

## XII COMMISSIONE PERMANENTE

### (Affari sociali)

#### S O M M A R I O

#### INTERROGAZIONI:

5-06044 Farina Coscioni: Stato di attuazione della nuova normativa per il riconoscimento dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità .....	167
<i>ALLEGATO 1 (Testo della risposta)</i> .....	175
5-06992 Farina Coscioni: Riorganizzazione della Croce rossa italiana (CRI) .....	168
<i>ALLEGATO 2 (Testo della risposta)</i> .....	176
5-06948 Pedoto: Carenza sul mercato italiano del farmaco Purinethol.	
5-06987 Palagianò: Carenza sul mercato italiano del farmaco Purinethol .....	168
<i>ALLEGATO 3 (Testo della risposta)</i> .....	178
5-06411 Fabi: Iniziative per l'adozione del piano strategico per le malattie rare .....	169
<i>ALLEGATO 4 (Testo della risposta)</i> .....	180

#### SEDE REFERENTE:

Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. Testo unificato C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioioli, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri ( <i>Seguito dell'esame e rinvio</i> ) .....	169
<i>ALLEGATO 5 (Emendamenti approvati)</i> .....	181
Norme riguardanti interventi in favore delle gestanti e delle madri volti a garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati. C. 3303 Lucà e C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte ( <i>Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base</i> ) .	172

#### ATTI DEL GOVERNO:

Schema di decreto legislativo recante riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce rossa. Atto n. 491 ( <i>Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del regolamento, e rinvio</i> ) .....	173
--	-----

#### INDAGINE CONOSCITIVA:

Indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo ( <i>Esame del documento conclusivo e rinvio</i> ) .....	173
<i>ALLEGATO 6 (Proposta di documento conclusivo)</i> .....	182

#### INTERROGAZIONI

Martedì 31 luglio 2012. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI. — Interviene il ministro della salute, Renato Balduzzi.

**La seduta comincia alle 14.10.**

**5-06044 Farina Coscioni: Stato di attuazione della nuova normativa per il riconoscimento dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità.**

Il ministro Renato BALDUZZI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 1*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta, evidenziando in particolare che la Conferenza Stato-regioni esprimerà il parere sullo schema di decreto volto ad aggiornare le tabelle di invalidità, trasmesse dal Governo, non prima di settembre.

Auspica, pertanto, che le buone intenzioni manifestate dal Governo per affrontare le problematiche attinenti al tema della disabilità e invalidità civile possano tradursi al più presto in interventi concreti.

**5-06992 Farina Coscioni: Riorganizzazione della Croce rossa italiana (CRI).**

Il ministro Renato BALDUZZI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 2*).

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), replicando, si dichiara parzialmente soddisfatta. Fa presente che l'interrogazione in oggetto è stata da lei presentata agli inizi di giugno, ben prima dunque dell'inserimento, da parte del Senato, nel disegno di legge di conversione del decreto-legge n. 79 del 2012 (Vigili del fuoco), della modifica volta a differire il termine per l'esercizio della delega al 30 settembre 2012. Rileva quindi che, allo stato attuale, la delega per il riordino della Croce rossa è scaduta e a nulla vale, rispetto a ciò, il predetto differimento disposto al Senato. A suo avviso, dunque, il Governo dovrebbe prendere atto della condizione di illegalità in cui si continua ad operare, assumendo altresì consapevolezza del fatto che il decreto legislativo che dovesse essere adottato in attuazione della suddetta delega non supererebbe il vaglio di costituzionalità.

Entrando nel merito della proposta di riordino della Croce rossa predisposta dal Governo attraverso l'adozione dello schema di decreto legislativo, evidenzia come esso incontri la contrarietà delle organizzazioni sindacali che chiedono di seguire un percorso aperto e condiviso, che preveda il coinvolgimento degli organi statutari democraticamente eletti anziché concentrare ogni decisione in capo al Commissario

straordinario il quale si è rivelato non in grado di affrontare le numerose criticità legate al riassetto della CRI.

Richiama altresì altri punti problematici che dovrebbero essere affrontati dal Governo, quali il contenzioso rispetto ai rapporti di impiego del personale, la questione relativa alla gestione dei contributi erogati dallo Stato, nonché la questione del patrimonio.

Si augura quindi che il Governo possa prendere in considerazione le problematiche citate e che assuma le iniziative volte a garantire alla CRI un ordinamento di giustizia, di rigore e trasparenza amministrativa.

**5-06948 Pedoto: Carenza sul mercato italiano del farmaco Purinethol.**

**5-06987 Palagiano: Carenza sul mercato italiano del farmaco Purinethol.**

Gero GRASSI, *presidente*, avverte che le interrogazioni in titolo, vertendo sulla stessa materia, saranno svolte congiuntamente.

Il ministro Renato BALDUZZI risponde alle interrogazioni in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 3*).

Luciana PEDOTO (PD), replicando, dopo aver evidenziato l'impegno profuso dal ministro Balduzzi nel rispondere con tempestività alle interrogazioni rivoltegli e nel partecipare ai lavori della Commissione, si dichiara parzialmente soddisfatta delle risposte ricevute.

A tal proposito, fa presente che il farmaco in oggetto risulta ad oggi non reperibile, ciò che ritiene inaccettabile considerato che si tratta di un farmaco oncologico salvavita, indispensabile per evitare le ricadute delle leucemie linfatiche in ambito pediatrico, che non ha sostituti.

Antonio PALAGIANO (IdV), replicando, si dichiara anch'egli parzialmente soddisfatto, condividendo le considerazioni formulate dall'onorevole Pedoto.

Infatti, pur mostrando apprezzamento per l'interesse manifestato dal ministro della salute rispetto al grave problema costituito dallo stato di carenza del Puri-nethol, fa tuttavia presente come tale medicinale risulti non reperibile sul territorio nazionale. Evidenzia altresì che, trattandosi di un farmaco che viene somministrato nella seconda fase della malattia, quella del mantenimento, in cui spesso si agisce attraverso le terapie domiciliari, esso dovrebbe essere distribuito al pubblico e non solo nei centri ospedalieri o nelle Asl.

**5-06411 Fabi: Iniziative per l'adozione del piano strategico per le malattie rare.**

Il ministro Renato BALDUZZI risponde all'interrogazione in titolo nei termini riportati in allegato (*vedi allegato 4*).

Sabina FABI (LNP), replicando, si dichiara soddisfatta della risposta, auspicando che nel 2013 il Governo riesca effettivamente a pervenire all'adozione del Piano nazionale per le malattie rare, finalizzato ad assicurare il trattamento, l'assistenza e la riabilitazione a tutti pazienti affetti da tali patologie, nonché la necessaria assistenza alle famiglie in cui sono presenti malati rari.

Gero GRASSI, *presidente*, dichiara concluso lo svolgimento delle interrogazioni all'ordine del giorno.

**La seduta termina alle 14.55.**

**SEDE REFERENTE**

*Martedì 31 luglio 2012. — Presidenza del vicepresidente Gero GRASSI, indi del presidente Giuseppe PALUMBO. — Intervengono il ministro della salute, Renato Balduzzi e il sottosegretario di Stato per il lavoro e le politiche sociali, Maria Cecilia Guerra.*

**La seduta comincia alle 14.55.**

**Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica.**  
**Testo unificato C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Cicciole, C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.**

*(Seguito dell'esame e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 25 luglio 2012.

Gero GRASSI, *presidente*, ricorda che nella seduta precedente la Commissione aveva respinto, da ultimo, l'articolo aggiuntivo Miotto 01.04 e che si passerà, dunque, all'esame dell'articolo aggiuntivo Miotto 01.05.

Carlo CICCIOLE (PdL), *relatore*, comunica di aver modificato il proprio parere sull'articolo aggiuntivo Miotto 01.05, nell'ottica di seguire un percorso di collaborazione con tutte le forze politiche presenti in Commissione, al fine di pervenire ad un testo il più possibile condiviso. Chiede pertanto ai presentatori di ritirare l'articolo aggiuntivo Miotto 01.06, che risulterebbe precluso dall'approvazione dell'articolo aggiuntivo Miotto 01.05.

Il ministro Renato BALDUZZI conferma l'intenzione del Governo di rimettersi alla Commissione su entrambi gli articoli aggiuntivi.

Anna Margherita MIOTTO (PD), preso atto del nuovo parere espresso dal relatore sull'articolo aggiuntivo 01.05, rispetto al quale esprime soddisfazione, annuncia il ritiro dell'articolo aggiuntivo 01.06, anch'esso a sua prima firma.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) dichiara di volere aggiungere la propria firma all'articolo aggiuntivo Miotto 01.05.

La Commissione approva l'articolo aggiuntivo Miotto 01.05 (*vedi allegato 5*).

Carlo CICCIOLE (PdL), *relatore*, comunica di aver modificato il proprio parere

sull'articolo aggiuntivo Miotto 01.07, al fine di dimostrare che la proposta di legge di cui è relatore si pone su un piano di non contrapposizione rispetto alla legge n. 833 del 1978.

Il ministro Renato BALDUZZI conferma l'intenzione del Governo di rimettersi alla Commissione sull'articolo aggiuntivo 01.07.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), dopo aver dichiarato di volere aggiungere la propria firma all'articolo aggiuntivo Miotto 01.07, esprime il proprio apprezzamento per l'avvenuto mutamento del parere del relatore su di esso. Ricorda, in particolare, un'intervista rilasciata a « La Stampa » da Franco Basaglia nel 1978, nella quale lo stesso Basaglia definiva la legge n. 833 come un provvedimento transitorio, approvato per evitare un referendum che sarebbe stato peggiorativo, non immune dai compromessi politici. Nella stessa intervista egli raccomandava altresì di prestare attenzione alle facili euforie.

Ritiene, dunque, che attraverso l'approvazione dell'articolo aggiuntivo in esame si riesca ad attenuare l'approccio seguito dalla proposta di legge in materia di assistenza psichiatrica, di tipo « allarmistico », non sempre coerente con i principi posti alla base della cosiddetta legge Basaglia.

Anna Margherita MIOTTO (PD) esprime soddisfazione per il parere favorevole espresso dal relatore sull'articolo aggiuntivo 01.07, di cui è prima firmataria, evidenziando come il vero problema non si pone in termini di superamento della legge n. 933 del 1978 quanto invece di assicurarne l'attuazione quanto più possibile omogenea sull'intero territorio nazionale.

