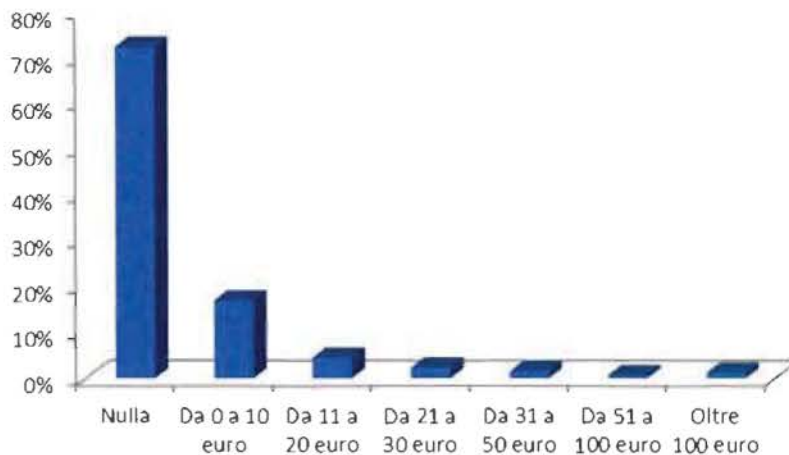


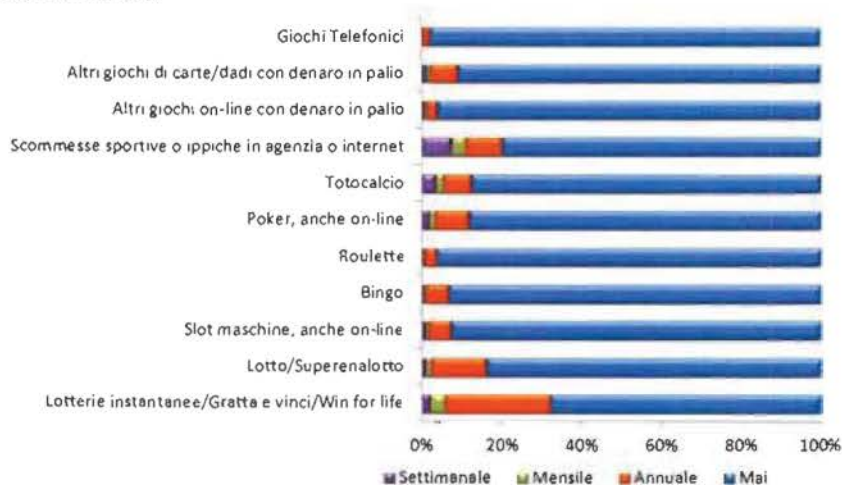
Figura I.5.8: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per spesa. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

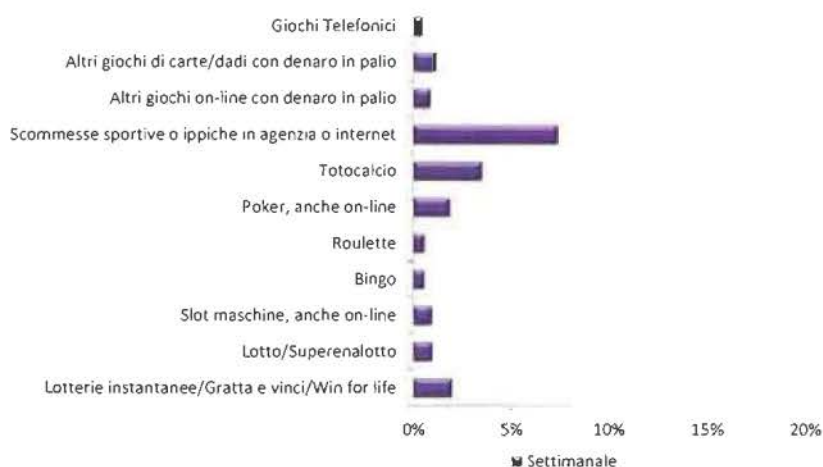
Figura I.5.9: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per frequenza di gioco. Anno 2013.



