

Per quanto riguarda la causa degli incidenti stradali, molta attenzione si pone sull'alterato stato psicofisico del conducente. In particolare l'uso / abuso di alcol e sostanze psicoattive è un fattore di rischio particolarmente importante benché non sempre possibile da quantificare.

Uno spunto di riflessione importante su questo aspetto può essere fornito analizzando i dati delle Commissioni mediche locali patenti.

Tali Commissioni, sono normate dall'art 119 del Codice della Strada che prevede che l'accertamento dei requisiti fisici e psichici del candidato o conducente venga effettuato da commissioni mediche locali, costituite in ogni provincia presso le unità sanitarie locali del capoluogo di provincia nei riguardi di:

- mutilati e minorati fisici ,ultrasessantacinquenni con patente per trasporto di cose ,ultrasessantenni con patente per trasporto di persone , persone con invalidità , casi ritenuti dubbi dai medici certificatori ,soggetti diabetici con patente superiore , revisioni disposte dall'Ufficio Territoriale del Governo e dalla M.C.T.C.
- coloro per i quali è fatta richiesta dall'Ufficio Territoriale del Governo o dall'ufficio Provinciale della Direzione generale della M.C.T.C. : tra questi rientrano i soggetti che , avendo violato gli articoli 186 e 187 del Codice della strada, devono recarsi in Commissione medica e non più dal medico monocratico, per la revisione/ rinnovo della patente di guida.

Prendiamo in esame i dati di alcune commissioni mediche locali.

Ad esempio nel corso del 2015 la Commissione medica locale di Modena ha visitato **12033** pazienti di cui **4367** per violazione dell'art. 186 e 186 bis e **796** per violazione dell'art. 187.

Quindi **il 36%** dei pazienti della Commissione medica di Modena, sono pazienti che hanno guidato dopo avere assunto alcolici.

Inferiore è la percentuale dei pazienti che si sono messi alla guida dopo avere assunto sostanze psicoattive attestandosi attorno al **6,6%**.

È importante soffermarsi sulla percentuale di non idoneità : **4%** (art 186 e 186 bis), **6 %** (art 187).

Questo significa che, anche dopo approfondita visita e idonei approfondimenti diagnostici, il paziente non è risultato in possesso dei requisiti psicofisici idonei alla guida.

Gruppo di età	Visitati Maschi	Visitati Femmine	Non idonei M	Non Idonei F
16-24	197	40	2	0
25-34	235	38	23	1
35-44	253	37	36	4
45-54	157	26	22	2

55-64	65	17	7	2
65 e oltre	41	5	8	0
TOTALE	826	141	167	14

Alcoemia	Visitati Maschi	Visitati Femmine	Non idonei M	Non Idonei F
0-50	0	0	0	0
51-80	27	1	3	0
81-1.50	63	19	6	0
Over 1.50	134	11	9	1
TOTALE	224	31	18	1

Altre caratteristiche soggetto	Visitati Maschi	Visitati Femmine	Non Idonei M	Non idonei F
Causato incidente	93	23	9	2
Neopatentato	5	3	0	0
Patente gruppo II	68	0	5	0
Recidiva infrazione	16	2	10	0
Associato consumo stupefacenti	74	4	15	0

La tabella, fornisce il dettaglio dei soggetti che si recano a visita in commissione medica per violazione dell'art 186 e 186 bis.

Da notare come spesso l'assunzione di alcol di accompagna ad assunzione di stupefacenti.

Prendendo in esame la CML di Cuneo, sempre per l'anno 2015, sono stati visitati 7078 pazienti di cui 2124 (30%) per violazione dell'art. 186 e 463 (6.54%) per violazione dell'art.187.

La determinazione dell'assunzione alcolica viene accertata con determinazione dell'ETG su matrice cheratinica.

L'assunzione di sostanze stupefacenti viene accertata mediante la determinazione di anfetamine, metanfetamine, oppiacei, metadone, cocaina, cannabinoidi su matrice cheratinica e di ketamina e buprenorfina su campioni urinari.

Alte percentuali di non idoneità : 7.8% (art. 186) e 9.5% ( art.187)

Infine, provando a vedere i dati della Commissione medica di Brindisi vediamo che , sempre per il 2015, sono stati visitati 3877 pazienti di cui 750 (19.3%) per violazione art 186 e 476 (12.2%) per violazione art 187.

Abbiamo una più bassa percentuale di accesso di pazienti ex art. 186 e 187 tuttavia le percentuali di non idoneità per queste categorie, sono sovrapponibili a quelle della CML di Modena:

27 pazienti (3.6%) non idonei tra coloro che hanno violato l'art.186 e 30 pazienti ( 6.30%) non idonei tra coloro che hanno violato l'art.187.

La commissione medica di Avellino ha analizzato il trend storico di accesso di pazienti in CML per violazione del dell'art. 186 e 187 del CdS.

In tabella si nota come la percentuale di tale categoria di utenti è in continua ascesa rappresentando il 42,6% di tutte le visite effettuate nel 2015 dalla commissione.

#### **VISITE PER VIOLAZIONI ARTT. 186 E 187 CdS QUINQUIENNIO 2011-2015**

	<b>Art. 186 CdS</b>	<b>Art.187 CdS</b>	<b>Artt. 186+187 Cds</b>
<b>2011</b>	660 (21.1%)	270 (8.6%)	930 (29.7%)
<b>2012</b>	756 (29.6%)	317 (12.4%)	1073 (42%)
<b>2013</b>	658 (30.1%)	274 (12.5%)	932 (42.6%)
<b>2014</b>	562 (28.9%)	264 (13.6%)	826 (42.5%)
<b>2015</b>	562 (28.7%)	272 (13.9%)	834 (42.6%)

In conclusione possiamo dire che, i dati delle Commissioni mediche locali non ci dicono quanti siano gli incidenti causati da uso di alcol e/o droghe ma ci danno un quadro importante, sicuramente sottostimato, di quanta gente si metta alla guida dopo aver assunto alcolici o stupefacente o entrambi.

### 1.3 Il gioco d'azzardo

Ministero della Salute, Dipartimento della Prevenzione e Istituto Superiore di Sanità (ISS), Dipartimento Farmaco Dipendenza, Tossico dipendenza e doping

#### Il disturbo da gioco d'azzardo - Quadro giuridico di riferimento

Il Gioco d'azzardo patologico (GAP) veniva classificato nel DSM-IV-TR (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali della Associazione Americana di Psichiatria) tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, come “un comportamento persistente, ricorrente, e mal adattativo di gioco d'azzardo, in grado di compromettere le attività personali, familiari, o lavorative. Si configurava perciò come una vera e propria patologia quando l'impulso a giocare, ripetitivo e non più controllato, diventa il sintomo primario della propria vita e può essere affiancato da azioni illegali per procurarsi crescenti quantità di denaro. Nella versione successiva del manuale diagnostico statistico delle malattie mentali (il DSM V pubblicato dall'APA nel 2013) il “gambling disorder” classificato come disturbo da gioco d'azzardo e rientra nel capitolo più ampio dei disturbi correlati all'uso di sostanze o altre forme di dipendenza, collocandolo nella sottocategoria di dipendenza “sine substantia”, non correlata cioè all'uso e abuso di determinate sostanze, legali o illegali.