Luciana PEDOTO (PD), ringraziando il relatore per aver modificato il proprio parere sull'articolo aggiuntivo in esame, ricorda che un importante documento sulla strategia della salute per tutti si

chiama « Health21: La salute per tutti nel 21 secolo », che è stato adottato dall'Assemblea Mondiale della Sanità nel 1998. Esso individua 21 obiettivi strategici che dovrebbero essere perseguiti a livello internazionale, nazionale e locale nei Paesi europei e si basa su una serie di analisi e di valutazioni secondo le quali, in particolare: la salute costituisce la precondizione per il benessere e la qualità della vita e il riferimento per misurare la riduzione della povertà; la promozione della coesione sociale e l'eliminazione della discriminazione è fondamentale l'adozione di strategie multisettoriali per affrontare i determinanti della salute assicurandosi l'alleanza da parte dei settori esterni alla sanità la salute è un elemento basilare anche per una crescita economica sostenibile; gli investimenti in salute attraverso un approccio intersettoriale non solo offrono nuove risorse per la salute, ma anche ulteriori benefici importanti, contribuendo nel medio periodo allo sviluppo sociale ed economico complessivo. Fa altresì presente che negli ultimi trent'anni le attività dei servizi di salute mentale sono andate via via diversificandosi in risposta a bisogni sempre più eterogenei e complessi. Mentre in origine la deistituzionalizzazione del malato psichiatrico rappresentava la prima *mission*, ora la scommessa è spostare sempre più l'attenzione dalla malattia psichiatrica alla salute mentale, all'apertura dei processi di cura verso la dimensione sociale, dalla logica della prestazione alla logica dei percorsi di cura e assistenza integrati, multiprofessionali in un'ottica che allarga l'orizzonte sulla salute mentale nell'arco di vita, nelle diverse condizioni che oggi la popolazione presenta dopo gli stravolgimenti demografici, economici e sociali degli ultimi vent'anni.

Osserva, poi, che ancora più evidenti sono i cambiamenti per i servizi di neuropsichiatria infantile, sorti dopo la riforma sanitaria del '78 come UTR, unità territoriali di riabilitazione, con una *mission* mirata essenzialmente alla deistituzionalizzazione del disabile. Negli anni la

trasformazione è stata rapidissima: dalla legge 104/92 e ancora prima dalla legge 517/77 che si ispirava alla stessa spinta di deistituzionalizzazione che ha portato alla legge 180/78, le azioni relative all'integrazione scolastica della disabilità hanno innescato un approccio metodologico a forte impronta psicosociale, mentre le conoscenze scientifiche arricchivano le formazioni specifiche sulla psicopatologia dello sviluppo e l'attenzione pian piano si rivolgeva alla tutela della salute mentale in età evolutiva, nelle condizioni di disabilità, nelle condizioni di rischio psicopatologico nell'ADHD, nei disturbi d'apprendimento, nel ritardo mentale, dove l'integrazione di aspetti sociali, educativi e sanitari è ritenuta condizione indispensabile. I bisogni della popolazione in età evolutiva cambiano ancora di più negli ultimi dieci anni. Ridotto il numero dei disabili, aumenta il disagio sociale, aumenta la domanda per i disturbi pervasivi dello sviluppo, per i disturbi d'ansia e i disturbi della condotta, per le condizioni di rischio psicosociale a cui oggi si è più attenti.

Rileva altresì che entrambi i servizi, nati per contrastare l'istituzionalizzazione di malato psichiatrico l'uno e il disabile l'altro, oggi si incontrano accorciando le distanze partendo dai due estremi, la salute mentale e la conseguenza della malattia mentale, la compromissione del funzionamento e la disabilità. Integrare le professionalità appare oggi una strategia percorribile in grado di aprire nuovi orizzonti di ricerca per gli indicatori di rischio, e in grado di offrire risposte integrate a bisogni complessi nel rispetto della persona nel suo arco di vita e nei diversi contesti di vita. Non si può non pensare quindi a percorsi integrati con i servizi per le dipendenze patologiche, che in alcune regioni sono già stati inseriti nello stesso dipartimento di salute mentale. Contrastare le dipendenze, riconoscere il disturbo psichiatrico in questi pazienti è quanto mai complesso e richiede l'apporto di più professionalità, sia in fase di valutazione ed elaborazione di un percorso di recupero, analizzando punti di forza e debolezza, sia nella fase

successiva di riduzione dell'*addiction* per limitarne la ricaduta. Favorire la salute mentale per contrastare le dipendenze e viceversa. In molti casi non si riuscirà mai a sapere qual è il disturbo primario, ma di certo si sa che troppo spesso si associano.

Gero GRASSI, *presidente*, facendo presente che vi sono ancora tre richieste di intervento per dichiarazione di voto sull'articolo aggiuntivo in oggetto, comunica che il ministro Balduzzi, come aveva già fatto presente all'inizio della seduta, dovrà allontanarsi tra breve a causa di un impegno istituzionale.

Il ministro Renato BALDUZZI, ribadendo il fatto di aver preannunciato il proprio allontanamento dalla seduta ad una certa ora, assicura al relatore e alla Commissione che non vi è alcun intento ostruzionistico da parte del Governo rispetto al provvedimento in esame e che, pertanto, sarà garantita la presenza di un rappresentante del Governo nel prosieguo dell'*iter*.

Carlo CICCIOLO (Pdl), *relatore*, evidenzia, da un lato, la necessità che il Governo assicuri la presenza in Commissione del ministro o del sottosegretario competente, al fine di consentire l'esame dei successivi emendamenti.

Dall'altro lato, fa presente che, pur non essendoci limiti temporali per gli interventi di ciascun deputato in questa fase, è pur vero che i comportamenti ostruzionistici impediscono di andare avanti celermente nell'*iter* del provvedimento. A questo proposito, sottolinea che da parte del relatore c'è un atteggiamento di massima disponibilità al confronto, attestato dal parere favorevole espresso su diversi emendamenti, soprattutto su quelli che richiamano esplicitamente l'esigenza di porsi su una linea di continuità con la legge n. 833 del 1978.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, preso atto della rinuncia ad intervenire per dichiarazione di voto sull'articolo aggiuntivo

in oggetto da parte di alcuni colleghi, pone in votazione l'articolo aggiuntivo Miotto 01.07.

La Commissione approva l'articolo aggiuntivo Miotto 01.07 (*vedi allegato 5*).

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

Propone quindi, essendo ancora presente il Ministro Balduzzi, di passare subito al seguito dell'esame dello schema di decreto di riordino della Croce rossa e riprendere poi la sede referente.

La Commissione concorda.

**La seduta sospesa alle 15.20 è ripresa alle 15.30.**

**Norme riguardanti interventi in favore delle gestanti e delle madri volti a garantire il segreto del parto alle donne che non intendono riconoscere i loro nati. C. 3303 Lucà e C. 1266 Consiglio regionale del Piemonte.**

*(Seguito dell'esame e rinvio – Adozione del testo base).*

La Commissione prosegue l'esame del provvedimento, rinviato, da ultimo, nella seduta del 17 luglio 2012.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, ricorda che nella scorsa seduta aveva svolto la relazione introduttiva.

Nessuno chiedendo di parlare in sede di dibattito preliminare chiede al rappresentante del Governo se intende intervenire.

Il sottosegretario Maria Cecilia GUERRA, nell'esprimere una valutazione nel complesso positiva sui provvedimenti in esame, ritiene di particolare importanza affrontare queste tematiche in quanto inducono il Parlamento e il Governo a riflettere sulla necessità di riprendere il discorso relativo alla definizione dei LIVEAS, cioè dei livelli essenziali delle pre-

stazioni socio-assistenziali, in relazione alla quale si impegna a nome del Governo ad una attenta valutazione della materia volta a proseguire sulla strada della definizione dei suddetti livelli e dell'adeguatezza del loro finanziamento.

Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD) chiede al relatore se sia suo intendimento procedere allo svolgimento di alcune audizioni informali, che potrebbero essere svolte in sede di Commissione plenaria anziché di Comitato ristretto.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, poiché nessun altro chiede di intervenire, a conclusione dell'esame di carattere generale, propone di adottare come testo base per il seguito dell'esame l'A.C. 3303, a suo avviso più completo, e su questo svolgere un ciclo di audizioni, da definire in sede di ufficio di presidenza integrato dai rappresentanti dei gruppi e che possono senz'altro essere effettuate in sede di Commissione plenaria.

Laura MOLTENI (LNP) chiede al relatore le ragioni della proposta di adottare come testo base l'AC 3303 e non invece la proposta di iniziativa legislativa presentata dal Consiglio della regione Piemonte.

Giuseppe PALUMBO, *presidente e relatore*, fa presente che la proposta di legge d'iniziativa del deputato Lucà appare più completa e ricomprende comunque il contenuto dell'unico articolo di cui si compone l'AC 1266. Fa tuttavia presente che l'AC 3303 può sempre essere emendato e corretto nel corso dell'esame in sede referente.

La Commissione delibera di adottare la proposta di legge n. 3303 Lucà come testo base per il prosieguo dell'esame.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.35.**

**ATTI DEL GOVERNO**

*Martedì 31 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO. — Interviene il ministro della salute, Renato Balduzzi.*

**La seduta comincia alle 15.20.**

**Schema di decreto legislativo recante riorganizzazione dell'Associazione italiana della Croce rossa. Atto n. 491.**

*(Seguito dell'esame, ai sensi dell'articolo 143, comma 4, del regolamento, e rinvio).*

La Commissione prosegue l'esame dello schema di decreto in titolo, rinviato, da ultimo, nella seduta del 18 luglio 2012.

Il ministro Renato BALDUZZI tiene a sottolineare come il Governo sia molto interessato al confronto con le Commissioni competenti di Camera e Senato sul tema del riordino della Croce rossa, sul quale ritiene che la delega sia attualmente in atto, ancorché i problemi e le perplessità sul punto abbiano spinto il Parlamento a proporre il differimento del termine per l'esercizio della medesima al 30 settembre prossimo. Il Governo, pertanto, è disponibile ad attendere il parere parlamentare per tenerne conto non solo formalmente ma considerandolo un contributo sostanziale al riordino medesimo.

Assicura quindi che sul testo all'esame della Commissione, su cui si è espressa anche la Conferenza unificata nei giorni scorsi, il confronto con i soggetti interessati, pur non facile, è senz'altro aperto al contributo di tutti.

