

**Ministero della Salute****CCM Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie****Progetto: Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi**

*Ente esecutore:* Regione Piemonte.

*Responsabile scientifico:* Dott. Paolo Jarre.

*Referente scientifico:* Dott. Guido Ditta, Dott. Giovanni Nicoletti.

*Responsabile amministrativo:* Dott. Gaetano Manna.

*Equipe di progetto (con le singole responsabilità):* Paolo Jarre, Responsabile scientifico Fabio Mariani, Responsabile Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari IFC CNR Pisa, Responsabile esecutivo Sabrina Molinaro, Stefano Salvadori, Ricercatori 3 componenti del gruppo regionale piemontese GAP, staff tecnico 1 componente per ciascuna delle Regioni coinvolte; corresponsabile dell'esecuzione nel proprio territorio.

*Partnership (Regioni):* Liguria, Emilia-Romagna, Provincia Autonoma di Bolzano, Umbria, Puglia.

*Partnership:* CNR Pisa, Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari IFC CNR Pisa.

**Quadro 1 - Elementi generali, Analisi della situazione iniziale****Introduzione e scenario generale:**

Da alcuni anni, accanto allo scenario oramai "abituale" di uso problematico di sostanze psicoattive legali ed illegali (droghe, alcol, tabacco), sempre più ampio e articolato, si va profilando con sempre maggiore nettezza l'emergere e la crescente diffusione di una problematica diversa nelle manifestazioni cliniche, ma per molti aspetti correlata, quella dei consumi psicoattivi problematici "sine substantia", in cui cioè quadri clinici assimilabili o equiparabili a quelli della classica tossico-dipendenza e/o dei disturbi da abuso/dipendenza da alcol si riscontrano in persone che non hanno una storia di consumi di oggetti concreti psicoattivi, ma bensì di comportamenti ripetuti, compulsivi e, in definitiva, problematici o francamente invalidanti.

Si tratta, in particolare, di persone con storia di abitudine al gioco d'azzardo ("gambling") nelle sue varie forme, da quelle dei classici giochi da lotteria e delle tradizionali scommesse sportive, a quelle più recentemente introdotte nel nostro Paese (lotterie a vincita immediata, sale bingo, gratta e vinci e così via) e a quelle che coinvolgono – come ulteriore fattore di rischio – l'elemento tecnologico (sia le tecnologie di intrattenimento come i video-giochi, che quelle di comunicazione come internet o i telefoni cellulari).

Il gioco d'azzardo patologico (d'ora in poi GAP) è stato riconosciuto ufficialmente come disturbo psichiatrico a sé stante dall'American Psychiatric Association nel 1980: nel 1994, il GAP è stato classificato nel DSM-IV (manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) come "disturbo del controllo degli impulsi non classificati altrove".

Il DSM-IV ha definito il GAP come un

comportamento persistente, ricorrente e maladattivo di gioco che compromette le attività personali, familiari o lavorative; l'ICD-10 lo ha inserito tra i disturbi delle abitudini e degli impulsi. In ambito clinico è dimostrata in letteratura una forte associazione di comorbidità con altri quadri diagnostici quali depressione, ipomania, disturbo bipolare, impulsività, abuso di sostanze (alcol, tabacco, sostanze psicoattive illegali), disturbi di personalità (antisociale, narcisistico, borderline), deficit dell'attenzione con iperattività, disturbo da attacchi di panico con o senza agorafobia, disturbi fisici associati allo stress (ulcera peptica, ipertensione arteriosa). La prevalenza tra la popolazione adulta del GAP secondo il DSM-IV è dell'1-3%, con maggiore prevalenza tra familiari e parenti di giocatori ed in soggetti con un basso grado di istruzione rispetto alla popolazione generale; dal punto di vista sociale, l'impatto del GAP ha ripercussioni persino più pesanti dell'uso problematico di droghe (divenuto in larga misura "interclassista"), andando ad incidere prevalentemente su fasce sociali deboli sul piano economico e socio-culturale.

La Regione Piemonte, con la recente approvazione del Piano Socio Sanitario 2007-2010, ha preso atto che *"...negli anni più recenti un sempre maggiore allarme sociale ha caratterizzato il tema delle dipendenze patologiche da comportamenti; in primo luogo, per impatto sociale, economico e di salute, il gioco d'azzardo patologico (GAP)... I Servizi per la Patologia delle dipendenze pubblici e privati, nell'ambito delle rispettive competenze, erogheranno direttamente gli interventi sui fenomeni a bassa prevalenza ed alta complessità (sostanze illegali, **gioco d'azzardo**, nuovi comportamenti di dipendenza)..."*.