Sul piano legislativo il Ministero della Salute è intervenuto incisivamente sulla materia, facendosi promotore del decreto legge 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (GU n. 263 del 10-11-2012 convertito con legge 8 novembre 2012 n.189 - cosiddetto Decreto Balduzzi). L'articolo 5 del decreto legge sopra menzionato prevede l'aggiornamento dei LEA per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da “ludopatia”. L'aggiornamento dei LEA è tutt'ora in fase di approvazione, tuttavia già da diversi anni le Regioni e PPAA hanno preso in carico i pazienti affetti da disturbo da gioco d'azzardo. Nell'articolo 7, comma 3-quater, del decreto Balduzzi, viene vietata la messa a disposizione presso qualsiasi pubblico esercizio di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on-line, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsivoglia titolo concessorio o autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità. I commi successivi, dal 4 al 9 del medesimo articolo, prevedono, tra l'altro, una serie di divieti e di disposizioni sui messaggi pubblicitari e sulla pubblicità dei giochi che presentano vincite in denaro, e formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro sugli apparecchi e nelle sale in cui sono installati i video terminali. Sono inoltre fissate le sanzioni amministrative per l'inosservanza delle norme.

La legge 23 dicembre 2014 n.190, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015), pubblicata sulla G.U n. 190 del 29.12.2014, S.O. n.99, ha destinato, a partire dal 2015, una quota annua di 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo. Di tale quota, un milione di euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, è destinato per la sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l'adozione di software che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento generando conseguentemente appositi messaggi di allerta. L'articolo 7, comma 10 prevede che l'Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e, a seguito della sua incorporazione, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, tenuto conto degli interessi pubblici di settore, sulla base di criteri, anche relativi alle distanze da istituti di istruzione primaria e secondaria, da strutture sanitarie e ospedaliere, da luoghi di culto, da centri socio-ricreativi e sportivi, definiti con decreto del Ministro dell'Economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della Salute, previa intesa sancita in sede di Conferenza unificata, di cui all'articolo 8

del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e successive modificazioni, da emanare entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della legge di conversione del presente decreto, provvede a pianificare forme di progressiva ricollocazione dei punti della rete fisica di raccolta del gioco praticato mediante gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettera a), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, e successive modificazioni, che risultano territorialmente prossimi ai predetti luoghi. Il predetto decreto è, allo stato, in discussione presso la Conferenza Stato-Regioni. La medesima legge stabilisce inoltre che il Ministero della salute adotti linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dalle patologie connesse al gioco d'azzardo e che venga trasferito al Ministero della Salute l'Osservatorio istituito dal Decreto Balduzzi presso l'Agenzia delle Dogane e i Monopoli di Stato, al fine di realizzare il monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e della efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese. La composizione dell'Osservatorio è stata determinata con decreto interministeriale del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze 24 giugno 2015 (allegato). Le funzioni dell'Osservatorio sono le seguenti:

- 1 – monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo;
- 2 – monitoraggio dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese;
- 3 – definizione delle linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), ai fini della predisposizione del decreto regolamentare di adozione delle linee guida;
- 4 – valuta le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave.

Da ultimo si segnala che la Legge di Stabilità 2015 (LEGGE 28 dicembre 2015, n. 208 - Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - Legge di stabilità 2016 - GU n.302 del 30-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 70), prevede tra le misure più significative:

- Disposizioni in materia di giochi (art. 1, commi 918-948). Le disposizioni aumentano innanzitutto il prelievo erariale unico (PREU) sulle newslot, riducendo contestualmente la percentuale minima destinata alle vincite (pay out). E' modificata anche la tassazione sul margine per i giochi di abilità a distanza, sulle scommesse a quota fissa e, a decorrere dal 1° gennaio 2017, sul Bingo a distanza.
- Entro il 30 aprile 2016, in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite le caratteristiche dei punti di vendita ove si raccoglie gioco pubblico, nonché i criteri per la loro distribuzione e concentrazione territoriale, al fine di garantire i migliori livelli di sicurezza per la tutela della salute, dell'ordine pubblico e della pubblica fede dei giocatori e di prevenire il rischio di accesso dei minori di età. Le intese raggiunte in sede di Conferenza unificata sono recepite con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, sentite le Commissioni parlamentari competenti. (comma 936).
- Fermo restando quanto previsto dall'articolo 7, commi da 4 a 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, e fermo il divieto di pubblicità di cui all'articolo 4, comma 2, della legge 13 dicembre 1989, n. 401, per contrastare l'esercizio abusivo dell'attività di gioco o scommessa e per garantire ai consumatori, ai giocatori e ai minori un elevato livello di tutela, inteso a salvaguardare la

salute e a ridurre al minimo gli eventuali danni economici che possono derivare da un gioco compulsivo o eccessivo, la propaganda pubblicitaria audiovisiva di marchi o prodotti di giochi con vincite in denaro è effettuata tenendo conto dei principi previsti dalla raccomandazione 2014/478/UE della Commissione, del 14 luglio 2014. Con decreto del Ministro dell'Economia e delle finanze da adottare, di concerto con il Ministro della Salute, sentita l'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, entro centoventi giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sono individuati i criteri per l'attuazione della citata raccomandazione (comma 937).

- In ogni caso, è vietata la pubblicità : a) che incoraggi il gioco eccessivo o incontrollato; b) che neghi che il gioco possa comportare dei rischi; c) che ometta di rendere esplicite le modalità e le condizioni per la fruizione di incentivi o bonus; d) che presenti o suggerisca che il gioco sia un modo per risolvere problemi finanziari o personali, ovvero che costituisca una fonte di guadagno o di sostentamento alternativa al lavoro, piuttosto che una semplice forma di intrattenimento e di divertimento; e) che induca a ritenere che l'esperienza, la competenza o l'abilità del giocatore permetta di ridurre o eliminare l'incertezza della vincita o consenta di vincere sistematicamente; f) che si rivolga o faccia riferimento, anche indiretto, ai minori e rappresenti questi ultimi, ovvero soggetti che appaiano evidentemente tali, intenti al gioco; g) che utilizzi segni, disegni, personaggi e persone, direttamente e primariamente legati ai minori, che possano generare un diretto interesse su di loro; h) che induca a ritenere che il gioco contribuisca ad accrescere la propria autostima, considerazione sociale e successo interpersonale; i) che rappresenti l'astensione dal gioco come un valore negativo; l) che induca a confondere la facilità del gioco con la facilità della vincita; m) che contenga dichiarazioni infondate sulla possibilità di vincita o sul rendimento che i giocatori possono aspettarsi di ottenere dal gioco; n) che faccia riferimento a servizi di credito al consumo immediatamente utilizzabili ai fini del gioco (comma 938).
- E' altresì vietata la pubblicità di giochi con vincita in denaro nelle trasmissioni radiofoniche e televisive generaliste, nel rispetto dei principi sanciti in sede europea, dalle ore 7 alle ore 22 di ogni giorno. Sono esclusi dal divieto di cui al presente comma i media specializzati individuati con decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro dello sviluppo economico, nonché le lotterie nazionali a estrazione differita di cui all'articolo 21, comma 6, del decreto-legge 1° luglio 2009, n. 78, convertito, con modificazioni, dalla legge 3 agosto 2009, n. 102. Sono altresì escluse le forme di comunicazione indiretta derivanti dalle sponsorizzazioni nei settori della cultura, della ricerca, dello sport, nonché nei settori della sanità e dell'assistenza (comma 939)
- La violazione dei divieti di cui ai commi 938 e 939 e delle prescrizioni del decreto di cui al comma 937 è punita con la sanzione amministrativa pecuniaria di cui all'articolo 7, comma 6, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189. Le sanzioni sono irrogate dall'Autorità per le garanzie nelle comunicazioni, econdo i principi di cui alla legge 24 novembre 1981, n. 689, al soggetto che commissiona la pubblicità, al soggetto che la effettua, nonché al proprietario del mezzo con il quale essa è diffusa.
- Il Ministero della Salute, di concerto con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, anche attraverso l'utilizzo dei propri siti web, predispone campagne di informazione