Conferma quindi l'auspicio che si possa procedere ad un confronto puntuale, al fine di arrivare ad un rilancio di un Ente che è nel cuore del Paese, con un coinvolgimento adeguato del Parlamento.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, prende atto delle assicurazioni fornite dal

Governo, che consentiranno una discussione approfondita sul provvedimento. Ricorda poi di aver presentato un emendamento al disegno di legge di conversione del decreto-legge sui vigili del fuoco volto ad estendere di un ulteriore mese il termine per l'esercizio della delega, che auspica possa essere approvato.

Domenico DI VIRGILIO (PdL), *relatore*, desidera sapere se il Governo ha avviato un confronto anche con il volontariato.

Il ministro Renato BALDUZZI conferma la disponibilità ad un confronto ampio sia con le Commissioni parlamentari di Camera e Senato sia con tutti gli altri soggetti coinvolti nel processo di riordino della CRI.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia quindi il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 15.30.****INDAGINE CONOSCITIVA**

*Martedì 31 luglio 2012. — Presidenza del presidente Giuseppe PALUMBO.*

**La seduta comincia alle 15.35.**

**Indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo.**

*(Esame del documento conclusivo e rinvio).*

La Commissione inizia l'esame del documento conclusivo.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, propone che la pubblicità dei lavori sia assicurata anche mediante impianti audiovisivi a circuito chiuso. Non essendovi obiezioni, ne dispone l'attivazione.

Anna Margherita MIOTTO (PD) presenta una proposta di documento conclusivo che va ad illustrare (*vedi allegato 6*).

Intervengono in relazione al contenuto della proposta di documento conclusivo presentata i deputati Laura MOLTENI (LNP), Maria Antonietta FARINA COSCIONI (PD), Lucio BARANI (Pdl) e Giuseppe PALUMBO, *presidente*.

Giuseppe PALUMBO, *presidente*, nessun altro chiedendo di intervenire, rinvia il seguito dell'esame ad altra seduta.

**La seduta termina alle 16.**

---

*N.B.: Il resoconto stenografico della seduta è pubblicato in un fascicolo a parte.*



## ALLEGATO 1

**5-06044 Farina Coscioni: Stato di attuazione della nuova normativa per il riconoscimento dell'invalidità civile, dell'handicap e della disabilità.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento ai quesiti sollevati con la Interrogazione in esame, si comunica quanto segue.

In attuazione dell'articolo 20, comma 6, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, presso il Ministero della salute è stata istituita una Commissione con lo specifico compito di aggiornare le tabelle indicative delle percentuali d'invalidità civile approvate con decreto 5 febbraio 1992.

Sulla base degli esiti del lavoro svolto dalla suindicata Commissione è stato predisposto lo schema di decreto, volto ad aggiornare le citate tabelle di invalidità. Tale schema è stato trasmesso dall'Ufficio di Gabinetto alla Conferenza Stato-Regioni in data 28 maggio 2012 affinché la stessa Conferenza renda il parere.

Si informa che è prevista una riunione tecnica presso la stessa Conferenza per il prossimo 12 settembre.

Per completezza d'informazione si rappresenta che sul testo in esame è stato già acquisito l'assenso preventivo del Ministero dell'economia e delle finanze e del Ministero del lavoro e delle politiche sociali.

Si coglie l'occasione per informare inoltre, che questo Ministero attesa la delicatezza di tutta la tematica relativa alle patologie invalidanti connesse al riconoscimento dello stato di invalidità civile, sta predisponendo una nota da trasmettere a

tutte le Regioni per ribadire l'obbligo delle stesse ad applicare il decreto interministeriale del 2 agosto 2007 (legge 9 marzo 2006, n. 80) a tutte le fasce di età, compresi minori ed anziani.

In estrema sintesi, tale nota è finalizzata a garantire i diritti di tutte le persone con disabilità legata a patologie o menomazioni stabilizzate o ingravescenti, nell'intento di escludere inutili accertamenti di verifica sulla permanenza della citate disabilità.

Per quanto attiene alla presentazione telematica delle istanze di invalidità all'INPS, si comunica che ad oggi non si può contare su una rete informatica valida su tutto il territorio nazionale, in considerazione del fatto che il sistema organizzativo di espletamento dei servizi socio-sanitari è demandato alle singole regioni.

Da ultimo, per quanto attiene agli altri quesiti sollevati, si comunica che sono ripresi i lavori del Tavolo di confronto (presieduto dal Sottosegretario alle politiche sociali professoressa Cecilia Guerra) fra INPS, Ministero della salute, Ministero del lavoro e delle politiche sociali e Regioni, per affrontare tutte le problematiche relative al tema della disabilità e invalidità civile, al fine di individuarne le dovute soluzioni anche con riferimento alle attività relative all'esercizio delle funzioni concessorie, già di competenza INPS.

## ALLEGATO 2

**5-06992 Farina Coscioni: Riorganizzazione della Croce rossa italiana (CRI).****TESTO DELLA RISPOSTA**

Come è noto agli onorevoli interroganti, lo schema di decreto di riordino della Croce Rossa Italiana è stato deliberato in via preliminare dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 28 giugno 2012; l'iter per l'approvazione finale prevede l'acquisizione non solo del parere della Conferenza Unificata ma anche di quello delle Commissioni parlamentari competenti.

La procedura per l'adozione del provvedimento non lascia spazio ad alcuna forma di discrezionalità in quanto è dettata dall'articolo 2 della legge 4 novembre 2010, n. 183.

Nel merito dei contenuti, si rassicura che l'impegno che ha contraddistinto la fase elaborativa del provvedimento si è conformato ai principi e ai criteri direttivi della disciplina di delega, in particolare:

a) semplificazione e snellimento dell'organizzazione e della struttura amministrativa, nel rispetto dei principi dell'economicità, efficacia, efficienza e razionalizzazione della spesa;

b) ridefinizione del rapporto di vigilanza tra il Ministero e la Croce Rossa Italiana;

c) previsione dell'obbligo per l'ente di adeguare il proprio statuto alle nuove disposizioni introdotte con il provvedimento in esame.

Alla luce di quanto sopra sintetizzato la nuova configurazione dell'ente, così come ridisegnata, è finalizzata a:

a) valorizzare l'attività dei volontari della CRI;

b) completare il processo di risanamento della gestione dell'ente;

c) garantire un riassetto organizzativo della CRI più corrispondente ai principi di autonomia e indipendenza del movimento istituzionale della CRI e della Mezzaluna Rossa, prevedendo una graduale trasformazione in tre fasi dell'ente in associazione di promozione sociale e tutelandone le prerogative di carattere internazionale sia di natura assistenziale che sociale.

In particolare, nel corso della prima fase, che si concluderà il 31 dicembre 2013 ed a seguito della quale cesserà il commissariamento, l'ente assumerà un « ordinamento democratico provvisorio » e, conseguentemente, verranno predisposti gli atti preparatori alla fase successiva.

La seconda fase, che avrà inizio a partire da gennaio 2014, porterà alla costituzione di una nuova associazione privata di interesse pubblico della CRI, da qualificarsi come associazione di promozione sociale.

Alla nuova associazione saranno trasferiti tutti i compiti svolti prevalentemente da volontari, mentre in capo all'Ente Croce Rossa rimarranno le funzioni di supporto tecnico-logistico dell'attività dell'Associazione. Durante tale fase, il nuovo ente gestirà il patrimonio al fine del ripiano dei debiti e provvederà a ricollocare il personale in eccedenza, salvo quello assunto con contratto di diritto privato dall'Associazione.

La terza fase, che inizierà a partire da gennaio 2016, prevede la soppressione e messa in liquidazione dell'Ente, mentre

all'Associazione saranno trasferite tutte le funzioni attualmente esercitate dalla CRI in qualità di ente pubblico.

Il testo prospetta un'associazione di interesse pubblico come soggetto forte, che può giocare (come associazione di promozione sociale) sulla collaborazione con i pubblici poteri (convenzioni di pubblico servizio e connesso contributo), e sul settore *profit* (attingendo ai diversi fondi per il volontariato). Un soggetto con un forte patrimonio e con la garanzia dell'eliminazione dell'indebitamento.

Inoltre, per quanto riguarda la delicata questione relativa alla gestione delle risorse umane, si anticipa la volontà del Ministero a valutare congiuntamente al Dipartimento per la funzione pubblica e alle parti sociali ogni iniziativa idonea per assorbire le attuali risorse umane della CRI.

Da ultimo, si auspica che lo schema di provvedimento in esame possa essere ulteriormente migliorato anche all'esito del contributo che questa Commissione offrirà in occasione dell'adozione del parere.

## ALLEGATO 3

**5-06948 Pedoto: Carenza sul mercato italiano del farmaco Purinethol.**

**5-06987 Palagiano: Carenza sul mercato italiano del farmaco Purinethol.**

**TESTO DELLA RISPOSTA**

Si risponde congiuntamente alle due interrogazioni parlamentari in esame, stante l'analogia dei contenuti, sulla base dei dati forniti dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

Attualmente il medicinale Purinethol risulta effettivamente non reperibile nel territorio nazionale.

Lo stato di carenza si è venuto a creare a seguito della sospensione, da parte dell'autorità regolatoria francese, dei Laboratoires Genopharm, titolari dell'autorizzazione all'immissione in commercio (AIC) in Italia di diversi medicinali, tra i quali il Purinethol.

Ciò avveniva in data 20 dicembre 2012, a seguito del rilevamento, nel corso di un controllo ispettivo condotto presso i siti produttivi in Svizzera da parte delle Autorità regolatorie francese e svizzera, di gravi deviazioni dalle Good Manufacturing Practice (GMP) – Norme di Buona Fabbricazione dei medicinali (come da linee guida europee).

Consequentemente sono state sospese tutte le autorizzazioni alla produzione, commercializzazione, importazione ed esportazione di medicinali da parte delle due società.

Va a questo punto detto l'AIC del Purinethol era stata trasferita ai Laboratoires Genopharm, unitamente a quelle di altri medicinali, a seguito di un accordo con il Gruppo Aspen. L'accordo di cessione prevedeva, tuttavia, il riacquisto della titolarità delle AIC da parte del Gruppo Aspen, nel caso di inadempimento contrattuale da parte della cessionaria.

Tale trasferimento era stato autorizzato dall'AIFA con provvedimento del 1° dicembre 2011.

Proprio nel periodo in cui il passaggio di titolarità dell'AIC del Purinethol in Italia diveniva efficace, l'Autorità regolatoria francese disponeva la sospensione delle autorizzazioni dei Laboratoires Genopharm. Nessuna comunicazione formale è stata trasmessa dall'Autorità francese all'AIFA in merito alla sospensione (ed al successivo scioglimento) dei Laboratoires Genopharm, e l'AIFA è venuta a conoscenza di tale situazione solo a seguito della carenza del prodotto in questione.

