



# RAPPORTI ISTISAN 19|28

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

## **"Gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione": risultati di un progetto integrato**

A cura di  
R. Pacifici, L. Mastrobattista, A. Minutillo, C. Mortali



EPIDEMIOLOGIA  
E SANITÀ PUBBLICA



**ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ**

**“Gioco d’azzardo in Italia:  
ricerca, formazione e informazione”:  
risultati di un progetto integrato**

A cura di  
Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista, Adele Minutillo, Claudia Mortali  
*Centro Nazionale Dipendenze e Doping*

ISSN: 1123-3117 (cartaceo) • 2384-8936 (online)

**Rapporti ISTISAN**  
**19/28**

Istituto Superiore di Sanità

**“Gioco d’azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione”:** risultati di un progetto integrato.

A cura di Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista, Adele Minutillo, Claudia Mortali  
2019, iii, 176 p. Rapporti ISTISAN 19/28

Questo volume ha l’obiettivo di illustrare i principali risultati delle azioni condotte nell’ambito del progetto ‘Il gioco d’azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione’. Il progetto è stato realizzato tra il 2016 e il 2019 dal Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell’Istituto Superiore di Sanità. La prima sezione riporta i risultati dello studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale condotto nella popolazione adulta e il parallelo studio condotto nella popolazione studentesca di 14-17 anni, i risultati di uno studio sulle abitudini di gioco online condotto tra gli internauti e quanto emerso dallo studio qualitativo con i giocatori d’azzardo in trattamento. La seconda sezione illustra le attività di formazione e del Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al gioco d’azzardo 800 558822.

*Parole chiave:* Ricerca; Focus group; Formazione; Telefono verde; Salute pubblica; Gioco d’azzardo

Istituto Superiore di Sanità

**“Gambling in Italy: research, training and information”:** results of an integrated project.

Edited by Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista, Adele Minutillo, Claudia Mortali  
2019, iii, 176 p. Rapporti ISTISAN 19/28 (in Italian)

This volume aims to illustrate the main results of the actions carried out within the project ‘Gambling in Italy: research, training and information’. The project was carried out between 2016 and 2019 by the National Centre for Addiction and Doping of the Istituto Superiore di Sanità (the National Institute of Health in Italy). The first section reports the results of the cross-sectional observational epidemiological study carried out in the adult population, the parallel study carried out in the student population of 14-17 years of age and the results of a study on online gambling habits carried out among Internet users and what emerged from the qualitative study on gamblers in treatment. The second section illustrates the training activities and the National Free Line Telephone to assess gambling issues 800 558822.

*Key words:* Research; Focus Group; Training; Help line; Public health; Gambling

Si ringraziano i colleghi Claudio Leonardi, Paolo Jarre, Graziano Bellio, Jean Michel Costes, Cristiano Iurilli, Patrizio Pezzotti, Simona Pichini e Mirella Taranto per il supporto alla realizzazione del progetto per le specifiche competenze.

Si ringraziano, inoltre, Carlo Monacelli, Laura Martucci e Chiara Fraioli per il lavoro di supporto amministrativo e Patrizia Martucci, Simonetta Di Carlo e Antonella Bacosi per il lavoro di supporto organizzativo.

Per informazioni su questo documento scrivere a: [roberta.pacifici@iss.it](mailto:roberta.pacifici@iss.it)

Il rapporto è accessibile online sul sito di questo Istituto: [www.iss.it](http://www.iss.it)

Citare questo testo come segue:

Pacifici R, Mastrobattista L, Minutillo A, Mortali C (Ed.). “*Gioco d’azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione*”: risultati di un progetto integrato. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2019. (Rapporti ISTISAN 19/28).

---

Legale rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità: *Silvio Brusaferrò*

Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 114 (cartaceo) e n. 115 (online) del 16 maggio 2014

Direttore responsabile della serie: *Paola De Castro*

Redazione: *Sandra Salinetti*

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

# INDICE

## Prefazione

*Roberta Pacifici* ..... iii

## Introduzione

*Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista, Adele Minutillo, Claudia Mortali* ..... 1

## PRIMA SEZIONE – Ricerca

---

### **Gioco d'azzardo nella popolazione adulta:**

#### **studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale**

*Luisa Mastrobattista, Adele Minutillo, Bruno Genetti, Alessandra Andreotti, Roberta Pacifici, Claudia Mortali* ..... 7

### **Gioco d'azzardo nella popolazione scolastica minorenni:**

#### **studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale**

*Claudia Mortali, Luisa Mastrobattista, Paolo Vian, Alessandra Andreotti, Daniele Fassinato, Roberta Pacifici, Adele Minutillo* ..... 51

### **E-games project: i risultati italiani di uno studio transnazionale**

*Claudia Mortali, Roberta Pacifici, Guido Mortali, Vincent Eroukmanoff, Alessandra Andreotti, Jean-Michel Costes, Adele Minutillo* ..... 96

### **Studio qualitativo su giocatori d'azzardo in trattamento**

*Adele Minutillo, Claudia Mortali, Piergiorgio Massaccesi, Graziella Lanzillotta, Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista* ..... 114

## SECONDA SEZIONE – Azioni di contrasto

---

### **Gioco d'azzardo in Italia: percorsi di formazione**

*Luisa Mastrobattista, Alfonso Mazzaccara, Laura Martucci, Antonella Bacosi, Simonetta Di Carlo, Donatella Barbina, Debora Guerrera, Roberta Pacifici, Pietro Carbone, Adele Minutillo* ..... 135

### **Telefono Verde Nazionale 800 558822 per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo**

*Claudia Mortali, Laura Martucci, Graziella Lanzillotta, Piergiorgio Massaccesi, Rosilde Di Pirchio, Guido Mortali, Luisa Mastrobattista* ..... 154



## PREFAZIONE

Nell'ultimo decennio importanti decreti hanno riconfigurato in Italia il settore del gioco d'azzardo, sia terrestre che online, sia dal punto di vista del controllo dello Stato sia per quanto concerne gli aspetti di salute pubblica.

Per quanto riguarda gli aspetti più strettamente legati alla salute pubblica, l'intervento più organico, è stato effettuato con il Decreto Legge n. 158 del 13/09/2012, denominato anche "Decreto Balduzzi", convertito in seguito con modifiche nella Legge n. 189 del 2012. Il messaggio principale del decreto, riassunto negli articoli 5 e 7, è rappresentato da una forte presa in carico dei problemi sanitari e sociali associati al gioco d'azzardo. Vi si prevede, tra le altre cose, l'aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con diretto riferimento alle prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da disturbo da gioco d'azzardo (art. 5, comma 2). Il 20 maggio 2015, ai sensi della legge n. 190 del 2014 (legge finanziaria per il 2015), il Ministro della Salute con un decreto istituisce, presso il Ministero della Salute, l'Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave, che vede, tra i suoi compiti, il monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e prevenzione intraprese.

Una corretta conoscenza del fenomeno relativo al comportamento problematico nel giocare d'azzardo è, infatti, indispensabile per programmare e attivare piani di monitoraggio, controllo e intervento delle problematiche sanitarie ad esso connesse. In questo quadro nasce l'accordo di collaborazione con cui l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli affida all'Istituto Superiore di Sanità (1° aprile 2016 – 31 marzo 2019) la realizzazione – con garanzia di indipendenza – del progetto "Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione" con l'obiettivo prioritario di contribuire alla conoscenza del fenomeno nella realtà italiana e attivare azioni incisive di prevenzione delle sue problematiche socio sanitarie mettendo in campo attività di formazione e informazione che fossero a carattere nazionale.

Questa pubblicazione raccoglie tutte le attività del progetto, i risultati delle ricerche epidemiologiche e conoscitive, l'analisi del materiale raccolto durante i *focus group* con i giocatori d'azzardo in trattamento, la descrizione delle azioni di contrasto alle problematiche legate al gioco d'azzardo quali la formazione e l'informazione attraverso il Telefono Verde nazionale.

Roberta Pacifici

*Direttore Centro Nazionale Dipendenze e Doping*



## INTRODUZIONE

Roberta Pacifici, Luisa Mastrobattista, Adele Minutillo, Claudia Mortali  
*Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha voluto contribuire alla conoscenza del fenomeno del gioco d'azzardo nella realtà italiana con il progetto "Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione", realizzando diverse linee di ricerca che rispondessero alla complessità del quadro socio sanitario delle problematiche legate a questo fenomeno.

Un importante cambiamento sociale e culturale è stato introdotto dalla quinta edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5th edition, DSM-5*) (1), che descrive il disturbo da gioco d'azzardo come dipendenza comportamentale, inserendolo quindi nella categoria delle dipendenze (*Substance-Related and Addictive Disorders*) e aprendo alla complessità e multidimensionalità del disturbo, nonché all'evidenza di come debba essere considerato un problema di salute pubblica. Il criterio diagnostico A indica 9 condizioni e almeno 4 devono essere soddisfatte negli ultimi 12 mesi per porre diagnosi. Il criterio B introduce le specificazioni nella dimensione temporale (comportamento episodico o persistente) e di esito (in remissione precoce o remissione protratta). Inoltre, la gravità clinica viene definita, sulla base del numero di criteri diagnosticati soddisfatti, in lieve (riscontro di 4 o 5 criteri); moderata (riscontro di 6 o 7 criteri) e grave (riscontro di 8 o 9 criteri) (Riquadro 1).

Il disturbo da gioco d'azzardo non è stato oggetto diretto di questa ricerca in quanto attinente all'ambito clinico. In questo volume vengono presentate le indagini quantitative e qualitative che hanno avuto lo scopo di pervenire alla stima della prevalenza della pratica del gioco d'azzardo sul territorio nazionale, studiare le caratteristiche del giocatore e giungere alla stima di prevalenza del comportamento di gioco problematico.

In accordo con la letteratura scientifica, dunque, viene definito Giocatore colui che ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi e i profili di rischio (giocatore senza nessun problema di gioco, giocatore a rischio, giocatore problematico) sono stati codificati utilizzando il *Problem Gambling Severity Index* (PGSI) (2), versione ridotta del *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI), adattato e validato a livello nazionale (3), per la popolazione adulta e il *South Oaks Gambling Screen-Revised for Adolescents* (SOGS-RA) (4) per la popolazione studentesca.

Le ricerche quantitative hanno restituito una fotografia del complesso fenomeno e delle interconnessioni con altri comportamenti e abitudini. In termini di salute, conoscere la prevalenza di un fenomeno consente di comprendere il suo impatto sulla salute pubblica, di pianificare le risorse in base alla sua prevalenza attesa e programmarle in base alla sua variazione temporale. La prevalenza si usa in studi trasversali (effettuati in un definito momento), mentre l'incidenza si usa negli studi longitudinali o di coorte che valutano dei soggetti per un arco temporale. Nella statistica descrittiva, la distribuzione è una rappresentazione del modo in cui le diverse modalità di un carattere si distribuiscono nelle unità statistiche che compongono il collettivo oggetto di studio. Le distribuzioni possono essere semplici se si rileva un solo carattere, multiple se si rilevano più caratteri sullo stesso collettivo.

Gli interessanti risultati che sono affiorati dalla ricerca hanno lasciato emergere la necessità di approfondire non solo la tematica del gioco online in relazione ai giochi nei quali non è obbligatorio investire denaro ma anche di gettare luce sulle percezioni e concezioni dei giocatori d'azzardo in trattamento quali interlocutori privilegiati degli aspetti problematici della pratica del gioco d'azzardo.

#### **RIQUADRO 1. DSM-5: criteri diagnostici per il disturbo da gioco d'azzardo**

- A.** Comportamento problematico persistente o ricorrente legato al gioco d'azzardo che porta a disagio o compromissione clinicamente significativi, come indicato dall'individuo che presenta quattro (o più) delle seguenti condizioni entro un periodo di 12 mesi:
1. Ha bisogno, per giocare d'azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l'eccitazione desiderata.
  2. È irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
  3. Ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d'azzardo.
  4. È spesso preoccupato/a dal gioco d'azzardo (per es. ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d'azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d'azzardo).
  5. Spesso gioca d'azzardo quando si sente a disagio (per es. indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a).
  6. Dopo aver perduto denaro al gioco d'azzardo, spesso torna un'altra volta per ritentare ("rincorrere" le proprie perdite).
  7. Mente per occultare l'entità del coinvolgimento nel gioco d'azzardo
  8. Ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d'azzardo
  9. Conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevere situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d'azzardo

**B.** Il comportamento legato al gioco d'azzardo non è meglio spiegato da un episodio maniacale.

*Specificare se:*

**Episodico:** soddisfa i criteri diagnostici più di una volta, con sintomi di cedimento fra periodi di disturbo da gioco d'azzardo almeno per diversi mesi.

**Persistente:** fa esperienza di sintomi continui, tali da soddisfare i criteri diagnostici per molteplici anni.

*Specificare se:*

**In remissione precoce:** dopo che i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo è stato soddisfatto per almeno 3 mesi ma meno di 12 mesi.

**In remissione protratta:** dopo che i criteri per il disturbo da gioco d'azzardo sono stati in precedenza pienamente soddisfatti, nessuno dei criteri per il disturbo da gioco d'azzardo è stato mai soddisfatto per un periodo di 12 mesi o più lungo.

*Specificare la gravità attuale:*

**Lieve:** soddisfatti 4-5 criteri. **Moderata:** soddisfatti 6-7 criteri. **Grave:** soddisfatti 8-9 criteri.

Nei primi due capitoli della prima sezione del volume sono descritti i principali risultati dello studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale nella popolazione adulta e nella popolazione studentesca con stime di prevalenza sulla popolazione e distribuzioni percentuali delle caratteristiche dei giocatori.

Il terzo capitolo è dedicato ai risultati di uno studio conoscitivo sui giocatori d'azzardo online che approfondisce anche la relazione di questa attività con i giochi online per i quali non è necessario spendere denaro.

Il quarto capitolo è dedicato alla descrizione di una ricerca qualitativa condotta con i giocatori d'azzardo in trattamento presso strutture di cura afferenti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e al 'privato sociale'. Questo studio ha permesso di osservare più da vicino la variabilità individuale, arricchendo le conoscenze del fenomeno studiato con informazioni che non sarebbe stato possibile cogliere diversamente.

Nella seconda sezione sono presentati gli interventi di formazione realizzati nell'ambito del progetto: per i professionisti della salute, l'ISS, in quanto provider nazionale standard per l'Educazione Continua in Medicina (ECM), ha costruito un percorso formativo a distanza per rispondere alla richiesta crescente di aggiornamento, senza dimenticare l'erogazione nell'ultimo biennio di eventi formativi destinati anche a professioni non sanitarie, come per esempio gli assistenti sociali; per gli operatori di gioco, spesso tra i primi ad intercettare le persone che presentano difficoltà nella gestione del comportamento di gioco, sono stati erogati eventi formativi a distanza e in presenza.

Infine, l'esperienza del Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo (TVNGA) 800 558822, servizio che si è proposto da subito come un punto di riferimento non solo per coloro che riconoscono di avere una problematica legata al gioco d'azzardo ma anche per i loro familiari e gli operatori socio-sanitari.

## Bibliografia

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed.* Arlington, VA: APA; 2013.
2. Ferris J, Wynne H. *The Canadian Problem Gambling Index: final report.* Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse; 2001.
3. Colasante E, Gori M, Bastiani L, Siciliano V, Giordani P, Grassi M, Molinaro S. An assessment of the psychometric properties of Italian Version of CPGI. *Journal of Gambling Studies* 2013;29(4):65-74.
4. Colasante E, Gori M, Bastiani L, Scalese M, Siciliano V, Molinaro S. Italian adolescent gambling behaviour: psychometric evaluation of the South Oaks Gambling Screen: Revised for Adolescents (SOGS-RA) among a sample of Italian students. *Journal of Gambling Studies* 2014;30:789.



**PRIMA SEZIONE**  
**Ricerca**



# GIOCO D'AZZARDO NELLA POPOLAZIONE ADULTA: STUDIO EPIDEMIOLOGICO TRASVERSALE DI TIPO OSSERVAZIONALE

Luisa Mastrobattista (a), Adele Minutillo (a), Bruno Genetti (b), Alessandra Andreotti (b),  
Roberta Pacifici (a), Claudia Mortali (a)  
(a) Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma  
(b) Ricerca & Analisi statistica, EXPLORA snc, Vigodarzere (PD)

Per programmare e attivare piani di controllo e di monitoraggio nell'ambito della salute pubblica è necessaria una corretta conoscenza della dimensione del fenomeno e delle sue principali caratteristiche, per questo gli obiettivi specifici dello studio epidemiologico nella popolazione adulta (18+) sono stati tracciati per pervenire ad una stima della prevalenza della dimensione del fenomeno del gioco d'azzardo sul territorio nazionale, per analizzare le caratteristiche dei giocatori e verificare la presenza di condizioni che possano essere associate alle sue conseguenze socio sanitarie, ossia alla problematicità del comportamento di gioco d'azzardo.

La rilevazione, realizzata nel periodo agosto 2017 – gennaio 2018 attraverso un questionario somministrato con metodologia CAPI (*Computer Assisted Personal Interview*) in forma *face to face* ha permesso di scattare un'istantanea che mostra la prevalenza del fenomeno in relazione a variabili quali l'età, il sesso e l'area geografica e definisce le caratteristiche dei diversi profili di rischio dei giocatori d'azzardo grazie all'ausilio di strumenti di screening, in accordo con la ricerca nazionale e internazionale.

Peculiarità di questo studio l'utilizzo della metodologia *face to face* con una numerosità campionaria elevata, l'inclusione nel campione della popolazione maggiorenne senza limite di età e la centralità del gioco d'azzardo come oggetto di indagine.

## Metodologia

### Disegno dello studio e campionamento

Il disegno generale alla base di questo studio ha previsto di indagare il fenomeno gioco d'azzardo e i fattori associati alle sue problematiche socio-sanitarie nella popolazione adulta residente in Italia distintamente per genere, fascia di età (popolazione giovanissima 18-24 anni; popolazione giovane adulta 25-39 anni; popolazione adulta 40-64 anni; popolazione anziana 65-79 anni; popolazione molto anziana 80 anni e più) e distribuzione geografica (Nord-Est, Nord-Ovest, Centro, Sud, Isole) in relazione alle caratteristiche di densità demografica, in modo da intercettare le aree metropolitane, quelle urbane e quelle rurali.

Per giungere a un campione rappresentativo si è proceduto prima di tutto alla costruzione di un campione teorico sulla base del quale è stato individuato il campione reale. In Tabella 1 sono indicate le ampiezze degli Intervalli di Confidenza delle stime di prevalenza con probabilità di contenere il vero valore della stima al 95% (IC95%) che si ottengono con numerosità campionaria complessiva di 12.000 interviste, secondo tre ipotesi della dimensione del fenomeno osservato in precedenti studi condotti a livello nazionale (comportamento da gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi) e secondo le principali variabili di interesse.

**Tabella 1. ADULTI (18 anni e più): ampiezza degli intervalli di confidenza delle stime di prevalenza**

Parametro	Ipotesi di stima 1		Ipotesi di stima 2		Ipotesi di stima 3	
	% (n.)	IC95%	% (n.)	IC95%	% (n.)	IC95%
<b>Area geografica</b>						
Nord	25% (5.500)	23,9-26,1	35% (5.500)	33,7-36,3	45% (5.500)	43,7-46,3
Centro	30% (2.500)	28,2-31,8	40% (2.500)	38,1-41,9	50% (2.500)	48-52
Sud+Isole	40% (4.000)	38,5-41,5	50% (4.000)	48,4-51,6	60% (4.000)	58,5-61,5
Totale	30% (12.000)	29,2-30,8	40% (12.000)	39,1-40,9	50% (12.000)	49,1-50,9
<b>Genere</b>						
Maschi	40% (5.700)	38,7-41,3	50% (5.700)	48,7-51,3	60% (5.700)	58,7-61,3
Femmine	20% (6.300)	19-21	30% (6.300)	28,9-31,1	40% (6.300)	38,8-41,2
<b>Fascia d'età</b>						
18-34 anni	45% (2.750)	43,1-46,9	55% (2.750)	53,1-56,9	65% (2.750)	63,2-66,8
35-64 anni	35% (6.250)	33,8-36,2	45% (6.250)	43,8-46,2	55% (6.250)	53,8-56,2
65 anni e più	20% (3.000)	18,6-21,4	30% (3.000)	28,4-31,6	40% (3.000)	38,2-41,8
<b>Categoria</b>						
Nessun problema di gioco	20% (12.000)	19,3-20,7	30% (12.000)	30,2-31,8	40% (12.000)	39,1-40,9
Giocatore a rischio	4% (12.000)	3,6-4,4	8% (12.000)	7,5-8,5	12% (12.000)	11,4-12,6
Giocatore problematico	0,5% (12.000)	0,4-0,6	1% (12.000)	0,8-1,2	2% (12.000)	1,7-2,3

La metodologia di campionamento segue un modello *Probability Proportional to Size* (PPS) a due stadi, dove le unità di primo stadio sono rappresentate dai comuni e le unità di secondo stadio sono rappresentate dalle famiglie, con inclusione nel campione di tutte le persone di età 18 anni o più appartenenti alle famiglie campione (selezione a grappolo di tutte le persone appartenenti alla famiglia). Gli strati dell'unità di primo stadio (comuni) sono rappresentati dalla macro area geografica (Nord-Ovest; Nord-Est; Centro; Sud; Isole) e dalla dimensione del comune ( $\geq 100.000$  abitanti; 20.000- 99.999 abitanti; 10.000-19.999 abitanti;  $\leq 9.999$  abitanti).

Le unità di secondo stadio (famiglie) sono selezionate con frazione di campionamento costante negli strati; in questo modo è costante la probabilità di selezione di ciascun residente. Tutti i 46 comuni italiani con almeno 100 mila abitanti (definiti "auto-rappresentativi") sono stati inclusi nel campione; i restanti comuni con meno di 100 mila abitanti (definiti "non auto-rappresentativi") sono stati selezionati mediante un campionamento probabilistico di tipo sistematico. Complessivamente sono stati selezionati 218 comuni (Tabella 2).

**Tabella 2. Numerosità campionaria dei Comuni per dimensione**

Dimensione Comuni	n.
$\geq 100.000$ abitanti (denominati autorappresentativi)	46
20.000-99.999 abitanti	47
10.000-19.999 abitanti	42
$\leq 9.999$ abitanti	83
Totale	218

Il numero di famiglie da intervistare per ottenere un campione di almeno 12.000 unità di età 18 anni o più è 5.982. Questo numero stimato si ottiene considerando l'indice del rapporto tra il numero minimo di residenti necessari (12.000) e il numero medio di adulti attesi per famiglia

(dato stimato al 1° gennaio 2016, ISTAT). La selezione delle famiglie dai comuni estratti al primo stadio è tale da rendere costante sull'intero campione nazionale la probabilità di selezione delle famiglie e degli individui. Ciascun soggetto residente è stato selezionato mediante un campionamento probabilistico di tipo sistematico. Tutti gli individui di maggiore età appartenenti alle famiglie dei soggetti campionati sono inclusi nel campione di soggetti intervistati. In questo modo, ogni persona ha la stessa probabilità di essere inclusa nel campione e questa probabilità sarà la stessa della famiglia di appartenenza.

In osservanza al campionamento teorico, sono stati coinvolti 218 comuni su tutto il territorio italiano, per un totale di 12.061 cittadini residenti da intervistare appartenenti a 5.982 famiglie.

## Strumento di indagine

L'attività di predisposizione dello strumento di rilevazione è frutto di un intenso lavoro che ha visto l'analisi e la discussione dei diversi strumenti disponibili in letteratura. Il questionario è suddiviso in sezioni che hanno consentito di raccogliere informazioni rispetto alle caratteristiche socio-demografiche, agli stili di vita, ad alcuni tratti di personalità che la letteratura riporta come correlati al comportamento di gioco d'azzardo, alle caratteristiche della pratica di gioco d'azzardo, alle motivazioni soggiacenti la scelta di giocare d'azzardo e agli atteggiamenti dei giocatori. I profili dei giocatori d'azzardo sono stati tracciati inserendo nel questionario la versione italiana del *Problem Gambling Severity Index* (PGSI). Il PGSI consente di distinguere:

- *Giocatori senza problemi* (Non-Problem Gamblers)  
ovvero coloro che ottengono un punteggio pari a 0;
- *Giocatori a basso rischio* (Low-risk Problem Gamblers)  
coloro che ottengono un punteggio 1-2 e mostrano poche o nessuna conseguenza negativa come risultato del loro comportamento di gioco (es. possono occasionalmente spendere oltre il loro limite o sentirsi in colpa per il loro gioco d'azzardo);
- *Giocatori a rischio moderato* (Moderate-risk Problem Gamblers)  
che ottengono un punteggio tra 3 e 7 e mostrano alcune conseguenze negative come risultato del loro comportamento di gioco (es. a volte possono spendere più di quello che possono permettersi, perdere la cognizione del tempo o sentirsi in colpa per il loro gioco d'azzardo);
- *Giocatori problematici* (Problem Gamblers)  
che ottengono un punteggio di 8 (o più) e che mostrano un comportamento di gioco che crea conseguenze negative per sé, per le persone a lui vicine (rete sociale) o per la comunità e possono aver perso il controllo del loro comportamento (es. possono spesso spendere oltre il loro limite, scommettere per riconquistare denaro e sentirsi stressati per il loro gioco d'azzardo).

## Piattaforma e metodologia di rilevazione

La suite informatica utilizzata per la realizzazione dell'indagine è la piattaforma IdSurvey con software CATI, CAPI e CAWI\* professionale, tra le più diffuse in Italia per le attività di ricerca.

Il sistema CAPI utilizzato per questa ricerca ha permesso, oltre alla somministrazione del questionario, anche l'assegnazione ai rilevatori dei soggetti da intervistare, il monitoraggio in tempo reale e la gestione diretta dell'agenda del rilevatore che comprendeva anche i tentativi di

---

\* CATI: *Computer-Assisted Telephone Interviewing*; CAPI: *Computer-Assisted Personal Interviewing*; CAWI: *Computer-Assisted web Interview*.

contatto, gli esiti dei contatti, la lista dei soggetti sostituiti, la schedulazione e la pianificazione degli appuntamenti oltreché la conduzione stessa dell'intervista.

Questa strategia complessiva ha permesso di contenere la mortalità del campione dovuta all'abbandono della compilazione, poiché ha consentito che i dati venissero rilevati da un intervistatore durante un incontro reale con il rispondente – al suo domicilio o in un locale messo a disposizione dal comune di residenza – con il supporto di un tablet o laptop.

Il rilevatore ha potuto così raccogliere in tempo reale le risposte che sono giunte immediatamente al server centrale; i soggetti intervistati hanno potuto scegliere di rispondere in autonomia a parte del questionario ma la presenza del rilevatore ha permesso loro di fugare eventuali dubbi durante la compilazione.

L'anonimato dei soggetti che hanno aderito allo studio è stato garantito utilizzando un codice identificativo alfanumerico, sia nel database delle persone da intervistare contenente le informazioni anagrafiche sia nel questionario.

La piattaforma infine ha permesso l'attivazione di un sistema di filtri automatici, in relazione alle risposte fornite dal soggetto coinvolto durante la compilazione del questionario, garantendo massima qualità in termini di completezza e di coerenza formale delle risposte fornite ai singoli quesiti e di coerenza tra risposte fornite a più quesiti collegati. Non sono stati, quindi, effettuati controlli di completezza e di coerenza formale delle risposte in quanto la qualità su questi aspetti è stata assicurata dalle funzionalità della piattaforma CAPI.

## **Organizzazione e promozione dell'indagine**

La fase di organizzazione e promozione dell'indagine è stata un altro elemento essenziale per la riuscita dello studio. L'investimento di risorse umane ed economiche in questa fase ha voluto favorire fiducia e partecipazione da parte dei cittadini e ridurre la "distanza" tra il rispondente e i promotori dell'indagine.

Sono stati reclutati circa 300 rilevatori distribuiti nelle varie province italiane, con precedenti esperienze di partecipazione a rilevazioni con modalità face to face. I rilevatori sono stati formati con interventi in presenza e hanno avuto a supporto linee guida e un numero Help Desk a loro disposizione.

Ai sindaci dei 218 Comuni coinvolti (46 autorappresentativi e 172 non autorappresentativi) sono state inviate tramite posta certificata dell'Istituto Superiore di Sanità le lettere di richiesta di patrocinio e di utilizzo dello stemma. Il patrocinio è stato concesso da 198 (90,8%) comuni coinvolti nello studio. Sono state inviate, mediante lo stesso procedimento, le richieste degli elenchi anagrafici della popolazione residente maggiorenne (alla data del 30 aprile 1999) nei 218 Comuni coinvolti.

Data la delicatezza degli argomenti oggetto di rilevazione, al fine di reclutare i cittadini per lo studio è stata predisposta una lettera di presentazione dell'indagine che annunciava la visita domiciliare del rilevatore; in tale lettera è stato inserito anche il logo del comune di residenza e l'informazione sul patrocinio all'iniziativa concesso dal comune stesso nonché il numero di telefono diretto del Centro Nazionale Dipendenze e Doping per richiedere chiarimenti e i nominativi e recapiti telefonici degli operatori che si sarebbero presentati al domicilio. I rilevatori si presentavano con badge di identificazione contenente nome e cognome, il titolo dell'indagine, l'ente promotore e i loghi dell'Istituto Superiore di Sanità e del comune coinvolto. Per una maggior tutela dei cittadini coinvolti nello studio, i nominativi degli operatori deputati alla rilevazione sono stati comunicati al Comando di Polizia Municipale di ciascun comune coinvolto mediante posta certificata dell'Istituto Superiore di Sanità. Sono stati, inoltre, redatti anche i 218 comunicati stampa da pubblicare sul portale web dei comuni coinvolti nello studio. Gli stessi

comunicati stampa sono stati inviati anche alle 544 principali testate giornalistiche locali riferite ai comuni coinvolti nello studio.

La fase di reclutamento del campione ha previsto almeno tre tentativi di contatto con ciascuna famiglia selezionata nel campione, in orari diversi (almeno un tentativo dopo le ore 18) e in giorni diversi (almeno un tentativo di sabato). Una volta espresso il proprio consenso a partecipare allo studio, al termine della compilazione del questionario il cittadino ha ricevuto un buono spesa del valore di 10 euro con validità di 12 mesi, cartaceo o voucher elettronico (e-voucher), accettato in un'ampia rete fisica di punti vendita in tutta Italia di categorie merceologiche diverse quali: grande distribuzione, abbigliamento, accessori, articoli sportivi, profumerie, negozi di elettronica, ottica, ecc.

## Adesione all'indagine

Come precedentemente indicato, il numero di comuni previsti dal piano di campionamento ammontava a 218 su tutto il territorio italiano, per un totale di 12.061 cittadini residenti da intervistare. Al termine della rilevazione, il numero di comuni partecipanti all'indagine sono risultati 214, pertanto, le interviste previste nei comuni che non hanno aderito alla rilevazione sono state distribuite in altri comuni partecipanti allo studio e appartenenti allo stesso strato di campionamento (dato dalla dimensione del comune e dall'area geografica di appartenenza). Nel complesso, lo scostamento percentuale tra soggetti previsti dal piano di campionamento e soggetti effettivamente partecipanti all'indagine risulta pari a -0,04%, valore estremamente ridotto.

Il tasso di adesione, definito come il rapporto tra il contingente di interviste effettuate e il contingente di soggetti eleggibili ai fini dello studio è stato del 51,2%, con una partecipazione maggiore nell'Italia centrale (57,0%) e minore nell'Italia insulare (48,9%).

## Risultati

### Descrizione del campione

L'analisi della qualità dei dati è stata realizzata su 12.056 questionari raccolti e ha restituito 12.007 casi validi per le analisi successive. In questo paragrafo sono descritte le caratteristiche delle principali variabili socio-demografiche del campione che, per le caratteristiche con cui è stato costruito, è rappresentativo della popolazione italiana.

Il campione è composto dal 47,6% di maschi e dal 52,4% di femmine con percentuali più elevate nella fascia d'età 50-64 anni, un andamento bi-modale relativamente alle classi di età 50-64 anni e 25-39 anni e un'età media di 47,4 anni, sia per i maschi che per le femmine. La distribuzione percentuale dei rispondenti per area geografica riscontra il 27,9% dei rispondenti residenti nel Nord-Ovest, il 19,5% dei rispondenti residenti nel Nord-Est, a seguire il 19,9% residenti nel Centro del Paese, il 22% nel Sud e il 10,6% nelle Isole. Più della metà dei rispondenti (63,1%) risulta essere coniugato al momento dell'intervista mentre circa un terzo (27,5%) dichiara di essere celibe o nubile. In concordanza con lo stato civile dichiarato, più della metà dei rispondenti (57,8%) afferma di vivere con il partner e/o il/i figlio/i, il 24,7% vive in casa con i genitori e/o fratelli/sorelle.

Il 38,5% del campione possiede il diploma di scuola media superiore (5 anni) e il 14,5% dichiara di aver conseguito una laurea (breve o magistrale o con specializzazione post-laurea) (Tabella 3).

**Tabella 3. ADULTI (18 anni e più): distribuzione assoluta e percentuale dei rispondenti per titolo di studio**

Titolo di studio	n.	%
Nessun titolo	99	0,8
Elementare	1.084	9,0
Scuola secondaria di primo grado	3.249	27,1
Qualifica scuola secondaria di secondo grado	1.202	10,0
Diploma scuola secondaria di secondo grado	4.624	38,5
Laurea breve	535	4,5
Laurea magistrale/specialistica o vecchio ordinamento	1.041	8,7
Master/scuola di specializzazione/dottorato di ricerca post-laurea	154	1,3
Altro	19	0,2
<b>Totale</b>	<b>12.007</b>	<b>100,0</b>

Circa la metà del campione (48,7%) risulta essere occupato al momento dell'intervista, il 18,3% dei rispondenti risulta pensionato o ritirato dal lavoro (Tabella 4).

**Tabella 4. ADULTI (18 anni e più): distribuzione assoluta e percentuale dei rispondenti per stato occupazionale**

Occupazione	n.	%
Occupato	5.849	48,7
Studente	1.028	8,6
Studente lavoratore	129	1,1
Disoccupato/in cerca di occupazione	1.144	9,5
Casalinga/o	1.550	12,9
Pensionato/inabile al lavoro	2.201	18,3
Altra condizione	106	0,9
<b>Totale</b>	<b>12.007</b>	<b>100,0</b>

### Stime di prevalenza dei giocatori d'azzardo nella popolazione adulta

In questo paragrafo sono illustrate le stime di prevalenza della pratica del gioco d'azzardo in Italia e del comportamento problematico dei giocatori, stime necessarie a valutare l'impatto del fenomeno sulla salute pubblica, pianificare le risorse e programmare interventi sanitari mirati.

La stima della prevalenza del comportamento di gioco problematico non consente, però, di rilevare l'incidenza del disturbo da gioco d'azzardo, categoria diagnostica attinente all'ambito clinico.

Secondo quanto definito nel piano di campionamento, nonostante il disegno di campionamento ipotizzato garantisca l'auto-ponderazione, per ottenere stime di prevalenza attendibili per la popolazione adulta tutte le analisi riportate da questo punto in poi sono state ottenute applicando i pesi di riporto all'universo delle stime campionarie.

In Italia oltre un terzo della cittadinanza, ovvero il 36,4% (circa 18.450.000 soggetti), dichiara di aver praticato gioco d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi (Tabella 5).

**Tabella 5. ADULTI (18 anni e più): stime di prevalenza della pratica di gioco d'azzardo (n.12.007)**

Abitudine al gioco	n.	%	IC95%
Non Giocatori	32.233.696	63,6	62,7-64,4
Giocatori	18.445.738	36,4	35,6-37,3
Totale	50.679.434*		

\* Popolazione residente in Italia al 1/1/2016 di anni 18 e più (fonte ISTAT)

Si osservano sensibili differenze di genere nella pratica del gioco d'azzardo, infatti, nell'ultimo anno, hanno giocato d'azzardo il 43,7% degli uomini (circa 10.500.000 residenti maggiorenni) a fronte del 29,8% delle donne (circa 7.900.000 residenti maggiorenni) (Tabella 6).

**Tabella 6. ADULTI (18 anni e più): stime di prevalenza della pratica di gioco d'azzardo per genere**

Genere	n. campione	Non giocatori			Giocatori			Totale n.
		n.	%	IC95%	n.	%	IC95%	
Maschi	5.720	13.621.432	56,3	55,1-57,6	10.557.179	43,7	42,4-44,9	24.178.611
Femmine	6.287	18.608.313	70,2	69,1-71,3	7.892.510	29,8	28,7-30,9	26.500.823
Totale								50.679.434*

\* Popolazione residente in Italia al 1/1/2016 di anni 18 e più (fonte ISTAT)

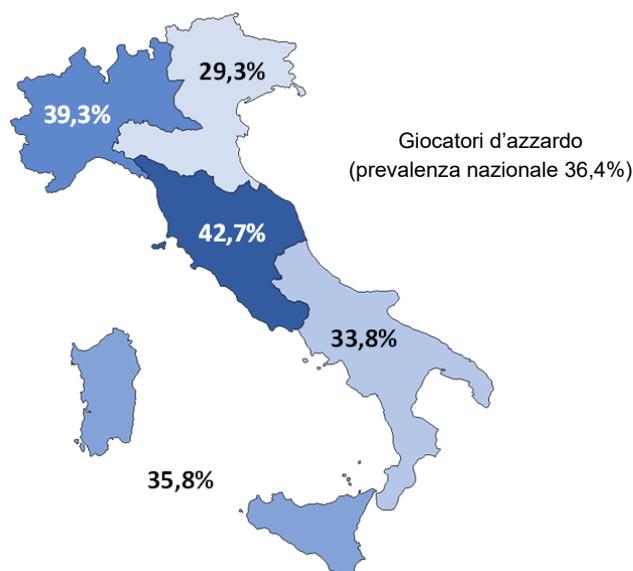
Considerando le fasce d'età di campionamento, il gioco d'azzardo è praticato dal 27,3% dei 18-24enni, dal 36,6% dei 25-39enni, dal 41,1% dei 40-49enni, dal 41% dei 50-64enni, dal 30,6% dei 65-79enni e infine dal 19,5% della fascia d'età più anziana (80 anni e più).