A seguito del PSSR succitato è stato istituito il Gruppo di Lavoro regionale sul GAP, composto in larga misura da operatori che già da alcuni anni avevano costituito un Coordinamento regionale sulla materia.

### Quadro organizzativo:

La configurazione attuale dell'erogazione di attività di accoglimento e trattamento dei soggetti affetti da GAP è estremamente disomogenea e frammentaria, per lo più lasciata alla iniziativa di singoli Servizi/Dipartimenti, prevalentemente nell'area della "patologia delle dipendenze". Ciò rende impossibile delineare attualmente, stante anche l'assenza di informazioni strutturate, la situazione organizzativa.

Per quanto riguarda la regione Piemonte oltre la metà delle "vecchie" ASL hanno attivato una qualche forma di assistenza ai giocatori patologici, il più delle volte senza formalizzazione di Servizi veri e propri ma con distacchi funzionali di alcune unità di personale.

### Problemi emergenti:

- non vi sono dati istituzionali nazionali rispetto alla dimensione del fenomeno;
- non esiste un riconoscimento formale della condizione come "patologia" sia ai fini della erogazione di prestazioni socio-sanitarie da parte del SSN (si auspica che dovrebbe divenirlo nella attuale revisione dei Livelli essenziali di assistenza) sia per l'applicazione delle misure alternative alla pena previste dal DPR 309.90 per tossicodipendenti ed alcolisti;
- praticamente del tutto assenti sono i programmi di prevenzione, siano essi di tipo universale o selettivo;

### Soluzioni proposte:

- sensibilizzare le istituzioni affinché mettano in campo idonee politiche rispetto al "gambling";
- favorire azioni di tipo normativo/amministrativo che, nella logica della difesa inter-settoriale della salute pubblica, riconsiderino la attuale strategia di "vendita" del gioco legale;
- sviluppare una progettualità nazionale con l'obiettivo di una migliore definizione del quadro dei bisogni e dell'offerta di servizi;
- supportare la attività istituzionale ad

affrontare in modo razionale l'evolvere del fenomeno.

### Fattibilità:

Il Responsabile scientifico ha svolto nell'anno 2006 il ruolo di referente scientifico per conto del Ministero della Solidarietà Sociale presso il CNR per la redazione della Relazione annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.

È inoltre Direttore del Dipartimento "Patologia delle dipendenze" dell'ASL To3 che ha attivato al proprio interno, unico in Italia, per la presa in carico delle persone affette da GAP, 3 ambulatori territoriali, un percorso residenziale breve, un modulo di Comunità Terapeutica specifico per giocatori. Il Gruppo di Epidemiologia Clinica dell'Istituto di Fisiologia clinica del CNR di Pisa, conduce da diversi anni, in convenzione con il Ministero per la Solidarietà Sociale le principali survey nazionali sui consumi psicoattivi in Italia, IPSAD per la popolazione generale ed ESPAD per la popolazione scolastica delle scuole superiori.

### Criticità:

In parte è possibile fare riferimento al paragrafo "problemi emergenti"; la principale criticità è costituita dal fatto che la questione delle dipendenze comportamentali e del GAP nello specifico è raffigurata dall'opinione pubblica e dai policy makers in modo estremamente diverso da quella che è la realtà clinica che sta emergendo con sempre maggiore consapevolezza.

## Quadro 2 - Obiettivi

### OBIETTIVO GENERALE n. 1:

**Migliorare il quadro conoscitivo** rispetto alla caratteristiche del fenomeno, sia in termini di prevalenza di giocatori francamente patologici – cioè bisognosi di assistenza clinica – che di giocatori problematici, cioè di persone con comportamenti a rischio, ad ele-

vata suscettibilità di evoluzione nella categoria precedente e di un intervento preventivo "secondario o di limitazione dei rischi".