L'AIFA, consapevole dell'importanza del medicinale e al fine di eliminare lo stato di carenza dello stesso, ha convocato le Aziende coinvolte – Laboratoires Genopharm, Alkopharm, Glaxo Smith Kline (GSK) e Gruppo Aspen.

In base alle evidenze emerse nel corso dell'incontro, al quale tuttavia non hanno preso parte né Laboratoires Genopharm e Alkopharm, l'AIFA, d'intesa con Gruppo Aspen e « GSK », ha deciso di procedere con l'importazione straordinaria del medicinale da altri Paesi europei, a condizione che:

1) il sito produttivo di provenienza dei lotti sia il medesimo indicato nel dossier di registrazione del Purinethol autorizzato in Italia;

2) il titolare di AIC del Purinethol importato dal Paese U.E. di provenienza non sia Laboratoires Genopharm o Alkopharm.

In considerazione del particolare stato di carenza, il medicinale Purinethol non potrà essere distribuito al pubblico, ma sarà disponibile solo nei centri ospedalieri e/o nelle Asl. Esso dovrà essere corredato da un foglio illustrativo in lingua italiana e tutti i centri ospedalieri e/o le ASL richiedenti dovranno rivolgersi, per l'approvvigionamento, ad intermediari a ciò autorizzati.

In data 8 maggio 2012, l'AIFA ha divulgato, mediante pubblicazione nel pro-

prio sito *web*, una nota informativa relativa alla carenza del Purinethol destinata agli operatori sanitari, definendo le modalità e le condizioni di importazione del medicinale. Le modalità della richiesta per l'importazione e la relativa modulistica sono ugualmente disponibili nel sito dell'AIFA.

In considerazione dei fatti esposti, l'AIFA ritiene risolta l'emergenza relativa allo stato di carenza del Purinethol.

## ALLEGATO 4

**5-06411 Fabi: Iniziative per l'adozione del piano strategico per le malattie rare.****TESTO DELLA RISPOSTA**

Con riferimento alla interrogazione in esame, si comunica che il Ministero della salute ha già avviato le procedure finalizzate all'adozione dei provvedimenti relativi all'aggiornamento dell'elenco delle malattie rare che danno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa, con l'introduzione di nuove patologie alle quali si ritiene di dover garantire particolare tutela.

Il risultato finale si caratterizzerà per un più elevato livello di attenzione a condizioni particolarmente gravi e per una maggiore appropriatezza clinica, a costi sostanzialmente invariati per il Servizio Sanitario Nazionale.

Si auspica che, nei tempi consentiti tali iniziative possano essere perfezionate in occasione dell'aggiornamento del Piano Sanitario Nazionale proposte nel nuovo Patto per la salute.

Per quanto riguarda gli aspetti legati all'erogazione gratuita di farmaci innovativi, parafarmaci e farmaci in fascia C alle persone affette da malattia rara, si ricorda che, attualmente, oltre alle norme generali che regolamentano l'assistenza farmaceutica anche per le malattie rare, restano in vigore la legge n. 648/1996 in materia di erogazione di medicinali non autorizzati ma sottoposti a sperimentazione clinica, il decreto ministeriale 11 febbraio 2003 sull'importazione di medicinali registrati all'estero e il decreto ministeriale 8 maggio 2003 sull'uso terapeutico dei medicinali sottoposti a sperimentazioni cliniche.

È comunque d'obbligo segnalare che la fornitura gratuita di farmaci (e dispositivi

medici), attraverso un'autorizzazione temporanea per le cure innovative non può essere oggetto di atti amministrativi, ma deve essere approvata con disposizioni legislative apposite, per le quali è necessario reperire una adeguata copertura finanziaria che, al momento, non risulta disponibile.

Occorre rilevare che l'insieme delle azioni intraprese negli anni da parte del Ministero della salute e dalle Regioni si configura come una strategia piuttosto avanzata se confrontata con quelle di altri Stati membri; tuttavia, il Ministero della salute intende ottemperare alle decisioni assunte dall'Unione europea e sta a tal riguardo predisponendo un Piano nazionale per le malattie rare da adottare entro il 2013, tramite il quale indirizzare la programmazione di interventi mirati per l'assistenza delle persone affette da malattia rara, quali la presa in carico, l'agevolazione dell'accesso alle cure attraverso opportuni percorsi e la diffusione delle migliori pratiche di diagnosi e cura, nonché delle conoscenze scientifiche, nell'ambito di una rete di strutture competenti che mantenga rapporti di collaborazione a livello internazionale, quando possibile e necessario.

Va detto, inoltre, che l'assistenza protesica è prevista nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale agli aventi diritto per le prestazioni, i dispositivi e gli ausili tecnici inclusi nel nomenclatore allegato al decreto ministeriale 27 agosto 1999, n. 332 e successive modificazioni ed integrazioni.

## ALLEGATO 5

**Disposizioni in materia di assistenza psichiatrica. Testo unificato  
C. 919 Marinello, C. 1423 Guzzanti, C. 1984 Barbieri, C. 2065 Ciccioli,  
C. 2831 Jannone, C. 2927 Picchi, C. 3038 Garagnani e C. 3421 Polledri.**

**EMENDAMENTI APPROVATI**

*All'articolo 1 premettere il seguente:*

ART. 01.

*(Finalità).*

1. Le regioni con propri piani attuativi programmano le politiche per la salute mentale al fine di realizzare un sistema integrato di servizi caratterizzato dalla integrazione socio-sanitaria nelle forme di: integrazione istituzionale per realizzare una forte cooperazione fra le responsabilità di tutti gli attori istituzionali presenti sul territorio, integrazione comunitaria al fine di attivare le risorse della comunità locale attorno alle politiche di sanità pubblica, integrazione gestionale attraverso l'interazione dei soggetti presenti in ambito territoriale al fine di realizzare l'unicità gestionale dei fattori organizzativi, integrazione professionale per realizzare la presa incarico, progettazione e realizzazione del piano individualizzato di trattamento integrato

tra le figure professionali sanitarie e sociali.

**01. 05.** Miotto, Fontanelli, Burtone, D'Incecco, Grassi, Murer, Pedoto, Sbroellini, Argentin, Bossa, Livia Turco, Lenzi, Farina Coscioni.

***(Approvato)***

*All'articolo 1 premettere il seguente:*

ART. 01.

*(Finalità).*

1. La presente legge, in attuazione degli articoli 33, 34, 35 e 64 della legge n. 833 del 1978, rimuove gli ostacoli che rendono ancora non completamente ed omogeneamente attuata sul territorio nazionale l'applicazione della riforma di cui alla legge 180 del 1978.

**01. 07.** Miotto, Fontanelli, Burtone, D'Incecco, Grassi, Murer, Pedoto, Sbroellini, Argentin, Bossa, Livia Turco, Lenzi, Farina Coscioni.

***(Approvato)***

## ALLEGATO 6

**Indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo.****PROPOSTA DI DOCUMENTO CONCLUSIVO***Indice*

1. Oggetto e svolgimento dell'indagine conoscitiva.
2. Quadro del fenomeno.
3. Profilo dei giocatori.
4. Dipendenza da gioco.
5. Conclusioni.

**1. OGGETTO E SVOLGIMENTO DELL'INDAGINE CONOSCITIVA.**

L'ufficio di Presidenza della Commissione Affari Sociali, integrato dai rappresentanti dei gruppi, nella riunione del 15 febbraio scorso ha convenuto all'unanimità sull'opportunità di svolgere una indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo.

Acquisita l'intesa del Presidente della Camera dei Deputati, ai sensi dell'articolo 144, comma 1, del Regolamento, la Commissione nella riunione del 22 febbraio 2012 ha deliberato in senso favorevole allo svolgimento dell'indagine, il cui programma ha previsto una serie di audizioni da concludersi entro il 31 luglio 2012.

L'indagine è stata promossa al fine di conoscere le ricadute sociali e sanitarie della dipendenza dal gioco d'azzardo. L'aumento esponenziale dei giocatori e soprattutto delle somme giocate fa emergere un quadro che deve preoccupare le Istituzioni per le ricadute sociali e sanitarie che riguardano i giocatori, le loro famiglie, i costi sanitari, i pericoli di inquinamenti mafiosi nell'industria del

gioco d'azzardo, come peraltro stanno a testimoniare le decine di iniziative legislative presentate in questa legislatura per regolamentare l'attività del gioco d'azzardo con lo scopo di contenerne la diffusione, ma anche per affrontare le conseguenze sociali e sanitarie connesse alla dipendenza da gioco patologico. Il Parlamento inoltre, a dimostrazione dell'interesse che il tema riveste, con la Commissione di inchiesta sul fenomeno della mafia e sulle altre associazioni criminali ha condotto una indagine sul fenomeno delle infiltrazioni mafiose nel gioco lecito e illecito la cui relazione conclusiva è stata approvata il 20 luglio 2011.

Con l'iniziativa assunta dalla XII Commissione affari sociali in particolare si intende individuare il perimetro della patologia, l'incidenza sulla platea dei giocatori e le iniziative da assumere per prevenire la condizione patologica e curare i giocatori.

Nell'ambito dell'attività conoscitiva si sono svolte le numerose audizioni previste nel programma e sono stati utilizzati i seguenti elementi documentali:

Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento politiche antidroga: Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato delle Tossicodipendenze in Italia: anno 2010, Doc. XXX n. 4;

Ministero della salute – Centro nazionale per la prevenzione ed il controllo delle malattie (CCM), Progetto: Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi – I stato di avanza-



mento, Bollettino sulle dipendenze XXXIV – n. 1/2011;

Ministero dell'economia e delle finanze – Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato (AAMS) – Ministero della salute: Bozza di intesa sullo schema di decreto interdirezionale concernente linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo;

Eurispes: L'Italia in gioco, Percorsi e numeri dell'industria della fortuna, 2009;

Nomisma: Rapporto Nomisma 2009 Gioco & Giovani e Il gioco in Italia: un mercato ad alto impatto sociale, Quaderni per l'economia 4/2009;

Gruppo Abele – A.L.E.A.: Report di sintesi sui dati relativi alla risposta di aiuto e accoglienza rivolta ai giocatori e alle loro famiglie in Italia, 2009;

CNEL: La filiera del gioco in Italia: prospettive di tutela e promozione della legalità, 2011;

CODACONS: Il gioco d'azzardo: le ludopatie. Analisi del fenomeno, valutazione degli obiettivi, determinazione degli interventi, 2011;

Libera. Associazioni, nomi e numeri contro le mafie: Azzardopoli, il paese del gioco d'azzardo, dove, quando il gioco si fa duro, le mafie iniziano a giocare, 2012;

Centro Sociale Papa Giovanni XXIII – CONAGGA: Ricerca nazionale sulle abitudini di gioco degli italiani.