La distribuzione geografica della pratica del gioco d'azzardo evidenzia sensibili differenze tra le diverse macro-aree del Paese. L'esperienza del gioco d'azzardo ha coinvolto il 29,3% della popolazione residente nel Nord-Est (circa 2.850.000 residenti maggiorenni), seguito dal 33,8% della popolazione meridionale (quasi 4.000.000 di cittadini), il 35,8% della popolazione insulare (poco più di 2.000.000 di cittadini), percentuali al di sotto della media nazionale (36,4%). Tra i cittadini del Nord-Ovest e del Centro, invece, hanno giocato d'azzardo nell'ultimo anno rispettivamente il 39,3% (oltre 5.000.000 di cittadini) e il 42,7% (circa 4.400.000 di cittadini), percentuali al di sopra della media nazionale (pari al 36,4%), facendo registrare una differenza di oltre 13 punti percentuali tra il Nord-Est e l'Italia centrale (Tabella 7, Figura 1).

**Tabella 7. ADULTI (18 anni e più): stime di prevalenza della pratica di gioco d'azzardo per area geografica**

Area geografica	n. campione	Non giocatori			Giocatori			Totale n.
		n.	%	IC95%	n.	%	IC95%	
Nord-Ovest	3.351	8.223.109	60,7	59,1-62,4	5.313.360	39,3	37,6-40,9	13.536.469
Nord-Est	2.346	6.881.499	70,7	68,9-72,5	2.847.873	29,3	27,5-31,1	9.728.937
Centro	2.393	5.809.834	57,3	55,3-59,2	4.337.698	42,7	40,8-44,7	10.147.532
Sud	2.644	7.720.888	66,2	64,4-68,0	3.936.662	33,8	32,0-35,6	11.657.550
Isole	1.273	3.600.067	64,2	61,5-66,7	2.008.879	35,8	33,3-38,5	5.608.946
Totale								50.679.434*

\* Popolazione residente in Italia al 1/1/2016 di anni 18 e più (fonte ISTAT)



**Figura 1. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale dei giocatori d'azzardo per area geografica**

Differenze più contenute emergono dall'analisi della prevalenza di giocatori secondo la densità demografica del comune di residenza, indicatore del grado di urbanità/ruralità.

Il comportamento del gioco d'azzardo interessa circa il 35% della popolazione residente nei comuni con meno di 100.000 abitanti e circa il 41% dei residenti nei centri con oltre 100.000 abitanti (46 città in tutto il territorio nazionale); il comportamento da gioco d'azzardo nei grandi centri urbani è significativamente ( $p < 0,05$ ) maggiore rispetto ai centri urbani di piccole dimensioni e alle aree extra-urbane (Tabella 8).

**Tabella 8. ADULTI (18 anni e più): stime di prevalenza della pratica di gioco d'azzardo per dimensione dei comuni**

Dimensione del comune (n. abitanti campionati)	Non giocatori			Giocatori			Totale
	n.	%	IC95%	n.	%	IC95%	n.
≥ 100.000 (n. 2.991)	7.045.131	58,6	56,9-60,4	4.969.309	41,4	39,6-43,1	12.014.440
20.000-99.999 (n. 3.485)	9.901.499	65,6	64,1-67,2	5.181.654	34,4	32,8-35,9	15.083.153
10.000-19.999 (n. 1.882)	5.277.517	65,1	63,0-67,2	2.826.542	34,9	32,8-37,0	8.104.059
< 10.000 (n. 3.649)	10.011.905	64,7	63,1-66,2	5.465.877	35,3	33,8-36,9	15.477.782
Totale							50.679.434*

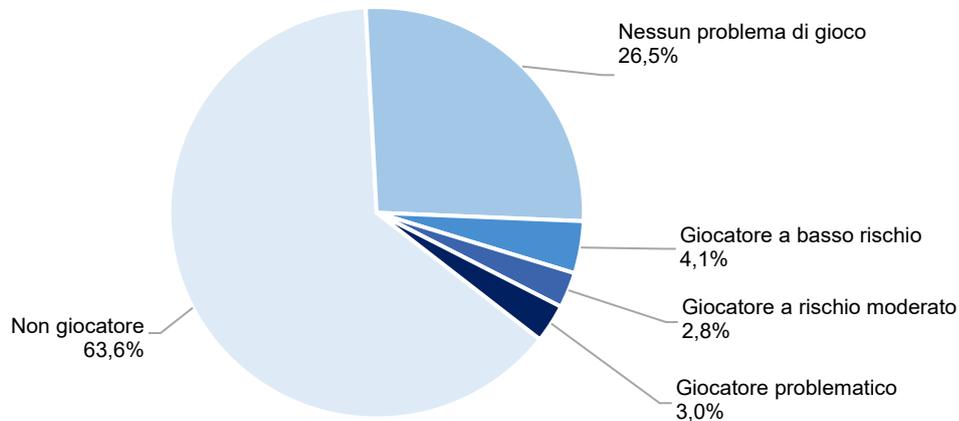
\* Popolazione residente in Italia al 1/1/2016 di anni 18 e più (fonte ISTAT)

### Stime di prevalenza dei giocatori d'azzardo per profilo di rischio

I profili di giocatore sono stati rilevati utilizzando il PGSI che ne consente di individuarne quattro: nessun problema di gioco, basso rischio, rischio moderato, problematico.

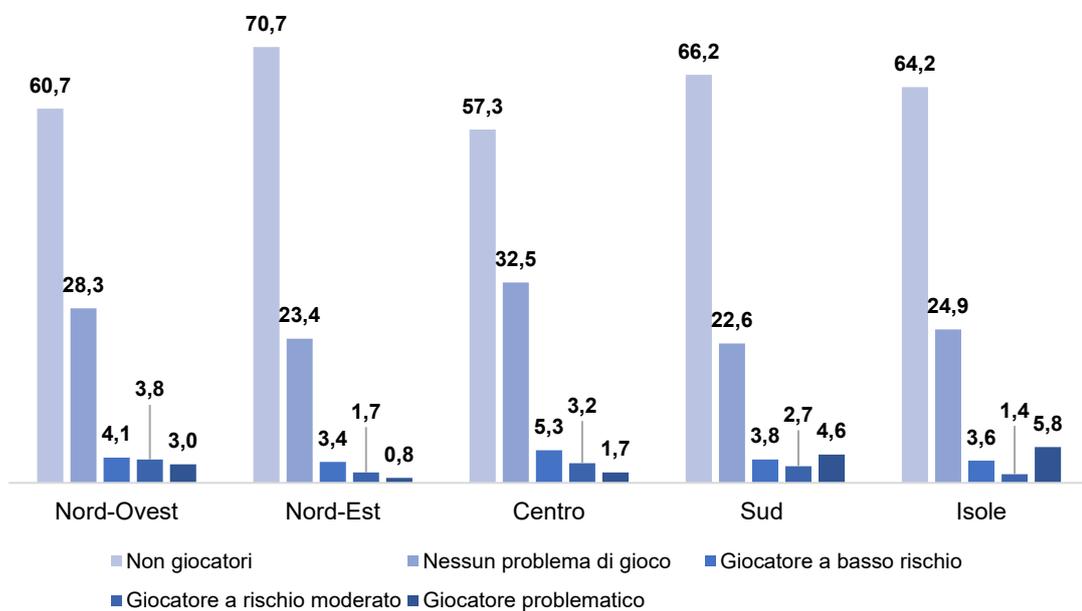
I risultati della prevalenza mostrano che il 26,5% della popolazione dai 18 anni in su (pari a circa 13.435.000 individui) è un giocatore senza problemi di gioco; il 4,1% della popolazione

(circa 2.000.000 individui) è un giocatore a basso rischio, il 2,8% della popolazione (circa 1.400.000 individui) è un giocatore a rischio moderato e il 3% della popolazione (circa 1.500.000 individui) è un giocatore problematico (Figura 2).



**Figura 2. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale dei profili di rischio del giocatore d'azzardo secondo il PGSI**

Rispetto alle macro aree geografiche, il Nord-Est presenta la prevalenza più bassa di giocatori problematici (0,8%), seguito dal Centro (1,7%) e dal Nord-Ovest, che presenta un valore uguale alla media dell'intera popolazione (3%); mentre i valori riscontrati al Sud (4,6%) e nelle Isole (5,8%) sono entrambi superiori alla media nazionale (Figura 3).

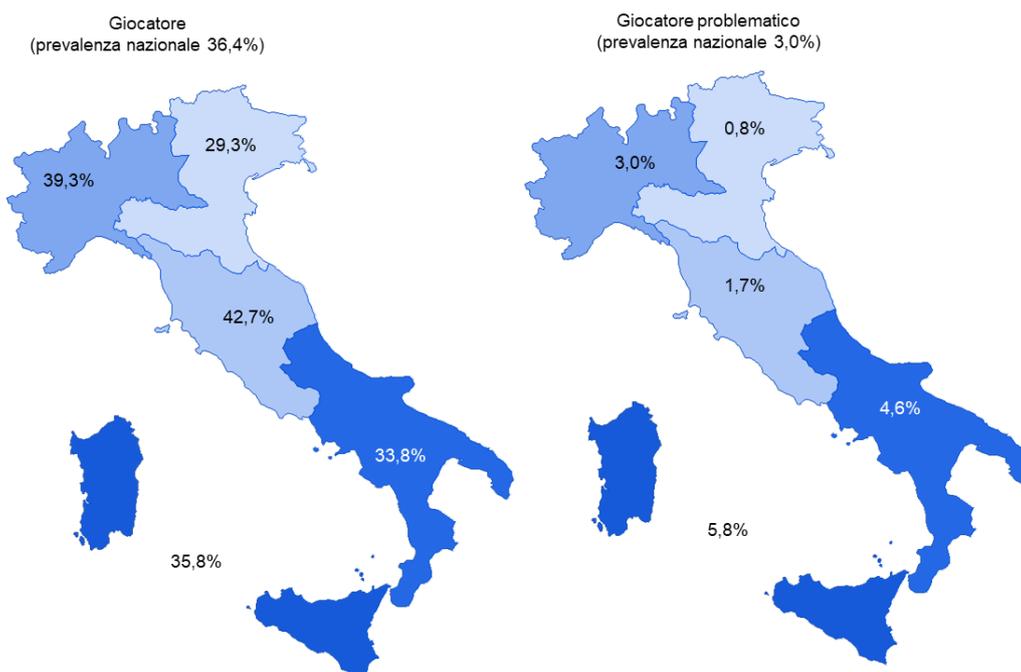


**Figura 3. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di non giocatori e giocatori per profili di rischio, per area geografica**

È utile osservare come ad una alta prevalenza di pratica di gioco d'azzardo in una determinata area geografica non corrisponda necessariamente un'alta prevalenza di comportamento problematico.

La prevalenza più alta di pratica di gioco d'azzardo si riscontra al Centro Italia (42,7% rispetto al 36,4% della media nazionale) a fronte di una prevalenza di giocatori problematici molto sotto la media (1,7% contro la media nazionale del 3%).

Di contro nell'area Sud a fronte di una prevalenza di pratica di gioco sotto la media nazionale (33,8% rispetto al 36,4%), si rileva una prevalenza di giocatori problematici sopra la media nazionale (4,6% contro la media nazionale del 3%) (Figura 4).



**Figura 4. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di giocatori d'azzardo e giocatori d'azzardo problematici per area geografica**

Sono osservabili sensibili differenze di genere: la prevalenza dei giocatori nella popolazione adulta maschile è sempre maggiore di quella delle giocatrici all'interno della popolazione femminile, in tutti i profili di rischio.

Infatti, la prevalenza di giocatori senza problemi di gioco è il 30,2% tra i residenti di genere maschile contro il 23,1% di giocatrici con lo stesso profilo; la prevalenza di giocatori a basso rischio è il 5,4% tra i maschi contro il 2,9% delle femmine. Più marcata la differenza di genere per il giocatore a rischio moderato in cui la prevalenza tra i maschi è quasi 4 volte rispetto a quella tra le femmine (rispettivamente 4,5% contro 1,2%). Per il profilo di giocatore problematico si osserva, invece, una differenza di oltre un punto percentuale tra maschi e femmine (rispettivamente 3,6% e 2,5%) (Tabella 9).

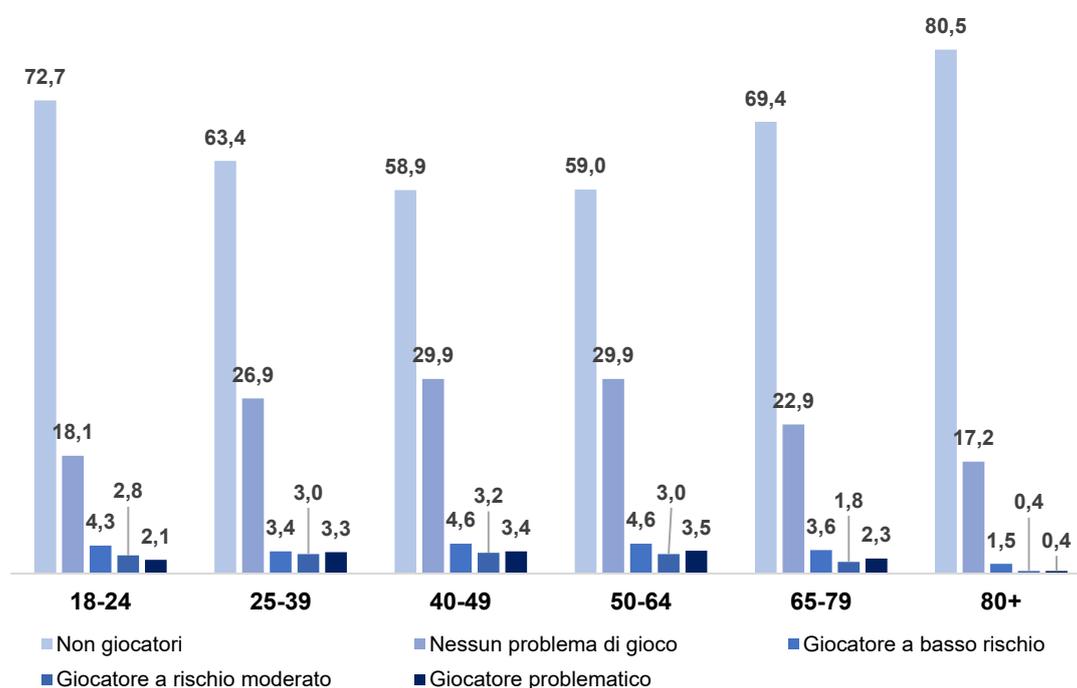
**Tabella 9. ADULTI (18 anni e più): stime di prevalenza di non giocatori e giocatori d'azzardo per profilo di rischio, per genere**

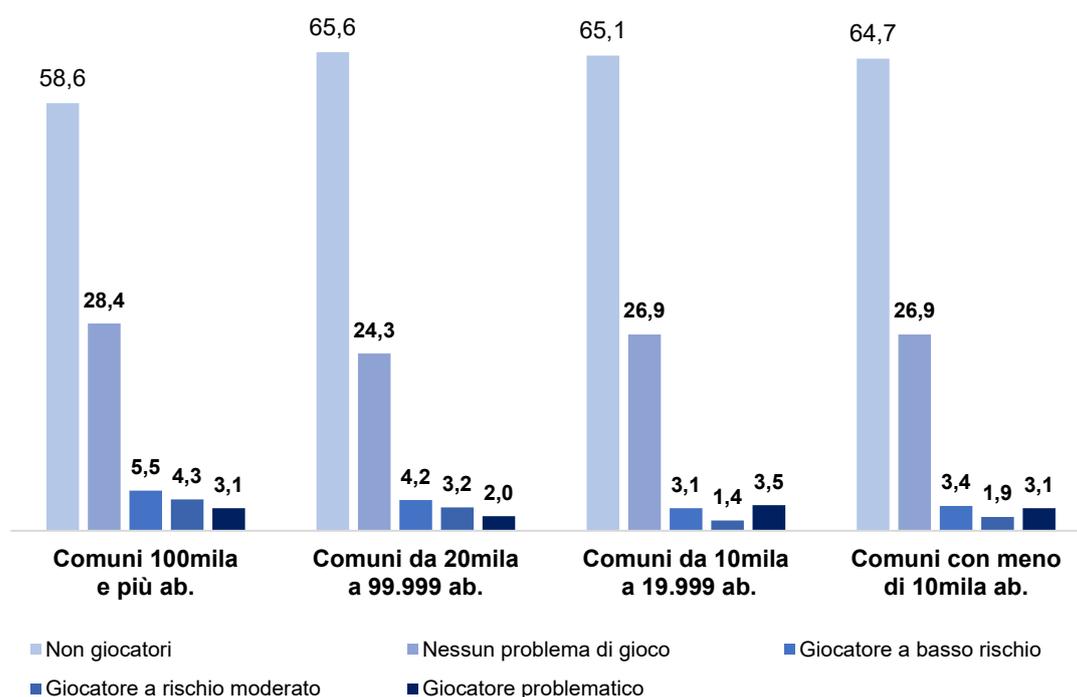
Abitudine al gioco	Maschi			Femmine		
	n. <sup>(*)</sup>	%	IC95%	n. <sup>(*)</sup>	%	IC95%
Non giocatori	13.621.432	56,3	55,1-57,6	18.608.313	70,2	69,1-71,3
Nessun problema di gioco	7.302.668	30,2	29,0-31,4	6.133.798	23,1	22,1-24,2
Giocatore a basso rischio	1.305.238	5,4	4,8-6,0	774.963	2,9	2,5-3,4
Giocatore a rischio moderato	1.077.633	4,5	4,0-5,0	328.988	1,2	1,0-1,5
Giocatore problematico	871.641	3,6	3,2-4,1	654.762	2,5	2,1-2,9
Totale	24.178.611	100		26.500.823	100	

\*Popolazione residente in Italia al 1/1/2016 di 18 anni o più (fonte ISTAT)

Analizzando i profili di giocatore in funzione dell'età, si osserva che nel profilo di giocatore problematico le fasce d'età che presentano una prevalenza superiore alla media nazionale (3%) sono 50-64 anni con il 3,5%, a seguire 40-49 anni (3,4%) e 25-39 anni (3,3%) (Figura 5).

La Figura 6 mostra la prevalenza dei profili di giocatore in funzione dell'ampiezza dei comuni: si osserva che, rispetto alla media nazionale del 3%, i giocatori problematici salgono al 3,5% nei comuni da 10mila a 19.999 abitanti, mentre si attestano sotto la media nazionale con il 2,6% nei comuni da 20.000 a 99.999 abitanti.

**Figura 5. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di non giocatori e giocatori d'azzardo per profilo di rischio, per fasce d'età**

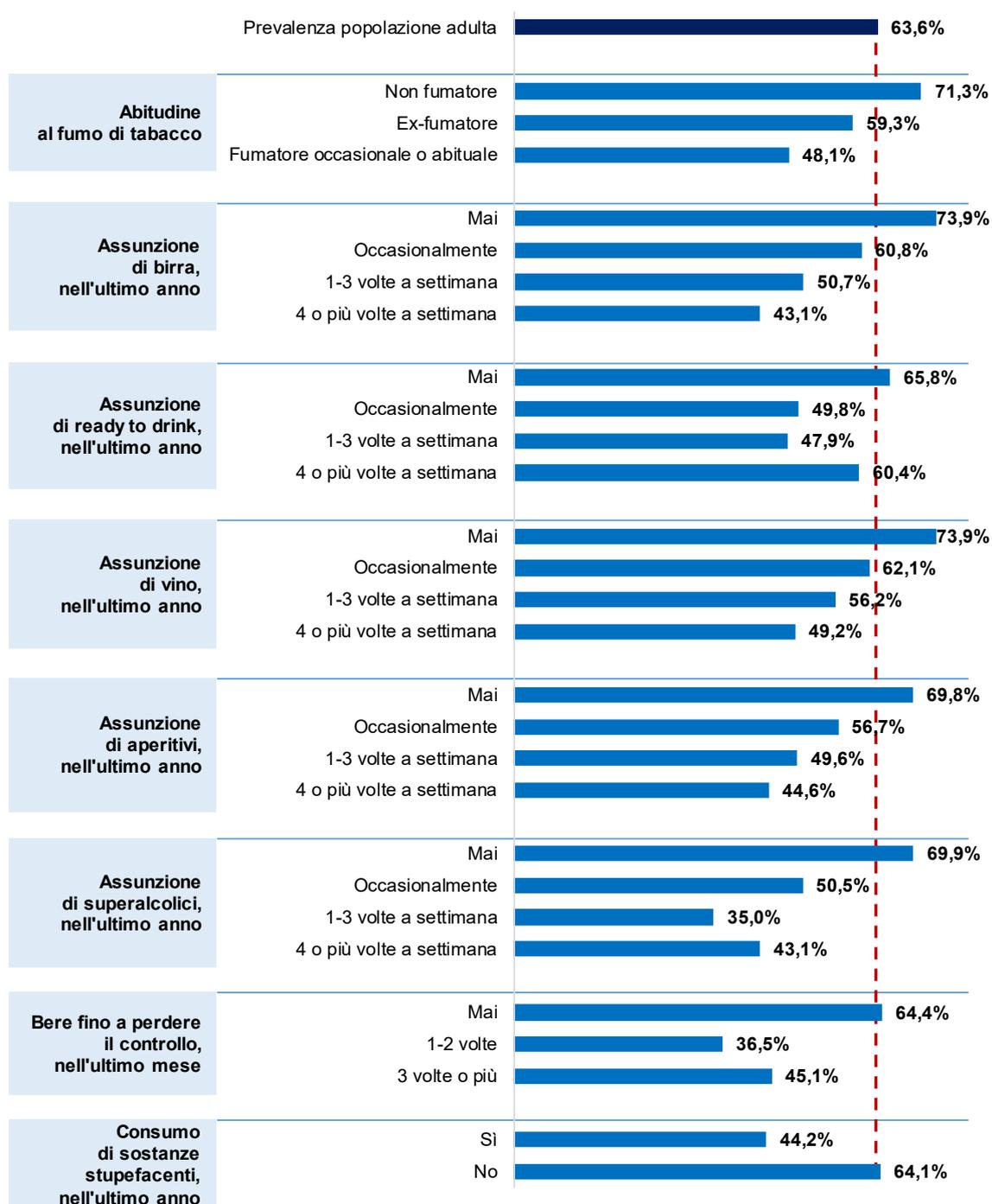


**Figura 6. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di non giocatori e giocatori d'azzardo per profilo di rischio, per dimensione dei comuni**

Un aspetto dagli interessanti risvolti socio-sanitari è quello relativo agli stili di vita, in particolare alle abitudini al fumo di tabacco e al consumo di bevande alcoliche.

In generale, coloro che consumano tabacco o alcolici praticano il gioco d'azzardo in misura maggiore rispetto alla media della popolazione italiana (giocatori nella popolazione italiana, 36,4%; giocatori tra i fumatori, 51,9%; giocatori tra coloro che assumono birra 4 o più volte a settimana, 56,9%; giocatori tra coloro che assumono superalcolici 4 o più volte a settimana, 56,9%).

Osservando nel dettaglio, si rilevano percentuali di giocatori a rischio moderato con il maggior incremento rispetto alla media del profilo nella popolazione (2,8%) tra i fumatori (occasionalmente e abituali, 6,7%), i consumatori di birra (4 o più volte a settimana, 10,6%) e di *ready to drink* (4 o più volte a settimana, 12,2%); mentre si riscontrano percentuali più alte di giocatori problematici rispetto alla media italiana (3%) tra i consumatori di aperitivi (4 o più volte a settimana, 14,0%), di superalcolici (4 o più volte a settimana, 16,6%), tra coloro che dichiarano di aver bevuto fino a perdere il controllo 3 o più volte nell'ultimo mese (27,2%) e tra coloro che dichiarano di aver consumato sostanze stupefacenti (11,9%) (Figure 7-11). Unica eccezione, la popolazione di consumatori di vino che presenta scostamenti dalle relative medie simili in tutti i profili di rischio.



**Figura 7. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di non giocatori vs assunzione di sostanze**

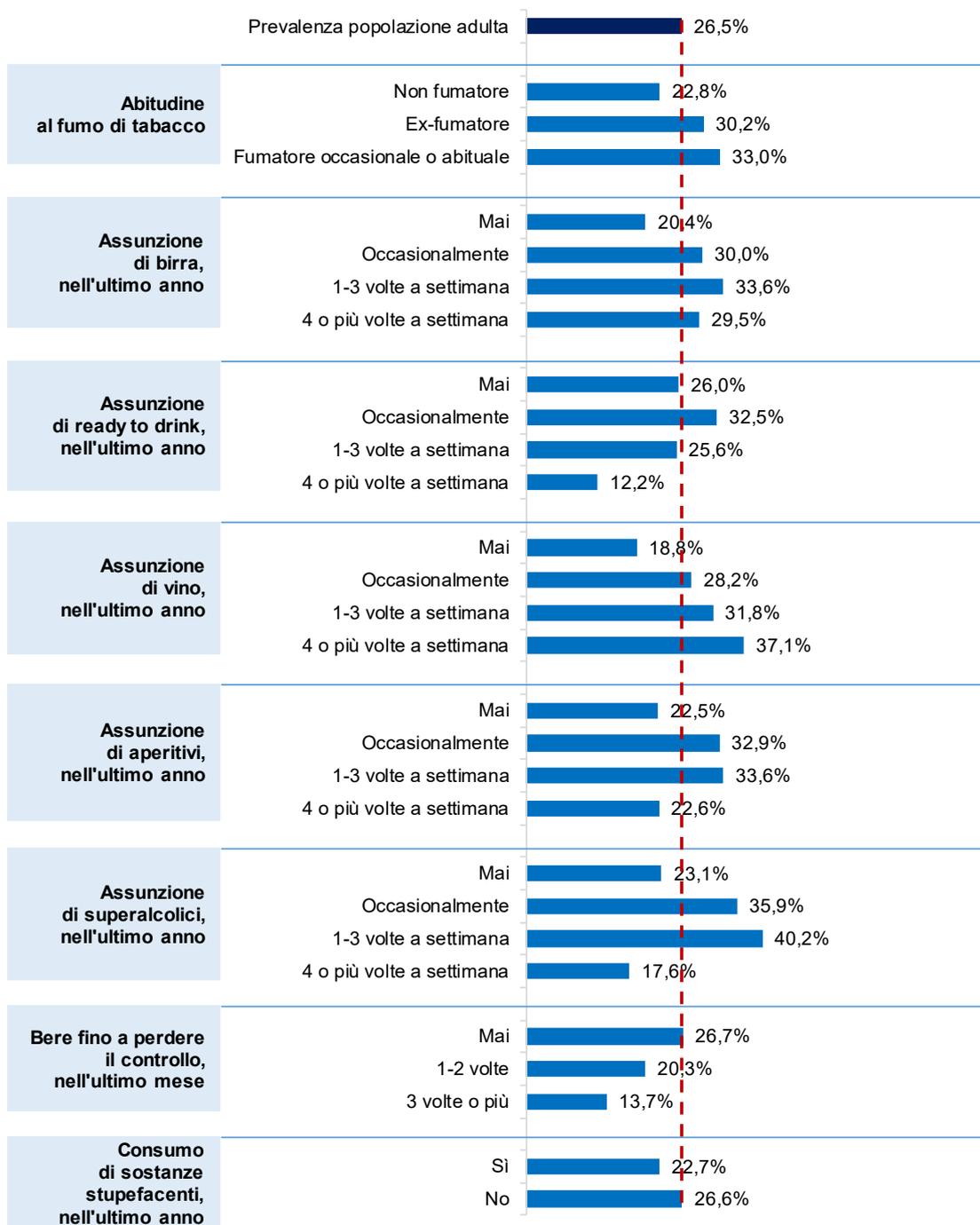


Figura 8. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di giocatori 'nessun problema di gioco' vs assunzione di sostanze

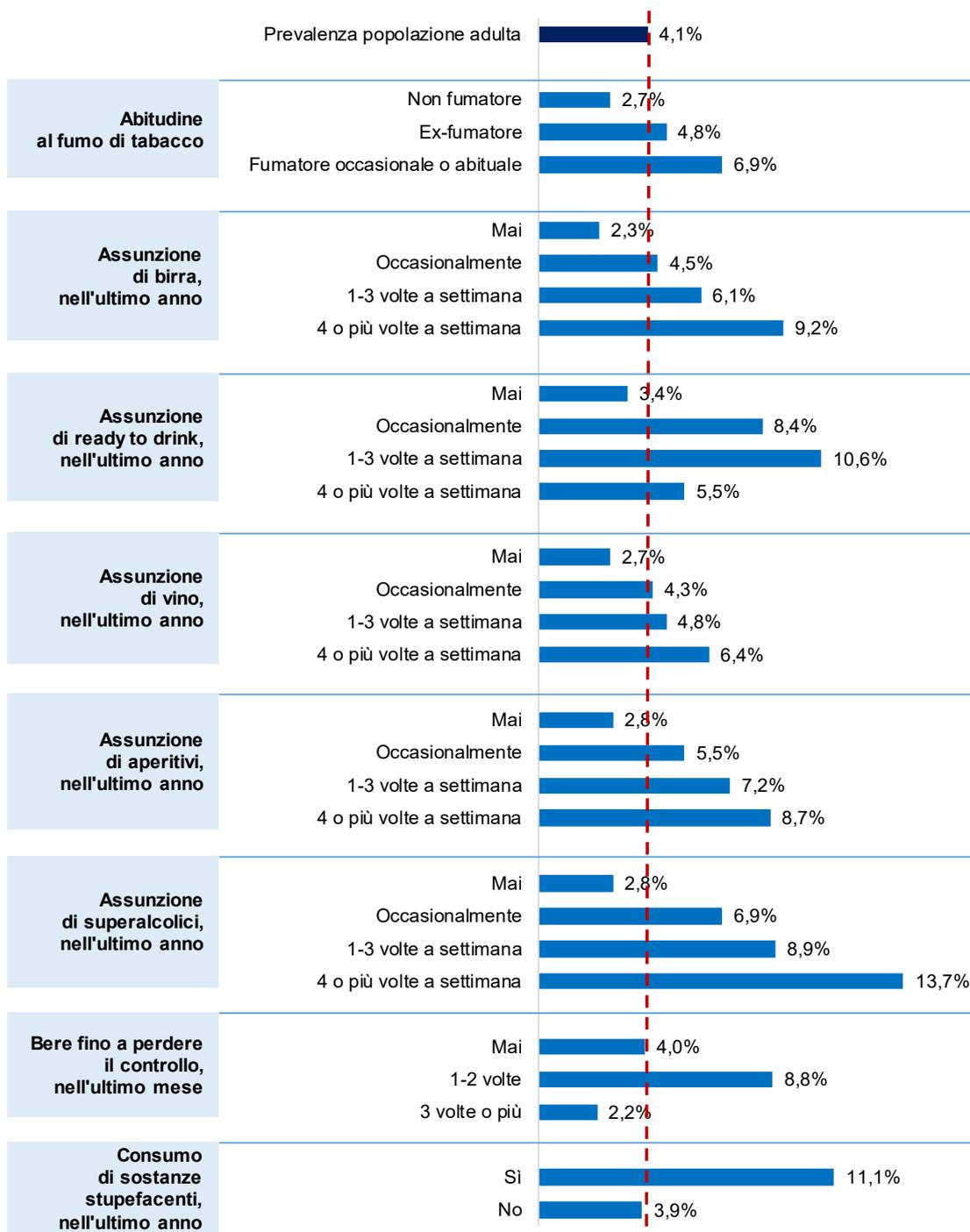


Figura 9. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di giocatori a basso rischio vs assunzione di sostanze

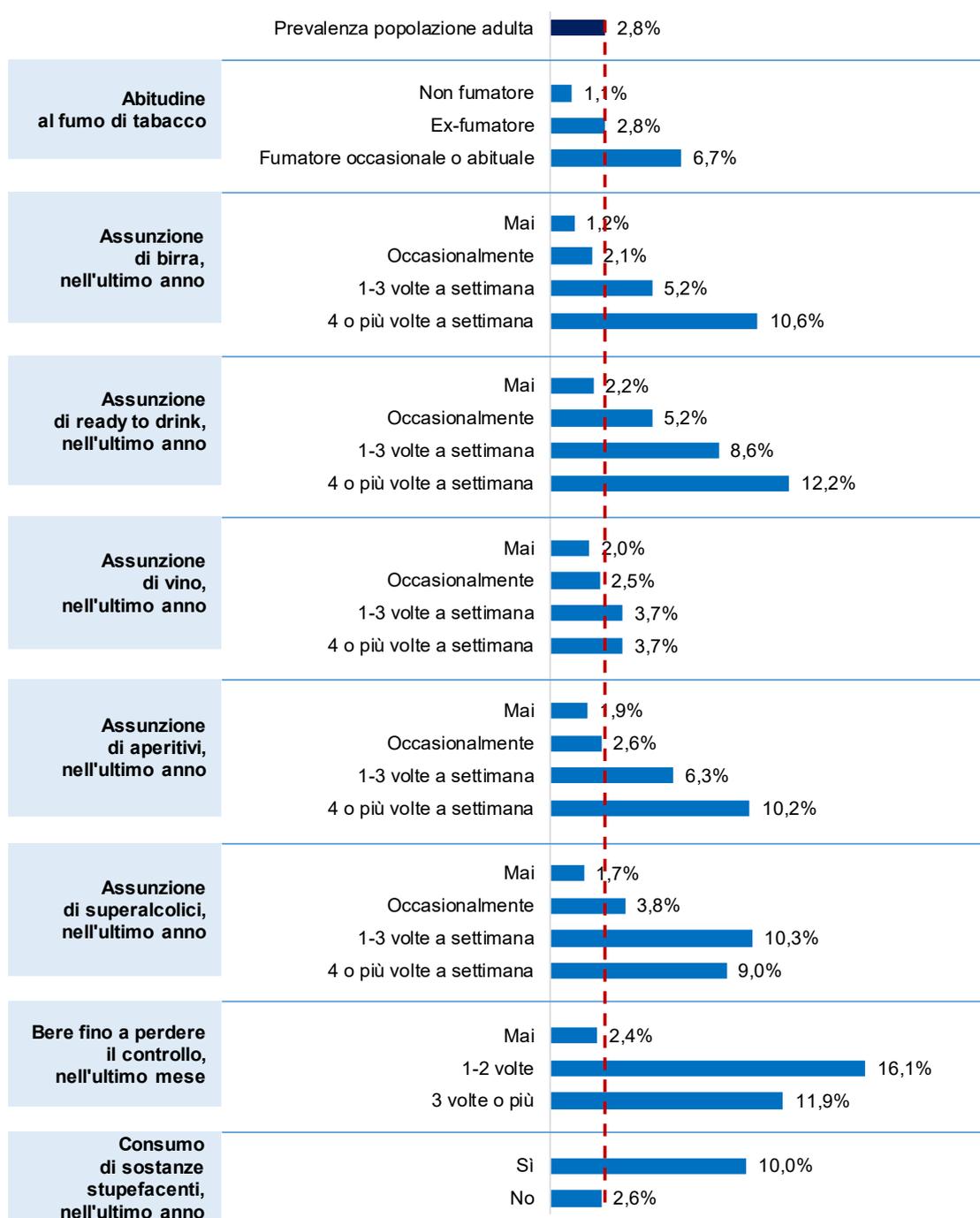


Figura 10. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di giocatori a rischio moderato vs assunzione di sostanze

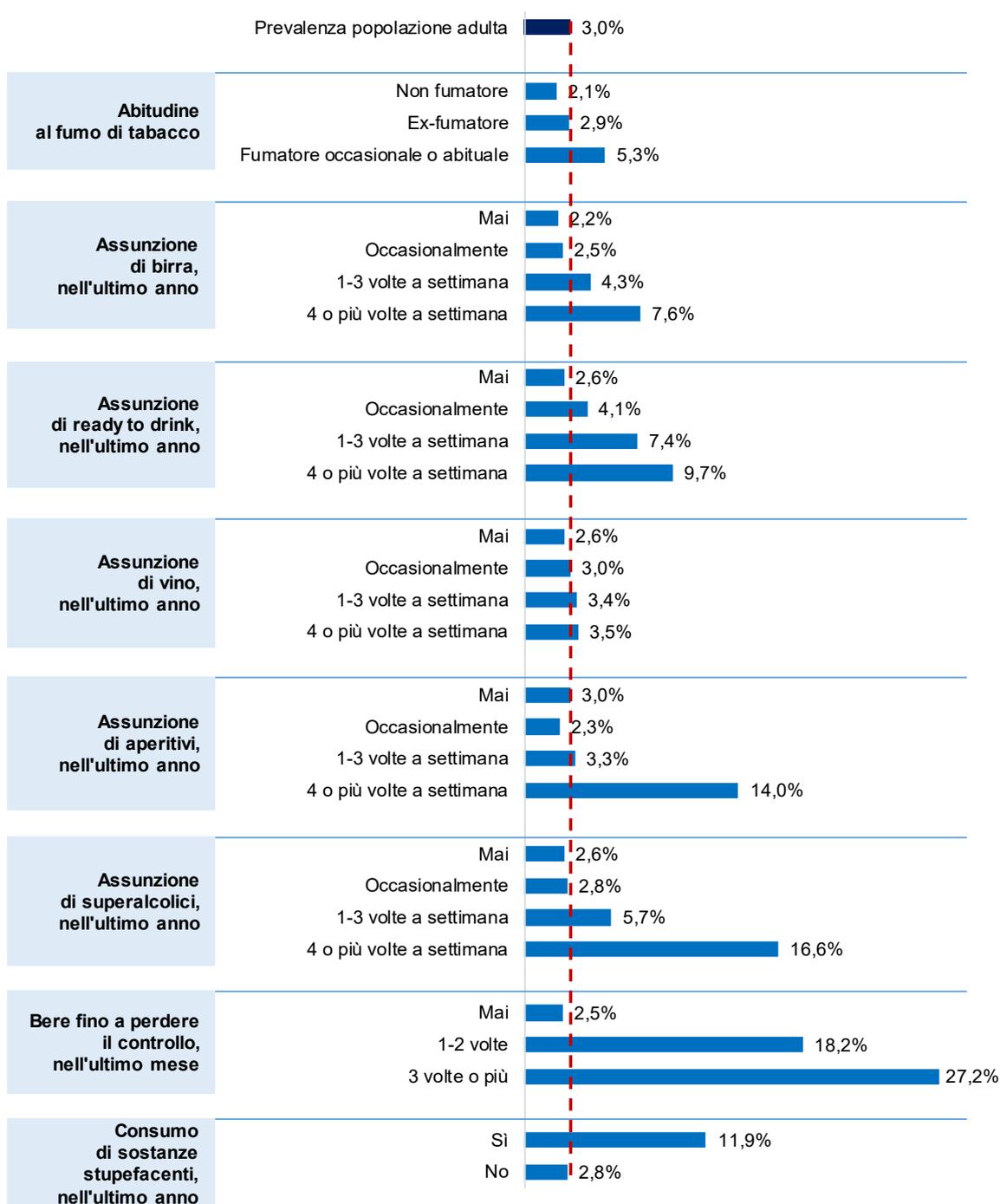


Figura 11. ADULTI (18 anni e più): prevalenza percentuale di giocatori problematici vs assunzione di sostanze

## Caratterizzazione del giocatore d'azzardo

Nelle pagine seguenti sono riportati i risultati relativi alle distribuzioni percentuali all'interno della sola popolazione di giocatori (n. 4.387) e le principali caratteristiche del loro comportamento di gioco, all'interno di ciascun profilo di rischio. Questa caratterizzazione è necessaria per studiare gli aspetti di salute pubblica legati al gioco d'azzardo e, quindi, la popolazione di giocatori problematici e a rischio di sviluppare problematiche, nonché per analizzare gli eventuali fattori associati.

