua e reiterata, in tutto o in parte, mancata attuazione delle misure volute dal

legislatore suona pertanto – contrariamente a quanto ritenuto dalla parte appellante - come ulteriore riprova del fatto che il *decisum* contenuto nell'impugnata sentenza conserva tuttora la propria attualità. La ratio legis sottesa a tutti questi interventi normativi, infatti, è quella di giungere alla determinazione delle regole future di comportamento in materia di azione di contrasto alla ludopatia con tutti gli strumenti posti a disposizione dall'ordinamento (atti amministrativi generali, regolamenti, decreti ministeriali o interministeriali, con il coinvolgimento delle altre amministrazioni in sede di conferenza), e non già quella di abrogare le norme per l'innanzi poste o di vanificare le statuizioni pronunciate in sede giurisdizionale e che rappresentano, anzi, momento di attuazione delle stesse previsioni di legge; oltre tutto, innescando un circolo vizioso per cui la mancata attuazione di una norma verrebbe superata da una nuova norma che, nell'abrogare la prima, resterebbe anch'essa non attuata.

Sotto questo aspetto, dunque, nemmeno si pongono – come invece ha inteso prefigurare la parte appellata – questioni concernenti la problematica del condizionamento dell'esito del giudizio ad opera di un intervento del legislatore successivo al deposito della sentenza. Infatti, non pertinente e inconferente rispetto al caso all'esame è il richiamo operato dalla parte appellata ai precedenti giurisprudenziali della C.e.d.u., della Corte Costituzionale e di questo Consiglio di Stato in ordine alla disciplina delle sopravvenienze normative retroattive, elusive del giudicato o comunque condizionanti l'esito del giudizio.

E ciò non solo per la considerazione, dirimente sul piano formale, che, nel caso di specie, il decreto cd. Balduzzi non è intervenuto rispetto ad un giudicato (tale non è, infatti, la sentenza oggetto dell'odierno gravame); ma soprattutto per la considerazione di ordine sostanziale che, come appena chiarito, le due normative coesistono e la ratio della nuova normativa non è quella di contrastare o eludere il *decisum* giudiziale, ma quella di porre una disciplina generale della lotta alla ludopatia, ancora in itinere e lontana dall'essere adottata. Inoltre, il decreto legge in questione non detta norme retroattive per disciplinare, appunto per il passato, la fattispecie oggetto di giudizio, ma è anzi tutto teso a dettare una disciplina futura, si ripete, ad oggi rimasta inattuata, come puntualmente osservato nella pronuncia della Corte Costituzionale sopra richiamata.”