Il programma di audizioni ha riguardato i Ministri interessati, le regioni e l'Anci, le Associazioni che operano nel contrasto alle dipendenze, esperti e studiosi del settore, i concessionari ed i soggetti della filiera che gestisce i giochi.

In particolare:

nella seduta del 1° marzo 2012 si è svolta l'audizione di:

Gruppo Abele;

Associazione Libera;

Caritas italiana;

CNCA – Coordinamento nazionale comunità accoglienza;

CO.NA.GGA – Coordinamento nazionale gruppi per i giocatori d'azzardo;

Associazione Papa Giovanni XXIII;

nella seduta del 7 marzo 2012 si è svolta l'audizione di:

Codacons;

And-(Azzardo e Nuove Dipendenze);

ALEA (Associazione per lo studio dei giochi d'azzardo e dei comportamenti a rischio);

Associazione Giocatori anonimi;

nella seduta del 20 marzo 2012 si è svolta l'audizione di:

Federserd – Federazione Italiana Operatori Servizi Dipendenze;

S.I.I.P.A.C (Società italiana per l'intervento sulle patologie compulsive);

AUPI (Associazione unitaria psicologi italiani);

AIPCP (Associazione italiana per la psicologia clinica e la psicoterapia);

Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi;

SerT di Arezzo;

nella seduta del 27 marzo 2012 si è svolta l'audizione di:

dottor Francesco TOLOTTI, Presidente della Fondazione UNIGIOCO;

Mons. Alberto D'URSO, Segretario nazionale della Consulta nazionale antiusura onlus;

dottor Riccardo ZERBETTO, Direttore scientifico dell'Associazione ORTHOS;

dottor Stefania PIRAZZO, Presidente del Gruppo LOGOS Onlus;

Prof. Maurizio FIASCO Sociologo;

nella seduta del 4 aprile 2012 si è svolta l'audizione di:

dottor Giovanni SERPELLONI, Capo del dipartimento per le politiche antidroga del Ministero per la cooperazione internazionale e l'integrazione;

Associazione Nazionale Sapar (Sezioni apparecchi per pubbliche attrazioni ricreative);

Associazione nazionale costruttori macchine intrattenimento (ACMI);

nella seduta del 12 aprile 2012 si è svolta l'audizione di:

Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato (AAMS);

nella seduta del 19 aprile 2012 si è svolta l'audizione di:

SISAL;

LOTTOMATICA;

SNAI;

FEDERAZIONE SISTEMA GIOCO ITALIA;

GAMENET;

nella seduta del 24 aprile 2012 si è svolta l'audizione di:

Associazione nazionale comuni italiani (ANCI);

nella seduta del 9 maggio 2012 si è svolta l'audizione di:

Conferenza delle regioni e delle province autonome di Trento e di Bolzano;

nella seduta del 10 maggio 2012 si è svolta l'audizione di:

Ministro della salute, Renato Balduzzi;

nella seduta del 31 maggio 2012 si è svolta l'audizione di:

Ministro per la cooperazione internazionale e l'integrazione, Andrea Riccardi.

## 2. QUADRO DEL FENOMENO.

### 2.1. *Evoluzione dell'attività di gioco.*

Risalgono agli anni '30 le norme che regolamentano il gioco in Italia anche se il gioco era diffuso da almeno 500 anni. C'è gioco e gioco, non tutti i giochi sono d'azzardo ove la presenza di una scommessa li distingue dagli altri cosiddetti « giochi sociali ».

Le caratteristiche del gioco d'azzardo sono le seguenti:

il giocatore mette in palio denaro o oggetti di valore;

la posta, una volta scommessa, è irreversibile;

la vincita dipende principalmente o totalmente dal caso.

È evidente la differenza dal gioco di abilità, perché nel gioco d'azzardo non è influente la preparazione al gioco, l'allenamento per migliorare le performance e questo è un elemento importante da un punto di vista cognitivo e psicologico.

Sul piano regolatorio, talvolta il gioco d'azzardo è stato trattato come vizio da contenere ed è stato oggetto di misure proibizioniste, tal'altra viene considerato legale e liberalizzato, al fine di ricavarne utilità per l'Erario.

In Italia, da una posizione proibizionista – secondo cui in base alla normativa allora vigente di cui al RD 18 giugno 1931, n. 773, ripreso dal codice penale e dal codice civile, era vietato il gioco d'azzardo in quanto basato essenzialmente sull'alea e sul lucro e null'affatto sull'abilità – lo Stato passa negli anni '90 ad una posizione più permissiva, legalizzando con « deroghe legislative » ciò che in precedenza considerava illegale e vietato, sino ad arrivare ai recenti provvedimenti che hanno aumentato a dismisura l'immissione, nel circuito legale, di una quantità vastissima di giochi. Il numero di *slot machine* e videoLottery (VLT) supera i 400.000 apparecchi come hanno certificato le Associazioni dei Gestori nel corso della loro audizione.

Le motivazioni sono sostanzialmente riconducibili a due: l'incentivo ai giochi legali toglierebbe spazio ai giochi illegali e l'aumento delle autorizzazioni incrementerebbe le entrate dello Stato.

Si osserva inoltre che fino agli anni '90 è esistita una sorta di giudizio di disvalore sul gioco d'azzardo per cui il fenomeno era da contenere e da controllare. I casinò infatti rientravano nella competenza del ministero dell'Interno.

Come già detto, a partire dagli anni '90 si assiste ad un aumento vertiginoso del fenomeno del gioco d'azzardo: nel 1997 nasce la doppia giocata del Lotto, il superenalotto, le sale scommesse, nel 1999 viene autorizzato il Bingo, nel 2003 compare il via libera per le *slot machine* e via di seguito sino al «*win for life*», i giochi *on line* e le *videolottery* (VLT).

In tali anni, allorché si diffonde il gioco d'azzardo, non ci sono meccanismi di monitoraggio e di valutazione dei danni sociali connessi al fenomeno. Cambia la funzione sociale del gioco: prima il gioco era un fattore di socialità mentre ora il giocatore è solo davanti alla *slot machine*. Prima era legato ad una ritualità in coincidenza con alcune festività, mentre ora rappresenta un consumo continuo e talora incontrollato; prima per accedere al gioco occorreva la determinazione di raggiungere un casinò lontano decine o centinaia di chilometri, ora l'opportunità di gioco è sotto casa ed il gioco stesso è capace di trascinare il giocatore con la lusinga della vittoria facile; prima la tombola durava un pomeriggio, oggi il bingo è velocissimo; prima le estrazioni del lotto erano settimanali ora le estrazioni sono ogni cinque minuti con il *Win for life*.

Cambia anche la situazione del mercato dei giochi da un punto di vista quantitativo con una vera esplosione dell'offerta. Diminuiscono i giochi di abilità come il totocalcio ed aumentano i giochi in cui prevale il caso, la fortuna che caratterizza i giochi istantanei come il «gratta e vinci».

L'offerta di giochi è ormai smisurata: ovunque si trovano le *slot machine*, o il «gratta e vinci» e comunque tramite il

*web* si può giocare lungo l'arco delle 24 ore. In tutti, il giocatore è solo, nelle mani della voracità della «macchinetta».

Si sono create inoltre condizioni di contiguità fra gioco legale e gioco illegale al punto che si è assistito alla penetrazione della malavita organizzata nell'industria del gioco, come è stato evidenziato dai lavori della Commissione Antimafia sopra ricordati, che ha acceso i riflettori su problemi di abusivismo, di truffa ai danni dello Stato, di usura e di riciclaggio, con ben 41 organizzazioni mafiose presenti nel settore. È ipotizzabile che accanto a questa parte emersa esista altra inesplorata da indagare con molta determinazione.

La medesima relazione della Commissione antimafia ha evidenziato che le organizzazioni malavitose presenti nell'industria del gioco trovano un terreno facile ove riciclare il denaro acquisito illecitamente e talora acquisiscono i punti gioco di esercenti onesti «taroccano» le *slot machine*, anche mediante lo scollegamento dalla rete informatica che le collega all'Azienda dei Monopoli di Stato, per realizzare guadagni «esentasse».

## 2.2. Entità del volume del gioco.

Come riferito dal CONAGGA, in Europa è dislocato il 34 per cento del giocato al mondo, ma l'Italia è prima in Europa. Il fatturato dell'industria dei giochi nel 2011 è stato di 79,9 md. dai quali lo Stato ha guadagnato 8,8 md. di euro. Questa entrata per lo Stato è di poco superiore a quella riscossa quattro anni prima a fronte di un fatturato molto inferiore: non c'è quindi una strategia coerente da parte dello Stato. Se cioè intende trovare nuove entrate per l'erario non appare il canale giusto quello di incentivare la diffusione del gioco d'azzardo!

Gli italiani spendono 1200 euro pro-capite all'anno per i giochi e l'universo dei giocatori è di 30 milioni di persone, delle quali, come riferito in primo luogo dall'associazione Libera ma ribadito anche da altri soggetti auditi, sono rischio di dipendenza circa 2 milioni mentre sono 800.000 i giocatori patologici. Se in Italia si sti-

mano in 393.000 i tossicodipendenti, i giocatori patologici sono il doppio!

Nel 2011 sono stati raccolti 79,9 miliardi di euro complessivi, con una crescita del 25,7 per cento rispetto ai 60,9 miliardi del 2010. A trainare il settore dei giochi ci sono le *Newslot* e le *Vlt* (*Video lottery terminal*), con un incasso complessivo, nel 2011, di 41,6 miliardi (pari al 54,4 per cento), seguite da Lotto e Lotterie, con un introito di 19,4 miliardi di euro (pari al 25,3 per cento). Il guadagno facile e la mancata richiesta di particolari abilità diventano specchio per le allodole, e il miraggio di diventare ricchi grattando un cartoncino o tirando una levetta tenta molti, troppi italiani.