In Italia, i giocatori d'azzardo si dedicano quasi esclusivamente al gioco in luogo fisico (94,5%), mentre l'1,7% che si dedica esclusivamente al gioco online e il 3,8% che si dedica ad entrambe le attività (Figura 12).

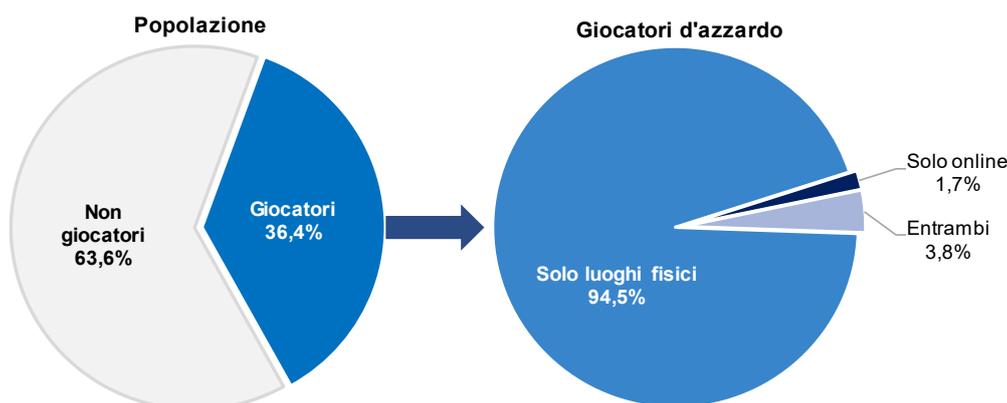


Figura 1. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale dei giocatori d'azzardo per canale di gioco

Oltre la metà dei giocatori dichiara di aver iniziato a giocare tra i 18 e i 25 anni (51,8%), il 18,4% tra i 26 e i 35 anni, l'11,4% prima dei 18 anni, l'11% tra i 36 e i 45 anni e il 7,4% inizia a giocare oltre i 46 anni.

I giochi maggiormente praticati dagli italiani sono le lotterie istantanee o in tempo reale (72%), seguono il lotto o lotterie a esito differito (35,3%), i giochi numerici a totalizzatore (30%) e le *slot machine* (20,2%) (Figura 13).

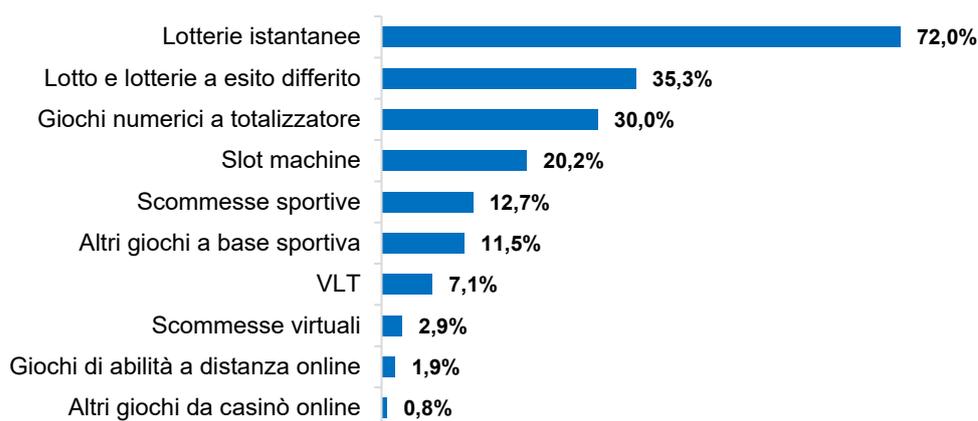


Figura 13. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale dei giochi d'azzardo praticati (percentuale calcolata su risposte multiple)

Le motivazioni principali che spingono a giocare d'azzardo la prima volta (iniziazione) sono la curiosità (65,4%) e il divertimento (42,0%); a seguire 'perché lo facevano gli amici' con il 20% e la convinzione di poter vincere facilmente (15%). Percentuali sensibilmente più basse vengono dichiarate in relazione alla necessità di denaro (Avevo bisogno di soldi, 4,3%), alla familiarità (Nella mia famiglia si è sempre giocato, 3,9%) allo stimolo pubblicitario (Incuriosito dalla pubblicità vista/sentita, 3,4%), per noia (0,7%).

I giocatori dichiarano di giocare spesso da soli (62,2%), meno frequentemente con amici e colleghi (23,3%) e con i membri della famiglia (11,9%).

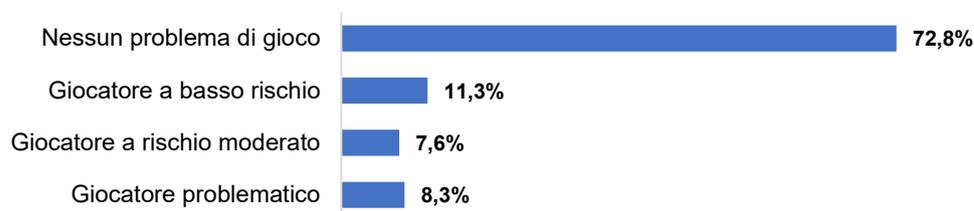
I luoghi dove si gioca di più sono le tabaccherie e i bar, indicate rispettivamente dall'82,6% e dal 61,8% dei giocatori. Seguono le altre ricevitorie (26,9%), le sale scommesse (12,5%) e le sale Bingo (8,2%), le sale di *videolottery* (VLT) (3,1%). I giocatori scelgono il luogo in cui giocare per la sua vicinanza a casa o al luogo di lavoro (rispettivamente 47,3% e 14,6%) mentre il 31% sceglie a caso e l'11,5% dichiara di scegliere il luogo dove si sente più fortunato (Figura 14).



**Figura 14. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale della motivazione di scelta del luogo di gioco (percentuale calcolata su risposte multiple)**

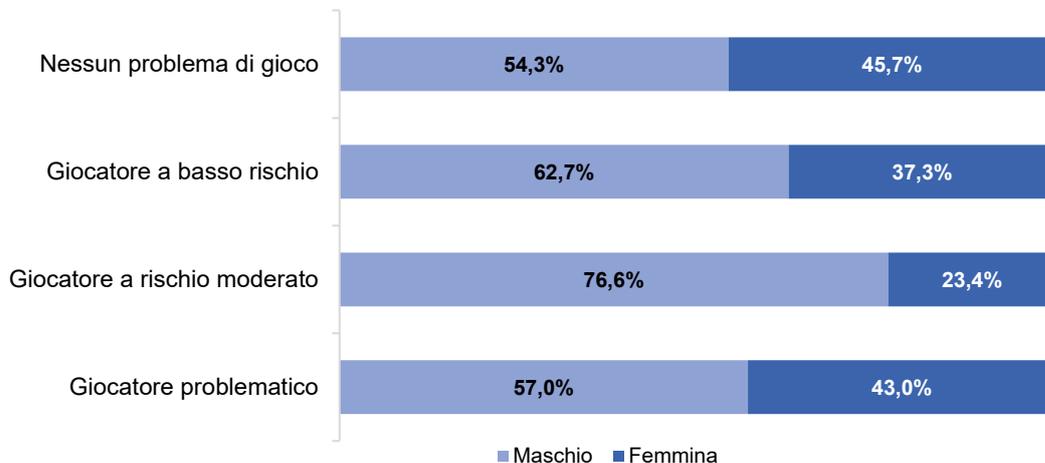
### Caratterizzazione del giocatore d'azzardo per profili di rischio

Il primo dato riferito alla distribuzione percentuale dei giocatori rispetto ai profili di rischio mette in evidenza che il 72,8% della popolazione di giocatori pratica gioco d'azzardo senza nessun problema di gioco, l'11,3% è un giocatore a basso rischio, il 7,6% a rischio moderato e l'8,3% dei giocatori evidenzia un profilo di giocatore problematico (Figura 15).



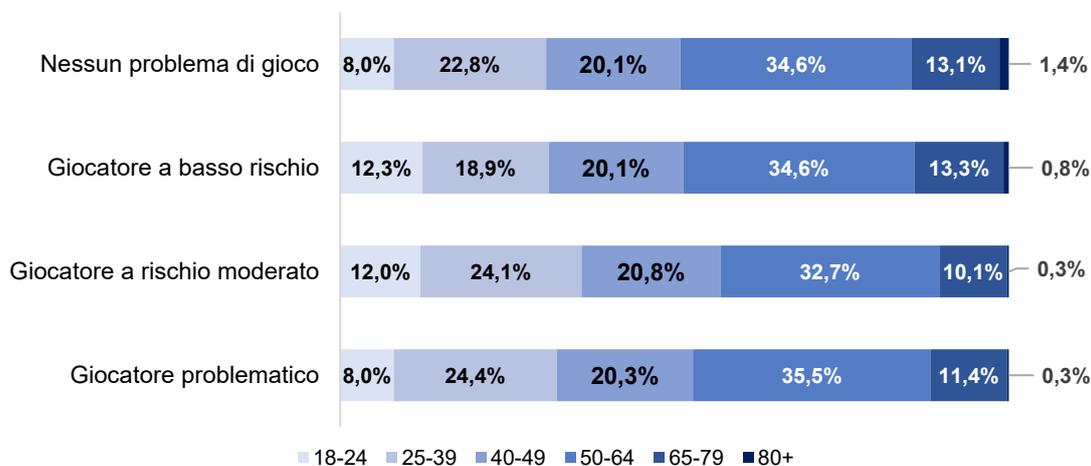
**Figura 15. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale secondo il punteggio della scala PGSI**

Confrontando le caratteristiche dei diversi profili di rischio, rispetto al genere e alle fasce d'età è possibile osservare che in tutti i profili i maschi sono di più rispetto alle femmine, con una differenza di genere più marcata nei profili di rischio intermedio (nel profilo giocatore a rischio moderato il 76,6% sono uomini contro il 23,4% delle donne; nel profilo giocatore a basso rischio, gli uomini sono il 62,7% contro il 37,3% delle donne) (Figura 16).



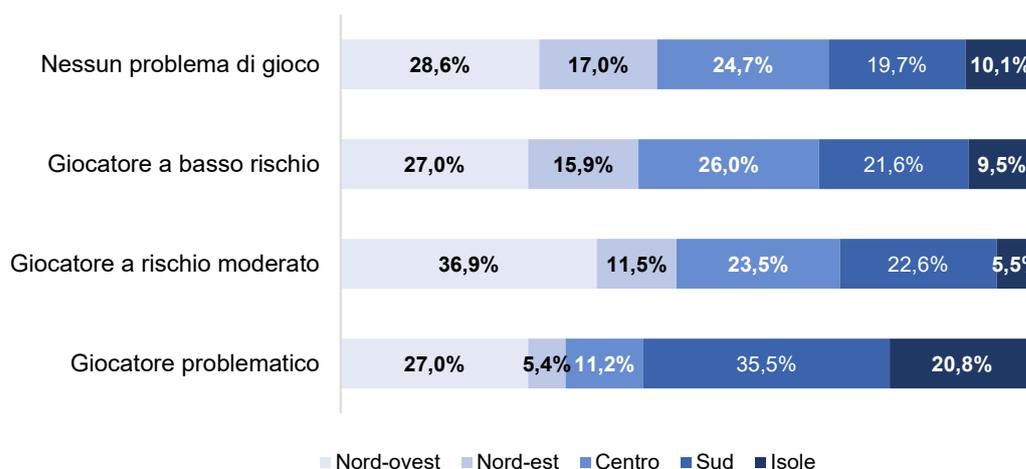
**Figura 16. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale del genere per profilo di rischio**

La classe d'età maggiormente rappresentata in tutti i profili è quella 50-64 anni, che è la classe d'età modale in tutti i livelli di rischio (Figura 17).



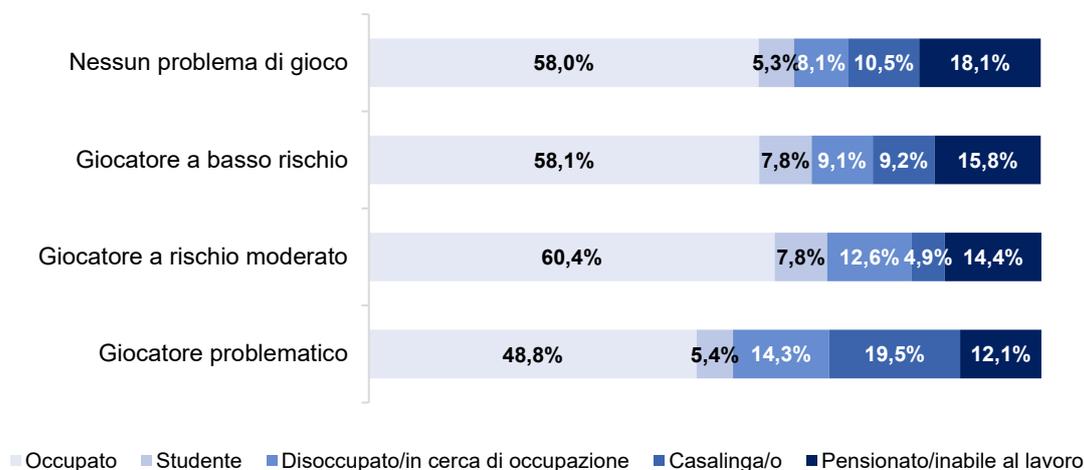
**Figura 17. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale delle classi di età per profilo di rischio**

Si osservano invece percentuali sensibilmente differenti rispetto alla variabile area geografica: tra i giocatori problematici il 35,5% sono residenti al Sud, il 27% nel Nord-Ovest e il 20,8% nelle Isole, mentre tra gli altri profili di rischio prevale la residenza nel Nord-Ovest e nel Centro Italia (Figura 18).



**Figura 18. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale dell'area geografica per profilo di rischio**

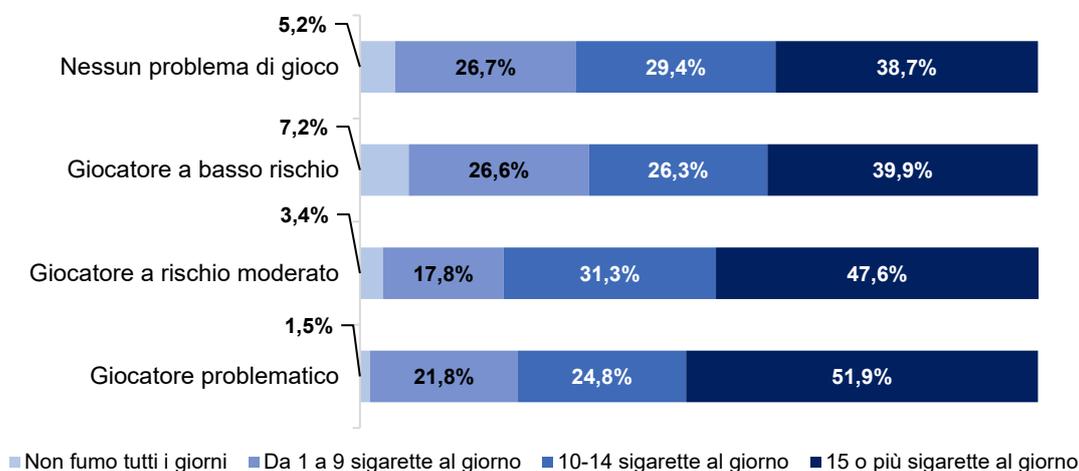
Rispetto alla condizione lavorativa, gli occupati sono la categoria maggiormente rappresentata in tutti i profili di rischio. Nel profilo di giocatori problematici si osservano le percentuali più elevate per le casalinghe (19,5%) e per i disoccupati o le persone in cerca di occupazione (14,3%) (Figura 19).



**Figura 19. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale dello stato occupazionale per profilo di rischio**

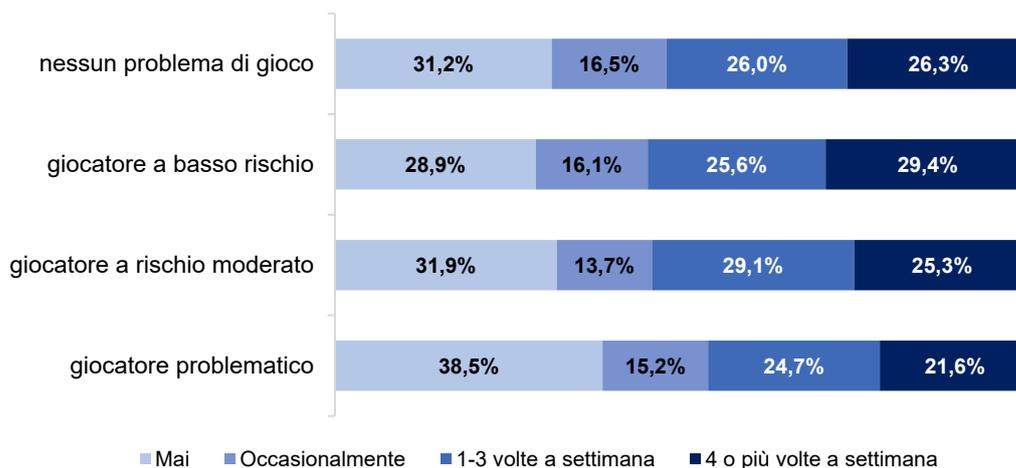
Rispetto al consumo di tabacco dei giocatori d'azzardo, nel profilo dei giocatori senza problemi di gioco prevale la presenza di coloro che non hanno mai fumato (51,1%) mentre nel giocatore problematico non si rilevano differenze importanti tra i fumatori e non fumatori (rispettivamente 44,5% vs 41%) così come nel giocatore a basso rischio (42,7% vs 39,8%).

La maggiore discrepanza tra fumatori e non fumatori (rispettivamente 61,8% vs 22,8%) si ritrova, invece, nel profilo del giocatore a rischio moderato. Analizzando nel dettaglio le abitudini dei giocatori fumatori, si osserva che coloro che fumano 15 sigarette o più al giorno sono maggiormente rappresentati in tutti i profili ma in particolare nei giocatori problematici (51,9%) (Figura 20).



**Figura 20. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale del consumo giornaliero di sigarette confezionate per profilo di rischio**

Per quel che concerne l'assunzione di sostanze alcoliche, si sottolinea che mentre per il consumo di vino non si osservano particolari differenze nelle abitudini dei diversi profili di giocatore (Figura 25), tra i giocatori a rischio moderato e tra i giocatori problematici si riscontra un percentuale più alta rispetto ai giocatori senza problemi di gioco e a basso rischio di coloro che consumano alcolici (ready to drink, birra, superalcolici e aperitivi) con frequenza settimanale (1-3 volte a settimana e 4 o più volte a settimana) (Figure 21-25).



**Figura 21. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale del consumo di vino per profilo di rischio**

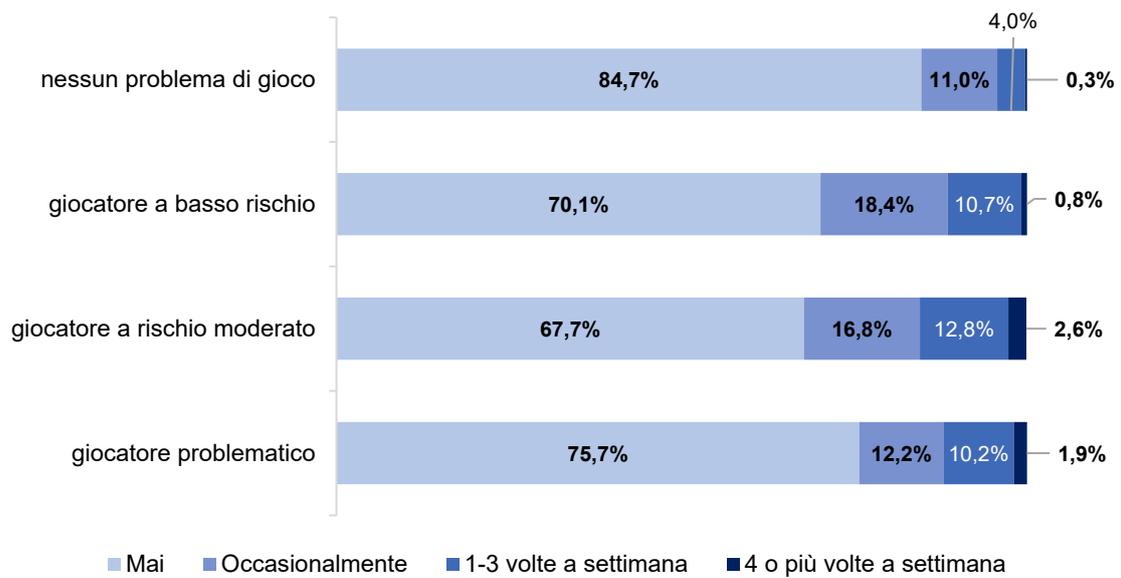


Figura 22. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale del consumo di ready to drink per profilo di rischio

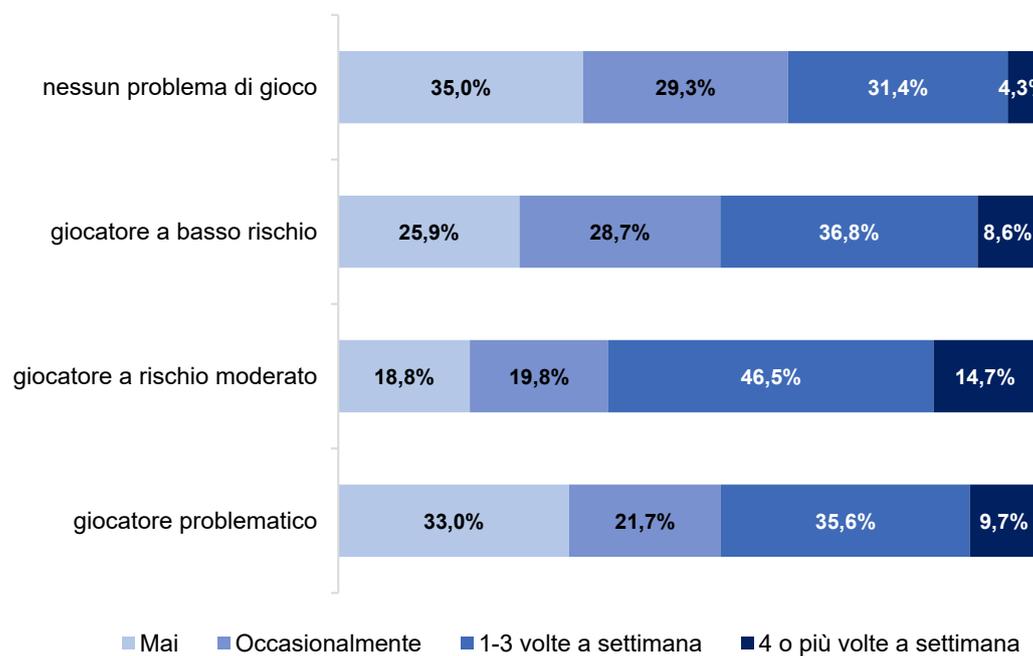
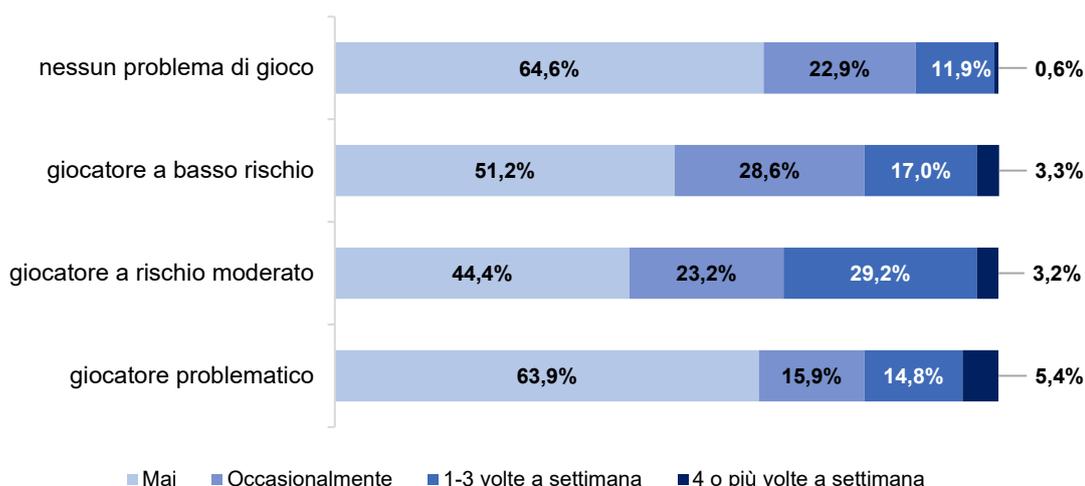
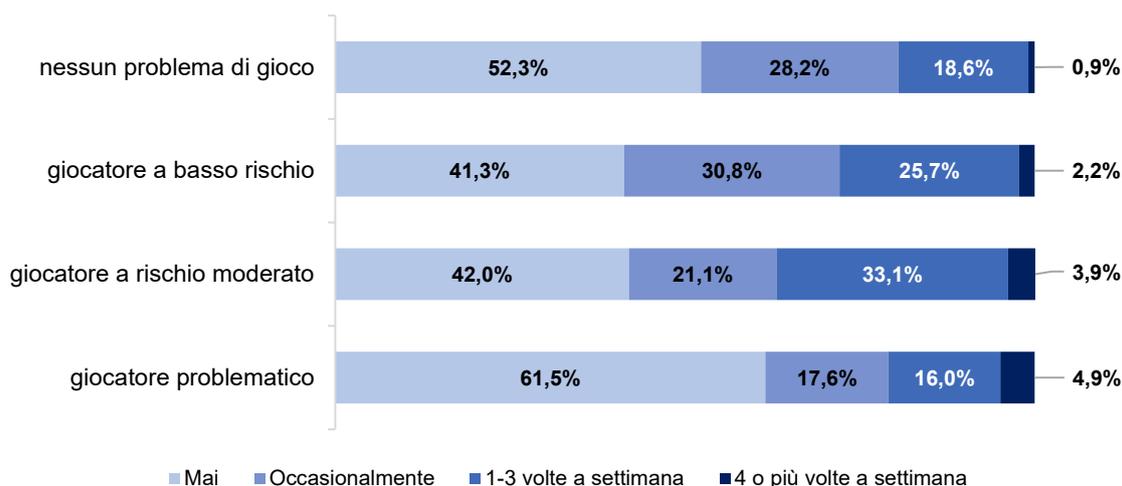


Figura 23. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale del consumo di birra per profilo di rischio



**Figura 24. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale del consumo di superalcolici per profilo di rischio**



**Figura 25. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): distribuzione percentuale del consumo di aperitivi per profilo di rischio**

Il comportamento *bere fino a perdere il controllo* negli ultimi 30 giorni riguarda percentuali minime di giocatori ma evidenzia un andamento percentuale crescente in funzione del profilo di rischio: tale pratica infatti è stata attuata 1 o 2 volte nell'ultimo mese dall'1,9% dei giocatori senza problemi di gioco contro il 5,3% dei giocatori a basso rischio, il 14,3% dei giocatori a rischio moderato, il 14,9% dei giocatori problematici. Nei giocatori problematici e nei giocatori a rischio moderato si aggiunge rispettivamente il 3,8% e l'1,8% di coloro che hanno bevuto fino a perdere il controllo 3 volte o più nell'ultimo mese.

Sono state, inoltre, condotte elaborazioni statistiche *ad hoc* per assumere informazioni sul giocatore adulto che fuma tabacco abitualmente/occasionalmente e/o (criterio “and/or”) che consuma almeno una bevanda alcolica (birra, *ready to drink*, vino, aperitivi, superalcolici) 4 o più volte a settimana e/o che ha assunto cannabis (marijuana o hashish) nell’ultimo anno. I risultati mostrano come nel profilo del giocatore senza problemi di gioco il 50% è un poli-consumatore. Questa percentuale aumenta se si osservano i giocatori a basso rischio (61,6%) e i giocatori a rischio moderato (71,5%). Un’inversione di tendenza si osserva, invece, tra i giocatori problematici per i quali si osserva una diminuzione nella percentuale di poli-consumatori (55,9%).

Le stesse elaborazioni sono state computate assumendo un criterio più restrittivo che ha consentito di assumere informazioni sul giocatore che “soddisfa” tutte e tre le condizioni precedentemente descritte, ovvero che allo stesso tempo fuma tabacco abitualmente o occasionalmente, consuma almeno una bevanda alcolica 4 o più volte a settimana e ha assunto *cannabis* (marijuana o hashish) nell’ultimo anno (solo criterio “and”). Questo criterio mostra che tra i giocatori problematici si registra la percentuale più elevata (3,2% vs 2,2% del giocatore a basso rischio, 1,2% del giocatore a rischio moderato e 0,3% nessun problema di gioco).

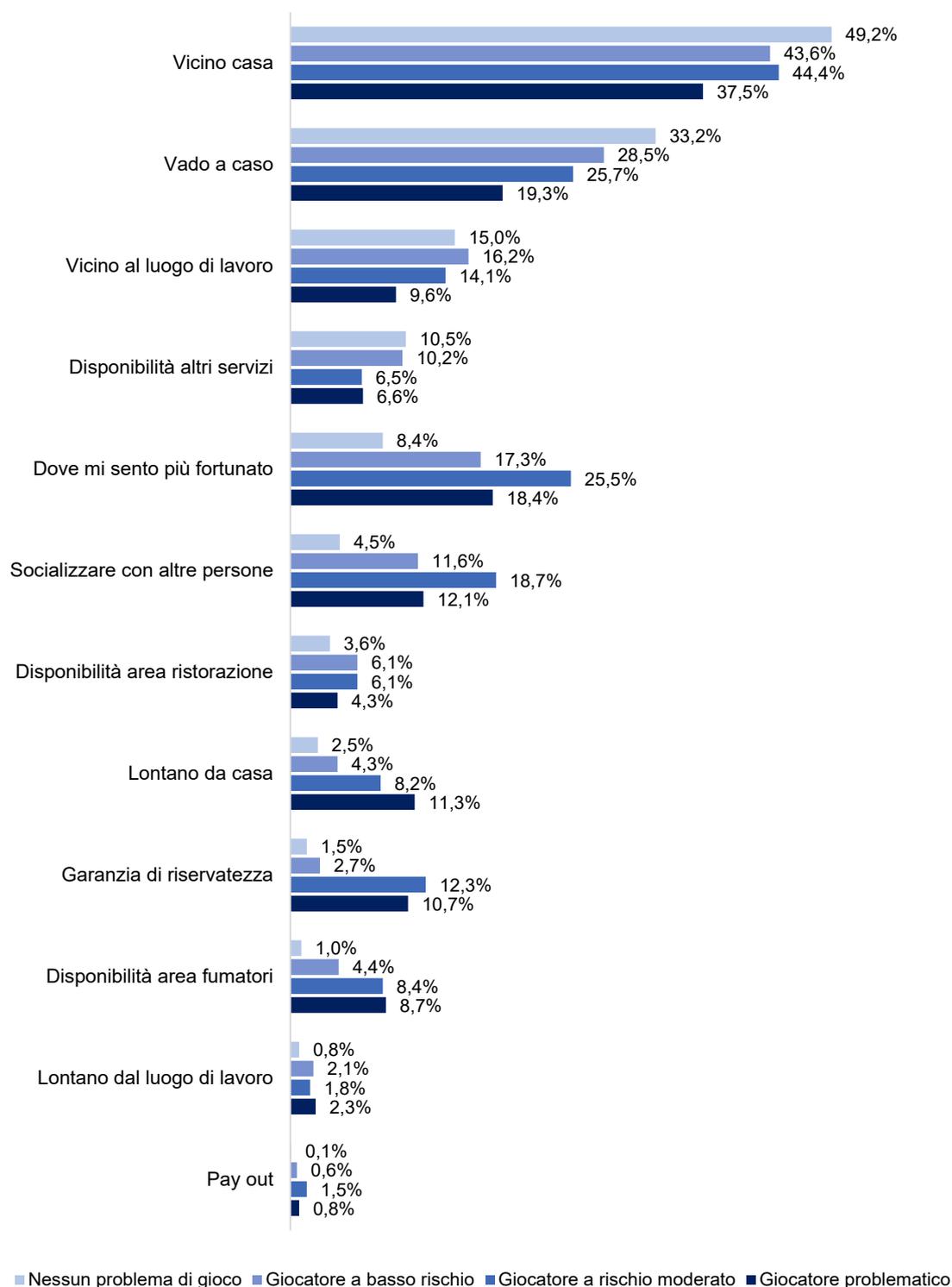
La maggior parte dei giocatori ha collocato l’età di iniziazione al gioco tra i 18 e i 25 anni, ma quello che è interessante notare sono coloro che dichiarano di aver iniziato a giocare da minorenni che mostrano percentuali doppie nei profili a rischio rispetto ai giocatori senza problemi (19,3% sia nel giocatore a rischio moderato che in quello problematico, 19,4% nel giocatore a basso rischio, contro 8,5% in nessun problema di gioco).

Le motivazioni di iniziazione, ossia quelle che hanno indotto i giocatori a giocare la prima volta, di cui sono state presentate precedentemente le distribuzioni percentuali di risposta dell’intero campione dei giocatori, sono state analizzate per profilo di rischio. In ogni profilo, le motivazioni più frequentemente indicate per cui si è iniziato a giocare sono curiosità (nessun problema di gioco 68,2%; giocatore a basso rischio 61,5%; giocatore a rischio moderato 60,1%; giocatore problematico 50%) e divertimento (nessun problema di gioco 42,2%; giocatore a basso rischio 41,3%; giocatore a rischio moderato 43,4%; giocatore problematico 39,6%).

Tra i giocatori a basso rischio, a rischio moderato e problematici si osservano però distribuzioni percentuali sensibilmente differenti rispetto ai giocatori senza problemi di gioco nella convinzione di poter vincere facilmente (rispettivamente 23,8% nel basso rischio, 29,3% nel rischio moderato e 24,5% nei giocatori problematici vs 11,2% dei giocatori senza problemi di gioco), al bisogno di denaro (rispettivamente 6,6%, 11,1% e 14,8% vs 2,1% dei giocatori senza problemi di gioco) e perché in famiglia si è sempre giocato (rispettivamente 6,1%, 4,3% e 7,1% vs 3,1% dei giocatori senza problemi di gioco).