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

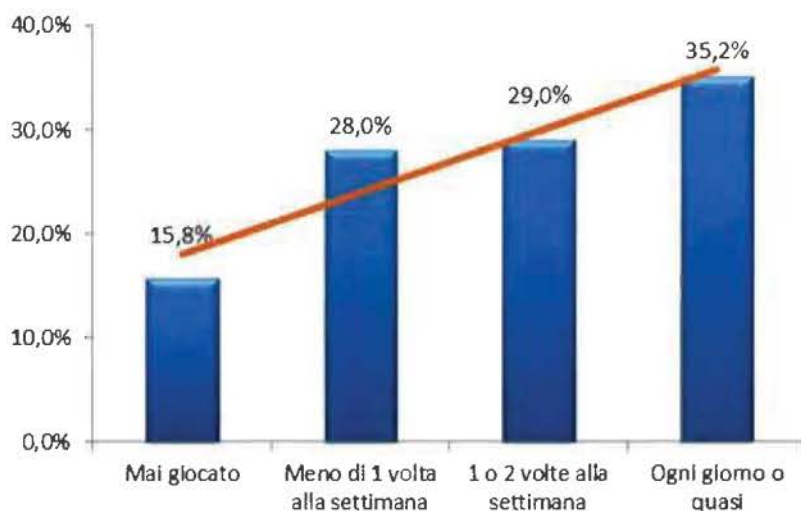
Figura I.5.10: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per frequenza di frequenza settimanale. Anno 2013.



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

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



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

I.5.3.1 Soggetti in trattamento in Italia nel 2012

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

La rilevazione
GAP-DPA

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

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

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

4.687 soggetti in
trattamento per
gambling
patologico

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

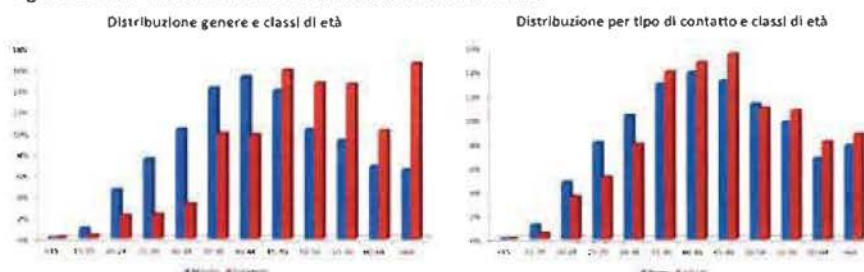
Genere	Nuovi	Già noti	Totale
Maschi	2.092	2.149	4.241
Femmine	439	478	917
Totale	2.531	2.627	5.138

Rapporto M/F:
4,6

Fonte: flusso GAP-DPA

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

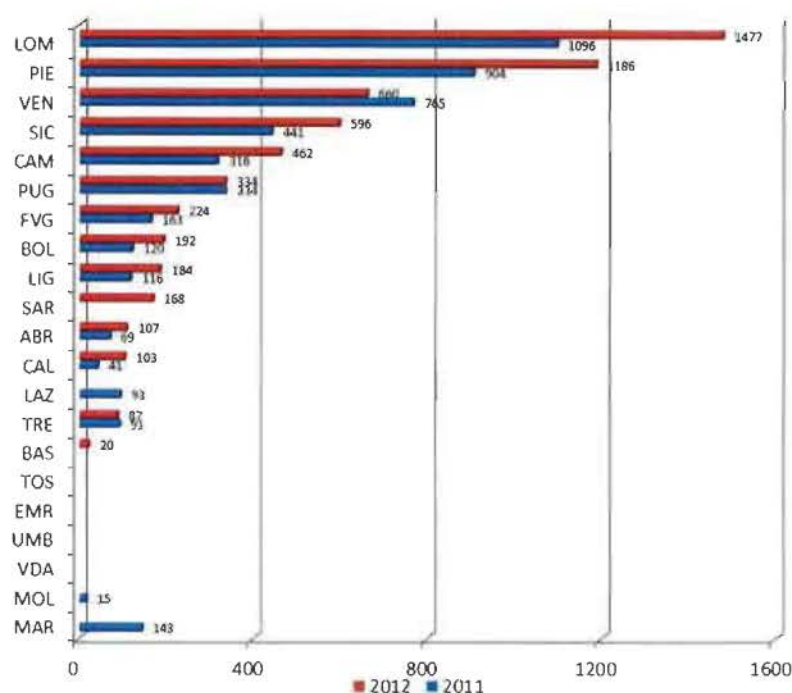
Figura I.5.12: Distribuzione dell'utenza trattata nel 2012