È utile un chiarimento terminologico per una migliore comprensione dei dati che sono forniti dalla Azienda dei Monopoli di Stato (agli atti della Commissione): con il termine «raccolta» s'intende il totale del denaro impiegato dai giocatori, con «*payout*» le vincite restituite, la «spesa» rappresenta la somma residuale.

È bene precisare che il *payout*, nonostante venga registrato e presentato come somma che ritorna al giocatore, nella quasi totalità dei casi consiste in una somma di denaro che viene reimpiegato per una nuova giocata (chi non ha mai acquistato altri «Gratta e Vinci» dopo aver vinto una determinata cifra alla prima vincita?), soprattutto in quei giochi che erogano vincite di piccola entità ma maggiormente probabili (per esempio, le probabilità di vincere al Gratta e Vinci sono all'incirca il 39 per cento – di cui il 92 per cento delle probabilità riguardano le vincite da 5 o 10 euro –, quelle di vincere al SuperEnalotto sono dello 0,000016 per cento).

Nell'ultimo anno il mondo del gioco legale ha visto intervenire sensibili mutamenti. In seguito alla manovra finanziaria di luglio 2011, è stato liberalizzato e rivoluzionato il settore dei giochi *online*, che già in pochi mesi hanno fatto registrare cifre da capogiro.

Scorrendo i dati resi disponibili dall'Amministrazione autonoma dei Monopoli di Stato suddivisi per provincia, risalta con

evidenza un elemento: ogni zona d'Italia predilige un settore specifico dei giochi d'azzardo legali: per esempio, in Campania vanno per la maggiore le scommesse sportive, in Puglia il Superenalotto, mentre nel nord-Ovest le *newslot*. Ogni segmento del gioco legale differisce per modalità, sistema di tassazione, possibilità di accesso, margine di potenziale contraffazione o riciclaggio di denaro sporco.

La motivazione che induce lo Stato a legalizzare giochi che precedentemente erano vietati è legata alla necessità di aumentare le entrate fiscali.

Ogni giocata è gravata da una tassa che però varia da gioco a gioco: ciò rappresenta una anomalia che ad avviso della Commissione va rimossa.

Una parte dell'importo giocato (circa il 75 per cento nel caso delle *slot machine*) viene restituita con le vincite, il 12,5 per cento viene versato all'Erario mentre il restante 12,5 per cento è attribuito alla filiera dei concessionari – gestori – esercenti.

### 2.3. I soggetti che operano nel sistema del gioco d'azzardo:

AAMS: è l'agenzia – recentemente accorpata – che regola il comparto del gioco pubblico attraverso una verifica costante dell'operato dei concessionari. Durante gli anni Ottanta e Novanta ha subito una profonda evoluzione; nel 1988 ha assunto la gestione delle lotterie nazionali, nel 1994 quella del Lotto e delle lotterie istantanee, nel 2000 quella del Bingo, nel 2001 delle altre tipologie di gioco – compresi i giochi di abilità a distanza –, nel 2002 del SuperEnalotto, nel 2004 degli apparecchi da intrattenimento.

L'AAMS gestisce in modo centralizzato tutte le operazioni relative al comparto del gioco e tutte le transazioni vengono acquisite in tempo reale, in modo da garantire la sicurezza sulle modalità di gioco

CONCESSIONARIE: trattasi d'impresе private che, a seguito di gara pubblica, ricevono da AAMS la concessione per la conduzione della rete telematica e ne

assicurano l'operatività. Sono responsabili della raccolta verso AAMS e a tale scopo concludono distinti contratti con i gestori degli apparecchi. Ai primi: Sisal, Snai e Lottomatica che gestivano i giochi più diffusi, ossia Superenalotto, Lotto e Gratta e Vinci, si sono aggiunti Cirsa, Codere, Cogetech, Gmatica, Gamenet, Bplus, Hbg.

**GESTORI:** sono imprese private che ricevono dalla concessionaria il mandato per distribuire, installare e gestire la raccolta; tra questi vi sono i proprietari degli apparecchi, che si fanno garanti della conformità di questi alla normativa, per poi affidarne la gestione agli esercenti, pur conseguendo per ogni apparecchio un margine di guadagno in base alle giocate.

**ESERCENTI:** sono i titolari degli esercizi in cui le macchinette vengono installate. L'esercente stipula un contratto con il gestore, impegnandosi a fornire lo spazio dove collegare gli apparecchi, l'alimentazione elettrica e la custodia, e ricevendo un corrispettivo commisurato all'entità delle giocate.

Nonostante il progressivo aumento delle somme giocate, è diminuito percentualmente l'introito per le casse dello Stato, come risulta dal prospetto che segue, desunto dai dati forniti dal CONAGGA in audizione:

2004 giocati 24,8 miliardi/riscossi 7,3 miliardi pari al 29,4 per cento;

2005 giocati 28,5 miliardi/riscossi 6,16 miliardi pari al 21,6 per cento;

2006 giocati 35,2 miliardi/riscossi 6,72 miliardi pari al 19 per cento;

2007 giocati 42,2 miliardi/ riscossi 7,2 miliardi pari al 17 per cento;

2008 giocati 47,5 miliardi/riscossi 7,75 miliardi pari al 16,3 per cento;

2009 giocati 54,4 miliardi /riscossi 8,8 miliardi pari al 16,1 per cento;

2010 giocati 61,4 miliardi/riscossi 8,83 miliardi pari al 14,4 per cento;

2011 giocati 79,8 miliardi/riscossi 8,8 miliardi pari all'11,02 per cento.

Ciò è avvenuto per una serie di ragioni: di fronte all'aumento dell'offerta di giochi si rende necessario aumentare il livello del *payout* (vincite) per incentivare i giocatori ed al tempo stesso lo Stato ha ritenuto di incentivare la diffusione dei giochi operando uno sconto fiscale in presenza di aumento del fatturato, uno sconto che abbatta l'aliquota dal 13 per cento all'8 per cento qualora l'incremento del giocato superi il 65 per cento.

Della somma giocata ben il 56 per cento viene giocata alle *slot machine*.

Nel 2011 si è giocato di più nel Lazio con 1930 euro procapite, seguito dalla Campania con 1929 euro pro-capite (dati CONAGGA).

L'aumento del numero di giocatori è dovuto a diversi fattori: la continua differenziazione dei giochi esistenti; la diffusione capillare di luoghi dove giocare (dalle classiche tabaccherie che in alcuni casi sono diventati dei mini casinò, alle *slot machines* nei bar, fino alla amplissima offerta di giochi online, che rende persino superfluo uscire di casa); ed infine una maggiore accessibilità in termini di somme necessarie da impegnare per iniziare a giocare.

#### 2.4. Ruolo della pubblicità.

Irrompe la pubblicità per alimentare la diffusione del gioco facendo leva sulle debolezze del giocatore che viene spinto non già al divertimento ma alla vincita facile che può risolvere per la vita i problemi economici. Non è più necessario lavorare ed impegnarsi perché se si vince si ha una rendita per tutta la vita.

Fra i numerosissimi messaggi pubblicitari se ne citano alcuni a dimostrazione del contenuto accattivante quanto ingannevole, citati dal CODACONS:

« avanti il prossimo milionario »;

« lascia stare le pecore, conta queste »;

« l'erba del vicino ti sembrerà meno verde appena saremo milionari »;

« anche l'intelligenza ha bisogno a volte di un aiutino »;

« caro papà, ti regalo un abbonamento al Superenalotto »;

« guadagno facile e veloce »;

« vincere a portata di mano »;

« corri incontro alla fortuna »;

« giocare è qualcosa di naturale »;

« Gioca facile ».

Oltre a questi si ricordano gli spot musicali che utilizzano come colonna sonora brani popolari usati per veicolare il messaggio che lega il successo nella vita alla vincita nel gioco.

Una pubblicità pervasiva che raggiunge ciascuna persona mediante tutti gli strumenti della comunicazione con l'obiettivo di ricordare che con il gioco è possibile svoltare nella vita passando dalla povertà all'agio.

Scopo della pubblicità è certamente quello di persuadere ad acquistare un prodotto, ma anche di informare sui contenuti tecnici e quindi dovrebbe mettere in guardia l'utente dai rischi implicati nel gioco d'azzardo e quindi sul rischio di dipendenza e sulla possibilità di perdere quantità enormi di denaro. Se non fa questo la pubblicità viola le regole della trasparenza e non tutela il consumatore.

La legislazione vigente in materia di pubblicità definisce « ingannevole » il messaggio che, « riguardando prodotti suscettibili di porre in pericolo la salute e la sicurezza dei soggetti che essa raggiunge, ometta di darne notizia in modo tale da indurre tali soggetti a trascurare le normali regole di prudenza e vigilanza » (decreto-legge 2 agosto 2007, n. 145, articolo 6), e in generale quelle pratiche commerciali che affermano « che alcuni prodotti possono facilitare la vincita in giochi basati sulla sorte »; mentre considera « aggressive » le pratiche commerciali che lascino « intendere, contrariamente al vero,

che il consumatore abbia già vinto, vincerà o potrà vincere, compiendo una determinata azione, un premio o una vincita equivalente, mentre in effetti non esiste alcun premio né vincita equivalente » (decreto-legge 2 agosto 2007, n. 146 articolo 23-26).

Come ricordato anche dal rappresentante di ALEA, l'ingannevolezza del messaggio pubblicitario viene inoltre sancita dall'articolo 23, primo comma, lett. r), del Codice del Consumo, e definita a livello europeo dall'Articolo 2b della Direttiva 2006/114/EC. Il Parlamento Europeo, nella risoluzione del 10 marzo 2009, chiedeva ai Governi nazionali di introdurre misure contro la pubblicità aggressiva nei giochi *online*; in particolare esortava la Commissione (ai punti 28 e 29) « ad avviare uno studio sul gioco d'azzardo *online* e sul relativo rischio di dipendenza, considerando ad esempio in che misura la pubblicità contribuisce a creare dipendenza, [...] e ad esaminare in particolare il ruolo della pubblicità e della commercializzazione (comprese le dimostrazioni *online* gratuite dei giochi) in quanto fattori che incentivano, direttamente o indirettamente, i minori a giocare d'azzardo ». Nel libro verde pubblicato nel marzo 2011, la Commissione mercato interno e protezione dei consumatori (IMCO) del Parlamento europeo segnalava, tra i vari rischi connessi alla crescita del gioco *online*, il *misleading advertising*. In taluni casi si è parlato anche di pratiche scorrette, secondo cui si promettevano vincite facili mediante consulenze (attraverso fantomatici calcoli di probabilità), prontamente sospese dall'Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM), che ricordò in quel caso l'« assoluta aleatorietà » dei principi a fondamento dei giochi a pronostico, e dunque l'ingannevolezza di un messaggio pubblicitario teso « ad ingenerare il convincimento che tale alea possa ridursi grazie all'uso di particolari sistemi per l'individuazione di numero o di specifiche combinazioni di numeri vincenti ». Ingannevolezza aggravata dal fatto che i destinatari del messaggio pubblicitario non fossero degli esperti del settore,

ma soggetti altamente « deboli », allettati dalla prospettiva di guadagni facili e garantiti.