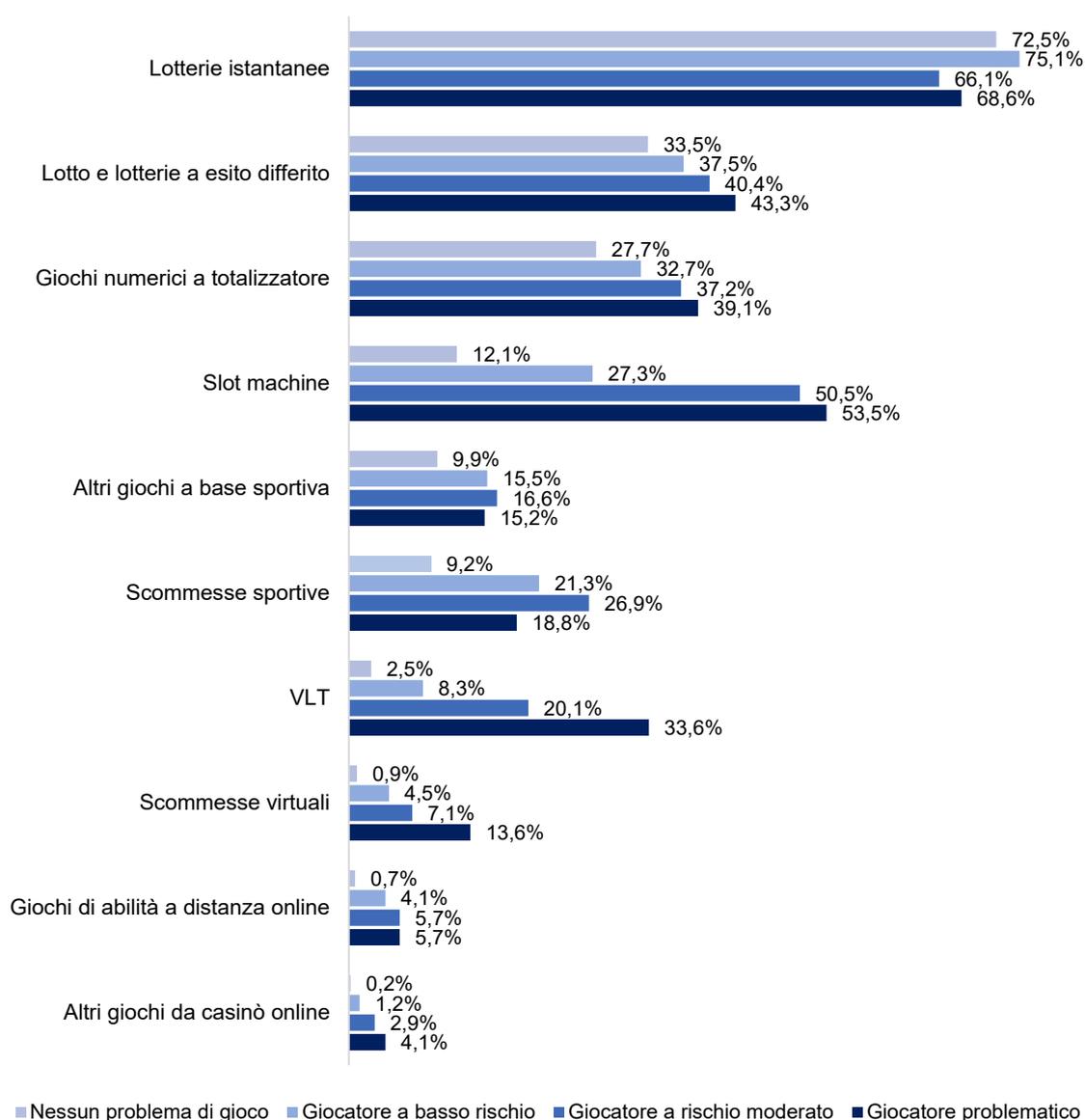
Il tabaccaio e il bar sono i luoghi in cui si gioca più frequentemente in tutti i profili di rischio. I giocatori a basso rischio, a rischio moderato e problematici, invece, presentano distribuzioni percentuali più elevate rispetto ai giocatori senza problemi di gioco per coloro che frequentano per esempio altre ricevitorie (giocatori problematici 47,4%; giocatori a rischio moderato 48,4%; giocatori a basso rischio 36,7%; nessun problema di gioco 20,9%), sale scommesse (giocatori problematici 27,6%; giocatori a rischio moderato 35,3%; giocatori a basso rischio 20,6%; nessun problema di gioco 7,3%), sale bingo (giocatori problematici 17%; giocatori a rischio moderato 16,6%; giocatori a basso rischio 13,4%; nessun problema di gioco 5,6%); sale VLT (giocatori problematici 15,8%; giocatori a rischio moderato 12,1%; giocatori a basso rischio 4,4%; nessun problema di gioco 0,5%).

La vicinanza a casa e la scelta casuale sono, in tutti i profili di rischio, le risposte più frequenti tra le motivazioni della scelta del luogo di gioco. La scelta ‘Lontano da casa’ e la ‘Disponibilità area fumatori’ hanno un andamento crescente all’aumentare dei livelli di rischio. Il giocatore a rischio moderato vede una maggiore frequenza rispetto agli altri profili di rischio nelle motivazioni ‘Garanzia di riservatezza’, ‘Dove mi sento più fortunato’ e ‘Pay out’ (Figura 26).



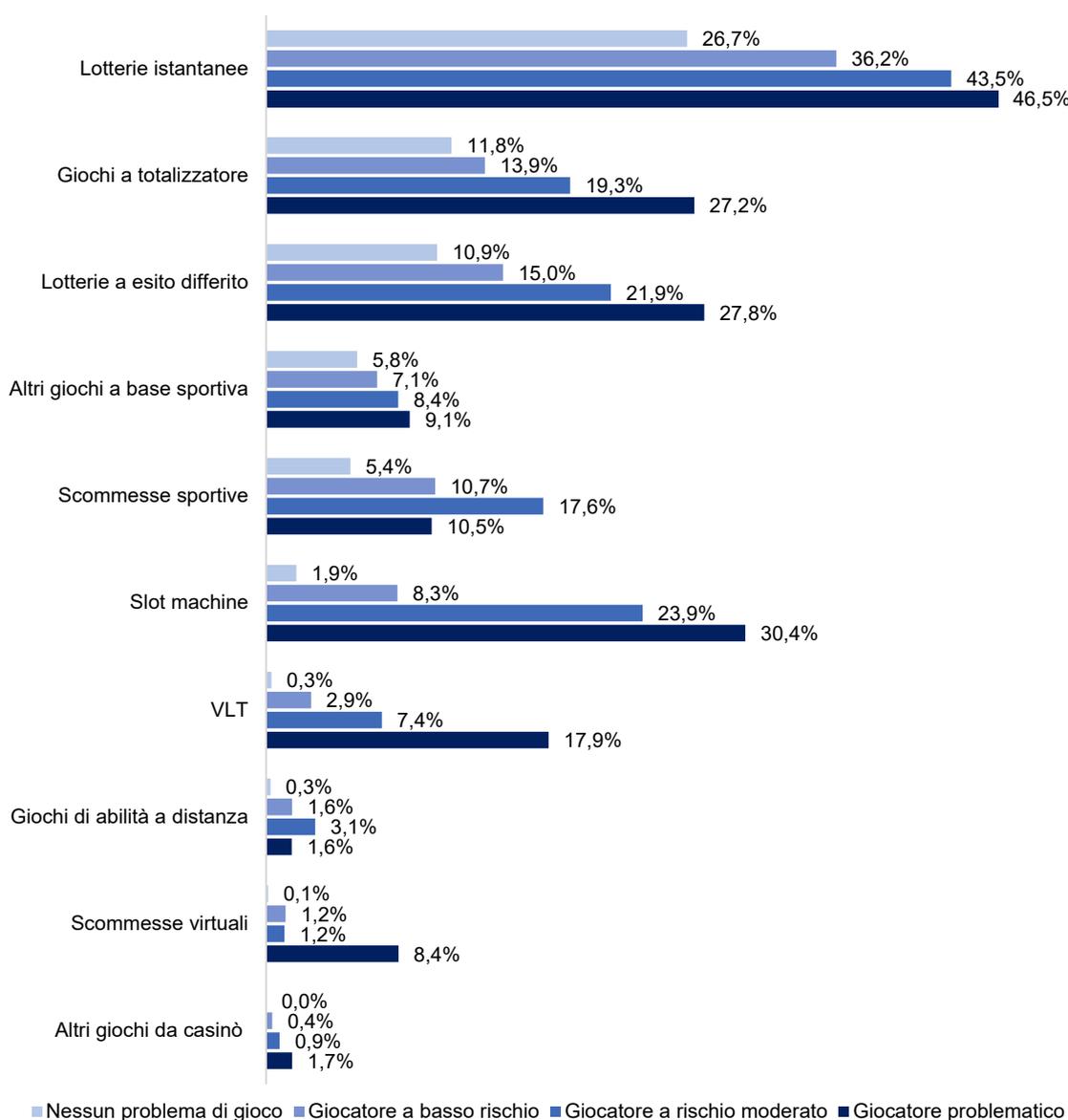
**Figura 26. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): motivazioni di scelta del luogo di gioco per profilo di rischio (percentuale calcolata su risposte multiple)**

Riguardo la tipologia di gioco praticato negli ultimi 12 mesi, si osserva una differenza tra i diversi profili di rischio dei giocatori particolarmente marcata in alcune tipologie di gioco, per esempio le *slot machine* sono praticate da più della metà dei giocatori problematici (53,5%) e dei giocatori a rischio moderato (50,5%) ma la percentuale scende nei giocatori a basso rischio (27,3%) e nei giocatori senza problemi di gioco (12,1%). Un altro esempio riguarda la pratica di VLT che tra i giocatori problematici raggiunge il 33,6%, scende al 20,1% tra i giocatori a rischio moderato, all'8,3% tra i giocatori a basso rischio e, infine, al 2,5% tra i giocatori senza problemi di gioco (Figura 27).



**Figura 27. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): tipologia di gioco d'azzardo praticato per profilo di rischio (percentuale calcolata su risposte multiple)**

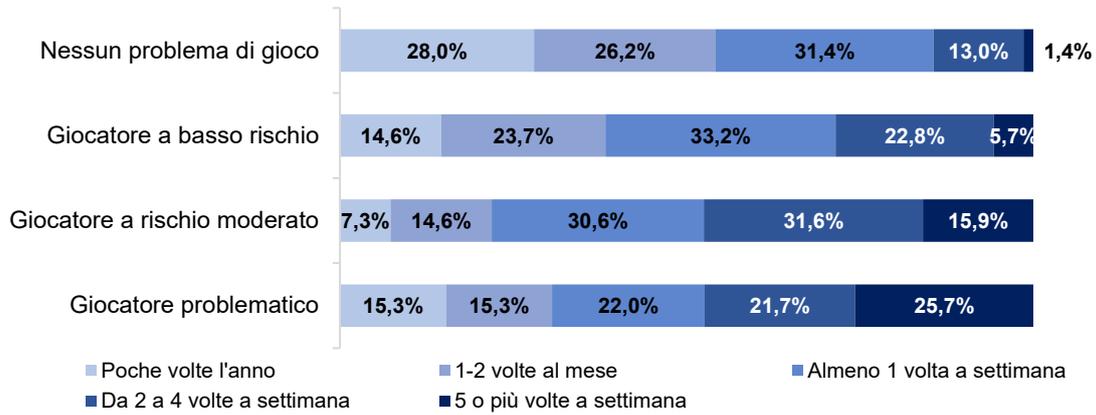
Considerando la frequenza di gioco *una volta o più alla settimana* si osserva una maggiore differenza tra profili di rischio in tutti i giochi, ad eccezione di Altri giochi a base sportiva. Ad esempio, le lotterie istantanee che in generale risultano maggiormente praticate dai giocatori nessun problema di gioco e a basso rischio, nella frequenza settimanale vedono una maggiore pratica da parte dei giocatori a rischio moderato e problematici (Figura 28).



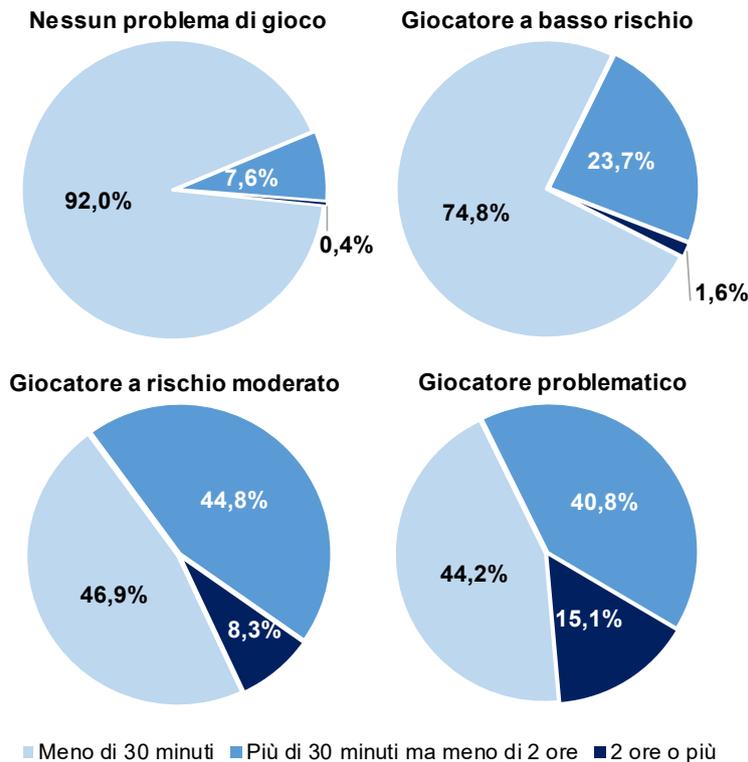
**Figura 28. GIOCATORI D’AZZARDO (18 anni e più): tipologia di gioco d’azzardo praticato con frequenza “almeno una volta a settimana” per profilo di rischio (percentuale calcolata su risposte multiple)**

La frequenza e il tempo giornaliero dedicato al gioco sono descritti dalla letteratura internazionale come significativi indicatori correlabili al comportamento di gioco problematico. I dati della ricerca confermano che il giocatore a rischio moderato e il giocatore problematico

presentano una frequenza di pratica di gioco più elevata rispetto agli altri profili: nei giocatori a rischio moderato il 31,6% pratica gioco d'azzardo 2-4 volte a settimana a cui si aggiunge il 15,9% di coloro che giocano 5 o più volte a settimana; similmente il 21,7% dei giocatori problematici gioco d'azzardo 2-4 volte a settimana a cui si aggiungono il 25,7% di coloro che giocano 5 o più volte a settimana (Figura 29). È stato indagato il tempo dedicato alla pratica del gioco d'azzardo nella settimana antecedente la rilevazione: la percentuale di coloro che hanno giocato più di 30 minuti aumenta progressivamente e sensibilmente con il profilo di rischio (Figura 30).



**Figura 29. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): frequenza della pratica di gioco d'azzardo per profilo di rischio**



**Figura 30. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): tempo dedicato al gioco d'azzardo nella settimana precedente la rilevazione per profilo di rischio**

Rispetto alla presenza nella famiglia di origine, nella famiglia attuale o tra gli amici di persone che praticano o hanno praticato il gioco d'azzardo, le distribuzioni percentuali dei quattro profili sono simili, l'unica notazione riguarda le percentuali di amici che giocano d'azzardo che sono più alte rispetto a quelle riscontrate per i familiari in tutti i profili.

Il 79,7% dei giocatori d'azzardo afferma di aver notato la pubblicità di un gioco (in radio, in televisione, su carta stampata, in Internet, su cartelloni stradali) e di questi il 19,3% dichiara di aver scelto di giocare in base alla pubblicità vista o sentita. L'analisi dei diversi profili mostra che i livelli più alti di rischio scelgono maggiormente di giocare sulla base della pubblicità, in percentuale: per il 35,6% il giocatore a rischio moderato e il 30% il giocatore problematico contro il 14,5% del giocatore 'nessun problema di gioco' e il 25,2% del giocatore a basso rischio.

Per esplorare la pratica del gioco d'azzardo illecito è stato chiesto alla popolazione di giocatori di indicare in quali luoghi si sono recati a giocare scegliendo aziende e siti web da una lista predeterminata – fornita dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – in cui erano state inserite alcune aziende e siti web sia legali che illegali. Sulla base delle risposte dei giocatori è stato possibile individuare un gruppo di soggetti che ha giocato anche presso aziende o siti web illegali: tra i giocatori la percentuale di chi ha indicato di aver giocato presso aziende anche illegali in luogo fisico è minore nei giocatori senza problemi di gioco (2,7%), sale al 5,1% tra i giocatori problematici, al 7,2% tra i giocatori a basso rischio fino a raggiungere il 9,5% tra i giocatori a rischio moderato. Si sottolinea, però, che un'alta percentuale di rispondenti ha dichiarato di giocare presso aziende diverse da quelle proposte nel questionario.

La maggior parte dei giocatori che praticano gioco d'azzardo online lo fanno su siti web legali, in ogni profilo di rischio. Dichiarano di utilizzare anche siti web non legali il 4,8% dei giocatori senza problemi di gioco, l'11,1% dei giocatori a basso rischio, il 9,8% dei giocatori a rischio moderato e il 12,8% dei giocatori problematici.

Per indagare su alcuni tratti di personalità, motivazioni e atteggiamenti che la letteratura internazionale descrive come associati al comportamento del gioco d'azzardo problematico sono stati individuati strumenti di misurazione condivisi dal mondo scientifico e validati per la popolazione italiana, selezionando e inserendo nel questionario gli *item* che meglio saturano i tratti oggetto di interesse (Riquadri 1 e 2). Sono stati quindi calcolati e messi a confronto i punteggi medi calcolati all'interno della stessa popolazione oggetto d'indagine con la seguente metodologia.

In ogni scala, è stato attribuito un punteggio ad ogni *item* da 1 a 5 (alla risposta "per niente adatta a me" è stato assegnato punteggio pari a 1 fino ad arrivare alla risposta "molto adatta a me" alla quale è stato assegnato punteggio pari a 5). Non avendo utilizzato per intero le scale non si disponeva dei cut-off di riferimento, quindi per ciascun soggetto sono stati sommati i punteggi relativi alle risposte fornite.

Successivamente, nell'analisi per profilo di gioco sono stati calcolati media, mediana, punteggio minimo e massimo, errore standard all'interno della categoria "profilo di giocatore" della variabile "punteggio totale".

Per ogni profilo è stato stimato il punteggio totale medio, il punteggio totale mediano, il punteggio totale minimo e il punteggio totale massimo all'interno della categoria "profilo di giocatore".

Gli *item* della scala di soddisfazione della qualità di vita, della scala di propensione al rischio, della *Major Depression Inventory* (MDI) e della *Kessler Psychological Distress* (K6) sono stati somministrati all'intero campione (giocatori e non giocatori), mostrando come prima analisi generale valori simili tra i non giocatori e i giocatori senza nessun problema di gioco.

## RIQUADRO 1. Strumenti di misurazione di tratti di personalità

Una parte degli studi della letteratura internazionale di riferimento ha dedicato ampio spazio all'analisi delle caratteristiche di personalità peculiari del giocatore problematico e del giocatore patologico e ancora oggi i modelli interpretativi risultati da queste indagini costituiscono un punto di riferimento per gli operatori socio-sanitari.

In particolare il modello biopsicosociale elaborato da Sharpe<sup>1</sup> e i modelli basati sulla vulnerabilità individuale di Lesieur<sup>2</sup>, di Cloninger<sup>3</sup>, di Blaszczynski e Nower<sup>4</sup> ecc. descrivono tra le caratteristiche di personalità più frequenti nei giocatori problematici e patologici la ricerca di sensazioni forti e la propensione al rischio, una scarsa capacità di gestire lo stress, tratti di ansia e depressione.

Sulla base di queste riflessioni sono state inserite nel questionario misure di alcuni tratti di personalità:

- *Scala di soddisfazione della qualità di vita*  
che misura il benessere nelle dimensioni fondamentali dell'individuo, ossia soddisfazione di se stessi, delle relazioni con gli altri, della sfera professionale.
- *Scala di propensione al rischio*  
che misura fondamentalmente due fattori: *Stimulating Risk Taking (SRT)* e *Deliberate Risk Taking; DRT*. Il primo fattore riguarda la stimolazione dell'assunzione del rischio (SRT) come tratto incontrollabile, concerne la mancanza di preoccupazione dell'entità delle perdite potenziali. Gli individui con alti punteggi sono solitamente dominati da processi emotivi e da eccitazione positivi, enfatizzano i potenziali guadagni, si concentrano sul breve periodo e sono impulsivi. Il secondo fattore riguarda la deliberata propensione al rischio, ossia il comportamento deliberatamente pericoloso che l'individuo mette in atto tralasciando di attuare le possibili misure precauzionali.
- *Major Depression Inventory (MDI)*  
È una misura che indaga i tratti depressivi. La linea di demarcazione diagnostica indica a che punto un sintomo è abbastanza grave da essere utilizzato nell'algoritmo DSM-IV della depressione maggiore<sup>5</sup>.
- *Kessler Psychological Distress Scale (K6)*  
È una misura di stress nel momento specifico di vita<sup>6</sup>.

### Riferimenti

1. Sharpe LA. Reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: a biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review* 2002; 22(1).
2. Lesieur HR. Cluster analysis of types of inpatient pathological gamblers. *Dissertation Abstracts International* 2001;62(4-B):2065.
3. Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986;3:167-226.
4. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97:487-99.
5. Bech P, Rasmussen N-A, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001;66:159-64.
6. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand S-LT, Manderscheid RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry* 2003;60(2):184-9.

## **RIQUADRO 2. Strumenti di misurazione di motivazioni e atteggiamenti dei giocatori**

### *Motives For Gambling*<sup>1</sup>

È uno strumento composto da 12 *item* che descrivono tre fattori, la motivazione edonistica, la motivazione economica e la motivazione simbolica. La motivazione edonistica riferita alla componente di curiosità, eccitamento e stimolo che il gioco d'azzardo può dare nella sua pratica; la motivazione simbolica che riguarda più la componente personale nel dimostrare le proprie capacità e abilità nel gioco e il rafforzamento della propria autostima; la motivazione economica che, come suggerisce il termine stesso, è legata ad aumentare gli introiti economici.

Nel presente studio sono stati selezionati gli 8 *item* che meglio spiegavano i 3 fattori. Inoltre, gli *item* derivati da questa scala sono stati somministrati a tutti i profili di giocatori.

### *Gamblers' Beliefs Questionnaire*<sup>2</sup>

È una misura delle distorsioni cognitive del giocatore d'azzardo, composta da 21 *item* che descrivono due fattori, illusione di controllo attraverso la percezione del giocatore della propria abilità e conoscenza del gioco e la perseveranza come espressione della convinzione del giocatore che continuando a giocare sicuramente vincerà e si rifarà delle perdite economiche subite. Solitamente i giocatori problematici ottengono alti punteggi per entrambi i fattori.

Nel presente studio sono stati selezionati i 6 *item* che spiegano meglio i due fattori. Inoltre, gli *item* derivati da questa scala sono stati somministrati a chi otteneva al PGSI un punteggio tale da poter essere considerato come giocatore a rischio.

### *Jonsson Abbott Scale (JAS)*<sup>3</sup>

È una misura di impulsività, tratto di personalità frequente nei giocatori a rischio e problematici. Si riferisce al grado di eccitamento del giocatore che lo induce a distaccarsi completamente dal contesto reale e a dimenticare qualsiasi altra cosa (*Reinforcers*) e inerente al grado di compulsività del giocatore espressa come situazioni in cui lo stesso dedica al gioco più tempo e impegna più denaro rispetto a quanto prefissato o circostanze in cui non riesce a smettere di giocare (*Overconsumption*).

Questa scala è stata somministrata a chi otteneva al PGSI un punteggio tale da poter essere incluso tra i giocatori a rischio.

### *Multidimensional Gambling Self-Efficacy*<sup>4</sup>

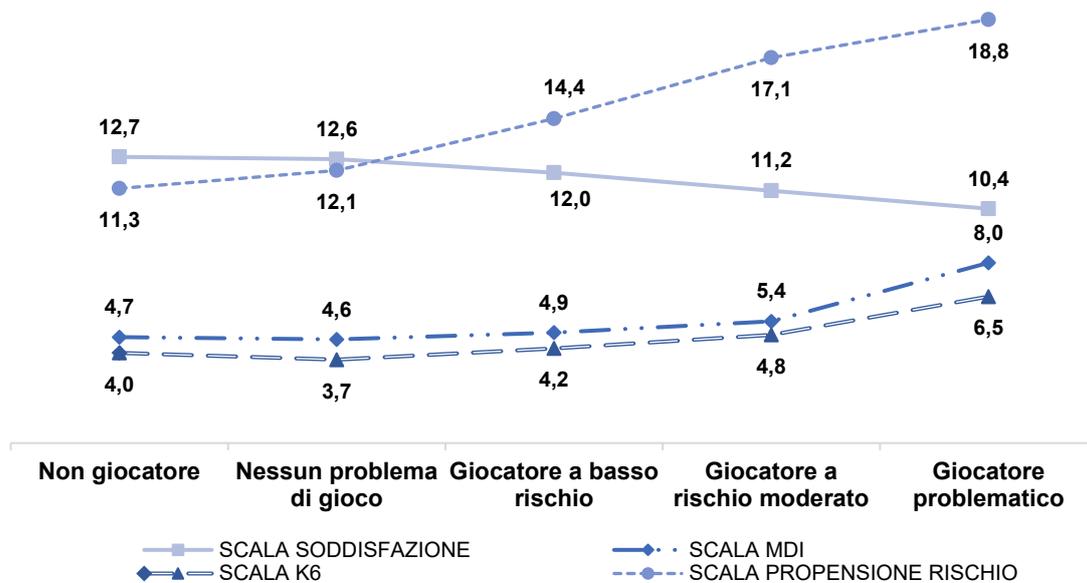
È uno strumento creato per lo studio dei giocatori d'azzardo, descrive due fattori: autoregolazione nel gioco (*Self-regulated gambling*) e la capacità del giocatore di evitare il comportamento di gioco (*Avoiding gambling*).

Questa scala è stata somministrata a chi otteneva al PGSI un punteggio tale da poter essere considerato come giocatore a rischio

## **Riferimenti**

1. Rousseau GG, Venter, DJL. Measuring consumer attitudes towards gambling. *SA Journal of Industrial Psychology* 2002;28(2):87-92.
2. Steenbergh TA, Meyers AW, May RK, Whelan JP. Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychol Addict Behav* 2002;16(2):143-9.
3. Jonsson J, Abbott MW, Sjöberg A, Carlbring P. Measuring gambling reinforcers, over consumption and fallacies: the psychometric properties and predictive validity of the Jonsson-Abbott Scale. *Frontiers in Psychology* 2017; 8(1807).
4. Barbaranelli C, Ghezzi V, Fida R, Vecchione M. Psychometric Characteristics of a new scale for measuring self-efficacy in the regulation of gambling behavior. *Front Psychol* 2017;8:1025.

L'andamento dei punteggi medi conferma quanto riportato dalla letteratura scientifica: la soddisfazione relativamente alla propria vita e al rapporto con i familiari decresce all'aumentare del grado di rischio; la propensione al rischio aumenta al crescere della problematicità del gioco d'azzardo, caratteristica di tutte le forme di dipendenza comportamentali e da sostanze. I punteggi medi ottenuti per le scale MDI e K6 evidenziano andamenti molto simili nei livelli più bassi di rischio e un valore più alto nei giocatori problematici in cui gli episodi di stati depressivi e/o di angoscia sono più frequenti e difficili da gestire (Figura 31).



**Figura 31. ADULTI (18 anni e più): punteggi medi delle scale: Soddisfazione della qualità della vita, MDI, K6 e Propensione al rischio, di non giocatore e giocatore per profilo di rischio**

Considerando, invece, quanto riportato dalla letteratura in merito alla profilazione del giocatore a rischio e problematico con particolare riferimento alle credenze, alle motivazioni di gioco e agli atteggiamenti, sono state somministrate ai giocatori diverse scale che hanno offerto risultati interessanti.

In generale, i punteggi medi per ogni fattore indagato dalla scala *Motives for Gambling* aumentano al crescere dei livelli di rischio fino al profilo di rischio moderato. Nel giocatore problematico si osserva un punteggio identico al giocatore a rischio moderato per la motivazione economica; un incremento nella motivazione simbolica, che riguarda il voler dimostrare le proprie capacità e abilità nel gioco e il rafforzamento della propria autostima; un lieve decremento rispetto alla motivazione edonistica che soggiace alla componente di curiosità, eccitamento e stimolo legata alla pratica di gioco (Figura 32).

Lo studio ha consentito anche di indagare attraverso la scala *The Gamblers' Beliefs Questionnaire* due costrutti cognitivi tipici dei giocatori d'azzardo: l'illusione del controllo del gioco (IL) e la perseveranza/fortuna (P). Per entrambi i fattori si osservano andamenti crescenti dei valori medi rilevati al progredire del rischio, sebbene l'incremento sia maggiore tra giocatori a basso rischio e giocatori a rischio moderato (rispettivamente IL= 7,7 vs 10,2; P= 8,5 vs 11), rispetto a giocatori a rischio moderato e giocatori problematici (rispettivamente IL= 10,2 vs 11,5; P= 11 vs 11,8) (Figura 33).

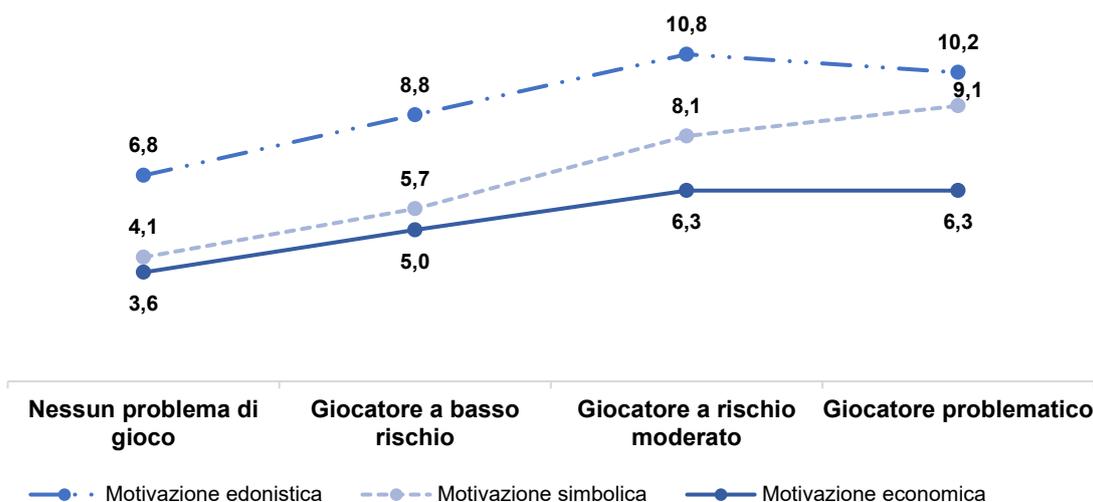


Figura 32. GIOCATORI D’AZZARDO (18 anni e più): punteggi medi dei fattori della *Motives for Gambling* per profilo di rischio

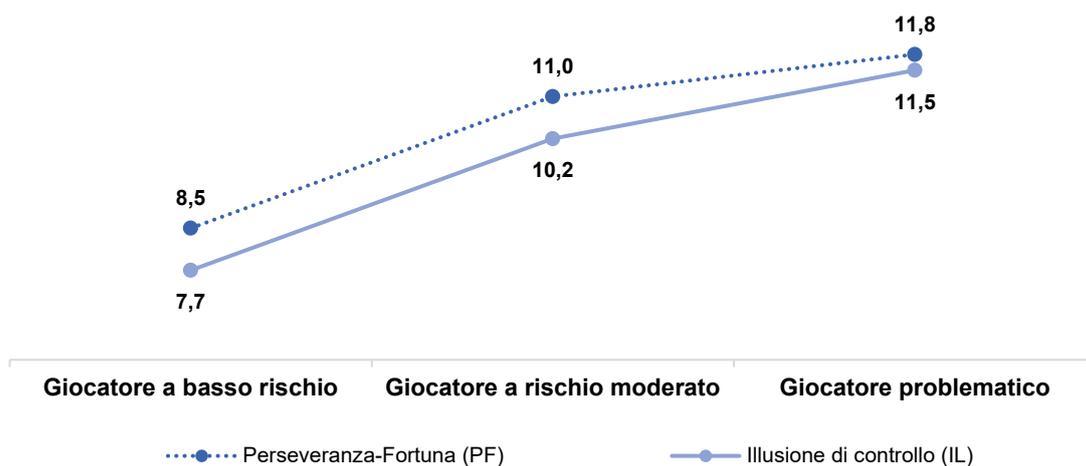
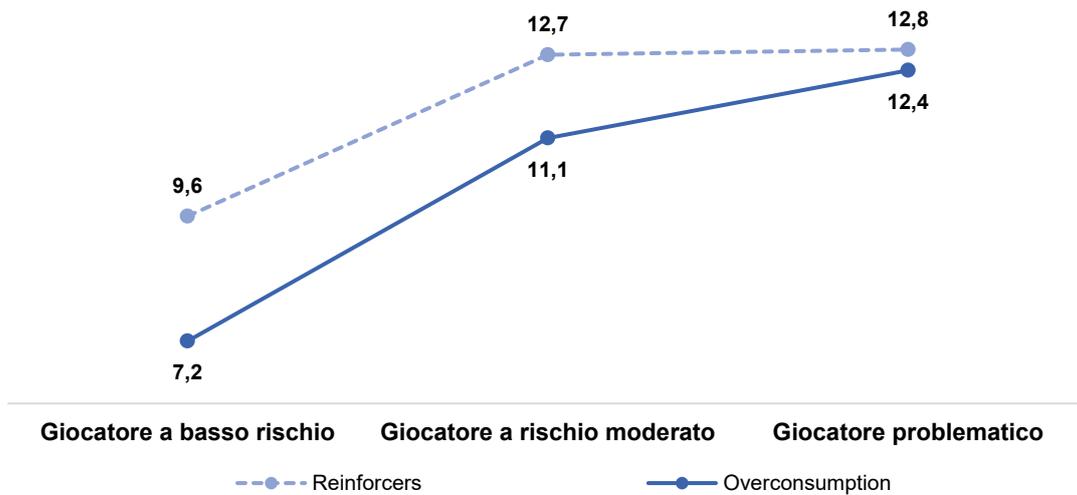


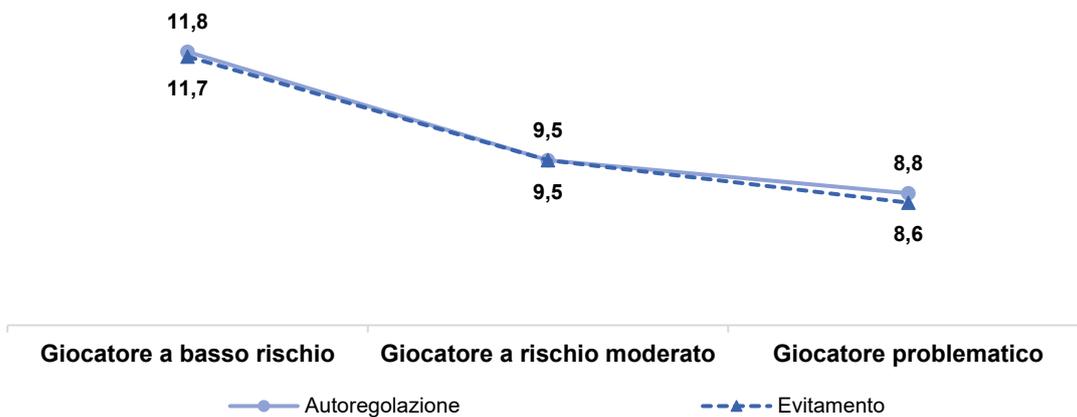
Figura 33. GIOCATORI D’AZZARDO (18 anni e più): punteggi medi del *Gamblers’ Beliefs Questionnaire* per profilo di rischio

Attraverso la JAS è stato indagato il tratto di impulsività, frequente nei giocatori a rischio e problematici. In generale, le situazioni in cui il giocatore si distacca completamente dal contesto reale e dimentica qualsiasi altra cosa (*Reinforcers*) sono più frequenti rispetto a quelle in cui lo stesso dedica al gioco più tempo e impegna più denaro rispetto a quanto prefissato (*Overconsumption*); entrambi i fattori si incrementano all’aumentare del livello di rischio, sebbene l’incremento sia maggiore tra giocatori a basso rischio (*Reinforcers*, 9,6; *Overconsumption*, 7,2) e giocatori a rischio moderato (*Reinforcers*, 12,7; *Overconsumption*, 11,1), rispetto all’incremento tra giocatori a rischio moderato e giocatori problematici (*Reinforcers*, 12,8; *Overconsumption*, 12,4) (Figura 34).



**Figura 34. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): punteggi medi della JAS per profilo di rischio**

Infine, gli *item* della *Multidimensional Gambling Self-Efficacy* – che misura le convinzioni di autoefficacia da parte dei giocatori, ossia la percezione rispetto alle proprie capacità di autocontrollo (*Self-regulated gambling*) e di evitamento del gioco (*Avoiding gambling*) – mostrano livelli molto simili tra i due fattori e valori progressivamente decrescenti all’aumentare del livello di rischio (giocatori a basso rischio: *avoiding gambling* 11,7; *self regulated gambling*, 11,8; giocatori a rischio moderato: *avoiding gambling* e *self regulated gambling* 9,5; giocatori problematici: *avoiding gambling*, 8,8; *self regulated gambling* 8,6) (Figura 35).



**Figura 35. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più): punteggi medi della Multidimensional Gambling Self-Efficacy per profilo di rischio**

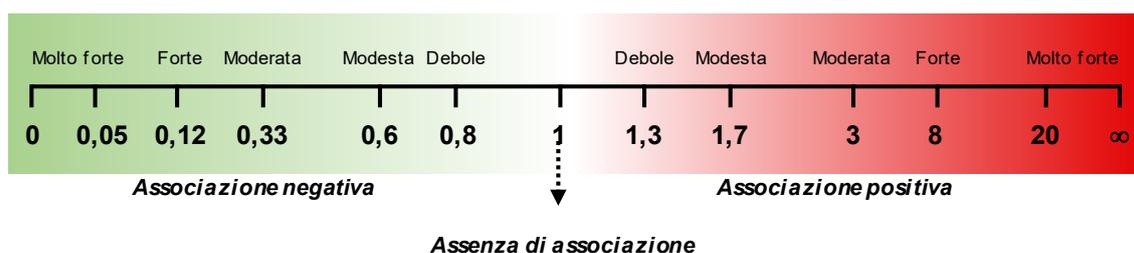
## Fattori associati: giocatore problematico vs giocatore “nessun problema di gioco”

Nell'epidemiologia classica il Fattore di rischio (RF) è una specifica condizione che risulta statisticamente associata ad una malattia e che pertanto si ritiene possa concorrere alla sua patogenesi, favorirne lo sviluppo o accelerarne il decorso; non è pertanto un agente causale ma un indicatore di probabilità che lo stesso possa associarsi ad una determinata condizione clinica. La sua assenza non esclude la comparsa della malattia, ma la sua presenza o la compresenza di più fattori di rischio aumenta notevolmente il rischio di malattia.