e sensibilizzazione, con particolare riferimento alle scuole di ogni ordine e grado, sui fattori di rischio connessi al gioco d'azzardo, al fine di aumentare la consapevolezza sui fenomeni di dipendenza correlati, nonché sui rischi che ne derivano per la salute, fornendo informazioni sui servizi predisposti dalle strutture pubbliche e del terzo settore per affrontare il problema della dipendenza da gioco d'azzardo. (comma 941).

- Al fine di garantire le prestazioni in prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico (GAP), come definito dall'Organizzazione mondiale della sanità, presso il Ministero della salute è istituito il Fondo per il gioco d'azzardo patologico (GAP). Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, da emanare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Per la dotazione del Fondo di cui al periodo precedente è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2016 (comma 946).

L'Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento del Farmaco – Reparto Farmacodipendenza Tossicodipendenza e Doping ha implementato il progetto Sistema di Sorveglianza Nazionale sul Disturbo da gioco d'azzardo, con la finalità di sperimentare un sistema di sorveglianza nazionale per assumere elementi conoscitivi, correttivi, esaustivi e proporre strumenti utili alla prevenzione e cura del disturbo da gioco d'azzardo. Il sistema vuole favorire, inoltre, il potenziamento di una rete di sostegno tra gli operatori del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e del privato sociale utile a diffondere le informazioni su interventi e politiche a favore dei pazienti con disturbo da gioco d'azzardo e dei loro familiari. In sintesi il progetto è stato articolato in diverse azioni che hanno visto la realizzazione di attività trasversali quali la revisione della letteratura scientifica e attività specifiche quali l'aggiornamento dei servizi del SSN e delle strutture del privato sociale per definire una mappatura delle risorse disponibili sul territorio italiano, la realizzazione, presso strutture o servizi, di focus group con giocatori d'azzardo in trattamento e l'implementazione di attività per la diffusione dei dati del progetto. Il lavoro sulla letteratura ha confermato la multidimensionalità del disturbo da gioco d'azzardo che comporta una compromissione della salute mentale e fisica, una disfunzione nelle relazioni con gli altri e con i familiari, problemi finanziari, difficoltà lavorative e problemi legali. Diversi risultati interessanti sono emersi anche rispetto all'associazione con una serie di condizioni di comorbidità psichiatriche, come per esempio i disturbi da uso di alcol e altre sostanze, disturbi dell'ansia e dell'umore e altri disturbi del controllo degli impulsi. Sulla base di quanto suggerito dalla letteratura sono stati rintracciati gli indicatori utilizzati sia nella scheda di rilevazione utilizzata per l'aggiornamento delle strutture sia nella scheda di osservazione utilizzata durante i focus group. Si è provveduto, inoltre, ad effettuare una sintesi della normativa di riferimento, europea e italiana, e a realizzare un'indagine demoscopica (3000 interviste personali) per rilevare nella popolazione italiana adulta (15 anni ed oltre) la percezione rispetto al gioco d'azzardo, la pratica di vari giochi e alcune opinioni sull'argomento. I risultati dell'indagine mostrano che la componente "casualità" è ritenuta la caratteristica peculiare del gioco d'azzardo difatti per il 36% delle persone intervistate si definisce gioco d'azzardo il "gioco in cui la vincita e la perdita di denaro o altri valori non dipendono dall'abilità del giocatore ma sono prevalentemente casuali"; il 35% circa ha risposto che l'affermazione che spiega meglio il concetto di gioco d'azzardo è "gioco in cui si può vincere o perdere denaro o altri valori". Agli intervistati è stata mostrata anche una lista di giochi e per ognuno è stato chiesto di indicare quali potessero essere definiti giochi d'azzardo. Il poker è stato in assoluto

il gioco più citato (81%), seguito dal videopoker (79%), mentre il più della metà degli intervistati non ritiene gratta e vinci (56%), lotto (54%) ewin for life (51%) giochi d'azzardo.

I giocatori(intesi come coloro che hanno praticato almeno un gioco negli ultimi 12 mesi) è pari al 49,7%, con punte di 56,0% tra gli uomini, 57,6% nella fascia d'età 25-44 anni e 61,7% tra i fumatori, evidenziando una correlazione piuttosto evidente tra l'abitudine al fumo e la pratica di giochi d'azzardo La dipendenza da gioco d'azzardo è considerata dalla popolazione italiana una dipendenza grave, che può essere curata con l'aiuto dello psicologo (31,1%) e presso associazioni/comunità specializzate (28,4%), Tra i provvedimenti per la lotta al gioco d'azzardo, quello considerato più indicato dagli italiani è l'eliminazione delle slot da bar e locali pubblici (51,8%) e a seguire il divieto di fare pubblicità (34,3%), la prevenzione nelle scuole (30,6%), l'introduzione di limiti negli importi delle giocate (28,5%), fornire maggiori informazioni sui danni del gioco (27,0%) e limitare il numero delle sale giochi (26,6%).Per concludere, le condizioni personali che possono favorire il gioco d'azzardo sono le difficoltà economiche (35,2%), il disagio sociale (31,9%) e il desiderio di sfidare la sorte (27,4%).

In primo luogo, è stata effettuata una revisione degli elenchi disponibili nel web dei servizi per le dipendenze (Ser.T e Ser.D) e delle strutture del privato sociale e creato un archivio elettronico unico. L'attività di ricostruzione si è concentrata sul "profileresearch" effettuata prevalentemente online attraverso l'esplorazione delle banche dati e la conseguente predisposizione di un updated data.