### OBIETTIVO SPECIFICO 1:

**Raccolta sistematica dati esistenti** - Il progetto, in collaborazione con le Regioni attivamente coinvolte quali corresponsabili esecutive, dovrà provvedere alla raccolta di tutti gli studi, compresi quelli di tipo qualitativo che, a livello locale o regionale, hanno in qualche modo affrontato la questione della prevalenza del gambling e delle caratteristiche dei soggetti affetti, come pure la relazione esistente tra situazioni patologiche e condizioni di "confine", la differenza di rischio eventualmente legata ai vari tipi di gioco, la presenza contemporanea di altri fattori di rischio per la salute, in particolare di altre tipologie di consumo patologico/abuso/dipendenza, condizioni di disagio psicologico/sociale preesistente, ecc. Tale raccolta di dati servirà a meglio focalizzare la progettazione e implementazione dell'O.S. 2.

### Risultato atteso 1:

Produzione di **un report complessivo** delle fonti censite e delle informazioni raccolte, possibilmente con una sintesi ragionata – se fattibile – dello scenario complessivamente emergente dai dati disponibili.

### OBIETTIVO SPECIFICO 2:

**Sperimentazione di nuove fonti informative** – Per quanto indispensabile, la verifica dello stato delle conoscenze metterà sicuramente in evidenza la necessità di acquisire, relativamente alle medesime aree, ulteriori informazioni, specialmente se si intende definire un quadro nazionale del fenomeno. Da questo punto di vista, considerate anche le risorse disponibili, appare necessario ricordare il progetto ad altri flussi routinari di informazioni – esistenti e collaudati – in particolare a quelli sui consumi di sostanze psi-

coattive nella popolazione generale/scolastica (es. studi IPSAD/ESPAD del CNR/Ministero solidarietà sociale), per i quali – previa opportuni accordi con gli Enti/Istituti responsabili – si potrebbe studiare la fattibilità di inclusione di nuove domande aggiuntive sul “gambling” (eventualmente anche su altre forme di dipendenza comportamentale) e di un parziale ridisegno del campione (ad es.: per quanto riguarda la stratificazione per classi di età) che consenta di adattare, per quanto possibile, lo studio alle caratteristiche socio-demografiche dei giocatori patologici. Ove queste ipotesi risultassero non pienamente percorribili, si studierà un apposito strumento di rilevazione e si realizzerà uno studio pilota di validazione in alcune realtà significative. Dovrà, altresì, essere acquisito ogni dato disponibile relativo al lato commerciale del gioco d’azzardo legale con la collaborazione dell’Amministrazione Autonoma dei Monopoli dello Stato nelle sue articolazioni centrale e regionali.

#### **Risultato atteso 2:**

Verifica della fattibilità di raccogliere le informazioni nell’ambito di studi sulla prevalenza dei consumi di sostanze; **messa a punto di strumento** e piano di studio **specifico**.

#### **OBIETTIVO GENERALE n. 2:**

**Censimento e coordinamento dei servizi di trattamento/riabilitazione attivi**, della ampiezza e caratteristiche della loro utenza, dei programmi offerti e dei relativi risultati.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 1:**

*Censimento e raccolta informazioni dai centri di trattamento/riabilitazione* – Sempre con la collaborazione delle Regioni, si procederà, parallelamente alla realizzazione del O.G. 1 – relativo al dimensionamento del fenomeno – alla verifica e descrizione della offerta di servizi esistente sul territorio. Il progetto, dopo un primo censimen-

to, anche in questo caso, delle informazioni già disponibili, in particolare sui centri attivi, dovrà mettere a punto uno strumento di rilevazione analogo, per semplicità, finalità e contenuti (numerosità e caratteristiche dell’utenza, tipologia di programmi, numerosità e professionalità degli operatori), alle attuali schede di rilevazione dati SerT/Servizi alcolici del Ministero della salute, ai fini di una prima ricognizione quantitativa/descrittiva di livello nazionale del sistema dei servizi.

#### **Risultato atteso 1:**

**Predisposizione per l’utenza dell’anno 2008 di un report** analogo (eventualmente allegato) a quello della Rilevazione SerT del Ministero della salute.