Il Fattore di protezione, di contro, è una condizione che risulta statisticamente significativa nella prevenzione della patogenesi di una malattia.

L'epidemiologia moderna contempla tra i fattori di rischio e protezione anche diversi aspetti del comportamento, le caratteristiche genetiche o intrinseche del soggetto, l'esposizione ambientale o gli stili di vita. In quest'ottica si è ritenuto opportuno considerare l'associazione tra il comportamento di gioco d'azzardo e alcune variabili individuali e ambientali.

Questa associazione viene espressa in termini statistici attraverso l'*Odds Ratio* (OR): se il valore dell'OR è uguale a 1, significa che il fattore associato è ininfluenza sul comportamento di gioco; se il valore dell'OR è maggiore di 1, il fattore è associato positivamente alla condizione di problematicità, ossia può concorrere al suo manifestarsi; se il valore dell'OR è minore di 1 il fattore è associato negativamente alla problematicità del comportamento (Figura 36).



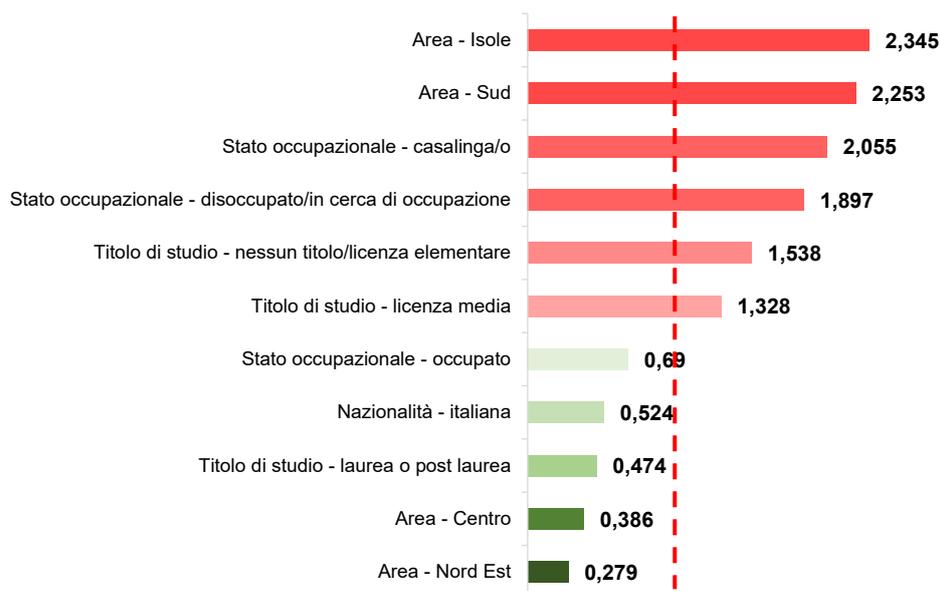
**Figura 36. Schema di interpretazione dei valori di Rischio Relativo e Odds Ratio**

Nelle pagine seguenti sono presentati i risultati relativi ai fattori associati allo sviluppo di problematiche legate al gioco d'azzardo emersi confrontando i dati relativi ai giocatori problematici rispetto a quelli dei giocatori senza problemi di gioco.

### Contesto socio-demografico

La variabile del contesto socio-demografico che mostra una modesta associazione positiva con il comportamento problematico è ‘vivere nell’area meridionale-insulare’ (rispettivamente OR= 2,345; IC95% 2,335-2,355 per le Isole e OR= 2,253; IC95% 2,245-2,261 per il Sud), ciò significa che vivere in queste aree del territorio nazionale comporta un rischio doppio di sviluppare un comportamento di gioco problematico.

Di contro, vivere nell’Italia nord-orientale o centrale (OR= 0,279; IC95% 0,277-0,281 per il Nord-Est e OR= 0,386; IC95% 0,384-0,388 per il Centro Italia) ha un’associazione negativa moderata con il comportamento problematico (Figura 37).



**Figura 37. ADULTI (18 anni e più): fattori associati al comportamento problematico di gioco, contesto socio-demografico**

### Stili di vita

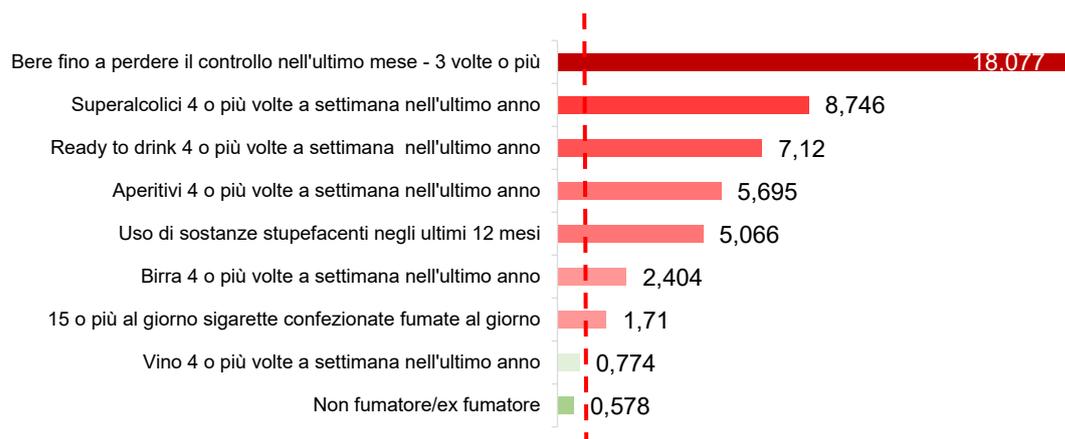
Gli stili di vita non salutari si confermano come fattori associati positivamente con il comportamento di gioco problematico.

In particolare, il comportamento di *binge drinking* (bere fino al perdere il controllo) ha un'associazione positiva molto forte (OR= 18,077; IC95% 17,821-18,336) se praticato 3 volte o più nell'ultimo mese, in quanto espone circa 18 volte di più alla possibilità di sviluppare un comportamento di gioco problematico.

L'assunzione 4 o più volte a settimana di superalcolici (OR= 8,746; IC95% 8,662-8,832), *ready to drink* (OR= 7,120; IC95% 7,010-7,232) e aperitivi (OR= 5,695; IC95% 5,642-5,748) mostra un'associazione positiva forte o più che moderata così come l'aver fatto uso di sostanze stupefacenti (OR= 5,066; IC95% 5,034-5,098).

In altre parole, chi assume superalcolici per più di 4 volte a settimana ha circa 9 volte più possibilità di sviluppare un comportamento problematico, chi assume frequentemente *ready to drink* ha circa 7 volte più possibilità di sviluppare tale comportamento e chi assume frequentemente aperitivi ha un rischio quasi 6 volte maggiore.

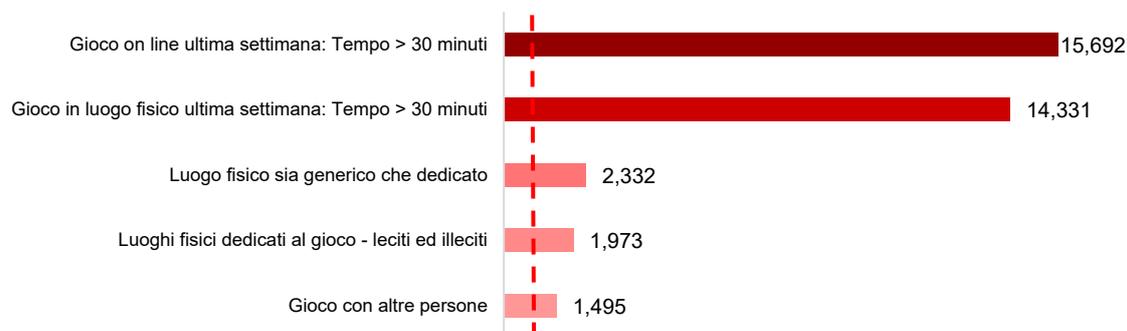
Non aver mai fumato o l'aver smesso di fumare ha una modesta associazione negativa con il comportamento problematico (OR= 0,578; IC95% 0,576-0,580), infatti, i non fumatori o ex fumatori hanno circa il 50% di possibilità in meno di sviluppare un comportamento di gioco problematico rispetto ai fumatori. I forti fumatori (15 o più sigarette al giorno), di contro, hanno quasi il doppio delle possibilità di sviluppare un comportamento problematico di gioco (OR= 1,710; IC95% 1,700-1,720) rispetto a chi fuma meno di 15 sigarette al giorno (Figura 38).



**Figura 38. ADULTI (18 anni e più): fattori associati al comportamento problematico di gioco, stili di vita**

### Luogo di gioco e tempo dedicato

Il tempo dedicato al gioco lecito in denaro on-line nell'ultima settimana (OR= 15,692; IC95% 15,479-15,908) mostra una forte associazione con il comportamento problematico di gioco. Infatti, chi ha dedicato a questa attività più di 30 minuti nell'ultima settimana ha circa 15 volte più probabilità di manifestare un comportamento di gioco problematico rispetto a chi ha impiegato meno tempo nel gioco d'azzardo on-line. Aver dedicato al gioco d'azzardo più di 30 minuti al giorno nell'ultima settimana in luogo fisico (OR= 14,331; IC95% 14,276-14,386), ha un'associazione positiva molto forte con il comportamento problematico, aumentando di circa 14 volte la probabilità di sviluppare un comportamento problematico rispetto a chi dedica al gioco d'azzardo meno di 30 minuti al giorno. Associazione più modeste sono state osservate rispetto al luogo di gioco dedicato o generico oppure lecito e/o illecito (Figura 39).

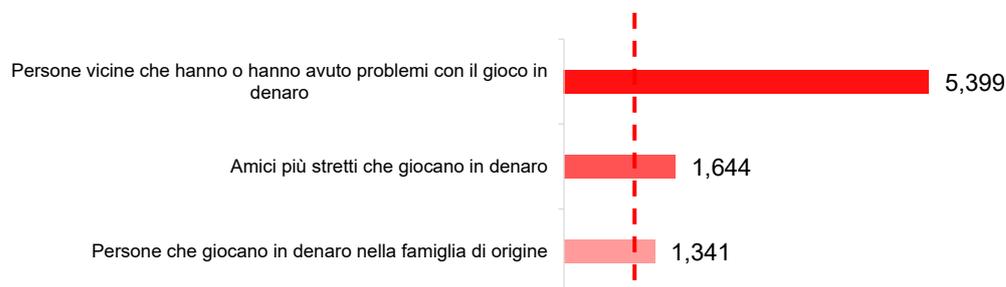


**Figura 39. ADULTI (18 anni e più): fattori associati al comportamento problematico di gioco, tempo dedicato al gioco e luogo di gioco**

### Contesto relazionale

Alcune variabili afferenti al contesto relazionale confermano un'associazione positiva con il comportamento problematico. Infatti coloro che hanno o hanno avuto familiari con problemi legati

al gioco rischiano di sviluppare comportamenti problematici 5 volte di più (OR= 5,399; IC95% 5,380-5,418) rispetto a chi non ha o non ha avuto persone vicine con problemi di gioco in denaro (Figura 40).

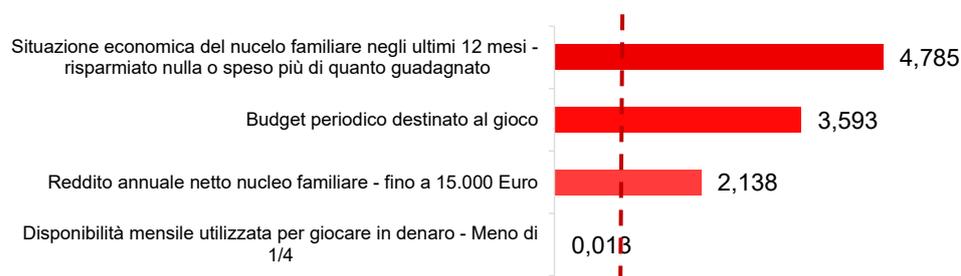


**Figura 40. ADULTI (18 anni e più): fattori associati al comportamento problematico di gioco, contesto relazionale**

### Contesto economico

Rispetto alla situazione economica degli ultimi 12 mesi del nucleo familiare del giocatore, non riuscire a risparmiare nulla o spendere più di quanto guadagnato mostra un'associazione positiva moderata (OR= 4,785; IC95% 4,765-4,806) con il comportamento problematico di gioco, così come destinare un budget periodico al gioco (OR= 3,593; IC95% 3,579 - 3,606).

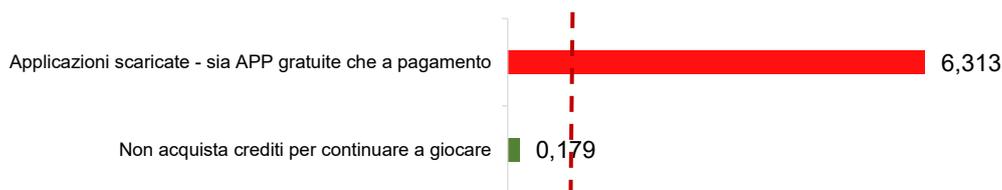
Utilizzare per il gioco meno di 1/4 del budget mensile che il giocatore gestisce personalmente (es stipendio, 'paghetta', rendite, ecc.) mostra un'associazione negativa molto forte (OR= 0,013; IC95% ,012-,013) con il comportamento problematico di gioco (Figura 41).



**Figura 41. ADULTI (18 anni e più): fattori associati al comportamento problematico di gioco, contesto economico**

### Gaming

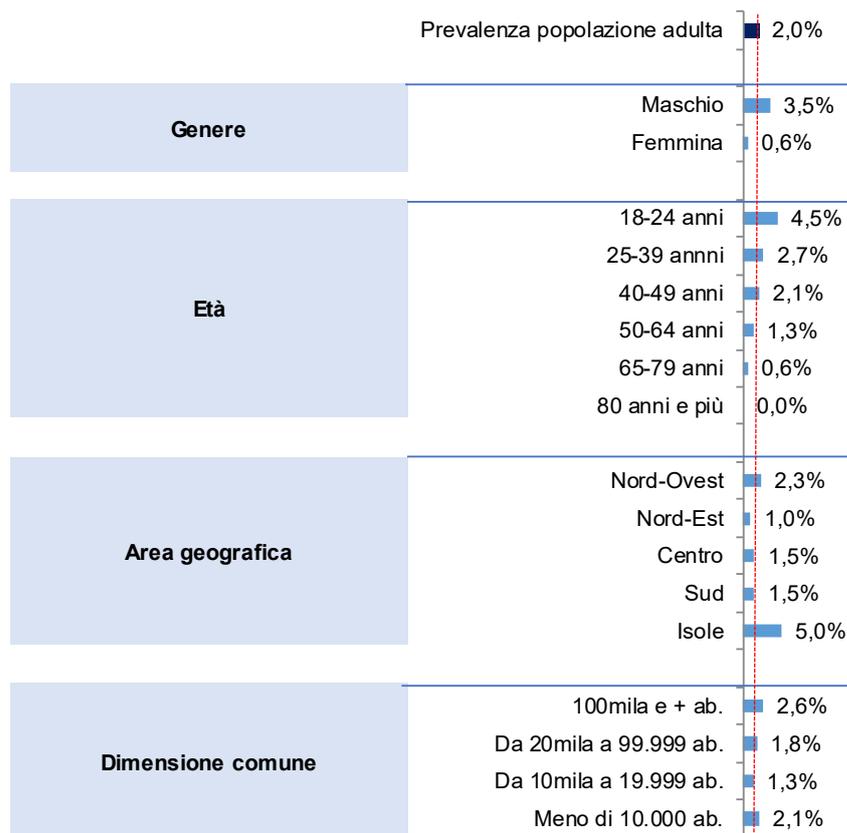
Infine, scaricare applicazioni (APP), sia gratuite che a pagamento, ha un'associazione positiva moderata con il comportamento problematico (OR= 6,313; IC95% 6,264-6,362): chi scarica APP ha circa 6 volte più possibilità di sviluppare un comportamento problematico rispetto a chi non scarica applicazioni per giocare o scarica solo app gratuite. Inoltre, non acquistare crediti per continuare a giocare mostra un'associazione negativa (OR= 0,179; IC95% 0,178-0,180) con il comportamento problematico di gioco (Figura 42).



**Figura 42. ADULTI (18 anni e più): fattori associati al comportamento problematico di gioco, gaming**

### Focus gioco d'azzardo online

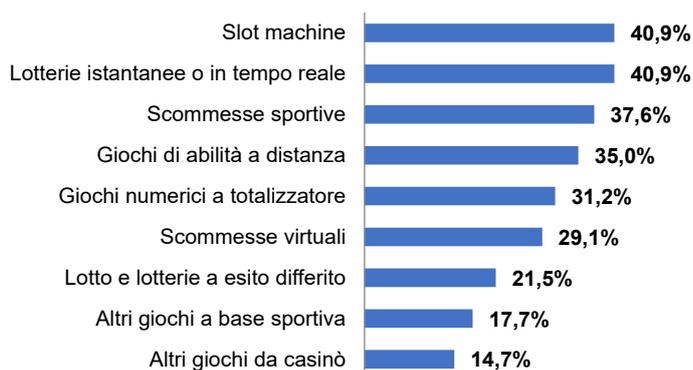
L'indagine ha permesso di conoscere la prevalenza dei giocatori d'azzardo online nella popolazione maggiorenne e di evidenziare le caratteristiche peculiari dei giocatori e della loro pratica di gioco. L'analisi delle prevalenze mostra che il gioco d'azzardo online è stato praticato almeno una volta negli ultimi 12 mesi dal 2% della popolazione maggiorenne (circa 1 milione di soggetti nella popolazione generale), soprattutto maschi (3,5%), prevalentemente tra i 18 e i 24 anni (4,5%) e via via diminuisce con l'avanzare dell'età (25-39 anni, 2,7%; 40-49 anni, 2,1%; 50-64 anni, 1,3%; 65-79 anni, 0,6%). Si concentra in particolar modo nell'Italia insulare (5%) e nel Nord-Ovest (2,3%) ed è maggiormente presente nella popolazione residente nei grandi centri abitati (comuni con 100mila e più abitanti, 2,6%) (Figura 43).



**Figura 43. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (18 anni e più): caratteristiche socio-demografiche**

Per conoscere le caratteristiche peculiari dei giocatori d'azzardo online e del loro comportamento di gioco, da questo punto in poi sono riportati i risultati calcolati in percentuale avendo come riferimento la sola popolazione dei giocatori online. Il 31,4% del campione dichiara di giocare esclusivamente online, mentre il 68,6% pratica anche gioco d'azzardo in luogo fisico.

I giochi maggiormente praticati dai giocatori d'azzardo online sono le *slot machine* e le lotterie istantanee e in tempo reale (entrambi 40,9%), a seguire le scommesse sportive (37,6%), i giochi di abilità a distanza (35%), i giochi numerici a totalizzatore (31,2%), le scommesse virtuali (29,1%), il lotto e le lotterie a esito differito (21,5%), gli altri giochi a base sportiva (17,7%) e gli altri giochi da casinò (14,7%) (Figura 44).



**Figura 44. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (18 anni e più):**  
distribuzione percentuale dei giochi praticati (percentuale calcolata su risposte multiple)

Il dato riferito alla distribuzione percentuale dei giocatori d'azzardo online rispetto ai profili di rischio mette in evidenza che il 34,8% pratica gioco d'azzardo senza 'nessun problema di gioco', il 19,8% sono giocatori a basso rischio, il 20,2% a rischio moderato e il 25,3% sono giocatori problematici.

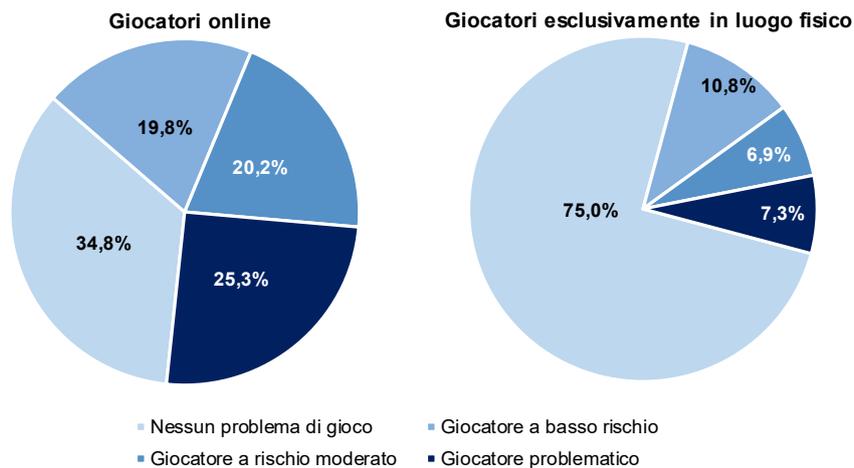
Confrontando questi numeri con quanto emerso nella popolazione di giocatori d'azzardo in luoghi fisici, si osserva come tra i giocatori online la percentuale di giocatori senza problemi di gioco si dimezzi (dal 75,0% al 34,8%) a favore degli altri profili di rischio. Di particolare interesse la percentuale di giocatori problematici che dal 7,3% sale al 25,3%, così come la percentuale di giocatori a rischio moderato dal 6,9% passa al 20,2% (Figura 45).

Confrontando i quattro profili di giocatori rispetto al tempo quotidiano dedicato al gioco d'azzardo online nella settimana antecedente la rilevazione è possibile osservare come all'aumentare del livello di rischio aumenta progressivamente il tempo quotidiano dedicato alla pratica del gioco d'azzardo online. Per esempio, la percentuale di coloro che giocano 2 ore o più al giorno tra i giocatori online passa dal 3,7% dei giocatori senza problemi di gioco al 18,3% dei giocatori online problematici (Figura 46).

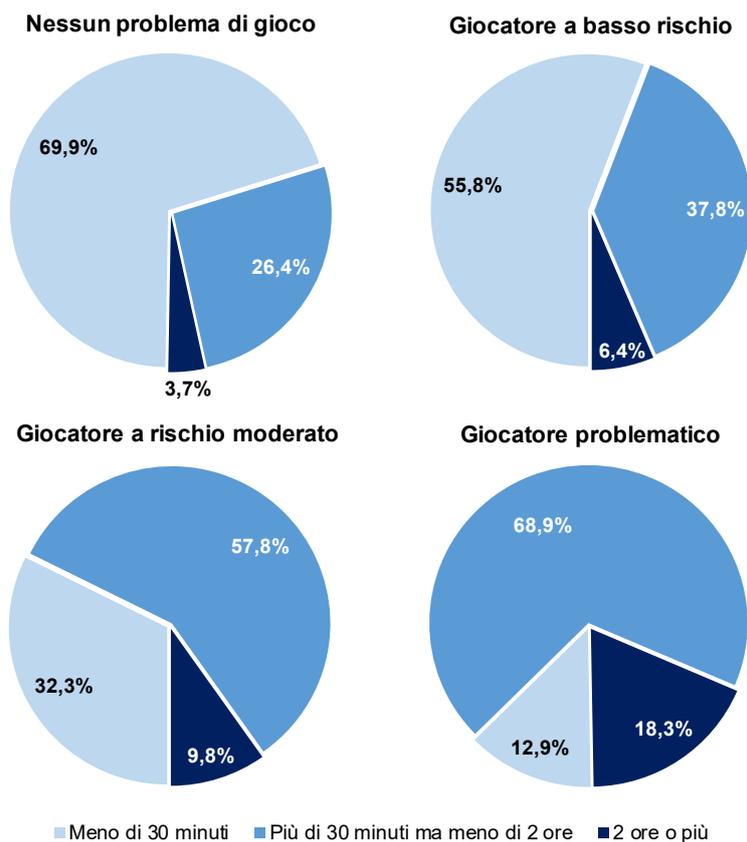
Analizzando la pratica del gioco online negli ultimi 12 mesi secondo il livello di rischio, emergono alcuni elementi interessanti nella differenza tra i diversi profili di giocatore.

Come nell'intera popolazione di giocatori, nella pratica delle *slot machine* si evidenzia una forte discrepanza tra giocatori problematici e giocatori senza nessun problema di gioco (75,6% vs 21,4%); le scommesse virtuali sono praticate dal 51,3% dei giocatori problematici contro il 15,7% dei giocatori senza nessun problema di gioco; al contrario le scommesse sportive sono meno praticate dal giocatore problematico (27,8%) rispetto al giocatore senza nessun problema di gioco (43,6%) (Figura 47).

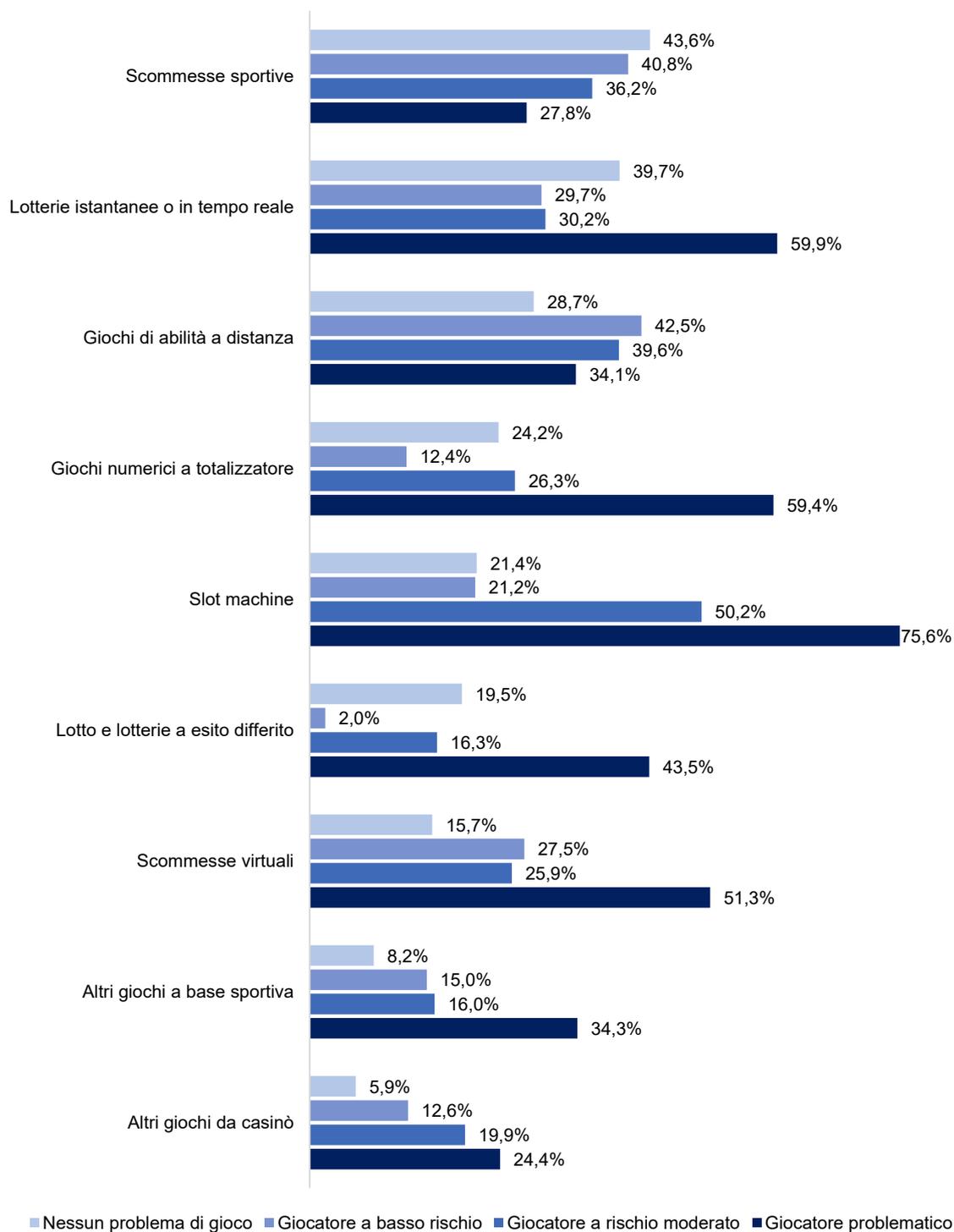
Se si analizza la frequenza di gioco online "almeno una volta a settimana" si osserva una generale diminuzione nella pratica di tutti i giochi per tutti i profili di rischio (Figura 48).



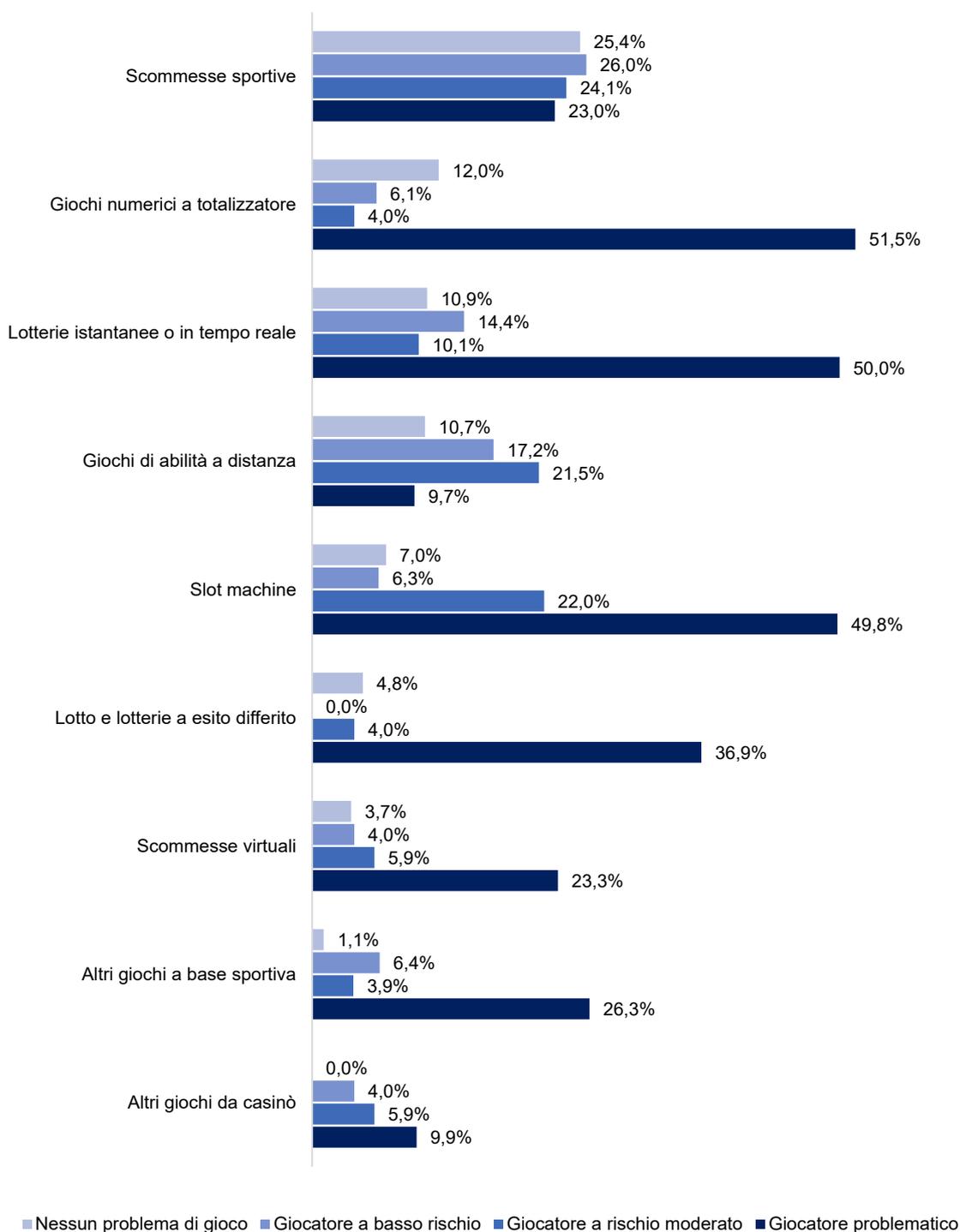
**Figura 45. GIOCATORI D'AZZARDO (18 anni e più):**  
 distribuzione percentuale dei profili di rischio dei giocatori d'azzardo online  
 vs giocatori che hanno praticato gioco d'azzardo esclusivamente in luogo fisico



**Figura 46. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (18 anni e più):**  
 tempo giornaliero dedicato al gioco nella settimana precedente la rilevazione per profilo di rischio  
 (percentuale calcolata su risposte multiple)



**Figura 47. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (18 anni e più):**  
 tipologia di giochi d'azzardo online praticati per profilo di rischio  
 (percentuale calcolata su risposte multiple)



**Figura 48. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (18 anni e più):**  
 tipologia di giochi d'azzardo online praticati "almeno 1 volta a settimana" per profilo di rischio  
 (percentuale calcolata su risposte multiple)

# GIOCO D'AZZARDO NELLA POPOLAZIONE SCOLASTICA MINORENNE: STUDIO EPIDEMIOLOGICO TRASVERSALE DI TIPO OSSERVAZIONALE

Claudia Mortali (a), Luisa Mastrobattista (a), Paolo Vian (b), Alessandra Andreotti (b), Daniele Fassinato (b), Roberta Pacifici (a), Adele Minutillo (a)  
(a) Centro Nazionale Dipendenze e doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma  
(b) Ricerca & Analisi statistica, EXPLORA snc, Vigodarzere (PD)

Tra i motivi che hanno reso necessario costruire uno studio *ad hoc* sui minorenni vi è la particolare fragilità di una popolazione in fase evolutiva e il divieto di gioco d'azzardo per questa fascia della popolazione (Riquadro 1).

## RIQUADRO 1. Gioco d'azzardo e tutela dei minori

Alcune disposizioni in tema di tutela dei minori erano originariamente contenute all'art. 110, commi 8 e 8-bis, del testo unico delle leggi di pubblica sicurezza (R.D. n. 773 del 1931). Dopo aver ricompreso l'esclusione dall'accesso al gioco nei confronti dei minori in diverse disposizioni legislative in cui si delineavano le finalità dell'intervento, oppure si indicavano gli obblighi ai quali si sarebbe dovuto sottoporre il concessionario, con l'art. 24 del DL 98/2011 il legislatore, oltre a ribadire al comma 20 il divieto di consentire la partecipazione ai giochi pubblici con vincita in denaro ai minori di 18 anni, ha provveduto, ai successivi commi 21 e 22, ad inasprire le sanzioni. In particolare:

- il titolare dell'esercizio commerciale, del locale o, comunque, del punto di offerta del gioco che consente la partecipazione ai giochi pubblici a minori di 18 anni, è punito con la sanzione amministrativa pecuniaria da 5.000 a 20.000 euro (in precedenza da 500 a 1.000 euro);
- indipendentemente dalla sanzione amministrativa pecuniaria e anche nel caso di pagamento in misura ridotta della stessa, la violazione prevista dal presente comma è punita con la chiusura dell'esercizio commerciale, del locale o, comunque, del punto di offerta del gioco da 10 fino a 30 giorni (in precedenza fino a 15 giorni); il titolare dell'esercizio commerciale, del locale o, comunque, del punto di offerta del gioco, all'interno dei predetti esercizi, identifica i giocatori mediante richiesta di esibizione di un idoneo documento di riconoscimento;
- per i soggetti che nel corso di un triennio commettono tre violazioni, anche non continuative, è disposta la revoca di qualunque autorizzazione o concessione amministrativa;
- in caso di utilizzo degli apparecchi e dei congegni da gioco (*slot machine*, *videolottery*), il trasgressore è altresì sospeso, per un periodo da uno a tre mesi, dall'elenco dei soggetti incaricati della raccolta delle giocate, e conseguentemente i concessionari per la gestione della rete telematica non possono intrattenere, neanche indirettamente, rapporti contrattuali funzionali all'esercizio delle attività di gioco con il trasgressore.

Da ultimo, l'art. 7, comma 8, del DL 158/2012 prevede il divieto di ingresso ai minori di anni 18 nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro interne alle sale Bingo, nelle aree ovvero nelle sale in cui sono installate *videolottery* (VLT) e nei punti vendita in cui si esercita – quale attività principale – quella di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi. Il titolare dell'esercizio commerciale, del locale ovvero del punto di offerta del gioco con vincite in denaro è tenuto ad identificare i minori di età mediante richiesta di esibizione di un documento di identità, tranne nei casi in cui la maggiore età sia manifesta.

L'obiettivo principale della ricerca è stato di rilevare una stima della prevalenza della dimensione e delle caratteristiche del fenomeno del gioco d'azzardo sul territorio nazionale nella popolazione scolastica di 14-17 anni. Lo studio ha permesso di analizzare le caratteristiche dei giovani giocatori per verificare la presenza di condizioni che possano essere associate alla problematicità del comportamento di gioco d'azzardo. La rilevazione presso le scuole è stata realizzata dal 28 settembre al 20 dicembre 2017 attraverso un questionario online somministrato con metodologia CASI (*Computer Assisted Self Interview*), con la compilazione autonoma da parte dei ragazzi e con rilevatore in aula.