Successivamente, per procedere all'aggiornamento dei servizi del SSN (Ser.T./Ser.D.), delle strutture del privato sociale e delle attività erogate per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo è stata costruita una scheda di rilevazione; la scheda di rilevazione è stata redatta in due versioni: una per i centri del Servizio Sanitario Nazionale e l'altra per le strutture afferenti al privato sociale ed ha consentito di ottenere informazioni rispetto alla collocazione del servizio sul territorio, avere una descrizione del servizio (attività svolte nei servizi, analisi dell'offerta, composizione dell'equipe ecc.) e del collegamento con altre strutture sul territorio e, più in generale, di indagare i bisogni formativi degli operatori, la diagnosi e/o comorbilità, il processo di valutazione (strumenti diagnostici/di screening, valutazione degli esiti, della qualità del servizio offerto). Per sviluppare la scheda sono stati considerati gli indicatori emersi dalla letteratura scientifica, gli strumenti utilizzati per indagini simili, le indicazioni di esperti e suggerimenti di operatori del settore. La scheda, per una prova di compilazione utile a raccogliere criticità ed eventuali osservazioni, è stata inviata ad 11 servizi e strutture selezionati per partecipare ad alcune fasi del progetto.

Si evidenzia che i risultati riportati sono da considerarsi preliminari e parziali, poiché i servizi e le strutture coinvolte nell'indagine continuano ad inviare informazioni che vanno a popolare un data base in continua evoluzione. Al termine di una prima fase di aggiornamento (29 febbraio 2016), il 60% circa dei servizi del SSN(343) e il 17% circa delle strutture afferenti al privato sociale (137) hanno restituito un feedback in merito alla rilevazione. Tra i Ser.T/Ser.D che hanno fornito le informazioni sulla regione di appartenenza, 81 hanno sede nel settentrione, 44 nel centro e 59 nel meridione e comunque tutte le regioni risultano rappresentate. Per quanto riguarda la distribuzione delle strutture afferenti al privato sociale, diverse regioni non risultano invece al momento rappresentate.

Tutti i Ser.T/Ser.D che hanno risposto all'indagine hanno implementato delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo. In particolare, il 61% dei servizi ha risposto che esistono delle attività dedicate, il 31% che è attivo un servizio specifico e l'8% che è stato avviato

un servizio secondo specifici LEA regionali. Il 92% dei Ser.T/Ser.D ha anche dichiarato che il personale è stato appositamente formato per lavorare nell'ambito del disturbo da gioco d'azzardo.

Il 76% delle strutture afferenti al privato sociale che hanno risposto all'indagine hanno implementato delle attività più o meno strutturate a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo. Il 24% di queste strutture ha dichiarato di non aver intrapreso alcuna azione in merito a causa della mancanza di fondi, di spazi o di personale e più della metà di queste sta comunque studiando la fattibilità di future azioni. In attesa di implementare attività a contrasto del disturbo da gioco d'azzardo, gli operatori di queste strutture inviano gli utenti fondamentalmente presso i Ser.T/Ser.D.

Solitamente la diagnosi è effettuata nel servizio (98%) o nella struttura (67%), utilizzando il DSM 5 (Ser.T/Ser.D 98%; strutture afferenti al privato sociale 77%) e strumenti di screening/diagnostici (Ser.T/Ser.D 83%; strutture afferenti al privato sociale 60%). Il 94% dei Ser.T/Ser.D opera una valutazione sociale e psicodiagnostica, l'82% anche una valutazione medica (% sui rispondenti; N = 165). Il 93% delle strutture afferenti al privato sociale opera una valutazione sociale, il 79% opera una valutazione psicodiagnostica, il 29% opera una valutazione medica.

Nello specifico, gli indicatori più frequentemente usati per la valutazione sociale dai servizi del SSN sono le relazioni familiari (92%), la situazione occupazionale e dello stato patrimoniale (74%), la presenza di debiti con organizzazioni autorizzate (banche, finanziarie ecc.) (70%), la presenza di reati successivi all'inizio del gioco d'azzardo (appropriazione indebita, emissione di assegni a vuoto, ecc.) (61%).

Anche per strutture afferenti al privato sociale l'indicatore più rilevante è rappresentato dalle relazioni familiari (73%); altri indicatori frequenti sono la presenza di debiti con organizzazioni autorizzate (banche, finanziarie ecc.) (64%), la presenza di reati successivi all'inizio del gioco d'azzardo (appropriazione indebita, emissione di assegni a vuoto, ecc.) (61%), la situazione occupazionale e dello stato patrimoniale (57%) e la presenza di debiti con organizzazioni non autorizzate (52%).

Gli indicatori più frequenti per la valutazione medica dei servizi del SSN (% sui rispondenti (N = 168) sono la presenza di patologie comorbili (addiction, disturbi psichiatrici etc.) (86%), l'anamnesi completa del paziente (83%), la scelta della terapia farmacologica in collaborazione con il Centro di Salute Mentale se in presenza di comorbilità psichiatrica (61%), il colloquio con i familiari o persone significative, previo consenso del paziente (58%). Anche le strutture afferenti al privato sociale (% sui rispondenti (N = 44) hanno fornito questi indicatori come i più ricorrenti. In particolare, viene eseguita una anamnesi completa del paziente (25%), viene cercata la presenza di patologie comorbili (30%), viene effettuato un colloquio con i familiari o persone significative, previo consenso del paziente (25%). Dodici strutture hanno dichiarato di non svolgere alcuna valutazione medica.

Per quanto riguarda la valutazione psicodiagnostica, le risposte dei Ser.T/Ser.D hanno messo in evidenza che non esiste uno "standard" psicodiagnostico condiviso, infatti il 56% ha indicato l'intervista strutturata e/o semistrutturata, il 31% test e scale di valutazione "addiction" e il 15% dei servizi ha dato informazioni nella risposta "altro" citando più frequentemente il colloquio clinico (% sui rispondenti; N = 168). Le risposte delle strutture del privato sociale sono simili ad eccezione dei test di personalità tipo MMPI (39%) e altri test di personalità (18%) (% sui rispondenti (N = 44).

Il 93% degli operatori (% sui rispondenti; N = 143) utilizza il South Oaks Gambling Screenper adulti (SOGS), il 34% ha indicato anche l'opzione "altro", citando più spesso strumenti come il ClinicalOutcome for Routine Evaluation OutcomeMeasure (CORE-OM), il ClinicalGait and Balance Scale (GABS), il Symptom Checklist-90 (SCL-90). Anche le strutture afferenti al privato sociale che utilizzano strumenti diagnostici (% sui rispondenti; N = 26), prediligono più frequentemente il South Oaks Gambling Screenper adulti (SOGS; 81%), seguito dall'Addiction Severity Index – PathologicalGamblers (ASI –PG), ilGamblingSeverity Index (GSI; 31%) e il Canadian ProblemGambling Index (19%). Il 38% dei rispondenti ha indicato l'opzione "altro", citando più spesso strumenti quali loStructuredClinicalInterview for DSM-IV Axis II Disorders(SCID II) e il ClinicalGait and Balance Scale (GABS).

Il 97% circa dei Ser.T/Ser.D eroga prestazioni gratuite, il 2% eroga prestazioni a fronte del pagamento del ticket, l'1% ha risposto "altro" (es. prestazioni fuori LEA). D'altro canto 22 strutture afferenti al privato sociale erogano prestazioni gratuite e 16 prevedono una qualche forma di pagamento (ticket, quota associativa, retta mensile,ecc.).