Fonte: flusso GAP-DPA

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

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



In Lombardia il
23,4% dei
soggetti trattati

Fonte: flusso GAP-DPA

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

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

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

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

Fonte: flusso GAP-DPA

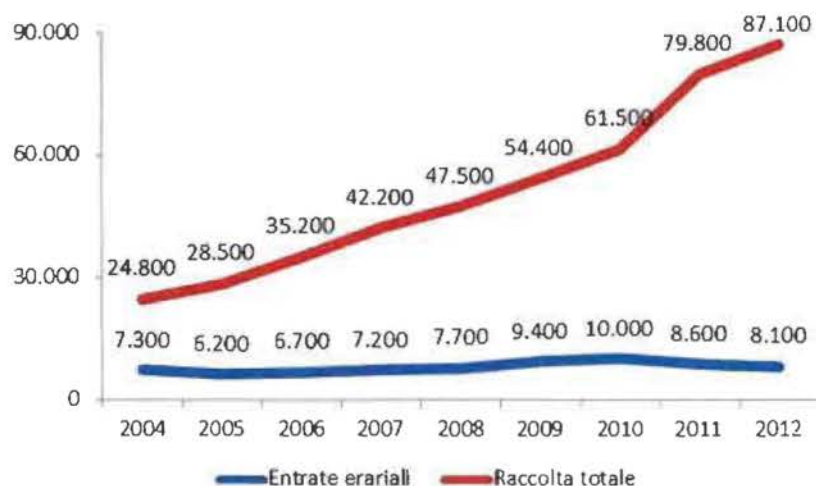
Rispetto al dato 2011, che riportava oltre 51.00 prestazioni, nel 2012 il numero complessivo delle prestazioni risulta inferiore nonostante si sia avuto un aumento dell'utenza; questo verosimilmente dipende dalla mancanza di un sistema informativo che consenta di registrare le attività erogate in modo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

I.5.4 Dati finanziari

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

Diffusione di
nuove tipologie
di gioco

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



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

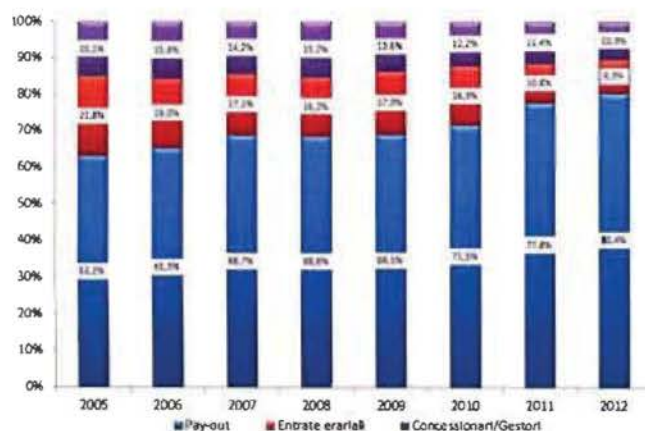
Rispetto al dato del 2004, nel 2012 la raccolta totale derivante dal gioco è aumentata del 251%, mentre nello stesso periodo di osservazione la quota erariale ha subito un incremento molto meno evidente pari all'11%.