Perfino l'Azienda dei Monopoli di Stato ha avviato una iniziativa che ha qualificato come attività di prevenzione, destinata ai giovani studenti delle scuole superiori e denominata « Giovani e gioco », che – nel corso dell'audizione del 12 aprile 2012 – ha ricevuto numerose critiche e richieste di ritiro da parte di un folto numero di parlamentari perché avrebbe veicolato un messaggio di promozione del gioco, senza mai fare alcun riferimento al gioco d'azzardo, ma facendo comparire nelle *slides* proiettate ai ragazzi una carta da poker. Per finire poi con l'esaltazione del gioco *on line* che permetterebbe di dare risposte immediate a tutti i propri bisogni ovunque e sempre attraverso la rete per ammazzare il tempo e per dare risposta al « primordiale bisogno di vincita che l'essere umano ha in se »!

Alla luce di tali considerazioni la Commissione ritiene di primaria importanza un intervento con strumenti regolatori in questa materia nonché l'individuazione di un codice deontologico che va rispettato da chi diffonde messaggi pubblicitari sul gioco.

### 3. PROFILO DEI GIOCATORI.

3.1 Giocano le persone che anche in passato cercavano di risolvere i problemi economici con il gioco, ma ora la platea si è enormemente allargata e questo ha determinato l'ampliamento della fascia della dipendenza.

Sono interessati prevalentemente i ceti meno abbienti e le persone più povere da un punto di vista relazionale che cercano attraverso il gioco di coltivare un sogno che talvolta però si traduce in un incubo. Il fenomeno è legato alla scarsa diffusione della cultura scientifica ed alla diffusa tendenza di poter acquistare un sogno.

A giocare di più sono gli uomini, bassa scolarizzazione e prevale chi ha una situazione lavorativa precaria.

Secondo l'ANCI che riferisce ricerche condotte sulla materia, il 10 per cento gioca ad almeno 6 o più giochi, il 10 per cento gioca più di tre volte alla settimana. Il 4,2 per cento spende parecchie centinaia di euro al mese. Il 7,2 per cento sono giocatori a rischio e di questi il 2,1 per cento hanno le caratteristiche del giocatore patologico.

L'11 per cento dei giocatori giovani sono a rischio patologia. Una indagine del CNR di Pisa riportata dai rappresentanti dell'Associazione AND stima in circa 500.000 i minorenni che vanno a scuola e che scommettono già illegalmente.

Sempre secondo il CNR le persone che hanno un problema legato al gioco nella fascia di età 15-64 anni è pari ad una percentuale fra lo 0,8 e il 3,3 per cento, come ricordato dalla medesima dott.ssa Capitanucci di AND, e quindi si va da 322.000 a 1.330.000 persone.

L'ANCI ha inoltre riportato uno studio di Eurispes, che consegna una situazione più precisa sulla condizione sociale dei giocatori: il 56 per cento appartiene ad un ceto sociale medio-basso e molti sono disoccupati.

Secondo il Dipartimento nazionale per le politiche antidroga sono 32 milioni i giocatori, 1.700.000 sono giocatori problematici e 800.000 sono giocatori patologici, prevalentemente sono uomini ed in maggioranza hanno dipendenza da gioco alle *slot machine*.

Preoccupa l'aumento dei giovani coinvolti nel gioco: dal 2000 al 2009 gli studenti che riferiscono di investire in giochi in cui si vincono o perdono soldi passano dal 39 per cento al 50 per cento.

Interessante il rapporto fra povertà e gioco d'azzardo, rilevato dalla Caritas Italiana sulle persone che accedono ai servizi da loro gestiti e quindi essenzialmente persone con forte disagio economico.

È stata rilevata anche fra gli stranieri una forte propensione al gioco che ha portato persino ad organizzare gruppi di gioco a turnazione alle *slot machine* nella effimera convinzione di poter realizzare con maggiore probabilità la vincita che risolve i problemi economici per la vita. È

stata inoltre notata la maggiore frequenza di gioco con i giorni in cui si riscuote lo stipendio o il sussidio sociale. È evidente quindi il rischio di un collegamento fra usura, sovra indebitamento e ricorso al gioco, dal quale scaturirebbe un circolo vizioso da cui la persona fatica ad uscirne a meno che non si attivi un percorso di natura sociale anche mediante il ricorso ai gruppi di mutuo-aiuto che possono contrastare il pericolo di una involuzione patologica.

#### 4. DIPENDENZA DA GIOCO.

##### 4.1. *Ludopatia e gioco d'azzardo patologico.*

Occorre distinguere, come ha sostenuto con forza il Presidente di ALEA, il termine ludopatia da g.a.p. (gioco d'azzardo patologico) che è l'unico termine scientificamente riconosciuto. Anche sul piano terminologico appare il tentativo di separare nettamente il fenomeno patologico dal fenomeno sociale del gioco, mentre esiste una relazione diretta fra la comparsa di effetti patologici e la diffusione del gioco. L'accessibilità facile e la vasta diffusione dei giochi sono fattori che agevolano la diffusione della patologia.

Quindi oltre a fattori individuali esiste l'incidenza di fattori ambientali, culturali e legati alla struttura dei giochi che contribuisce a favorire la patologia. Per contrastare la patologia sono necessarie politiche di « gioco responsabile » che finora sono state affidate ai Monopoli di Stato con esiti discutibili, a giudizio della Commissione.

Cos'è il GAP (gioco d'azzardo patologico)? Quando l'impulso a giocare si fa persistente, e diventa difficile porvi dei limiti, il gioco d'azzardo si definisce patologico, ossia diventa una vera e propria malattia. I sintomi sono: pensiero costante al gioco; necessità di aumentare il livello delle puntate per provare una emozione, anche se non ce lo si può permettere, inseguendo la vincita nonostante le perdite subite; fallimento dei tentativi di controllare l'impulso da gioco; irritabilità, irre-

quietezza, ansia, depressione, graduale incapacità di stare con gli altri; bisogno di giocare per fuggire dai problemi; propensione a raccontare bugie alle persone care e ai medici per nascondere l'ossessione da gioco, col rischio di perdere affetti importanti; facilità nel commettere azioni illegali per procurarsi il denaro necessario per giocare o nell'affidarsi ad estranei per colmare questa necessità; diminuzione della resa nel lavoro e/o nello studio; sintomi fisici di stress da gioco quali dolori allo stomaco, ulcere, coliti, ipertensione, malattie cardiache, insonnia, perdita dell'appetito, emicranie.

Il giocatore patologico è colui che gioca più denaro di altri, più a lungo e più spesso di quanto lui stesso ha previsto e soprattutto più di quanto si può permettere. E ciò accade perché ha perso la libertà di astenersi.

Secondo l'OMS il GAP colpisce il 3 per cento della popolazione adulta, e sempre più anche i giovani. Pur essendo riconosciuto a livello mondiale come una patologia, in Italia non è ancora così.

L'*American Psychiatric Association* (APA) nel 1980 introdusse il concetto di dipendenza da gioco d'azzardo nell'ambito del DSM III (*Diagnostic and Statistical Mental Disorders*), inquadrandolo come disturbo psichiatrico nella sezione « Disturbi del controllo degli impulsi ». Il GAP viene ricompreso inoltre tra le « *New Addiction* » (nuove dipendenze, tra cui compaiono anche Sexual Addiction, Internet Addiction, Compulsive Shopping), dovute a disturbi comportamentali (Behavioural Addiction) e non a sostanze specifiche (Chemical Addiction). È una dipendenza senza sostanze, ma legata ad un comportamento che peraltro è legittimo, accettato socialmente ed addirittura incentivato e promosso, per cui non appare immediatamente come un attacco alla salute e non vengono immediatamente percepiti i rischi del gioco compulsivo. Addirittura il giocatore d'azzardo trova una sorta di giustificazione nel fatto che concorre ad incrementare le entrate dello Stato! È importante intervenire precocemente sul giocatore che può diventare patologico, perciò



vanno sviluppati quegli studi che tendono ad individuare i *marker* comportamentali che consentono di intervenire tempestivamente sia sui comportamenti che tendono ad inseguire le perdite, sia sull'utilizzo integrale delle vincite nella reiterazione del gioco. Recenti esperienze consentono di mettere a disposizione di Monopoli di Stato una gamma vasta di questionari che possono supportare una indagine epidemiologica, ma che possono anche consentire l'introduzione della « carta unica del giocatore », già usata in Svezia, e che consentirebbe l'autolimitazione nella spesa per gioco. Come viene curato un giocatore? Appare utile citare esperienze maturate in alcuni SERT ora ridenominati SERD.

Generalmente, quando un giocatore patologico si rivolge al Sert per essere curato, interviene un'equipe di professionisti, composta da differenti figure (psicologi, infermieri, medici, assistenti sociali, educatori) che inquadrano la specificità del caso e stabiliscono il tipo di trattamento e di consulenza (per la riabilitazione) necessari.

Il trattamento terapeutico quando riguarda soggetti

aventi in carico una famiglia (46 per cento dei casi), coinvolge non solo il giocatore patologico ma tutto il nucleo familiare o la coppia. Il 54 per cento degli utenti, inoltre, resta in trattamento per oltre sei mesi.

L'invio a gruppi di mutuo aiuto, come Giocatori Anonimi, viene proposto quando i pazienti presentano situazioni di « marcato isolamento sociale » e « scarse capacità elaborative ». In tal modo si vuole favorire « l'acquisizione di competenze sociali e migliorare la gestione degli aspetti concreti relativi al rapporto con il gioco ». I casi di soggetti vittime di usura risultano poco numerosi (ne vengono segnalati 1-2 per ambulatorio), ma resta un problema comune l'indebitamento con le finanziarie. Molti giocatori hanno numerosi prestiti legali con banche e finanziarie, che arrivano a coprire l'intero stipendio. Con quanti si trovano in situazioni di forte sovraindebitamento, si cerca di mettere in

atto una razionalizzazione dei debiti, affidandosi eventualmente ad un consulente finanziario. Le vittime di usura vengono inviate ad una consulenza legale o a centri specifici, e in alcuni casi si procede alla richiesta di un amministratore di sostegno, istituto che permette di ridurre il rischio di reiterare altri debiti e tutela maggiormente il soggetto.