## Metodologia

### Disegno dello studio e campionamento

La popolazione obiettivo dell'indagine è rappresentata da studenti di 14-17 anni provenienti da almeno 200 scuole secondarie di secondo grado, pubbliche o private parificate, ubicate in Italia, distintamente per tipologia di scuola, distribuzione geografica, in relazione alle caratteristiche di densità demografica. Con quest'ipotesi è stato prima costruito il campione teorico sulla base del quale è stato individuato il campione reale di oltre 15.000 interviste. In Tabella 1 sono indicate le ampiezze degli Intervalli di Confidenza delle stime di prevalenza con probabilità di contenere il vero valore della stima al 95% (IC95%).

**Tabella 1. STUDENTI (14-17 anni): ampiezza degli intervalli di confidenza delle stime di prevalenza**

Parametro	Ipotesi di stima 1		Ipotesi di stima 2		Ipotesi di stima 3	
	% (n.)	IC95%	% (n.)	IC95%	% (n.)	IC95%
<b>Area geografica</b>						
Nord	25% (6.600)	24-26	35% (6.600)	33,8-36,2	45% (6.600)	43,8-46,2
Centro	35% (2.500)	33,1-36,9	45% (2.500)	43-47	55% (2.500)	53-57
Sud+Isole	40% (5.900)	38,7-41,3	50% (5.900)	48,7-51,3	60% (5.900)	58,7-61,3
Totale	35% (15.000)	34,2-35,8	45% (15.000)	44,2-45,8	55% (15.000)	54,2-55,8
<b>Genere</b>						
Maschi	45% (7.400)	43,9-46,1	55% (7.400)	53,9-56,1	65% (7.400)	63,9-66,1
Femmine	25% (7.600)	24-26	35% (7.600)	33,9-36,1	45% (7.600)	43,9-46,1
<b>Età</b>						
14 anni	25% (3.750)	23,6-26,4	35% (3.750)	33,5-36,5	45% (3.750)	43,4-46,6
15 anni	30% (3.750)	28,5-31,5	40% (3.750)	38,4-41,6	50% (3.750)	48,4-51,6
16 anni	32% (3.750)	30,5-33,5	42% (3.750)	40,4-43,6	52% (3.750)	50,4-53,6
17 anni	35% (3.750)	33,5-36,5	45% (3.750)	43,4-46,6	55% (3.750)	53,4-56,6
<b>Categoria</b>						
Nessun problema di gioco	30% (15.000)	29,3-30,7	40% (15.000)	39,2-40,8	50% (15.000)	49,2-50,8
Giocatore a rischio	2% (15.000)	1,8-2,2	4% (15.000)	3,7-4,3	6% (15.000)	5,6-6,4
Giocatore problematico	1% (15.000)	0,8-1,2	3% (15.000)	2,7-3,3	5% (15.000)	4,7-5,3

La metodologia di campionamento segue un modello *Probability Proportional to Size* (PPS) a tre stadi, dove le unità di primo stadio sono rappresentate dai comuni, le unità di secondo stadio sono rappresentate dalle scuole e le unità di terzo stadio sono rappresentate dalle classi, con inclusione nel campione di tutti gli studenti appartenenti alle classi-campione (selezione a grappolo degli studenti). La scelta metodologica di selezionare a primo stadio i comuni, in analogia con i criteri metodologici indicati nell'indagine sulla popolazione generale adulta, trova motivazione nell'utilità di applicare criteri metodologici coerenti tra i due studi, al fine di poter valutare il fenomeno sia nelle due componenti, popolazione adulta e minorile, sia nel suo complesso riferita alla popolazione residente in Italia di età da 14 anni in poi.

Il disegno di campionamento prevede la stratificazione delle unità di primo, di secondo e di terzo stadio: in ogni strato le unità di primo stadio (comuni) sono selezionate con probabilità proporzionali al numero di classi di scuola secondaria superiore appartenenti al territorio del comune; le unità di secondo stadio (scuole) sono selezionate con probabilità proporzionale al numero di classi attive nelle scuole-campione e le unità di terzo stadio (classi) sono selezionate in numero costante per ciascuna scuola all'interno dello strato territoriale di appartenenza. Tutti gli studenti appartenenti alle classi-campione sono inclusi nel campione. Si tratta di un campionamento probabilistico, nel quale la rappresentatività statistica è garantita dalla selezione casuale delle unità campionarie da liste che rappresentano le popolazioni ai vari livelli, risultando quindi costante la probabilità di selezione di ciascuna classe e di ciascuno studente della popolazione-obiettivo.

Per la stratificazione dei comuni sono state considerate le seguenti variabili: la macro-regione di residenza e la dimensione demografica del comune. Al fine di selezionare il campione, i comuni sono stati classificati in due categorie dimensionali: (a) almeno 100 mila abitanti; (b) meno di 100 mila abitanti. L'indagine ha coinvolto 100 comuni: i 46 comuni italiani con almeno 100 mila abitanti sono stati tutti inclusi nel campione; i restanti comuni con meno di 100 mila abitanti sono stati selezionati tra quelli estratti nell'indagine della popolazione adulta, che presentavano un numero di studenti iscritti nelle scuole secondarie di secondo grado, ubicate nel territorio comunale.

La stratificazione delle scuole è stata effettuata tenendo conto della dimensione delle scuole stesse, vale a dire al numero di studenti iscritti e dell'indirizzo di studio. Complessivamente sono state campionate 205 scuole e l'indagine è stata realizzata in 201 scuole, 187 istituti scolastici pubblici (93%) e 14 scuole paritarie (7%). In questo modo, con la rilevazione è stata garantita la proporzione tra le scuole paritarie attive in Italia e quelle pubbliche. La stratificazione delle classi è stata effettuata tenendo conto dell'anno di corso, in modo da garantire la possibilità di contattare in ogni scuola almeno una classe del primo, secondo, terzo o quarto anno. Complessivamente sono state campionate 859 classi e in totale 18.042 studenti da intervistare.

## Strumento di indagine

La costruzione dello strumento di rilevazione è stata il frutto di un intenso lavoro che ha visto l'analisi e la discussione dei diversi questionari disponibili in letteratura.

Il questionario è suddiviso in sezioni che hanno consentito di raccogliere informazioni rispetto alle caratteristiche socio-demografiche, gli stili di vita, alcuni tratti di personalità, le caratteristiche della pratica di gioco d'azzardo, motivazioni e atteggiamenti dei giocatori.

Al fine di rilevare i diversi gradi di severità della problematicità dei comportamenti connessi al gioco d'azzardo è stata utilizzata – in coerenza con quanto stabilito dalla comunità scientifica internazionale – la versione italiana del *South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents* (SOGS-RA). L'utilizzo del SOGS-RA ha consentito di individuare tre profili di giovani studenti giocatori: giocatori non problematici (coloro che hanno ottenuto punteggi tra 0 e 1); giocatori a

rischio (coloro che hanno ottenuto punteggi tra 2 e 3); giocatori problematici (coloro che hanno ottenuto punteggi maggiore o uguale a 4).

## **Piattaforma e metodologia di rilevazione**

Per la realizzazione dello studio è stata utilizzata una piattaforma web specifica per indagini CASI, accessibile mediante login a diversi livelli, per permettere la gestione integrata di tutte le fasi della rilevazione: gestione dell'archivio dei rilevatori, gestione del database delle scuole e delle relative classi reclutate per lo studio, implementazione e compilazione dei questionari on-line, acquisizione/esportazione di tutte le banche dati secondo i formati più diffusi. Al fine di garantire idonee prestazioni di accesso e fruibilità simultanea della piattaforma ad almeno 1.000 utenti, la soluzione CASI è stata installata su server dedicato.

Gli studenti hanno avuto accesso al questionario utilizzando un link e credenziali (username e password) anonime e non replicabili, generate automaticamente, scelte casualmente da ciascuno studente prima dell'inizio della rilevazione.

La piattaforma ha consentito di monitorare tutte le attività: contatti con le scuole, selezione delle classi, verifica della capacità e dell'adeguatezza delle aule informatiche, calendarizzazione delle somministrazioni, misura dell'adesione all'indagine in tempo reale, secondo la ripartizione geografica, la dimensione del comune e la tipologia di istituto.

## **Organizzazione e promozione dell'indagine**

Per agevolare la partecipazione delle scuole campionate sono stati predisposti materiali informativi e documenti necessari alla partecipazione. Questa organizzazione ha favorito la massima adesione delle scuole all'indagine.

- *Coinvolgimento dei comuni con richiesta di patrocinio all'iniziativa e l'autorizzazione ad utilizzare i loghi e gli stemmi comunali*: 100 comuni coinvolti nell'indagine (46 autorappresentativi e 54 non autorappresentativi) e 96 di questi hanno concesso anche il patrocinio e l'utilizzo dei loghi e degli stemmi comunali. Nelle scuole ubicate in questi quattro comuni la richiesta di adesione all'indagine è stata inoltrata senza menzione del patrocinio del comune.
- *Presentazione del progetto alle scuole* (obiettivi, metodologia, contatti di supporto, tempi e modalità di realizzazione, sistema di incentivazione, ecc.).
- *Sensibilizzazione e informazione alla partecipazione allo studio* mediante comunicati stampa a livello nazionale e locale (544 testate) e pubblicazione sui portali web comunali
- *Selezione e formazione dei rilevatori*. Il materiale didattico utilizzato nella formazione era composto dalle linee guida per la rilevazione, contenenti tutte le istruzioni per la somministrazione del questionario, domanda per domanda; una dispensa contenente le slide utilizzate negli incontri di formazione; un video tutorial audiovisivo, composto con gli stessi contenuti e materiali informativi utilizzati negli incontri di formazione.
- *Incentivo alla scuola*: invio di materiale di cancelleria alle scuole partecipanti.

## Adesione all'indagine

Dopo aver applicato le varie procedure di controllo di qualità dei dati raccolti è stata valutata l'adesione all'indagine. La percentuale di questionari compilati e correttamente portati a termine è pari al 76,1% sul totale degli studenti che risultavano iscritti nel registro di classe. La percentuale di adesione più elevata si è osservata nel Nord-Ovest (82,0%), la più bassa nelle due isole maggiori (71,9%).

Con riferimento alle tipologie di istituto scolastico, l'adesione più elevata è stata osservata nei licei e negli istituti ex magistrali (83,7%). Negli istituti tecnici è stata rilevata una percentuale di adesione del 76,9%, mentre nei licei artistici la percentuale di questionari completati sul totale degli studenti iscritti nel registro di classe è risultata pari al 71,4%. L'adesione all'indagine più bassa è stata riscontrata negli istituti professionali (61,6%).

## Risultati

### Descrizione del campione

Sono stati raccolti complessivamente 17.610 questionari e a conclusione della procedura di controllo di qualità dei dati i questionari validi sono risultati pari a 15.602. Anche se in generale, le differenze tra campionamento teorico e campionamento effettivo sono risultate molto basse, per la stima delle varie prevalenze e degli altri indicatori, sono stati applicati i pesi di riporto all'universo alle stime campionarie.

In questo paragrafo sono descritte le caratteristiche delle principali variabili socio-demografiche del campione che, per le caratteristiche con cui è stato costruito, è rappresentativo della popolazione scolastica italiana di 14-17 anni.

Il campione è composto dal 49,1% di maschi e dal 50,9% di femmine, equamente distribuiti in base all'età, con una minima flessione riferita ai rispondenti 14enni (23,7%).

Il 46,8% degli studenti frequenta licei e istituti ex-magistrali, il 33% istituti tecnici, il 15,3% istituti professionali, mentre il 4,9% dei rispondenti è rappresentato da studenti degli istituti e licei artistici.

Il 5,2% dei rispondenti dichiara di non essere nato in Italia e, come lecito attendersi vista l'età dei rispondenti (14-17 anni), una larghissima maggioranza convive con la madre (93,5%) e con il padre (84,0%). La presenza in casa di un fratello/sorella è segnalata da tre rispondenti su quattro, mentre la coabitazione con un nonno riguarda il 10,9% degli studenti.

Per entrambi i genitori, il titolo di studio prevalente è il diploma di scuola superiore (madre, 44,1%; padre, 39,6%), a seguire la licenza media (madre, 24,1%; padre, 29,1%), la laurea (madre, 22%; padre 18,8%) e infine la licenza elementare (madre, 2,3%; padre, 3%). C'è, inoltre, una percentuale di studenti che non conosce il titolo di studio dei genitori (madre, 7,5%; padre, 9,5%).

Il 60,2% degli studenti ha dichiarato che la propria madre lavora tutti i giorni (almeno 5 giorni a settimana, compresi i lavori part-time), mentre per il 25,7% degli studenti la madre si occupa prevalentemente delle attività domestiche e il 6,9% lavora qualche giorno a settimana. Per l'84,9% degli studenti il padre è impegnato al lavoro almeno 5 giorni a settimana (compresi i lavori part-time) e nel 3,4% dei casi l'impegno lavorativo li occupa solo qualche giorno a settimana. Il 2,8% delle madri e il 2,6% dei padri degli intervistati al momento dell'intervista erano disoccupati e/o alla ricerca di occupazione.

La valutazione della disponibilità economica degli studenti è stata stimata chiedendo l'ammontare approssimativo delle loro entrate settimanali. Il 18,5% dei rispondenti dichiara di

non avere alcuna entrata settimanale, il 31,4% dispone di una somma inferiore a 10 euro. Più in generale, il 69,2% percepisce al massimo 30 euro a settimana. Il 7,1% dichiara di ricevere dai 31 ai 50 euro a settimana mentre i soggetti con maggiore introito (oltre 50 euro settimanali) rappresentano il 5,2% del campione.

## Stime di prevalenza dei giocatori d'azzardo tra gli studenti

In questo paragrafo sono illustrate le stime di prevalenza della pratica del gioco d'azzardo tra gli studenti e del comportamento problematico dei giocatori.

Nonostante il disegno di campionamento ipotizzato garantisca l'auto-ponderazione, per ottenere stime di prevalenza attendibili per la popolazione studentesca presa in considerazione tutte le analisi riportate da questo punto in poi sono state ottenute applicando i pesi di riporto all'universo delle stime campionarie.

In Italia il 29,2% degli studenti tra i 14 e i 17 anni (pari a 670.144 soggetti nella popolazione), dichiara di aver praticato gioco d'azzardo almeno una volta nei 12 mesi antecedenti l'intervista (Tabella 2).

**Tabella 2. STUDENTI (14-17 anni): stima di prevalenza della pratica di gioco d'azzardo**

Abitudine al gioco	n.	%	IC95%
Non Giocatori	1.624.871	70,8	69,8-71,8
Giocatori	670.144	29,2	28,2-30,2
Totale	2.295.015*		

\* Popolazione residente in Italia al 1/1/2017 di età compresa tra i 14 e i 17 anni (fonte ISTAT)

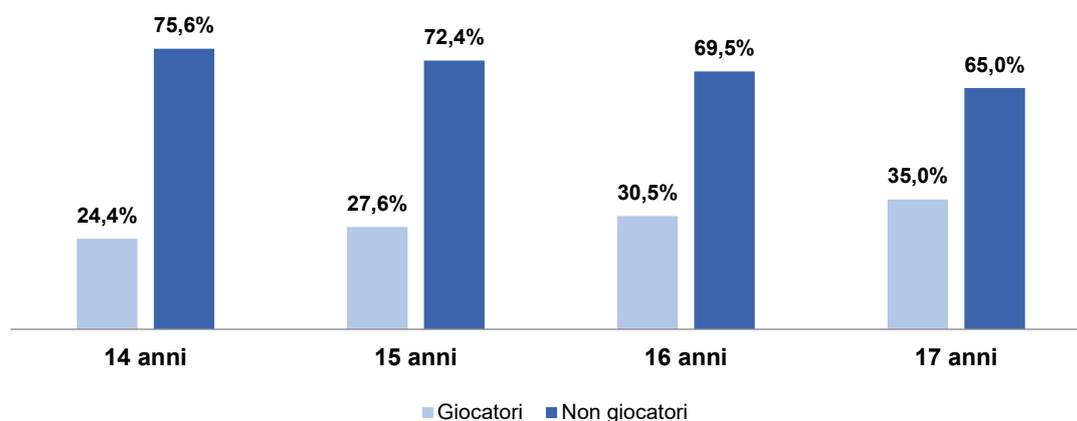
Si osservano sensibili differenze di genere nella pratica del gioco d'azzardo, infatti, nell'ultimo anno hanno giocato d'azzardo il 41,1% degli studenti maschi (circa 486.200 soggetti nella popolazione) e il 16,8% delle studentesse (circa 186.800 soggetti nella popolazione) (Tabella 3).

**Tabella 3. STUDENTI (14-17 anni): stima di prevalenza della pratica di gioco d'azzardo per genere**

Genere	n. campione	Non giocatori			Giocatori			Totale n.
		n.	%	IC95%	n.	%	IC95%	
Maschi	7.662	696.813	58,9	57,4-60,3	486.231	41,1	39,7-42,6	1.183.044
Femmine	7.940	925.160	83,2	82,0-84,2	186.811	16,8	15,8-18,0	1.111.971
Totale								2.295.015*

\* Popolazione residente in Italia al 1/1/2017 di età compresa tra i 14 e i 17 anni (fonte ISTAT)

Ulteriori differenze sono state osservate anche secondo l'età, dove la prevalenza di giocatori d'azzardo cresce all'aumentare dell'età degli studenti, facendo registrare una differenza di oltre 10 punti percentuali tra i quattordicenni (24,4%) e i diciassetenni (35%) (Figura 1).



**Figura 1. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale della pratica di gioco d'azzardo per età**

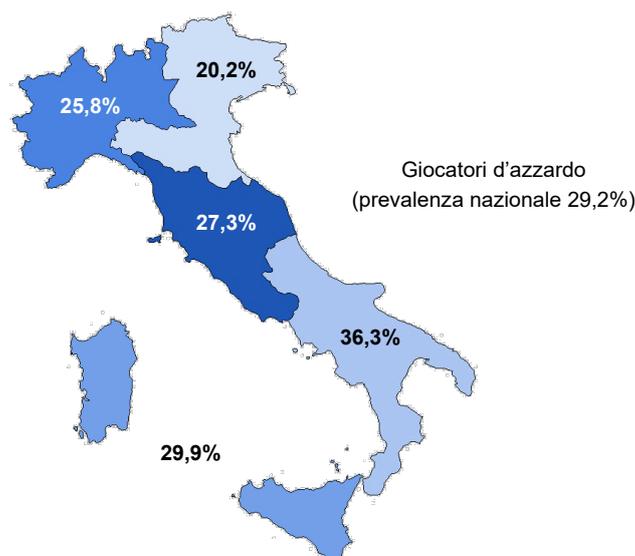
La distribuzione geografica della pratica del gioco d'azzardo tra gli studenti 14-17 anni evidenzia sensibili differenze tra il Nord-Est e il resto del Paese (con valori massimi di oltre 16 punti percentuali di differenza, rispetto al sud Italia). La pratica del gioco ha coinvolto il 36,3% degli studenti del sud (215.356 soggetti nella popolazione), il 29,9% degli studenti delle isole (79.722 soggetti nella popolazione), a seguire il 27,3% dei ragazzi del centro Italia (116.384 soggetti nella popolazione), il 25,8% dei giovani del Nord-Ovest (149.919 soggetti nella popolazione) e infine il 20,2% degli studenti del Nord-Est (86.400 soggetti nella popolazione) (Tabella 4, Figura 2).

La prevalenza di giocatori è differente anche all'interno delle varie tipologie di scuola: la percentuale più elevata di giocatori si registra negli istituti tecnici con il 37,5% (media nazionale 29,2%), a seguire gli istituti professionali con il 28,2%, i licei ed ex-magistrali con il 24,3%, e infine gli istituti e licei artistici con il 17,5%.

**Tabella 4. STUDENTI (14-17 anni): stime di prevalenza della pratica di gioco d'azzardo per area geografica**

Area geografica campione	n.	Non giocatori			Giocatori			Totale n.
		n.	%	IC95%	n.	%	IC95%	
Nord-Ovest	3.434	431.161	74,2	72,4-75,9	149.919	25,8	24,1-27,6	581.080
Nord-Est	3.109	341.325	79,8	78,2-81,4	86.400	20,2	18,6-21,8	427.725
Centro	2.923	309.931	72,7	70,6-74,7	116.384	27,3	25,3-29,4	426.315
Sud	4.408	377.910	63,7	61,9-65,5	215.356	36,3	34,5-38,1	593.266
Isole	1.728	186.907	70,1	67,0-73,0	79.722	29,9	27,0-33,0	266.629
Totale								2.295.015*

\* Popolazione residente in Italia al 1/1/2017 di età compresa tra i 14 e i 17 anni (fonte ISTAT) (\*)



**Figura 2. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di giocatori d'azzardo per area geografica**

### Stime di prevalenza dei giocatori d'azzardo per profilo di rischio

Al fine di rilevare i diversi gradi di severità della problematicità dei comportamenti connessi al gioco d'azzardo è stata utilizzata la versione italiana del questionario *South Oaks Gambling Screen Revised for Adolescents* (SOGS-RA) per i minorenni.

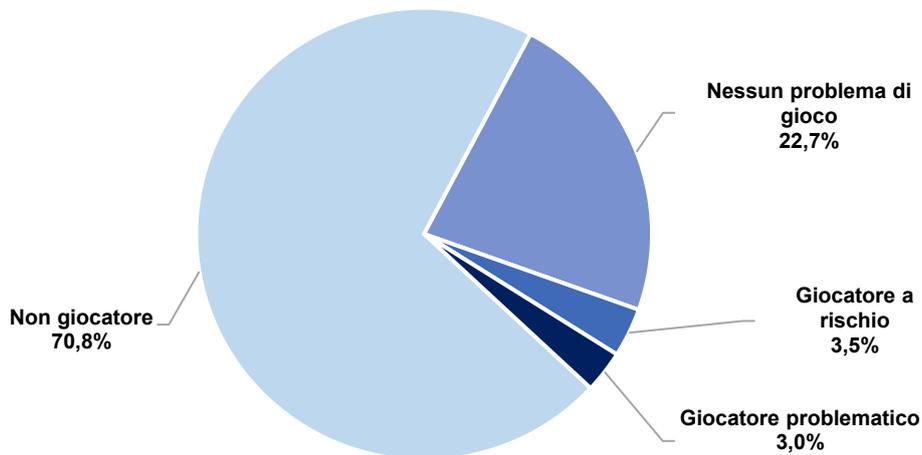
Il questionario SOGS-RA è composto da 12 *item* che misurano vari aspetti: la perdita di controllo sul gioco, le attività poste in essere per recuperare il denaro perso, l'interferenza con la vita familiare, scolastica, di relazione e i sentimenti di colpa per i soldi spesi e per le conseguenze del gioco. La scala SOGS-RA consente di individuare tre profili di giocatore in base al livello di rischio: giocatori con nessun problema di gioco (punteggio tra 0 e 1), giocatori d'azzardo a rischio (punteggio tra 2 e 3), giocatori d'azzardo problematici (punteggio 4+).

I risultati della prevalenza mostrano che il 22,7% (pari a 520.968 studenti) è un giocatore con profilo "nessun problema di gioco", il 3,5% (pari a 80.326 studenti) è un giocatore a rischio e infine la prevalenza di giocatori problematici è risultata pari al 3,0% (68.850 studenti) (Tabella 5, Figura 3).

**Tabella 5. STUDENTI (14-17 anni): stima di prevalenza della pratica di gioco d'azzardo per profili di rischio secondo la scala SOGS-RA**

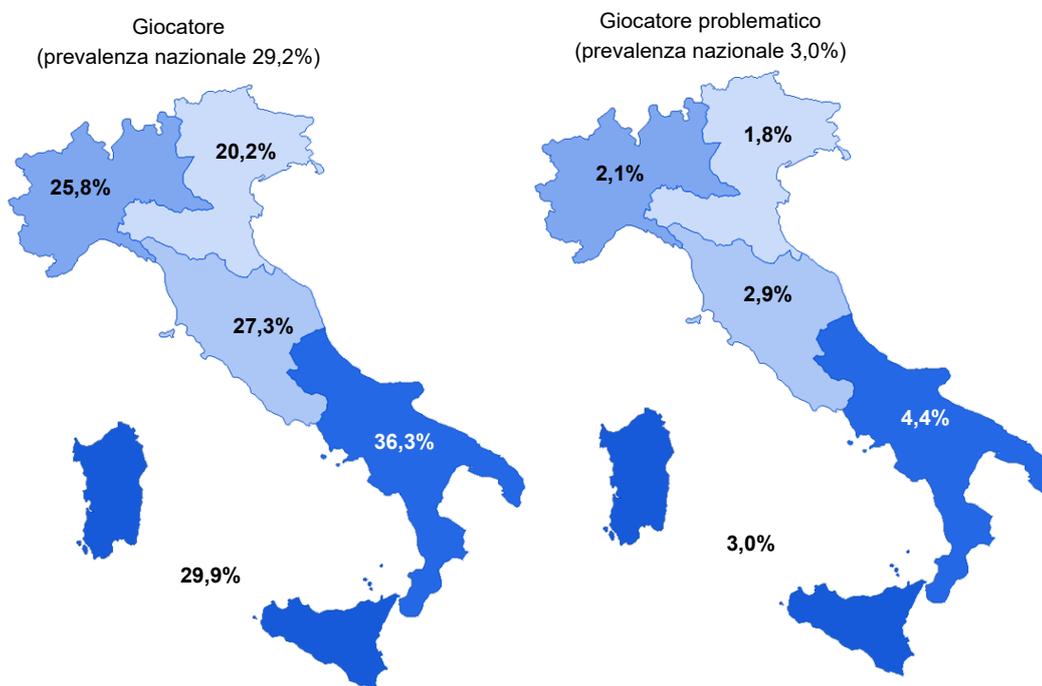
Profili	%	IC95%	n.	IC95%
Non giocatori	70,8	69,8-71,8	1.624.871	1.601.920-1.647.821
Nessun problema di gioco	22,7	21,8-23,6	520.968	500.313-541.623
Giocatori a rischio	3,5	3,1-3,9	80.326	71.145-89.506
Giocatori problematici	3,0	2,7-3,4	68.850	61.965-78.030
Totale			2.295.015*	

\* Popolazione residente in Italia al 1/1/2017 di età compresa tra i 14 e i 17 anni (fonte ISTAT).



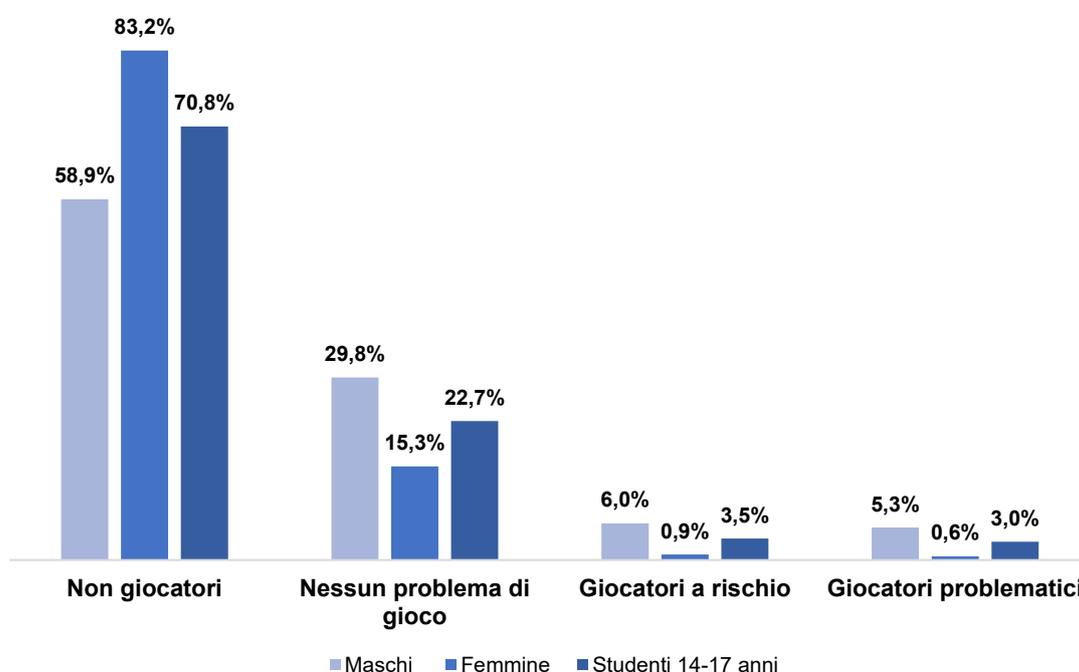
**Figura 3. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale dei profili di rischio del giocatore d'azzardo secondo il SOGS-RA**

Considerando le diverse aree geografiche, il Nord-Est presenta la prevalenza più bassa di giocatori problematici (1,8%), seguito dal Nord-Ovest (2,1%) e dal Centro (2,9%), tutti valori sotto la media dell'intera popolazione di studenti (3%). Per contro, le Isole registrano una prevalenza del 3%, in linea con la media nazionale, mentre i valori riscontrati al Sud (4,4%) sono nettamente superiori alla media nazionale (Figura 4).



**Figura 4. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di giocatori d'azzardo e giocatori d'azzardo problematici per area geografica**

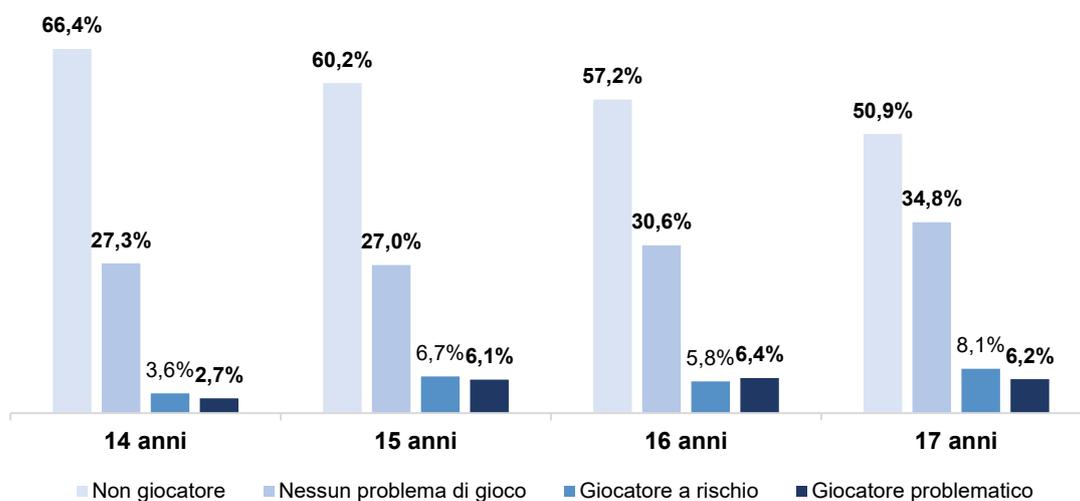
Sono state rilevate prevalenze di giocatori significativamente più elevate negli studenti maschi rispetto alle studentesse per ogni profilo di gioco (rispettivamente giocatori senza problemi di gioco, 29,8% vs 15,3%; giocatori a rischio, 6% vs 0,9%; giocatori problematici, 5,3% vs 0,6%). Le studentesse, di contro, mostrano prevalenze più elevate tra i non giocatori (83,2% femmine vs 58,9% maschi) (Figura 5).



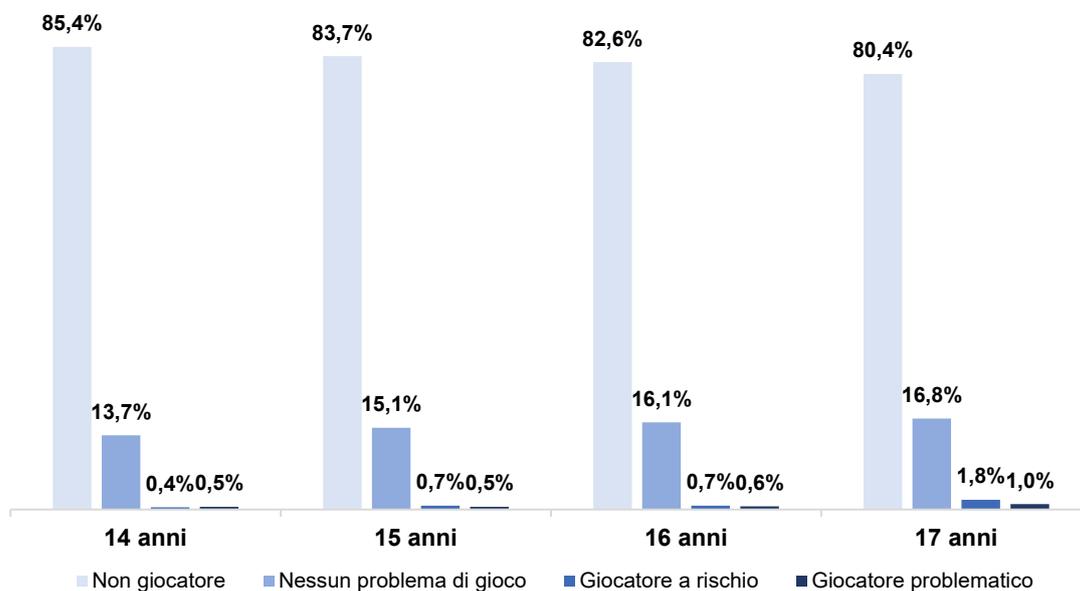
**Figura 5. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di pratica di gioco d'azzardo secondo il genere e il profilo di rischio**

Anche l'età degli studenti rappresenta un elemento associato significativamente al comportamento di gioco; infatti, la frequenza di giocatori d'azzardo a rischio e problematici aumenta con l'età, in particolare per i maschi. Il 3,6% dei maschi 14enni mostra un comportamento a rischio e il 2,7% un comportamento problematico. Tra i maschi 15enni il 6,7% mostra un comportamento a rischio e il 6,1% un comportamento problematico. La percentuale del comportamento a rischio subisce una lieve flessione tra i 16enni (5,8%) ma un lieve incremento si osserva per il comportamento problematico (6,4%). Tra i 17enni si osserva ancora un incremento sia per il comportamento a rischio (8,1%) sia per il comportamento problematico (6,2%) (Figura 6).

Anche nelle studentesse si registra un aumento graduale dei valori delle prevalenze all'aumentare dell'età, sebbene si osservino valori percentuali significativamente più bassi rispetto ai maschi. Lo 0,4% delle ragazze 14enni mostra un comportamento a rischio mentre lo 0,5% un comportamento problematico. Nelle 15enni si osserva un leggero incremento (0,7% comportamento a rischio; 0,5% comportamento problematico) che si mantiene pressoché stabile tra le 16enni (0,7% comportamento a rischio; 0,6% comportamento problematico) per poi aumentare tra le 17enni (1,8% comportamento a rischio; 1% comportamento problematico) (Figura 7).