Raccolta totale
aumentata del
251%

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

Quota di payout
aumentata dal
2005 al 2012

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

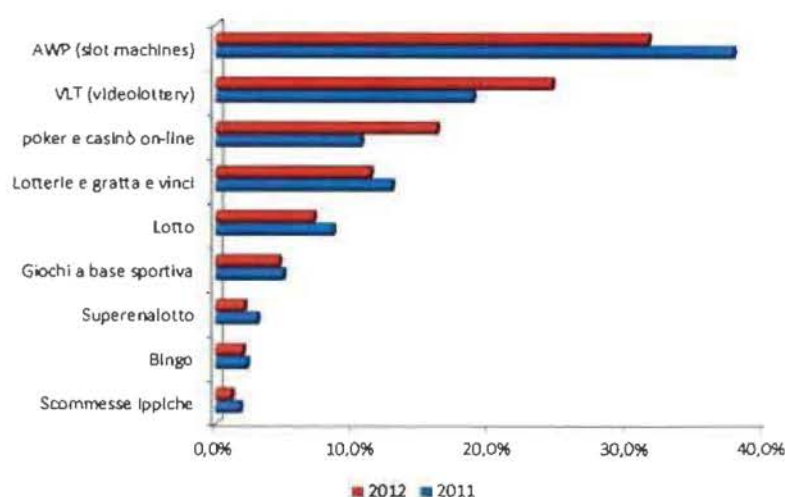


Elaborazioni DPA su fonte AAMS

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

In aumento
videolottery e
poker e casinò
on-line

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



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

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

Riduzione della
quota erariale

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

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

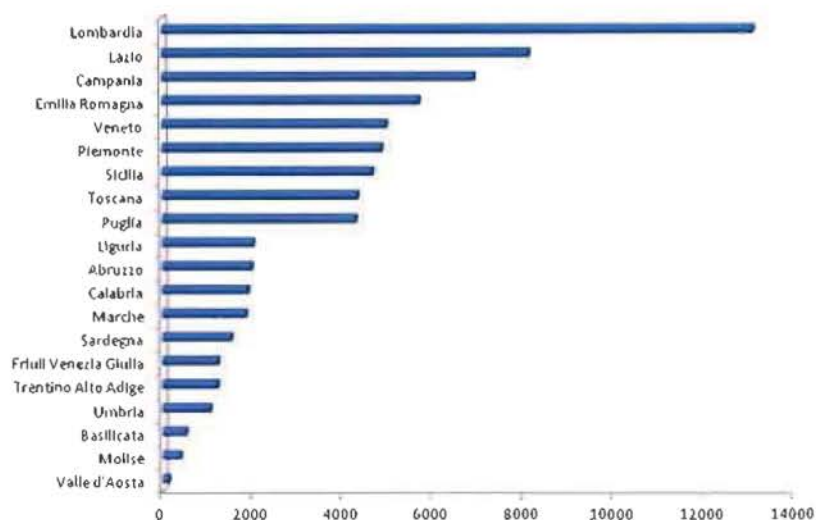
Elaborazioni DPA su fonte AAMS

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

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

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

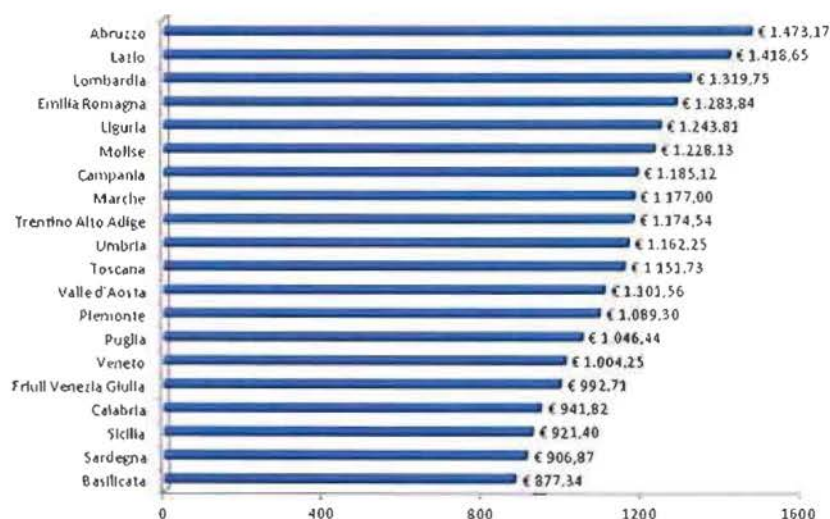
Figura I.5.17: Spesa regionale a ottobre 2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

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

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



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

1.5.5. Conclusioni

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

1. Mancanza di dati epidemiologici nazionali validi per potere:

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

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

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

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

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

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

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

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

continua

continua

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

continua

continua

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

continua

continua

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

Parte Seconda

Programmazione e organizzazione del sistema di contrasto

PAGINA BIANCA

CAPITOLO II.1.

NORMATIVE SULLE DROGHE

II.1.1. La nuova proposta di Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio COM (2012) 548, tendente a prevenire la diversione del principale precursore dell'eroina

II.1.2. Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2012

II.1.3 Normative regionali approvate nell'anno 2012

PAGINA BIANCA