***Il tempo di attesa per accedere ai servizi e alle strutture è relativamente breve (61% circa dei Ser.T/Ser.De 81% circa delle strutture del privato sociale dichiara un tempo di attesa inferiore ai 7 giorni).***

Nei servizi del SSN (% sui rispondenti (N = 175) non c'è una modalità condivisa di registrazione dei dati dell'utenza, piuttosto coesistono diverse opzioni tra cui la cartella clinica (87%), il sistema informatico regionale (81%), "altro"(per es. Piattaforma Mfp) (8%). Per quanto riguarda le strutture afferenti al privato sociale (% sui rispondenti (N = 42), viene più frequentemente utilizzata la scheda del paziente (74%).

Nell'ambito dell'offerta assistenziale, gli interventi più frequentemente attuati presso il SSN (% sui rispondenti (N = 171) sono il counselling individuale (91%) e lapsicoterapia individuale (87%); più della metà dei Ser.T/SerD attua terapie familiari (55%) e quasi la metà terapie di coppia (49%). Gli interventi meno rappresentati risultano la consulenza legale (13%) e la consulenza economica (17%).

Gli interventi più frequentemente attuati nelle strutture del privato sociale (% sui rispondenti (N = 43) sono la psicoterapia individuale (74%), l'intervento riabilitativo/educativo (63%), il gruppo psico-educativo (60%), il counselling generale (58%). gli interventi meno frequentemente attuati sono la consulenza economica (21%) e la consulenza legale (16%).

La maggior parte dei Ser.T/Ser.D non offre una consulenza legale (66%);solo il 2% dei servizi offre consulenza legale all'interno del servizio mentre il 23% ha collegamenti con consulenti esterni (% sui rispondenti; N = 163). Per quanto riguarda le strutture afferenti al privato sociale, il 38% ha collegamenti con consulenti esterni, il 17% prevede una consulenza legale nella struttura e il 43% non offre nessuna consulenza legale (% sui rispondenti; N = 42).

Le motivazionidi accessopiù frequenti aiSer.T/Ser.D(% sui rispondenti; N = 174) e alle strutture afferenti al privato sociale (% sui rispondenti; N = 42) sono le pressioni dei familiari (99% servizi e 93% delle strutture), i debiti (83% dei servizi e 81% delle strutture) e ilmalessere percepito (63% dei sevizi e 71% delle strutture).Alla domanda "Gli utenti arrivano al servizio per il disturbo da gioco d'azzardo principalmente su:" i Ser.T/Ser.D (% sui rispondenti; N = 174) hanno risposto 'su indicazione dei familiari (94%), 'accesso volontario'(91%), 'indicazione del medico di base'

(34%). Gli utenti arrivano alle strutture del privato sociale più spesso volontariamente (83%), su suggerimento dei familiari (60%) o per invio da parte dei Ser.T/Ser.D (52%).

Nell'equipe dei Ser.T/Ser.D sono presenti più frequentemente lo psicologo, il medico e l'assistente sociale; mentre nelle strutture afferenti al privato sociale, ad affiancare queste professionalità compaiono l'avvocato e il consulente finanziario, citatispesso nella categoria "altro".

Quasi tutti i servizi (94,4%) effettuano una valutazione d'esito, anche se con modalità diverse, fino a due anni successivi alla fine del trattamento (% sui rispondenti; N = 158). La maggior parte delle strutture implementano programmi di valutazione d'esito con modalità diverse fino a fine trattamento. Il 66% dei servizi e il 65% delle strutture prevede una fase di follow up (% sui rispondenti; N = 40). Gli indicatori d'esito più utilizzati dai servizi del SSN (% sui rispondenti N = 158) sono quelli scelti dal servizio stesso (49%), così come avviene nel 63% delle strutture afferenti al privato sociale (% sui rispondenti N = 40).

La valutazione multidisciplinare ha luogo sia nella maggior parte dei servizi del SSN (93%) sia nelle strutture afferenti al privato sociale (83%).

La qualità del servizio viene valutata nel 44% dei Ser.T/Ser.D; circa le modalità di valutazione, il 56% non ha dato una risposta e tra i rispondenti il 23 % ha indicato, come indicatore di qualità, sia la soddisfazione degli operatori sia quella degli utenti.

La pubblicizzazione dell'attività dei Ser.T/Ser.D (% sui rispondenti N = 174) avviene attraverso diversi canali: materiale informativo che pubblicizza la presenza sul territorio di servizi sanitari dedicati al disturbo da gioco d'azzardo come previsto dal D.L. 13 settembre 2012, n. 158 (Legge Balduzzi) (82%), comunicazione sul sito aziendale (72%), descrizione nella carta dei servizi della struttura (57%), altri mezzi (es. comunicazione inter-istituzionale) (21%). Differente è la situazione per le strutture afferenti al privato sociale d'azzardo (% sui rispondenti N = 42) che per farsi pubblicità utilizzano principalmente il sito della struttura (71%), materiali informativi distribuiti presso i Ser.T/Ser.D (52%), descrizione nella carta dei servizi (45%). La maggior parte dei Ser.T/Ser.D collabora con altri enti (74%), attua attività di prevenzione (71%) e implementa attività di formazione (65%) (% sui rispondenti N = 164). Anche la maggior parte delle strutture (% sui rispondenti N = 41) collabora con altri enti (85%) ed è coinvolta in attività di formazione (63%) e di prevenzione (59%).

Le attività relative all'azione Focus group sono iniziate con un workshop a cui hanno preso parte 11 tra le migliori realtà di intervento sulla dipendenza da gioco d'azzardo su tutto il territorio nazionale (4 al nord, 4 al centro e 3 al sud) e rappresentative dei settori pubblico e privato sociale (6 Ser.T/Ser.D e 5 strutture del privato sociale). Al workshop hanno partecipato, oltre al gruppo di lavoro dell'ISS, il referente del Ministero della Salute, tre esperti sulla tematica gioco d'azzardo individuati dall'ISS e 22 professionisti appartenenti alle strutture selezionate (due per ogni struttura) provenienti da: Campania, Emilia Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria, Veneto. Durante il workshop sono state condivise finalità e metodologia del progetto, il ruolo degli operatori dei servizi e dei referenti dell'ISS, le tematiche da affrontare durante i focus group con i relativi indicatori e le modalità di svolgimento dei gruppi.

Sulla base di quanto discusso durante il workshop sono state definite le tematiche da affrontare nei focus group presso le strutture: (1) Similitudini e differenze con altri comportamenti additivi (con o

senza sostanza); (2) Familiarità dei comportamenti additivi; (3) Pubblicità del gioco; Offerta di gioco; (4) Diversi livelli di obiettivi terapeutici: gioco controllato, remissione periodica, remissione/astensione definitiva; (5) Politiche centrali ed amministrazioni locali: strategie di fronteggiamento del fenomeno; (6) Strategie di fronteggiamento del debito.