#### **OBIETTIVO SPECIFICO 2:**

*Sperimentazione di un sistema di raccolta di dati individuali degli utenti (modello SIND)* – Ferma restando la necessità di realizzare prioritariamente il collegamento in rete – in senso funzionale – dei vari servizi censiti, la esperienza maturata nel settore delle dipendenze da sostanze indica la necessità che i sistemi di monitoraggio, dopo una prima fase, utilizzino la metodologia della raccolta dati individuale anonimizzata, come pure tecnologie di interazione informatica. Appare opportuno, pertanto, che il progetto sperimenti, almeno in un certo numero di servizi, questa strategia; questa possibilità è ulteriormente suggerita dall’avvio dato dal Ministero della salute in questi mesi al funzionamento del Sistema SIND (Sistema Informativo Nazionale Dipendenze), che già è compatibile, nei propri standard, rispetto alla acquisizione di dati di utenti con disturbi da consumi psicoattivi diversi da quelli “classici”, anche se, al momento, non sarà reso obbligatorio il flusso di tali utenze. Il modello SIND, con gli ovvi aggiustamenti necessari relativamente al “data-set” di informazioni da raccogliere (non solo non ci sono le sostanze, ma anche le caratteristiche socio-demografiche

della popolazione richiedono misure differenti; inoltre, i problemi correlati – di tipo sanitario e sociale – sono differenti, come pure i programmi terapeutici), potrà pertanto essere sperimentato in alcune realtà pilota, in particolare in quelle Regioni in cui ai servizi per il “gambling” è stato dato un assetto istituzionale/organizzativo che consenta, come richiede il SIND, la costituzione di un data-base regionale degli utenti.

### Risultato atteso 2:

**Produzione di un report** sulle dipendenze comportamentali analogo a quelli di tipo “generale” già previsti dal SIND.

### OBIETTIVO GENERALE n. 3:

**Sperimentazione in 8 Città delle regioni coinvolte** (le 6 città con > 200.000 abitanti di Piemonte, Puglia, Emilia-Romagna e Liguria; Torino, Bari, Taranto, Bologna, Genova; i capoluoghi di Provincia di Umbria e prov. di Bolzano: Perugia, Terni e Bolzano) di modelli di prevenzione secondaria/limitazione dei rischi. Affinché il progetto non si limiti ai pur fondamentali aspetti conoscitivi un certo sforzo dovrebbe essere dedicato alla “emersione” di una quota del fenomeno, tenuto conto, sempre per analogia con i consumi di sostanze, che la quota di domanda esplicita di assistenza è certo minoritaria rispetto a quella inespressa.

**NB.** Questo obiettivo sarà perseguito in **stretto coordinamento** progettuale e territoriale, anche attraverso la condivisione di parte dell’equipe progettuale, **con** lo specifico **progetto** della regione **Liguria**, finanziato dal Ministero per la Solidarietà Sociale, denominato *“Non scherziamo sul gioco” Intervento sperimentale territoriale e di rete per la promozione del “gioco responsabile”*.

### OBIETTIVO SPECIFICO 1:

Attivazione in 8 Città delle regioni coinvolte (Torino, Bari, Taranto, Bologna,

Genova, Perugia, Terni e Bolzano) di **momenti di confronto con le organizzazioni e istituzioni imprenditoriali del mondo del gioco**, rispetto a due obiettivi possibili e, almeno in parte, di comune interesse: a) *l’individuazione delle persone maggiormente problematiche* – comunque una minoranza, il cui contributo economico al sistema può essere ridotto progressivamente senza un impatto insostenibile – per un avvio (più) “precoce” ai servizi per la riabilitazione o il supporto all’“auto-controllo del comportamento” (programmi di “self-exclusion”); b) lo studio e la riflessione comune sulle caratteristiche del gioco patologico (in termini di tipologie di giochi/pattern di gioco maggiormente dannosi, di “setting” a maggiore rischio di creare dipendenze, più “addittivi” ecc.), con l’obiettivo di medio-termine di un’offerta maggiore dei giochi/pattern di gioco “meno pericolosi”, quelli cioè che, a sostanziale parità di remunerazione globale per l’organizzatore, inducano o concorrano a scatenare in misura inferiore le condizioni patologiche.

### Risultato atteso 1:

Attivazione di “tavoli di discussione” a livello locale con le realtà imprenditoriali del settore.

### OBIETTIVO SPECIFICO 2:

Collaborazione con organizzazioni e istituzioni imprenditoriali del settore per messa a punto di azioni di identificazione dei giocatori patologici ed invio ai servizi specifici; messa a punto di modelli possibili per la prevenzione e la riduzione dell’impatto additivo sui singoli giocatori delle differenti tipologie di gioco, nel quadro della cornice teorica del cosiddetto “gioco responsabile”.