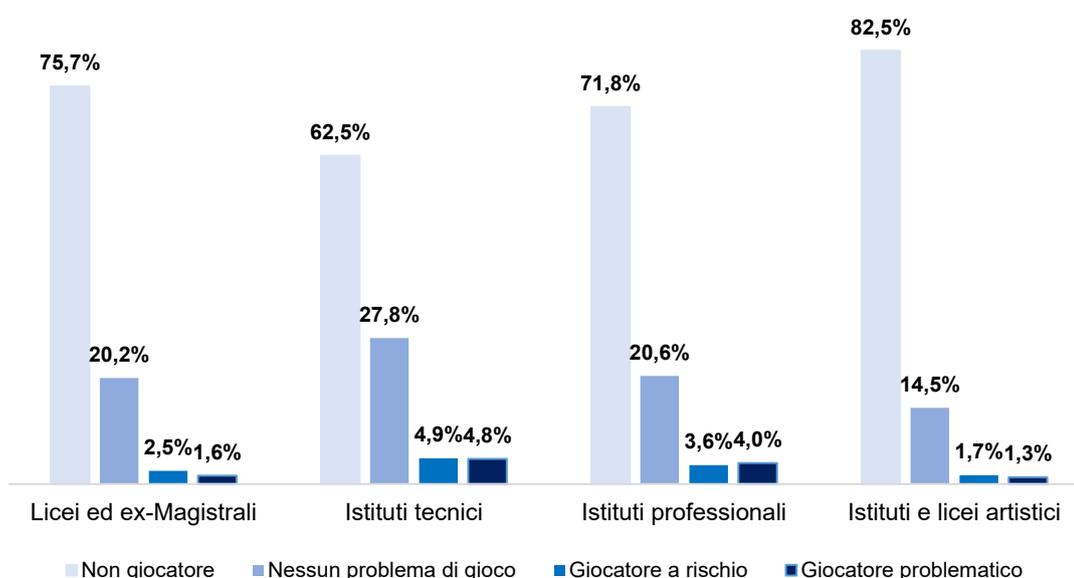


**Figura 6. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di studenti maschi, per età e profilo di rischio**



**Figura 7. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di studentesse, per età e profilo di rischio**

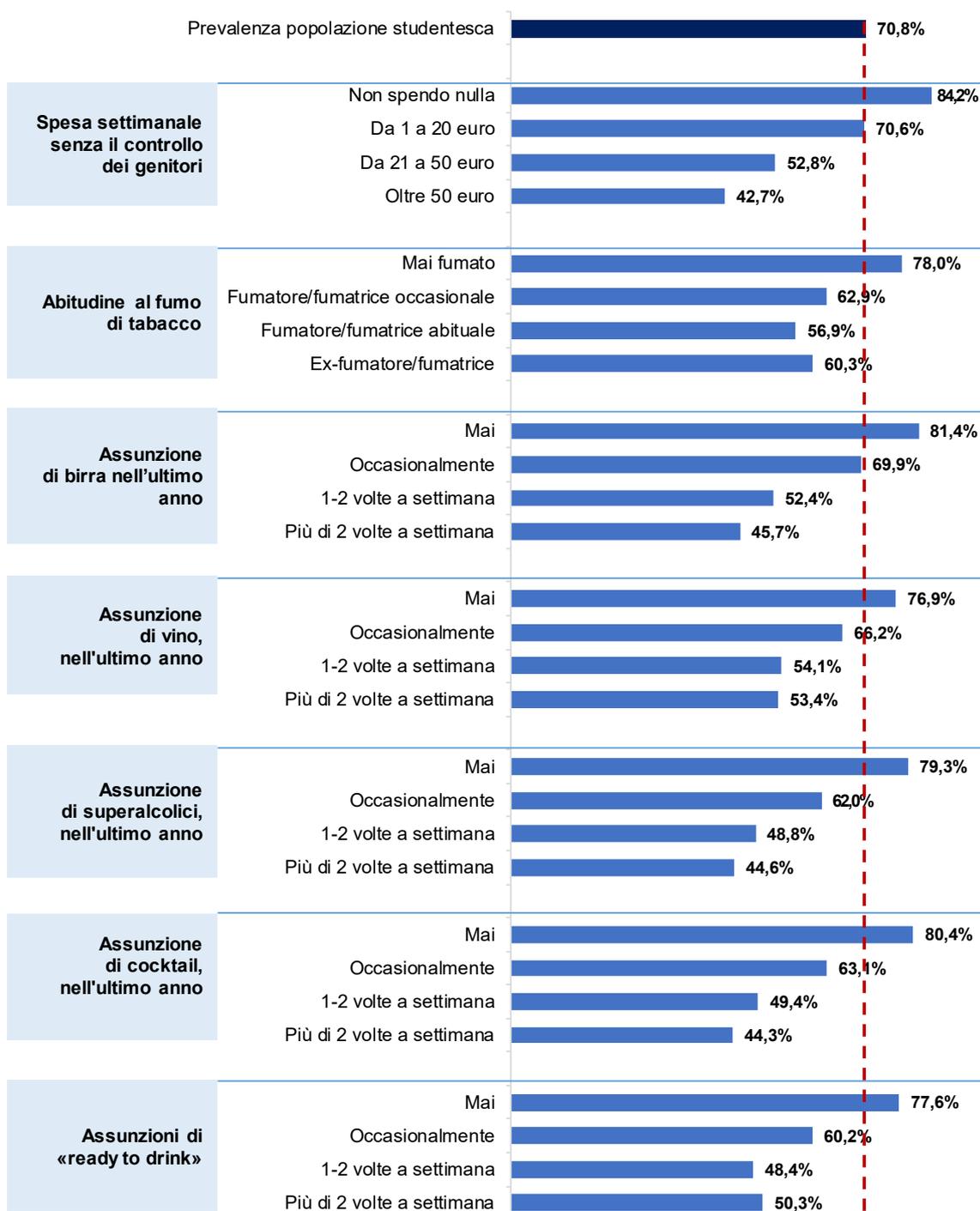
Il 4,9% degli studenti frequentanti gli istituti tecnici e il 3,6% degli studenti frequentanti gli istituti professionali sono giocatori a rischio mentre il 4,8% degli studenti frequentanti gli istituti tecnici e il 4,0% degli studenti frequentanti gli istituti professionali sono giocatori problematici. Significativamente più basse risultano le prevalenze nei licei e istituti ex-magistrali (giocatori a rischio 2,5% e giocatori problematici 1,6%) e soprattutto negli istituti e licei artistici (1,7% giocatori a rischio; 1,3% giocatori problematici) (Figura 8).



**Figura 8. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di non giocatori e giocatori per profilo di rischio, per tipologia di istituto scolastico**

Se si confrontano alcune abitudini relative agli stili di vita dei giovani giocatori con quelle dei coetanei non giocatori si osserva in generale una prevalenza maggiore di giovani giocatori tra coloro che hanno la possibilità di sostenere spese settimanali senza il controllo dei genitori, che fumano o comunque hanno sperimentato l'abitudine al fumo, che consumano sostanze alcoliche. In particolare, osservando nel dettaglio i diversi profili di rischio si nota un'alta presenza di giocatori problematici tra gli studenti che affermano di spendere oltre 50 a settimana senza il controllo dei genitori ben sopra la media nazionale (18,0%). Molto più alta della media nazionale è anche la frequenza di comportamento di gioco problematico tra coloro che hanno bevuto birra, superalcolici, cocktail e ready to drink più di 2 volte a settimana (Figure 9-12).

Analizzando nel dettaglio il consumo di sostanze psicoattive si evidenzia una maggiore presenza di consumatori in tutti i profili di rischio. In particolare si osserva un'alta presenza di giocatori problematici tra coloro che affermano di aver assunto cannabis nell'ultimo anno (7,6%), di far uso di *smart drugs* (11,6%) o *spice* (12,4%). Per quanto concerne i *social casino games* si osserva che il 39,9% dei partecipanti a questi giochi risultano giocatori con profilo "nessun problema di gioco", il 13,6% giocatori a rischio e il 14,9% giocatori problematici (Figure 13-16).



**Figura 9. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di studenti non giocatori vs 'spesa settimanale senza il controllo dei genitori', abitudine al fumo di tabacco e assunzione di sostanze alcoliche**

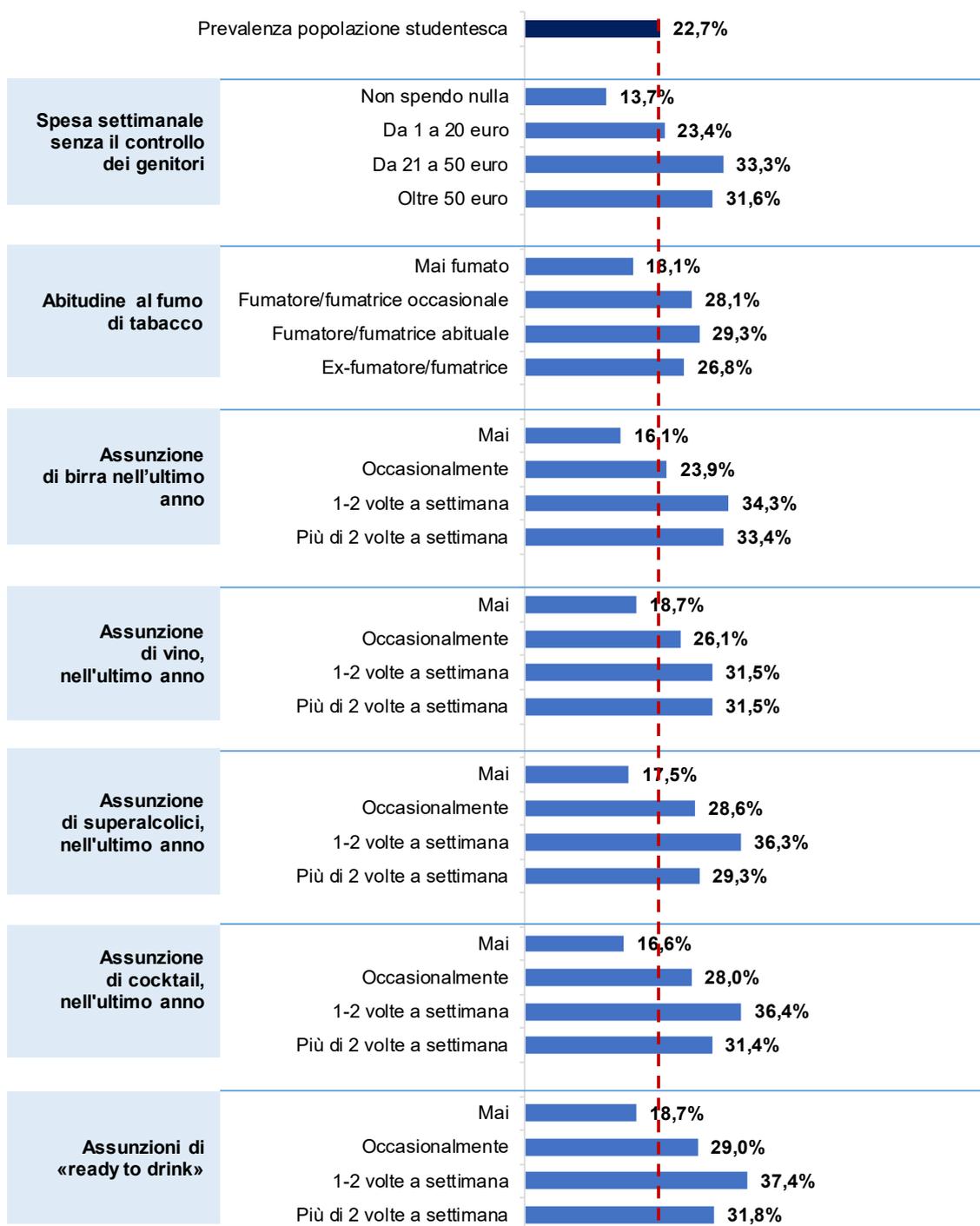
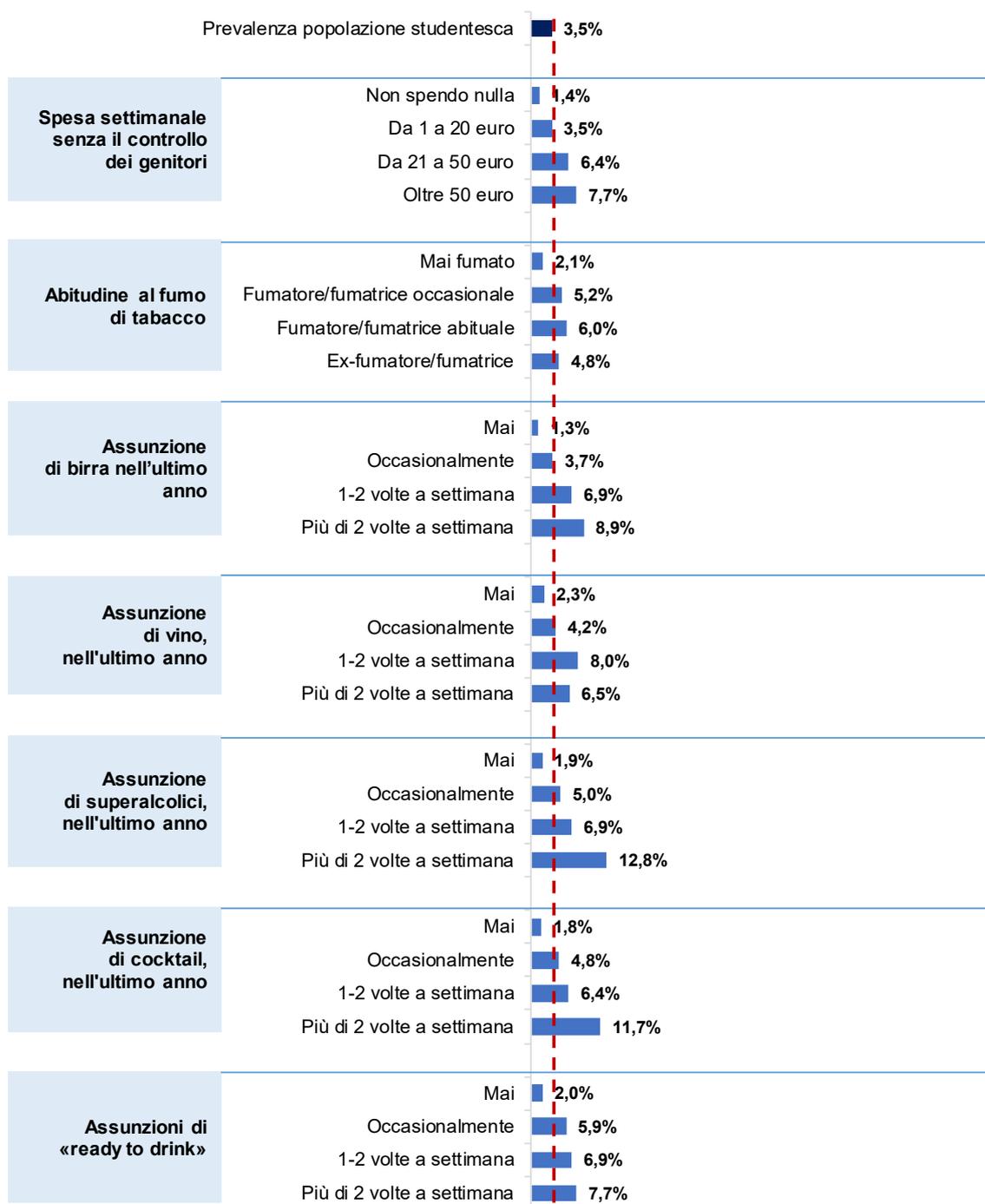
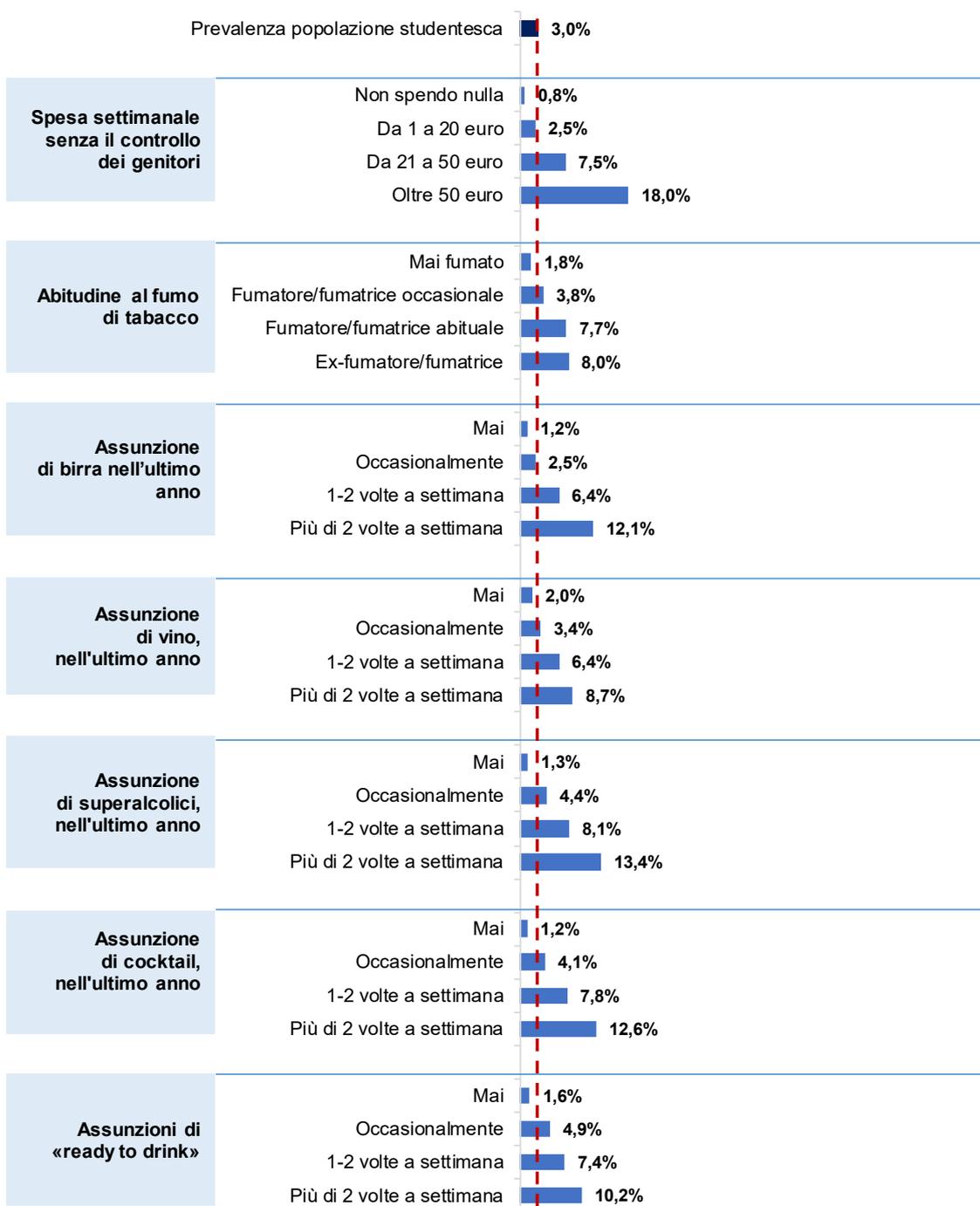


Figura 10. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di studenti giocatori 'nessun problema di gioco' vs 'spesa settimanale senza il controllo dei genitori', abitudine al fumo di tabacco e assunzione di sostanze alcoliche



**Figura 11. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di giocatori a rischio vs 'spesa settimanale senza il controllo dei genitori', abitudine al fumo di tabacco e assunzione di sostanze alcoliche**



**Figura 12. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di giocatori problematici vs 'spesa settimanale senza il controllo dei genitori', abitudine al fumo di tabacco e assunzione di sostanze alcoliche**

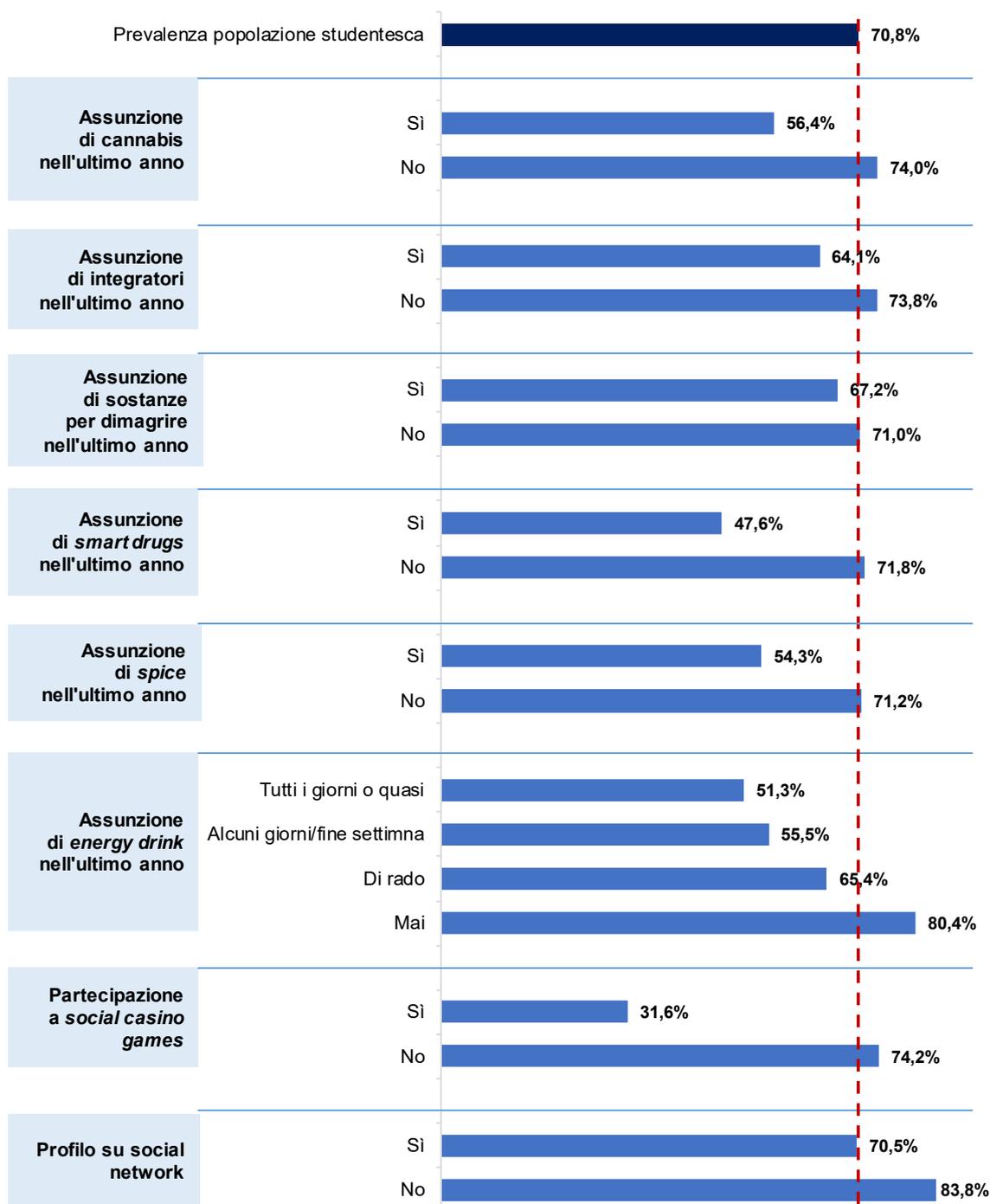


Figura 13. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di non giocatori vs consumo di altre sostanze e attività in Internet

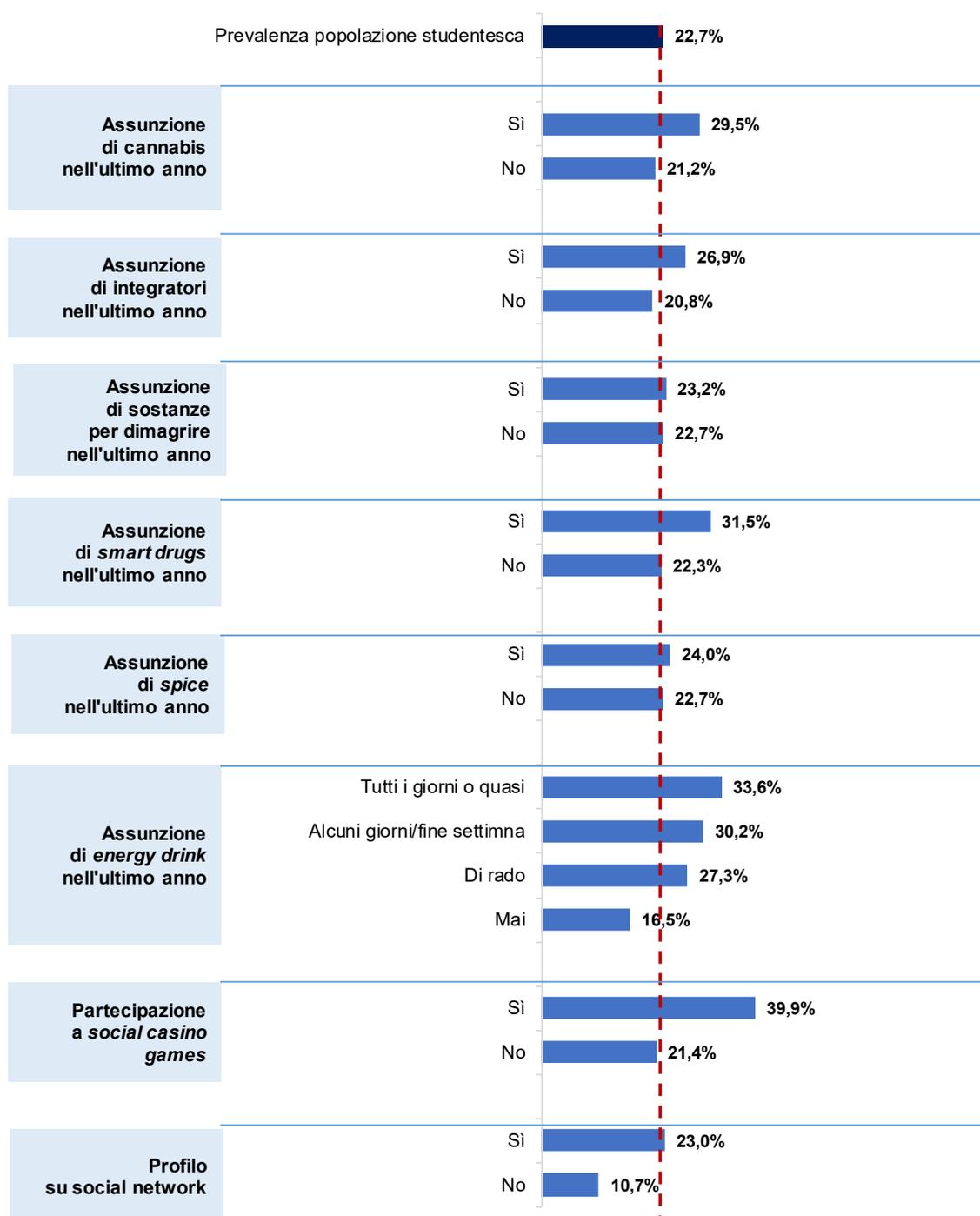


Figura 14. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di giocatori 'nessun problema di gioco' vs consumo di altre sostanze e attività in Internet

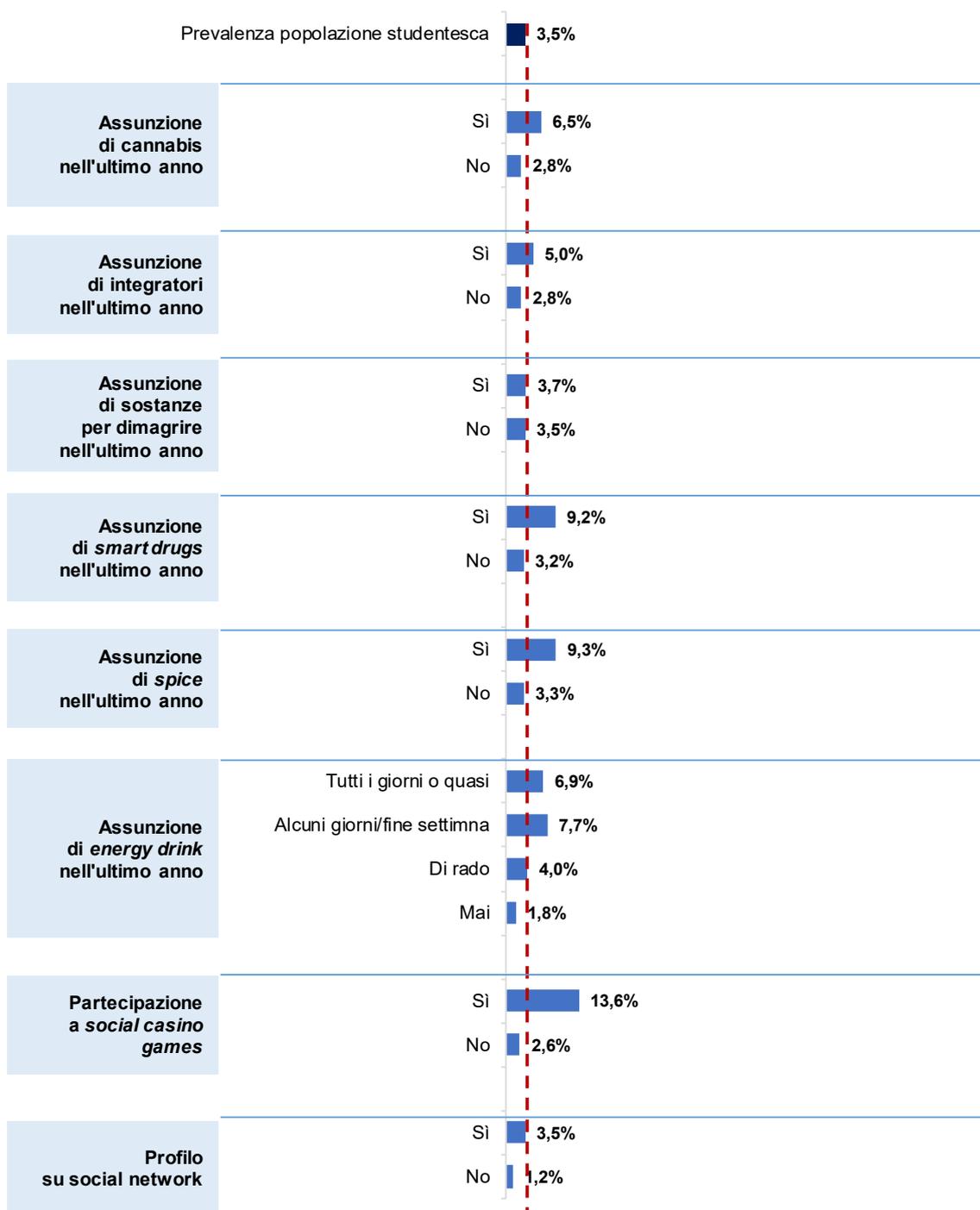


Figura 15. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di giocatori a rischio vs consumo di altre sostanze e attività in Internet

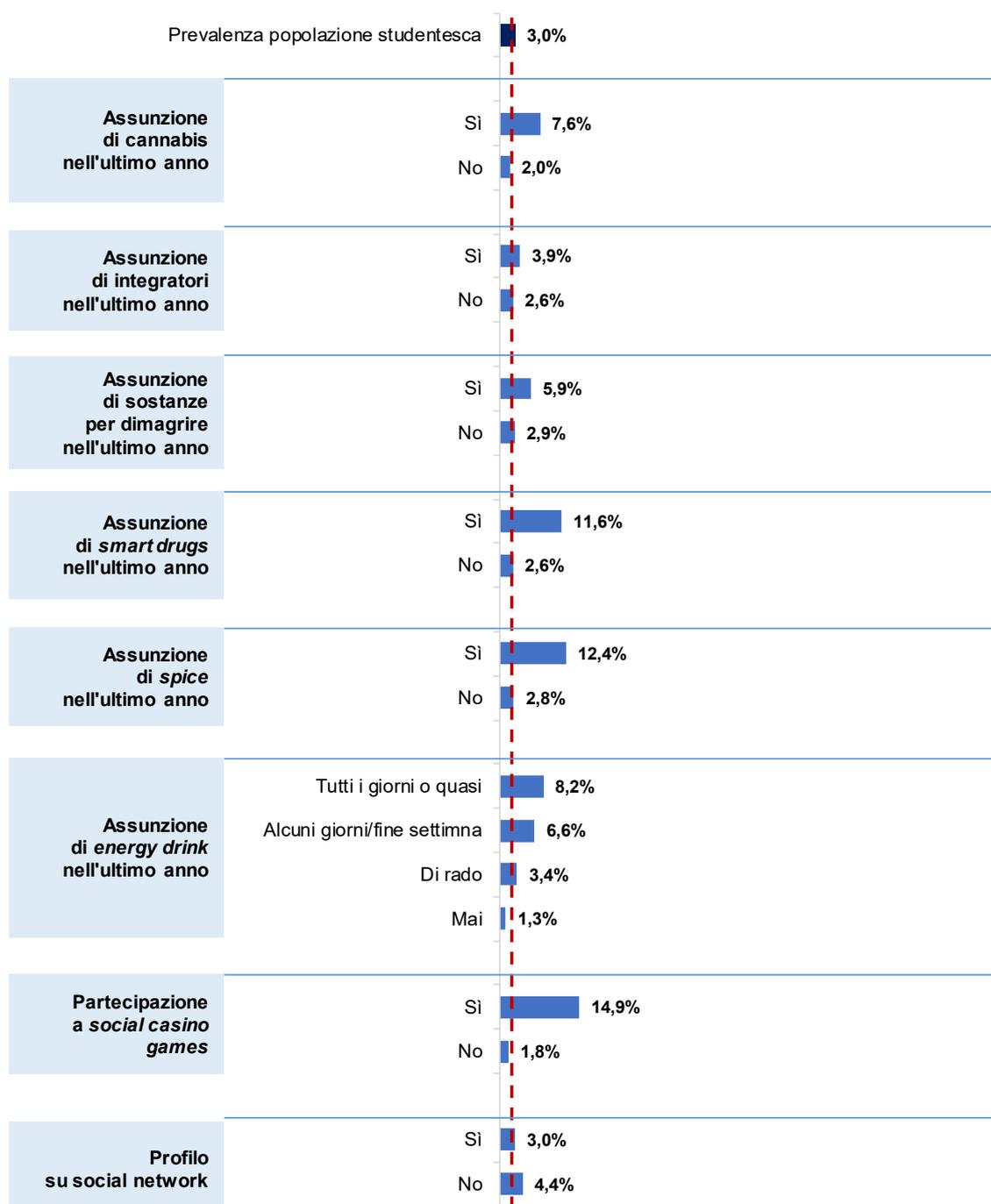
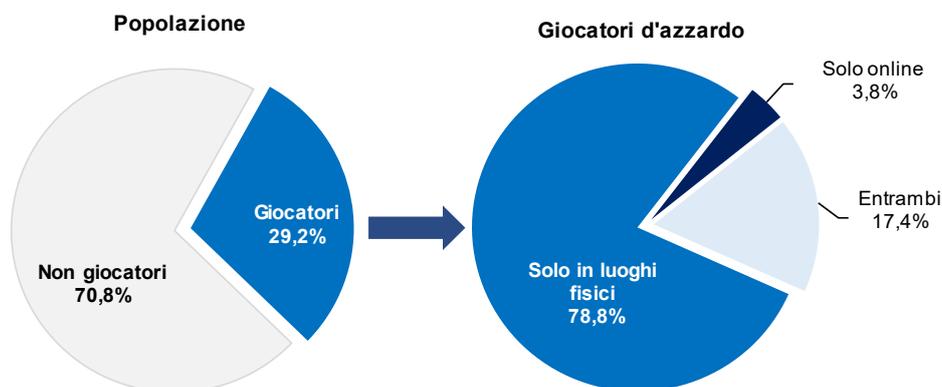


Figura 16. STUDENTI (14-17 anni): prevalenza percentuale di giocatore a rischio vs consumo di altre sostanze e attività in Internet

## Caratterizzazione del giocatore d'azzardo

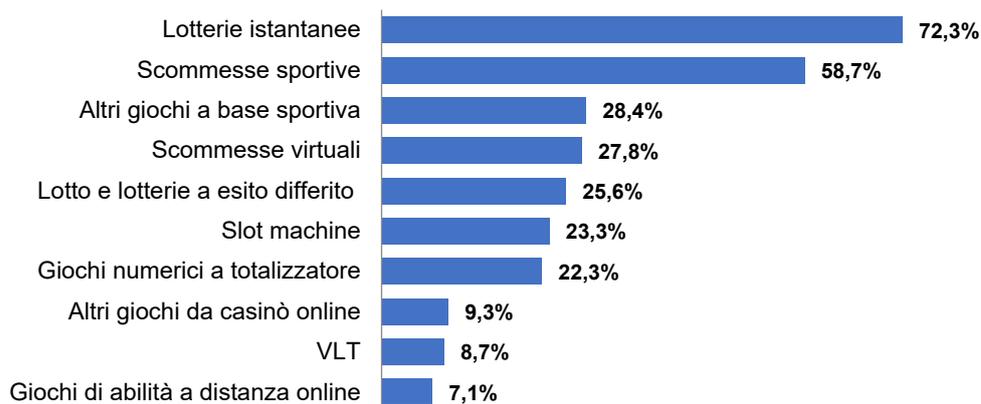
In questo paragrafo saranno riportati i risultati relativi alle distribuzioni percentuali all'interno alla sola popolazione di giocatori (stimata a 670.144 studenti tra i 14 e i 17 anni) e le principali caratteristiche del loro comportamento di gioco, all'interno di ciascun profilo di rischio. La maggior parte degli studenti intervistati preferisce giocare solo in luoghi fisici (78,8%), il 3,8% gioca esclusivamente online e il 17,4% gioca utilizzando entrambi i canali (Figura 17).



**Figura 17. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): distribuzione percentuale per canale di gioco**

Uno studente giocatore su quattro (26,6%) dichiara di aver giocato la prima volta tra i 9 e i 12 anni, il 35% tra i 13 e i 14 anni e il 38,4% a partire dai 15 anni.

I giochi maggiormente praticati dai giovani giocatori intervistati – a prescindere dal canale di gioco – sono le lotterie istantanee o in tempo reale e le scommesse sportive praticate rispettivamente dal 72,3% e dal 58,7% degli studenti giocatori intervistati; seguono gli altri giochi a base sportiva (28,4%), le scommesse virtuali (27,8%), il lotto o lotterie a esito differito (25,6%), le *slot machine* (23,3%) e i giochi numerici a totalizzatore (22,3%). I giochi da casinò online sono praticati dal 9,3% degli studenti giocatori mentre i giochi di abilità a distanza online dal 7,1%. Le VLT, nonostante presenti esclusivamente in sale con accesso vietato ai minori, sono praticate dall'8,7% dei giocatori minorenni intervistati (Figura 18).



**Figura 18. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): distribuzione percentuale dei giochi d'azzardo praticati (percentuale calcolata su risposte multiple)**

Tra i principali motivi di iniziazione al gioco d'azzardo, la curiosità è stata indicata da oltre la metà degli studenti giocatori (53,5%) e il divertimento è stato scelto da circa un terzo dei giovani giocatori (31,2%); il 12,3% dichiara di aver giocato la prima volta perché lo facevano gli amici, l'8% per noia e il 7,8% dichiara di aver giocato con la convinzione di poter vincere facilmente. Il 6,5% dichiara, inoltre, di aver giocato la prima volta perché nella propria famiglia si è sempre giocato e il 3,7% perché aveva bisogno di soldi. Infine, solo il 2,1% dichiara di aver iniziato perché incuriosito dalla pubblicità. Al contrario degli adulti, che dichiarano di giocare principalmente da soli, circa la metà dei giovani giocatori (45,1%) dichiara di giocare in compagnia di altre persone, un terzo (35,2%) dichiara di giocare con membri della famiglia e 1 studente su 5 (19,7%) dichiara di giocare da solo.

I luoghi fisici dove gli studenti giocatori dichiarano di giocare più frequentemente sono le tabaccherie (44,9%), le sale scommesse (39,5%) e a seguire i bar (27,7%) e altre ricevitorie (6,6%). Il 2% circa ha frequentato casinò mentre l'1,8% frequenta le sale VLT (luoghi in cui ricordiamo è vietata la frequentazione ai minori).

Gli studenti giocatori dichiarano di scegliere i luoghi di gioco prevalentemente perché vicini a casa (48%) o perché non viene loro richiesto il documento di identità (20,1%) (Figura 19).