A seguito del workshop sono stati realizzati 11 focus group, presso i servizi e le strutture selezionate. Affinché tutte le tematiche fossero trattate, prima dell'incontro è stato concordato con ciascun Servizio/Struttura l'argomento da affrontare durante il focus group. Gli incontri hanno, tra l'altro, consentito di indagare i fattori di rischio associati allo sviluppo di tale patologia (contesto sociale, lavorativo, economico, etc.), rilevare i diversi livelli di gravità degli utenti, esplorare la presenza di eventuali comorbilità o altre dipendenze e studiare i diversi approcci terapeutici attivati per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. I centri selezionati per la realizzazione dei focus group sono di seguito riportati (Tabella 105).

	Regione	Città	Servizio
<b>Nord</b>	Piemonte	Collegno	Spazio Altreve Servizio per le dipendenze
	Veneto	Castelfranco Veneto	Ambulatorio per il gioco d'azzardo Servizio per le Dipendenze
	Lombardia	Milano	Donne in gioco Associazione AND
	Emilia Romagna	Reggio Emilia	Struttura Residenziale Pluto Centro sociale Papa Giovanni XXIII
<b>Centro</b>	Marche	Fano	Comunità terapeutica per nuove dipendenze (CND) I.r.s. L'Aurora
	Toscana	Pistoia	Gruppo Incontro Società Cooperativa Sociale
	Umbria	Foligno	Centro per il gioco d'azzardo Servizio per le dipendenze
	Lazio	Roma	Unità Operativa Gioco d'Azzardo Patologico Servizio per le Dipendenze
<b>Sud</b>	Sicilia	Palermo	CE.DI.SS Servizio per le Dipendenze
	Campania	Salerno	Programma Fuorigioco Gruppo LOGOS
	Puglia	Taranto	Servizio GAP Servizio per le dipendenze

**Tabella 105** Elenco dei Centri selezionati per la partecipazione al progetto sperimentale.

A ciascun focus group ha preso parte un rappresentante dell'ISS in qualità di osservatore, dunque, è stata costruita una griglia di osservazione per la verbalizzazione del focus group.

Hanno preso parte a questa fase del progetto 100 utenti in trattamento per disturbo da gioco d'azzardo (25 donne e 75 uomini, 50 nei servizi del SSN e 50 nelle strutture del privato sociale); in alcuni casi l'osservazione ha riguardato i singoli giocatori mentre in altri la presa in carico era per la coppia o per la famiglia. I gruppi osservati, alcuni già esistenti mentre altri composti ad hoc per la realizzazione del focus, sono stati del tipo gruppi di auto-mutuo aiuto, gruppi di sostegno, gruppi terapeutici, gruppi in comunità residenziali, gruppo sole donne.

I gruppi osservati presso i Servizi sono stati per lo più gruppi terapeutici o di sostegno per il singolo giocatore. Si tratta spesso di gruppi aperti (la partecipazione al gruppo non inizia e finisce per tutti gli utenti nello stesso momento), di durata variabile (gruppi permanenti o circoscritti nel tempo) e l'utente arriva al gruppo grazie alla presa in carico da parte del Servizio. Diversa è la situazione dei gruppi osservati presso le Comunità residenziali. Ovviamente in questi casi i gruppi si svolgono

esclusivamente con gli utenti della Comunità terapeutica, siano essi presi in carico nella modalità residenziale o diurna. I gruppi di auto-mutuo aiuto per giocatori sono per lo più tenuti in regime di volontariato su iniziativa delle Onlus. Si tratta di gruppi, rivolti ai giocatori ma anche alle loro famiglie, in cui spesso ex-giocatori diventano i facilitatori all'interno del gruppo e affiancano gli operatori nella conduzione del gruppo stesso. Singolare risulta l'esperienza del gruppo "Donne in gioco" in cui l'utenza è esclusivamente femminile e dunque sia le dinamiche di gruppo sia l'approccio terapeutico risultano rigorosamente dettate dal genere.

Tra le osservazioni riportate dagli utenti alcune sono emerse con frequenza maggiore rispetto ad altre, per es.: la difficoltà a condividere gli spazi con i tossicodipendenti; l'utilità di coinvolgere la famiglia nell'intervento; l'importanza di indagare circa la familiarità dei comportamenti additivi; l'importanza di individuare diversi livelli di obiettivi terapeutici (rimodulabili); l'importanza della tempestività nell'individuare il luogo di cura per arginare rovina economica; l'importanza dell'aiuto per fronteggiare il debito; la valorizzazione del ruolo dell'antiusura; la lotta al sovraindebitamento (facilità di accesso al credito).

Per indagare i fattori di rischio associati allo sviluppo della dipendenza da gioco d'azzardo, esplorare la presenza di eventuali comorbidità o altre dipendenze e rilevare i diversi livelli di gravità dei soggetti con tale dipendenza il gruppo di lavoro ha messo a punto un questionario ad hoc che è stato sottoposto a tutti gli utenti che hanno preso parte ai focus group.

Nello specifico il questionario, anonimizzato, indaga l'aspetto anagrafico e sociale del soggetto, la tipologia dei servizi assistenziali goduti, le sue abitudini al gioco (attuali e/o pregresse), il livello di gravità del disturbo da gioco d'azzardo. Dei 100 utenti osservati durante i focus 71 (14 donne e 57 uomini) hanno accettato di compilare il questionario. Tutti partecipavano ad una Terapia di gruppo e solo qualcuno affiancava una terapia individuale, farmacologica oppure di coppia/familiare; la presa in carico da parte del servizio/struttura è quasi esclusivamente per dipendenza da gioco d'azzardo con piccole rappresentanze di polidipendenza (alcol, cocaina).

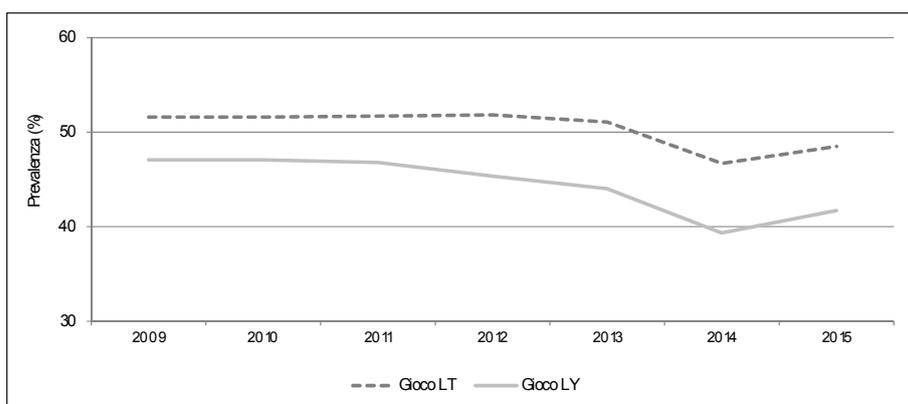
Le informazioni anagrafiche raccolte descrivono l'utente medio con un livello culturale medio (37 diplomati) e coniugato (N = 34). Molti di questi utenti hanno un'occupazione a tempo pieno (N = 42) e la maggior parte possiede una casa o vive comunque in affitto e solo 4 utenti si sono dichiarati senza fissa dimora. Sono arrivati alla struttura/servizio su suggerimento dei familiari (N = 35) o per accesso volontario (N = 19). La maggior parte di loro è in trattamento da almeno 1 anno (N = 35) e frequenta il servizio una volta alla settimana (N = 44). Oltre l'85% ha dichiarato di aver praticato e/o di praticare al momento della compilazione del questionario giochi legali con una preferenza per le slot e/o le VLT.