#### 4.2. *Contrasto della dipendenza.*

La Commissione ritiene a tal fine necessario differenziare le azioni. La ricaduta sociale del gioco d'azzardo è elevatissima e c'è da chiedersi se la continua rincorsa all'aumento delle entrate per l'Erario non debba invece fare i conti con l'aumento dei costi sanitari, sociali e umani connessi alla diffusione della dipendenza da gioco d'azzardo.

I giochi non sono tutti uguali, sono più pericolosi i giochi rapidi cioè quelli che hanno un periodo di latenza fra il momento della scommessa e quello dell'esito molto breve per cui il giocatore tende a ripetere il gioco per inseguire la fortuna ed in un tempo breve può spendere molto denaro. Altrettanto pericolosa è la struttura di gioco che consente frequenti vincite di importo irrisorio, talvolta rifondendo il giocatore della posta giocata: non si tratta di una vincita ma il giocatore finisce per comportarsi come se lo fosse, sul piano neurobiologico. Ad esempio se il costo di una partita è di 1 euro, ma è possibile vincerne 100 euro, la tentazione di giocare a ripetizione è forte e non si fa i conti con la rapidità di una partita che si esaurisce in quattro secondi!

Così come sono pericolosi i giochi che inducono previsioni erranee sulle probabilità di vittoria o su calcoli pseudo-statistici sulle frequenze o sui numeri ritardatari.

Sono tutte caratteristiche abilmente utilizzate dai concessionari e gestori per favorire la ripetizione dei giochi, condizione che favorisce l'insorgere della dipendenza che si manifesta secondo forme simili alla dipendenza da sostanze, e che si afferma quando il giocatore è dominato da un pensiero

fisso: come rifarsi del denaro perso e quindi il ritorno al gioco, trascurando le relazioni familiari e gli impegni lavorativi. Molto spesso il G.A.P. è accompagnato da altre dipendenze, quali alcool, sostanze stupefacenti e pertanto si rende necessario instaurare percorsi di cura integrati fra SERD ed i Centri per la Salute Mentale.

## 5. CONCLUSIONI.

### 5.1 *Affrontare le ricadute sociali e sanitarie.*

Innanzitutto c'è l'esigenza di disporre di una conoscenza dei dati epidemiologici tecnicamente e scientificamente validati. Oggi si dispone di una serie ampia di ricerche e stime utilizzate anche dalle stesse fonti ministeriali, ma che non hanno la necessaria validazione tecnico-scientifica per cui appare difficile programmare i servizi di competenza regionale e diventa problematico stimare l'onere finanziario connesso alla applicazione dei L.E.A.. È quindi necessario promuovere una indagine, affidata a soggetti privi di conflitto di interessi, che individui i profili per individuare le persone vulnerabili che hanno maggiori probabilità di sviluppare una dipendenza da gioco, le persone problematiche che cioè presentano caratteri evolutivi verso la dipendenza e le persone patologiche per le quali il disturbo si manifesta secondo le caratteristiche del G.A.P. È risultata unanime nel corso delle audizioni la valutazione di inefficacia di un approccio proibizionistico, né appare convincente l'esortazione al gioco « responsabile », mentre è largamente condivisa la necessità di nuove regole per limitare l'offerta dei giochi, tutelare i minori, liberare l'industria del gioco dagli inquinamenti della malavita ed affrontare il tema della presa in carico dei giocatori patologici.

#### 5.1.1 *Prevenzione e informazione.*

Il primo intervento va operato sulla pubblicità, perché occorre limitare i messaggi pubblicitari e di marketing sul gioco d'azzardo, vietare la pubblicità inganne-

vole e la pubblicità ammiccante e adottare specifici codici di autoregolamentazione.

Nel campo della prevenzione primaria, è necessario promuovere campagne di sensibilizzazione per l'uso responsabile del denaro, per la limitazione all'accesso al debito e sui rischi collegati al gioco d'azzardo, particolarmente nelle scuole. Vanno promosse iniziative sperimentali di prevenzione e di formazione estesa agli esercenti allo scopo di prevenire gli eccessi di gioco. Va inoltre avviata una puntuale e rigorosa informazione in ciascun gioco al fine di informare il giocatore sulla probabilità di vincita per ogni giocata. Sperimentare formule organizzative che prevedano l'accesso ai giochi esclusivamente con una *card* personale per autolimitare la spesa da impiegare nel gioco ed impedire l'accesso ai minori.

#### 5.1.2 *Limitazione dei giochi.*

Occorre distinguere i giochi in relazione alla maggiore o minore potere di creare dipendenza ed in relazione a queste risultanze si deve ridurre la capillarità della diffusione del gioco d'azzardo, soprattutto dei giochi rapidi che sarebbe preferibile collocare in sale dedicate: in tal modo sarebbe più agevole svolgere i controlli, far osservare le regole che vietano il gioco ai minori e si renderebbe più agevole la promozione di strategie per il « gioco responsabile », anche con la collaborazione dei gestori.

Al riguardo la Commissione riterrebbe necessario introdurre un criterio per regolare le nuove autorizzazioni e sospendere la proliferazione dei giochi mediante la modifica del decreto-legge 138/2011 con il quale il ministro dell'Economia ha dato mandato all'Azienda dei Monopoli di Stato di autorizzare nuovi impianti al fine di incrementare le entrate: le nuove autorizzazioni potrebbero essere agganciate al tasso di crescita del paese.

#### 5.1.3 *Norme per la cura.*

Finora la cura della patologia del giocatore d'azzardo patologico è stata affidata ad iniziative sporadiche messe in atto da asso-

ciazioni o da servizi pubblici (SERT) su iniziativa prevalentemente volontaria di operatori e specialisti, ma non esiste oggi il diritto alla cura per questa patologia e tantomeno ci sono misure per aiutare la famiglia del giocatore. In verità il Governo nel 2010 con la legge di stabilità ritenne di dover intervenire per la prima volta con una « norma primaria » per definire « linee di azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo » e pervenne alla predisposizione di un decreto interdirigenziale, approvato dalla Conferenza Stato-regioni, ma bloccato da un anno perché privo della norma finanziaria, necessaria alla attivazione delle azioni individuate per gli interventi sociali e sanitari che si inquadrano nell'ambito del G.A.P., non della ludopatia come erroneamente nel decreto si afferma. La norma che prioritariamente – ad avviso della Commissione – occorre introdurre nell'ordinamento riguarda il riconoscimento del G.A.P. e l'inserimento del gioco d'azzardo patologico (GAP) nei LEA (livelli essenziali di assistenza) in adesione all'orientamento dell'OMS che identifica il gioco d'azzardo compulsivo come una forma morbosa che può diventare un'autentica malattia sociale.

#### 5.1.4. *Trasparenza e legalità.*

La Commissione giudica imprescindibile avviare una « operazione trasparenza » nelle procedure di concessione, controlli specifici per le società estere che approdano in Italia, esclusione dai soggetti della filiera dell'industria del gioco di coloro che hanno avuto precedenti penali; è necessario introdurre la tracciabilità dei flussi di gioco e l'applicazione rigorosa delle norme antiriciclaggio, viene richiesto l'inasprimento delle pene sulle norme che vietano il gioco ai minori e requisiti più stringenti per i gestori di giochi.

#### 5.1.5 *Riordino delle competenze.*

Da varie parti è venuta la sollecitazione a definire una legge quadro sul gioco d'azzardo per meglio definire le funzioni di governo e di programmazione politica

sulle attività di gioco d'azzardo distinte dalle competenze di gestione e di controllo. In tal senso la Commissione ritiene opportuno ridefinire le funzioni dall'Azienda dei Monopoli di Stato, di recente accorpata con l'Agenzia delle Dogane.

Un capitolo importante è riservato ai nuovi poteri da affidare ai Comuni ai quali arrivano i giocatori in difficoltà economica, che hanno perso il lavoro, che sono preda dell'usura e talvolta – nell'8 per cento dei casi – che hanno visto frantumarsi la famiglia.

In questi anni si sono moltiplicati i conflitti istituzionali in ordine alle richieste dei Comuni di determinare gli orari di funzionamento degli apparecchi di gioco differenziati rispetto agli esercizi pubblici ove sono collocati e/o la ubicazione delle sale giochi o degli apparecchi da gioco al fine di evitare la contiguità con scuole e luoghi di aggregazione giovanile. I Sindaci hanno fatto ricorso all'uso delle ordinanze, ma è esploso un contenzioso che va risolto estendendo le funzioni ed i poteri dei Comuni negli ambiti citati.

#### 5.1.6 *Risorse finanziarie.*

C'è innanzitutto un interrogativo, aldilà di valutazioni pur importanti di natura etica: può lo Stato incentivare il gioco d'azzardo per esigenze di cassa e non farsi carico delle ricadute di tali scelte? E qualora intendesse farsene carico può non porre in relazione l'utilità economica con i costi sociali e sanitari che comporta la riparazione del danno provocata dal gioco d'azzardo?

In Svizzera viene destinata una quota delle entrate derivanti dal gioco lecito – a carico quindi dello Stato ma anche dei concessionari e gestori – per far fronte alle spese sanitarie per la prevenzione e la cura del gioco patologico d'azzardo e da molti soggetti intervenuti nelle audizioni è venuta la richiesta di applicare anche in Italia analogo normativa. In una fase di emergenza finanziaria quale quella che stiamo attraversando questa modalità va seriamente esplorata pur evidenziando che appare contraddittorio finanziare i servizi di *welfare* destinati a riparare i danni provocati

dal gioco d'azzardo con le risorse che derivano dalla incentivazione della diffusione del gioco stesso. In sede di audizione delle società scientifiche degli Psicologi è emersa anche la proposta di ricorrere ad una quota delle sanzioni comminate a concessionarie o gestori degli apparecchi da gioco per finanziare i servizi previsti dai L.E.A..

Occorre infine rimuovere la differente tassazione fra gioco e gioco attualmente esistente e la scontistica prevista per incentivare la diffusione dei giochi: si eviterebbero così i comportamenti elusivi che vedono aumentare l'ammontare delle somme giocate ma diminuire percentualmente il gettito per l'Erario.