### Risultato atteso 2:

Aumento del numero assoluto e della proporzione di utenti afferenti ai servizi specialistici con queste patologie specifiche inviati direttamente o indirettamente dagli esercenti.

**OBIETTIVO GENERALE n. 4:**

Collaborazione con **3 Amministrazioni locali in ciascuna delle realtà regionali individuate (in totale 15 comuni con almeno 30.000 abitanti)** per lo studio di **regolamentazioni locali del gioco d'azzardo legale** a minor impatto sulla popolazione generale e sui gruppi a rischio, sulla scorta delle esperienze esistenti.

**NB.** Questo obiettivo sarà perseguito in **stretto coordinamento** progettuale e territoriale con lo specifico **progetto** della regione **Liguria**, finanziato dal Ministero per la Solidarietà Sociale, denominato *“Non scherziamo sul gioco” Intervento sperimentale territoriale e di rete per la promozione del “gioco responsabile”*.

**OBIETTIVO SPECIFICO 1:**

*Sperimentazione di strategie locali* – Accanto al lavoro con gli esercenti dovranno essere attivati interventi per lo studio e l'implementazione di **modelli di regolamenti comunali sul gioco**, che tengano conto della recente evoluzione del fenomeno e che si pongano come elemento di una strategia complessiva di contrasto alla deriva patologica del gioco legale.

**Risultato atteso 1:**

Approvazione di protocolli di intesa con alcuni Enti locali; approvazione di nuovi regolamenti comunali del gioco; avvio di un monitoraggio dell'andamento del fenomeno in queste realtà locali a confronto con realtà “di controllo”.

**Bibliografia e fonti informative**

- 1) Stucki and Margret Rihs-Middel Prevalence of Adult Problem and Pathological Gambling between 2000 and 2005: An Update Journal of Gambling Studies, 23, 3, 245 - 257, 2007.
- 2) Bernardo Dell'Osso, A. Carlo Altamura, Andrea Allen, Donatella Marazziti and Eric

Hollander Epidemiologic and clinical updates on impulse control disorders: a critical review European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 256, 8, 464 - 475, 2006.

- 3) Mark Zimmerman, Iwona Chelminski and Diane Young Prevalence and Diagnostic Correlates of DSM-IV Pathological Gambling in Psychiatric Outpatients Journal of Gambling Studies, 22, 2, 255 - 262, 2006.
- 4) A Comment on the Utility of Prevalence Estimates of Pathological Gambling Journal of Gambling Studies, 22, 3, 321 - 328, 2006.
- 5) Huang JH, Jacobs DF, Derevensky JL, Gupta R, Paskus TS A national study on gambling among US college student-athletes. J Am Coll Health 2007 Sep-Oct;56(2):93-9.
- 6) Newman SC, Thompson AH. The association between pathological gambling and attempted suicide: findings from a national survey in Canada Can J Psychiatry. 2007 Sep;52(9):605-12.
- 7) Petry NM, Weinstock J. Internet gambling is common in college students and associated with poor mental health Am J Addict. 2007 Sep-Oct;16(5):325-30.
- 8) Weis DR, Manos GH Prevalence and epidemiology of pathological gambling at Naval Medical Center Portsmouth psychiatry clinic. Mil Med. 2007 Jul;172(7):782-6.
- 9) Scherrer JF, Slutske WS, Xian H, Waterman B, Shah KR, Volberg R, Eisen SA. Factors associated with pathological gambling at 10-year follow-up in a national sample of middle-aged men. Addiction. 2007 Jun;102(6):970-8.
- 10) Welte JW, Barnes GM, Tidwell MC, Hoffman JH. The Prevalence of Problem Gambling Among U.S. Adolescents and Young Adults: Results from a National Survey. J Gambl Stud 2007 Dec 21.
- 11) Huang JH, Boyer R Epidemiology of youth gambling problems in Canada: a national prevalence study Can J Psychiatry. 2007 Oct;52(10):657-65.
- 12) Cloutier M, Ladouceur R, Sevigny S. Responsible gambling tools: pop-up messages and pauses on video lottery terminals J Psychol. 2006 Sep;140(5):434-8.
- 13) Blaszczynski A, Ladouceur R, Shaffer HJ A science-based framework for responsible gambling: the Reno model. J Gambl Stud. 2004 Fall;20(3):301-17.