I risultati principali del progetto sono stati divulgati nel seminario Sistema di sorveglianza per il disturbo da gioco d'azzardo: progetto sperimentale tenutosi presso l'Istituto Superiore di Sanità di Roma.

## 1.4 L'indagine sul gioco d'azzardo tra gli studenti italiani

A cura di Istituto di Fisiologia clinica (IFC), Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR)

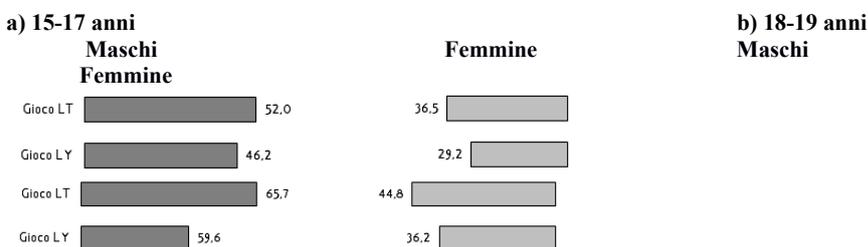
Lo studio ESPAD®Italia realizzato nel 2015 ha evidenziato che il 49% degli studenti di 15-19 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella vita e il 42% lo ha fatto nell'anno. Dopo un periodo di invariabilità delle prevalenze, che si prolunga fino all'anno 2013 per il gioco nella vita (con prevalenze del 51-52%) e al 2011 per quelle riferite all'anno precedente a quello di rilevazione (47%), si osserva un decremento delle stesse fino all'anno 2014 (anno in cui la prevalenza del gioco nella vita risulta del 47% e del 39% quella riferita all'anno) per tornare ad aumentare nell'ultima rilevazione.



LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

**Figura 108** Stime di prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo nella vita e nell'ultimo anno. ESPAD®Italia anni 2009-2015

Sono gli studenti di genere maschile ad essere maggiormente attratti dalla pratica del gioco d'azzardo (52%; femmine: 32%) con prevalenze che crescono in corrispondenza dell'età: sono, infatti, soprattutto i maggiorenni a giocare scommettendo soldi e, nonostante la legge italiana lo vieti, sono il 38% i minorenni che hanno giocato d'azzardo durante l'anno (maggiorenni: 48%).

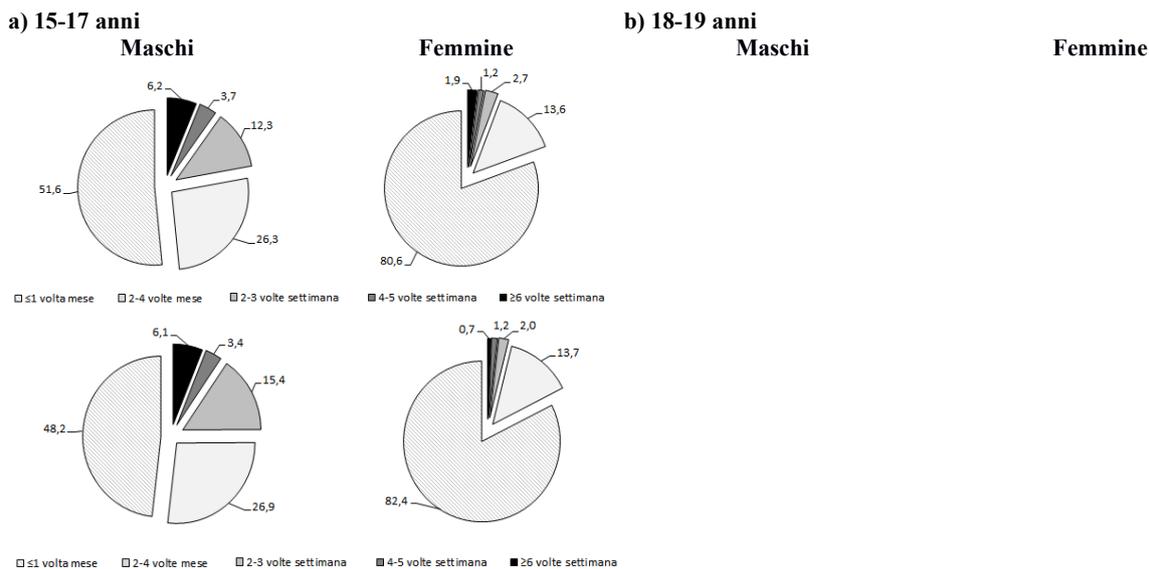


LT=LifeTime (almeno una volta nella vita); LY=Last Year (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

**Figura 109** Prevalenza degli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno. ESPAD®Italia 2015

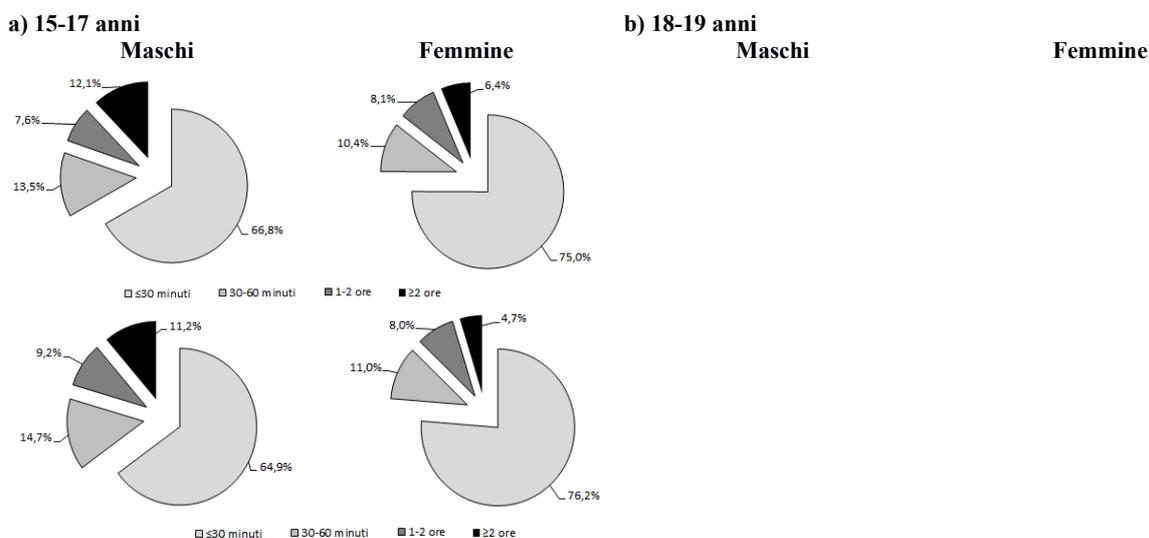
Il 48% di chi non ha giocato d'azzardo durante l'anno riferisce di non avere contesti di gioco nelle vicinanze della propria abitazione o della scuola che frequenta, quota che risulta, invece, pari al 24% tra coloro che hanno giocato. Circa il 44% degli studenti giocatori abita e/o frequenta una scuola a meno di 5 minuti da un luogo dove è possibile giocare d'azzardo (contro il 30% circa dei non giocatori).

Se la maggior parte degli studenti che hanno giocato d'azzardo durante l'anno lo ha fatto per non più di una volta al mese (62%), quasi il 22% lo ha ripetuto da 2 a 4 volte; sono il 12%, invece, coloro che hanno giocato più assiduamente, da 2 a 5 volte alla settimana, e oltre il 4% ha giocato 6 o più volte, con differenze non sostanziali a livello di età (minorenni: 4,5%; maggiorenni: 4%) bensì di genere (6%; femmine: 1%).



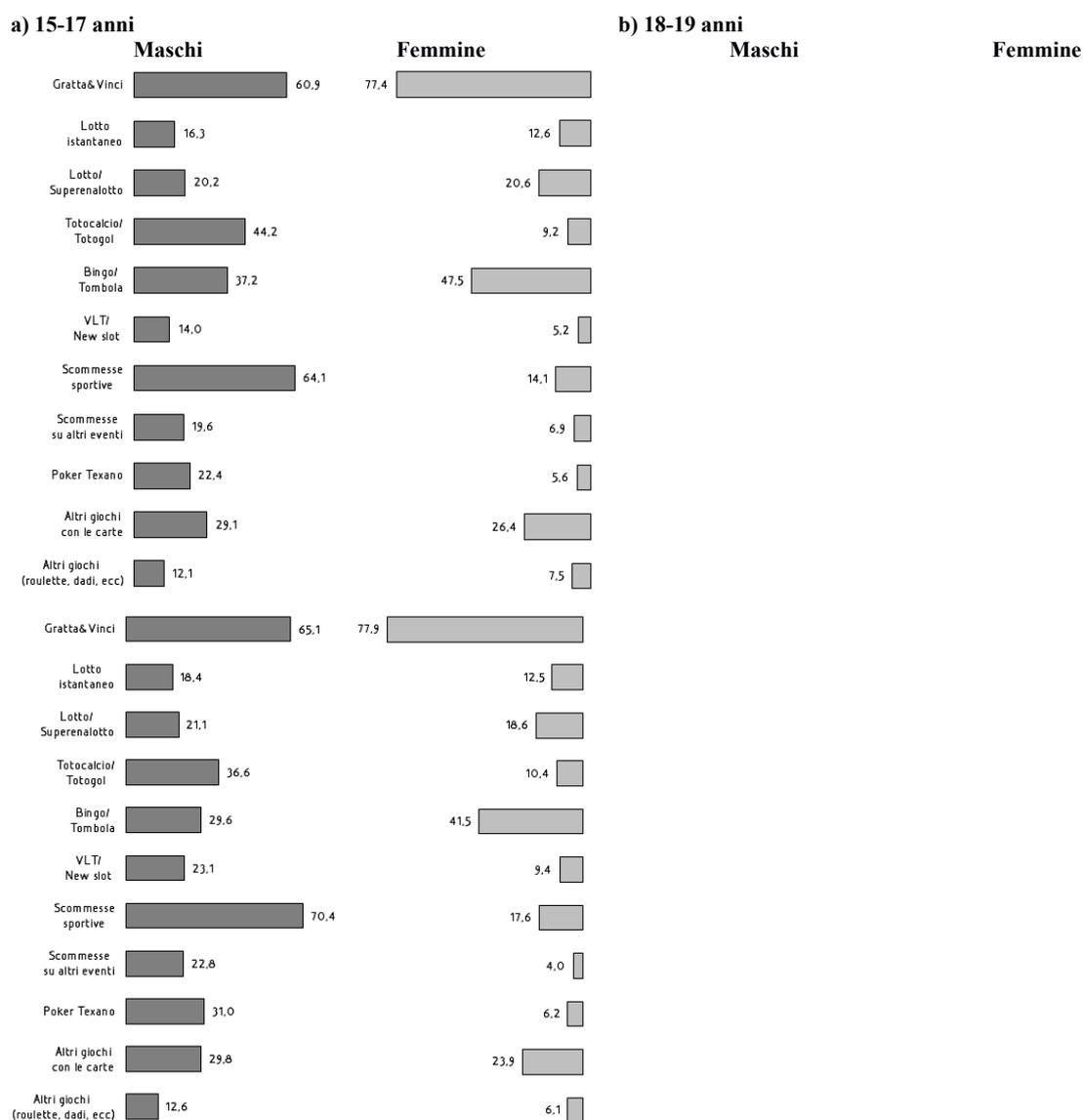
**Figura 110** Distribuzione percentuale della frequenza di gioco annua tra gli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno. ESPAD®Italia 2015

Nel complesso per il 69% degli studenti che hanno giocato durante l'anno la durata media di gioco è stata inferiore a 30 minuti, per il 13% da 30 a 60 minuti e per il 10% di 2 ore o più. A giocare d'azzardo per un tempo prolungato sono stati in particolar modo i maschi (12%; femmine: 6%), senza tuttavia rilevare differenze tra minorenni e maggiorenni (rispettivamente 10% e 9%).



**Figura 111** Distribuzione percentuale della durata media di gioco, in una giornata tipo, degli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno. ESPAD®Italia 2015

Tra gli studenti giocatori il 69% ha preferito i Gratta&Vinci, il 47% ha scommesso sull'esito di eventi sportivi, il 38% ha giocato a Bingo/Tombola e il 29% a Totocalcio/Totogol; il 28% ha puntato soldi giocando a carte, il 18% a Poker Texano, il 20% a Lotto/Superalotto, il 15% a Lotto istantaneo e il 14% alle New Slot/VLT. Tra le studentesse i giochi preferiti sono quelli non strategici, come Gratta&Vinci e Bingo/Tombola, mentre i ragazzi, oltre a quelli praticati dalle coetanee, preferiscono scommettere su eventi sia sportivi che di altro genere, così come giocare a Totocalcio/Totogol e a Poker Texano.



**Figura 112** Distribuzione percentuale dei giochi praticati dagli studenti che hanno giocato d'azzardo nell'anno. ESPAD®Italia 2015

In generale, i contesti di gioco maggiormente frequentati dai giocatori sono, coerentemente con le tipologie di gioco praticate, bar/tabaccherie (35%) e sale scommesse (28%), ma anche a casa propria o di amici (37%) e via web (19%). Le studentesse giocatrici, sia minorenni che maggiorenni, giocano quasi esclusivamente presso abitazioni private (a casa propria o di amici) e/o presso bar/tabacchi,