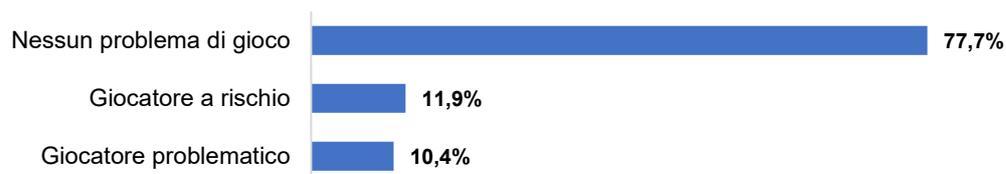


**Figura 19. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): distribuzione percentuale della motivazione di scelta del luogo di gioco (percentuale calcolata su risposte multiple)**

### Caratterizzazione del giocatore per profilo di rischio

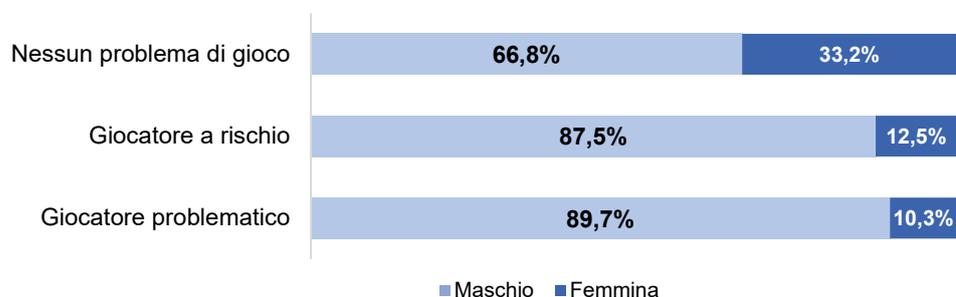
Sono state condotte analisi approfondite per tracciare il profilo dei giocatori problematici e a rischio per caratterizzarli rispetto ai giocatori senza problemi di gioco, seppure è bene ricordare che il gioco d'azzardo è vietato ai minori.

Il primo dato riferito alla distribuzione percentuale dei giocatori rispetto ai profili di rischio, secondo la scala SOGS-RA, mette in evidenza che il 77,7% della popolazione studentesca di giocatori pratica gioco d'azzardo senza nessun problema di gioco, l'11,9% è un giocatore a rischio, il 10,4% evidenzia un profilo di giocatore problematico (Figura 20).



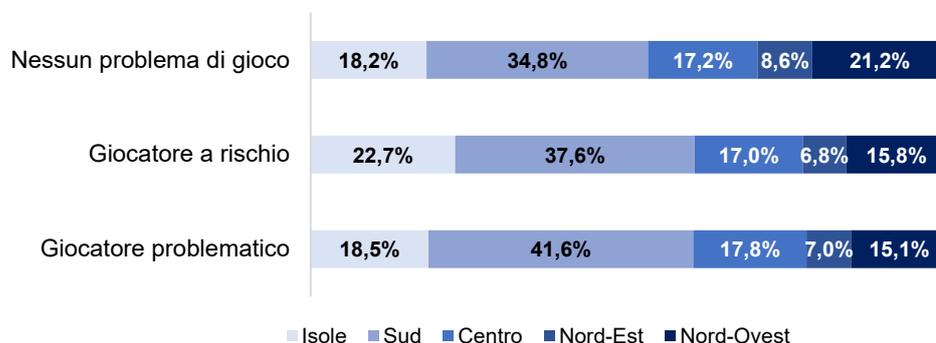
**Figura 20. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): distribuzione percentuale per profili di rischio**

Analizzando le caratteristiche socio-anagrafiche dei diversi profili di rischio, si osserva che in generale i maschi giocano più delle femmine ma questa disparità risulta maggiore nei giocatori a rischio e problematici (rispettivamente 87,5% maschi vs 12,5% femmine; 89,7% maschi e 10,3% femmine) rispetto ai giocatori senza problemi di gioco (66,8% maschi e 33,2% femmine) (Figura 21).



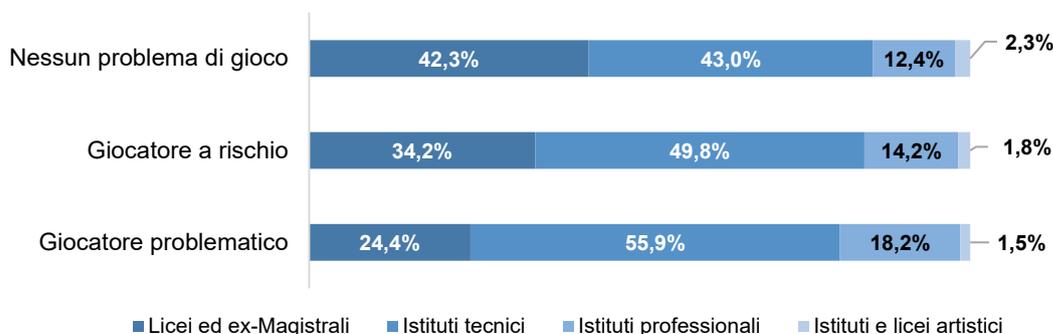
**Figura 21. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): distribuzione percentuale del genere per profilo di rischio**

Considerando la variabile età, tra i giocatori a rischio e problematici si osserva una flessione del 14enni rispetto alle altre età. L'area geografica di residenza maggiormente rappresentata in tutte le categorie di giocatori è il Sud: vi risiedono il 41,6% dei giocatori problematici, il 37,6% dei giocatori a rischio e il 34,8% dei giocatori senza problemi di gioco. Il Nord-Est di contro è il meno rappresentato in tutti i profili di giocatore (Figura 22).



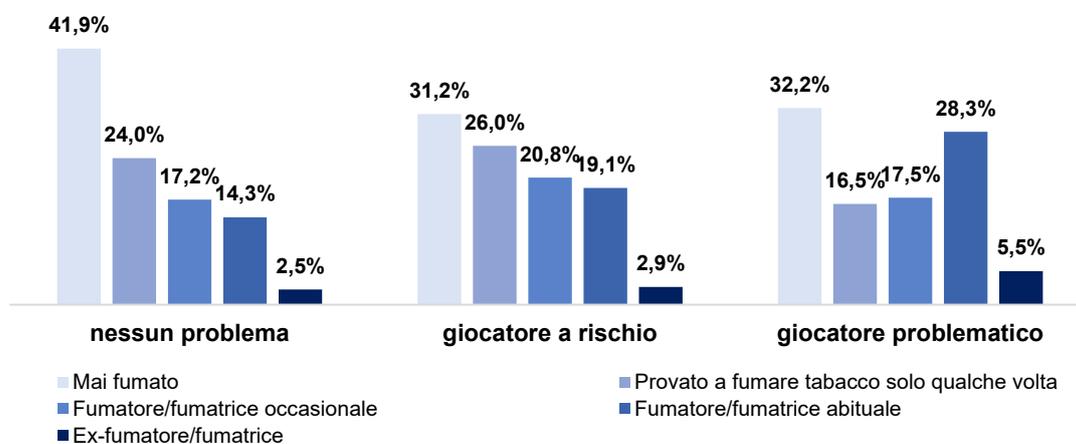
**Figura 22. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): distribuzione percentuale dell'area geografica di residenza per profilo di rischio**

Le scuole più frequentate dai giovani giocatori sono gli istituti tecnici, con un'alta percentuale di studenti che frequentano istituti tecnici nel profilo di giocatore problematico (55,9%) e nel profilo di giocatore a rischio 49,8%; a seguire licei ed ex magistrali dove l'andamento è contrario, ossia nel profilo 'nessun problema di gioco' si riscontra una percentuale del 42,3%, più alta rispetto a quella degli altri profili (34,2% giocatore a rischio; 24,4% giocatore problematico) (Figura 23).



**Figura 23. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): distribuzione percentuale della tipologia di scuola frequentata per profilo di rischio**

Sono state analizzate le abitudini al fumo dei giocatori adolescenti che mostrano come tra i giocatori problematici la percentuale di coloro che fuma abitualmente è più alta (28,3%) rispetto a quella del giocatore a rischio (19,1%) e del giocatore senza problemi di gioco (14,3%) (Figura 24).



**Figura 24. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): abitudine al fumo di tabacco per profilo di rischio**

Fumare 10 o più sigarette al giorno è un'abitudine riscontrata maggiormente nei profili di giocatore a rischio e problematico (rispettivamente 53,3% e 48,2%) rispetto ai giocatori senza problemi di gioco (31,1%) (Figura 25).

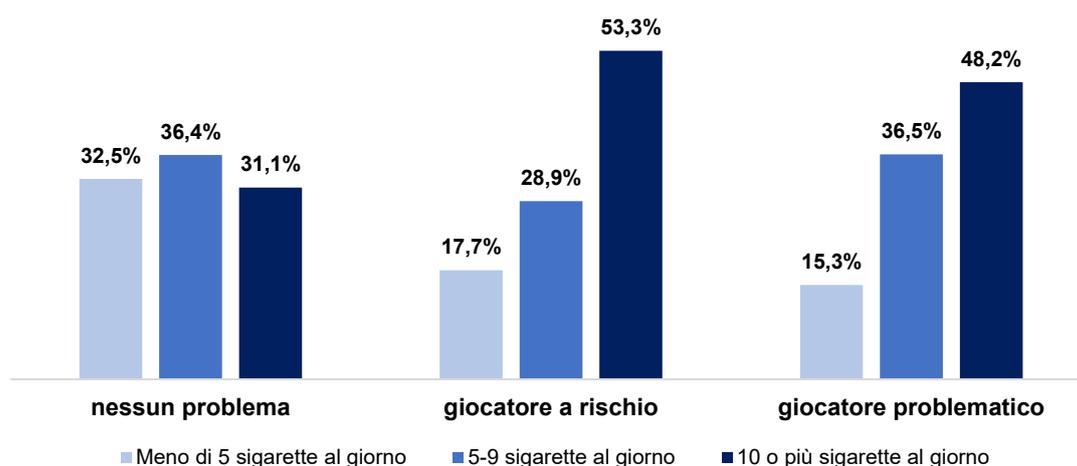


Figura 25. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): sigarette fumate per profilo di rischio

L'età d'iniziazione al fumo tra i 13 e i 14 anni è la più rappresentata in tutti i profili di giocatore (giocatori senza problemi di gioco 50,8%; giocatori a rischio 51,8%; giocatori problematici 45,5%); l'iniziazione dai 15 anni in su decresce con il profilo di rischio (giocatori senza problemi di gioco 23,0%; giocatori a rischio 17,6%; giocatori problematici 14,8%) mentre l'iniziazione precoce - tra i 9 e i 12 anni - caratterizza maggiormente il giocatore problematico (39,7%) rispetto ai giocatori a rischio (30,6%) e ai giocatori senza problemi di gioco (26,2%).

Il bere fino a perdere il controllo (comportamento di *binge drinking*) è un comportamento che il 16,7% dei giocatori senza problemi di gioco ha dichiarato di aver avuto 1-2 volte nei 30 giorni antecedenti l'intervista, percentuale che cresce al 27,9% negli studenti giocatori a rischio e al 25,3% nei giocatori problematici. Se si osserva, invece, chi ha avuto questo comportamento 3 volte o più la percentuale aumenta all'aumentare del livello di rischio (nessun problema di gioco 4,1%; giocatori a rischio 8,6%; giocatori problematici 15,9%) (Figura 26).

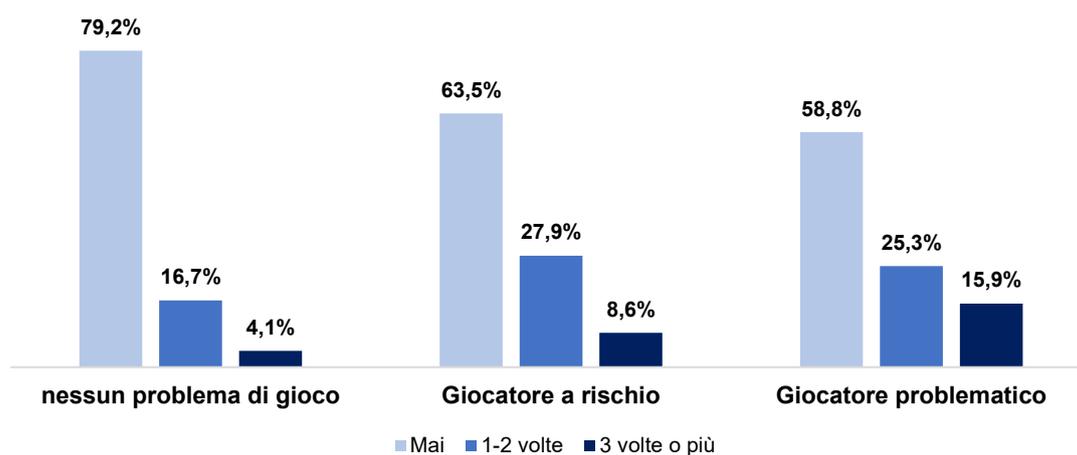


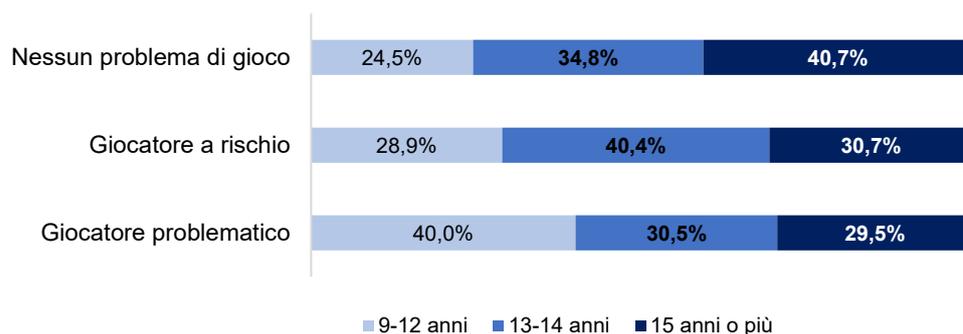
Figura 26. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): comportamento di *binge drinking* per profilo di rischio

Un andamento crescente si osserva anche per il consumo di *cannabis* (*marijuana* o *hashish*): la percentuale di giovani giocatori che hanno fatto uso di *cannabis* nell'ultimo anno aumenta con l'intensificarsi del comportamento problematico di gioco (nessun problema di gioco 23,5%; giocatori a rischio 33,7%; giocatori problematici 45,5%).

Sono state effettuate elaborazioni statistiche specifiche sui giovani giocatori poli-consumatori, e cioè gli studenti che giocano e fumano abitualmente/occasionalmente e/o che consumano almeno una bevanda alcolica 5 o più volte a settimana e/o che hanno assunto *cannabis* e/o smart drugs e/o spice nell'ultimo anno (criterio di inclusione "and" e "or"). I risultati mostrano che la percentuale dei poli-consumatori tra i giocatori senza problemi di gioco è pari al 42,6%, nei giocatori a rischio è pari al 56,9%, mentre nei giocatori problematici è 66,2%.

Le stesse elaborazioni statistiche sono state compute assumendo un criterio più restrittivo nella definizione di poli-consumatore, considerando solo i giocatori che soddisfano tutte le condizioni, ovvero che allo stesso tempo fumano, consumano almeno una bevanda alcolica 5 o più volte a settimana e hanno assunto *cannabis*, *smart drugs* e *spice* nell'ultimo anno (criterio di inclusione solamente "and"). Partendo da questa definizione più restrittiva, si osserva che i giocatori senza problemi di gioco presentano una percentuale di poli-consumatori pari allo 0,2%, i giocatori a rischio pari allo 0,5%, e i giocatori problematici pari al 2,7%.

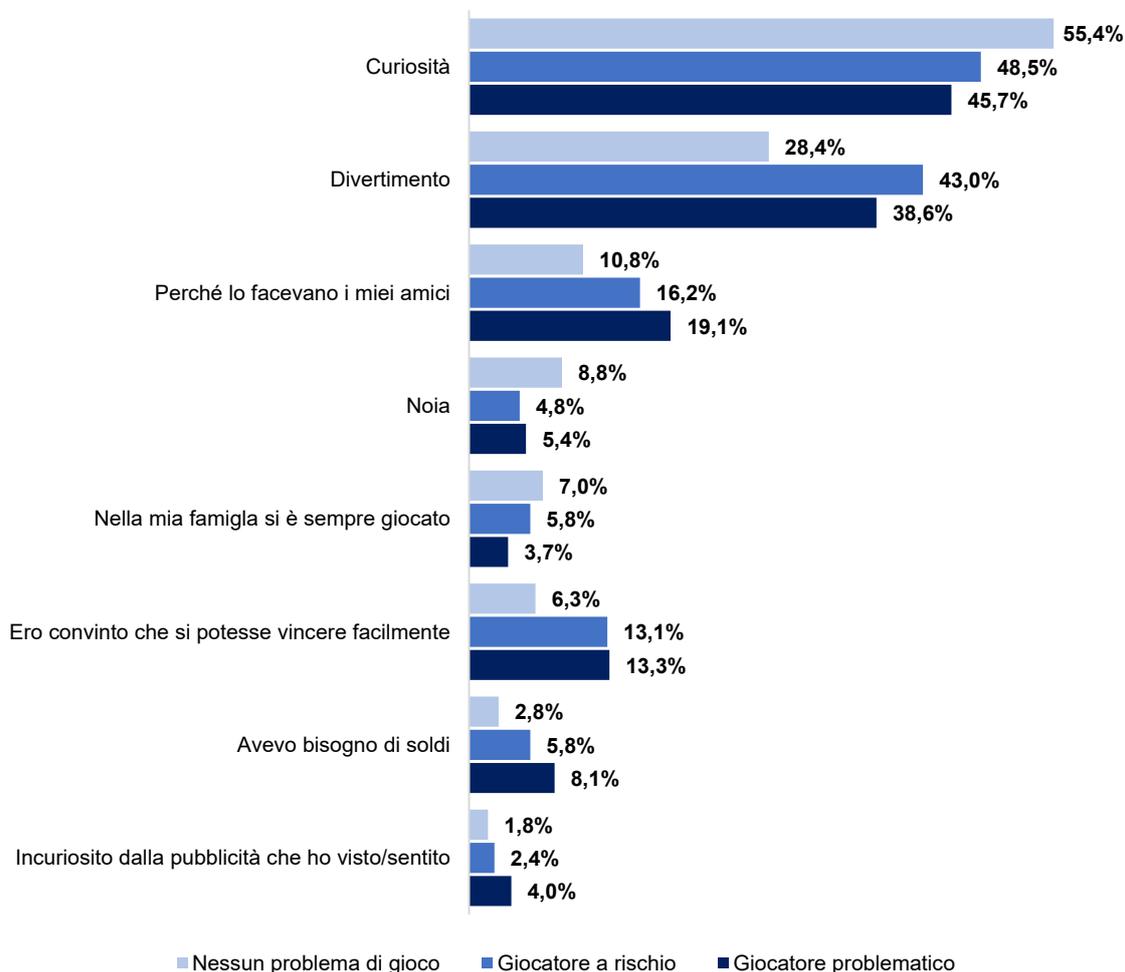
Se si passa ad analizzare le caratteristiche legate alla pratica di gioco d'azzardo, una precoce iniziazione viene riscontrata nella maggioranza dei giovani giocatori problematici che dichiarano per il 40% di aver giocato la prima volta tra i 9 e i 12 anni e per il 30,5% tra i 13 e i 14 anni. Per contro, un andamento inverso si osserva in chi dichiara di aver giocato la prima volta a 15 anni o più che sono il 40,7% dei giocatori senza problemi di gioco, il 30,7% dei giocatori a rischio e il 29,5% dei giocatori problematici (Figura 27).



**Figura 27. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): età di iniziazione al gioco d'azzardo per profilo di rischio**

Per tutti i profili di giocatore le motivazioni principali per cui si è iniziato a giocare sono curiosità e divertimento, così come per gli adulti. In particolare, la curiosità è la motivazione di iniziazione al gioco con percentuale più elevata nel profilo nessun problema di gioco (55,4%) rispetto agli altri due profili (giocatore a rischio, 48,5%; giocatori problematici, 45,7%); mentre il divertimento è quella più elevata nel profilo del giocatore a rischio (43%), rispetto agli altri due profili (giocatori problematici, 38,6%; nessun problema di gioco, 28,4%). Altre motivazione con percentuali più basse, che mostrano un andamento crescente in relazione al profilo di rischio, si registrano in corrispondenza dell'emulazione del comportamento dei pari (*perché lo facevano i miei amici*), in cui la percentuale dei giocatori senza problemi di gioco è 10,8%, quella dei giocatori a rischio è 16,2% e quella riferibile ai giocatori problematici è 19,1% e della convinzione di poter vincere facilmente (nessun problema di gioco, 6,3%; giocatore a rischio, 13,1%; giocatore

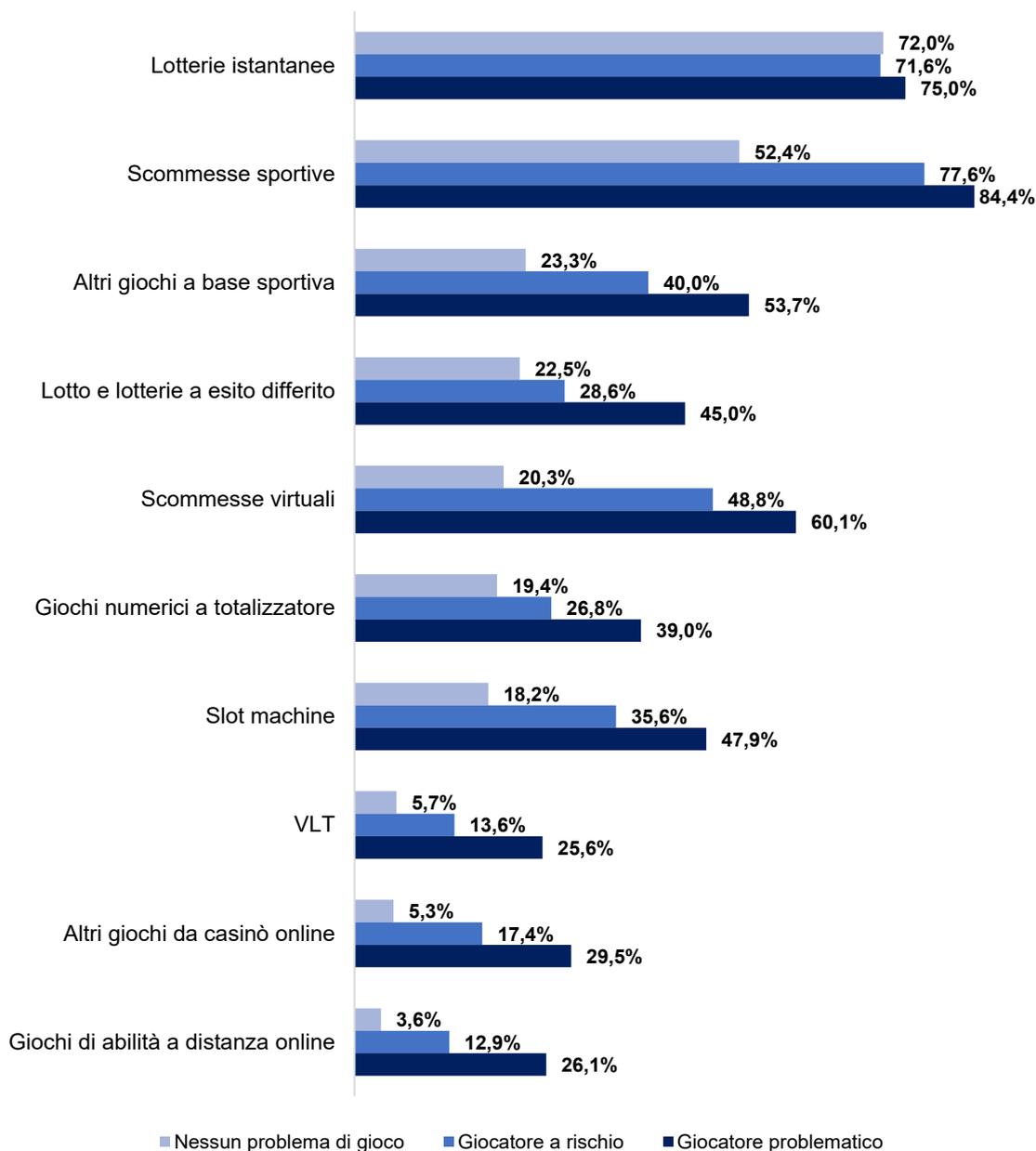
problematico, 13,3%). Nei giocatori a rischio e problematici anche avere bisogno di soldi (rispettivamente 5,8% e 8,1%) rappresenta una motivazione maggiormente presente rispetto ai giocatori senza problemi di gioco (2,8%) che invece sono maggiormente spinti dalla noia (8,8%) o dal fatto che nella loro famiglia si è sempre giocato (7,0%) (Figura 28).



**Figura 28. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): motivazione di iniziazione al gioco per profilo di rischio (percentuale calcolata su risposte multiple)**

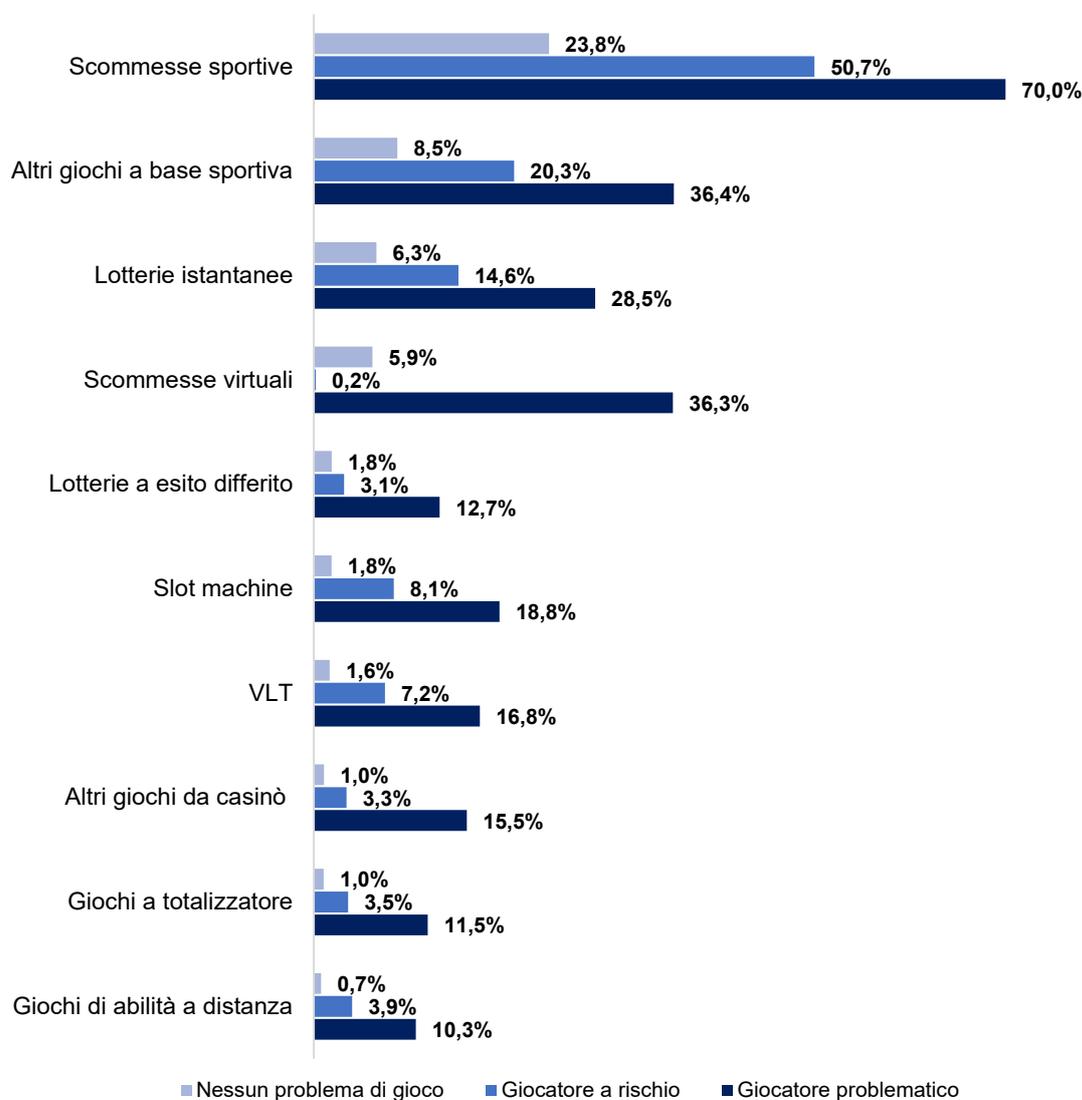
Rispetto ai giochi d'azzardo maggiormente praticati dai diversi profili di rischio, tutti i giochi presentano percentuali che si incrementano con l'aumentare del livello di problematicità del comportamento di gioco, ad eccezione delle lotterie istantanee o in tempo reale che sono praticate quasi allo stesso modo dai diversi profili (72% dei giocatori senza problemi di gioco; 71,6% dei giocatori a rischio; 75% dei giocatori problematici). In particolare, le scommesse sportive risultano il gioco maggiormente praticato dai giovani giocatori a rischio (77,6%) e dai giocatori problematici (84,4%). Inoltre, si osservano differenze importanti nella pratica di gioco delle *slot machine* (nessun problema di gioco 18,2%; giocatori a rischio 35,6%; giocatori problematici 47,9%), del lotto e lotterie a esito differito (nessun problema di gioco 22,5%; giocatori a rischio 28,6%; giocatori problematici 45%), degli altri giochi a base sportiva (nessun problema di gioco 23,3%; giocatori a rischio 40%; giocatori problematici 53,7%) e delle scommesse virtuali (nessun

problema di gioco, 20,3%; giocatori a rischio, 48,8%; giocatori problematici, 60,1%). Crescita esponenziale anche delle percentuali relative alle VLT, gioco praticato dal 5,7% dei giocatori senza problemi di gioco, dal 13,6% dei giocatori a rischio fino al 25,6% dei giocatori problematici; altri giochi da casinò (nessun problema di gioco 5,3%; giocatori a rischio 17,4%; giocatori problematici 29,5%); giochi di abilità a distanza (nessun problema di gioco 3,6%; giocatori a rischio 12,9%; giocatori problematici 26,1%) (Figura 29).



**Figura 29. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): tipologia di gioco d'azzardo praticato per profilo di rischio (percentuale calcolata su risposte multiple)**

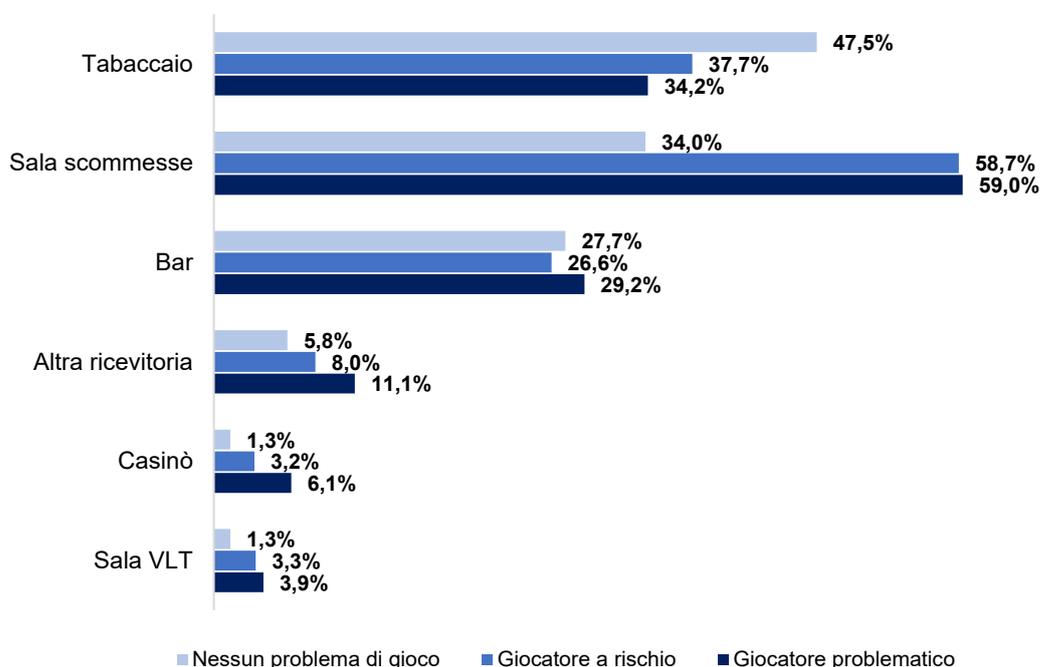
Il confronto tra i profili di giocatori risulta ancora più interessante se si osserva la pratica di gioco settimanale. Considerando la frequenza settimanale, in tutte le categorie di giochi la percentuale del gruppo giocatori problematici è notevolmente più elevata dei giocatori senza problemi di gioco. Ad esempio, le *slot machine*, sono state praticate dal 1,8% dei giocatori senza problemi di gioco e dal 18,8% dei giocatori problematici (Figura 30).



**Figura 30. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): tipologia di gioco d'azzardo praticato con frequenza "almeno una volta a settimana" per profilo di rischio (percentuale calcolata su risposte multiple)**

Il luogo di gioco maggiormente frequentato da coloro che giocano su canale terrestre è la sala scommesse, dove si recano oltre la metà dei giovani giocatori a rischio (58,7%) e dei giocatori problematici (59%) e più di 1/3 dei giocatori senza problemi di gioco (34%). Inoltre, fatta eccezione per i bar, dove si recano equamente giocatori di ogni profilo (nessun problema di gioco, 27,7%; giocatori a rischio, 26,6%; giocatori problematici, 29,2%) e per i tabaccai, dove si recano

il 47,5% dei giocatori senza problemi di gioco, il 37,7% dei giocatori a rischio e il 34,2% dei giocatori problematici, gli altri luoghi di gioco sono frequentati, anche se con percentuali diverse, in misura maggiore dai giocatori a rischio (altra ricevitoria, 8%; casinò, 3,2%; sala VLT, 3,3%) e/o problematici (altra ricevitoria, 11,1%; casinò, 6,1%; sala VLT, 3,9%) (Figura 31).



**Figura 31. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): luogo di gioco secondo il profilo di rischio (percentuale calcolata su risposte multiple)**

Rispetto al tempo dedicato alla pratica del gioco d'azzardo, la quasi totalità degli studenti giocatori senza problemi di gioco ha dedicato a questa attività meno di trenta minuti nella settimana precedente la rilevazione (89,8%). Questa percentuale scende sensibilmente tra i giocatori a rischio (64,2%) e ancora di più tra i giocatori problematici (47,2%). Di contro, un andamento inverso si osserva tra coloro che hanno giocato 1 ora o più nell'ultima settimana. Si passa, infatti, dal 3,7% dei giocatori senza problemi di gioco, al 16,2% dei giocatori a rischio fino al 32,6% dei giocatori problematici.

Rispetto al rendimento scolastico, le percentuali di studenti che dichiarano di avere un rendimento scolastico insufficiente aumentano all'aumentare dei livelli di rischio, passando dall'8,2% dei giocatori nessun problema di gioco, all'11,1% dei giocatori a rischio, al 18,5% dei giocatori problematici.

Sono state chieste informazioni relativamente alle entrate settimanali e in ogni profilo di giocatore, la maggior parte degli studenti dichiara un'entrata settimanale fino a 20 euro, ma è interessante notare che il 10,2% degli studenti del profilo nessun problema di gioco dichiara di non avere entrate settimanali e che questa percentuale cala sensibilmente tra i giocatori a rischio (8,3%) fino a dimezzarsi tra i giocatori problematici (5,1%). Per contro, solo il 6,5% dei giocatori senza problemi di gioco dispone di un'entrata settimanale di oltre 50 euro e questa percentuale aumenta tra i giocatori a rischio (10%) e quasi si triplica tra i giocatori problematici (17,9%).

Un andamento simile si rileva, se si considera la spesa settimanale senza il controllo dei genitori: le percentuali di studenti che spendono più di 20 euro a settimana senza il controllo dei

genitori aumentano all'aumentare della gravità del comportamento di gioco, passando dal gruppo di giocatori con nessun problema di gioco (da 21 a 50 euro, 15,4%; oltre 50 euro, 3,1%), ai giocatori a rischio (da 21 a 50 euro, 19,4%; oltre 50 euro, 4,9%), ai giocatori problematici (da 21 a 50 euro, 26,1%; oltre 50 euro, 13,2%).

Una sezione del questionario è stata dedicata all'osservazione di alcuni tratti di personalità per studiare possibili associazioni con il comportamento da gioco d'azzardo. Sono stati, quindi, analizzati i punteggi medi delle scale relative ai tratti di personalità come impulsività, propensione al rischio, gestione dello stress, ansia e depressione per i profili di giocatore con l'ipotesi, sostenuta dalla letteratura di riferimento, che il giocatore problematico presenti più frequentemente tratti di impulsività e propensione al rischio e gestisca meno efficacemente gli stati d'ansia e di depressione. Nel riquadro 2 sono descritte le misure utilizzate per descrivere i tratti di personalità legati alla propensione al rischio, alla depressione e alla gestione dello stress.

#### **RIQUADRO 2. Strumenti di misurazione dei tratti individuali**

Una parte degli studi della letteratura internazionale di riferimento ha dedicato ampio spazio all'analisi delle caratteristiche di personalità peculiari al giocatore problematico e al giocatore patologico e ancora oggi i modelli interpretativi risultati da queste indagini costituiscono un punto di riferimento per gli operatori socio-sanitari. In particolare il modello biopsicosociale elaborato da Sharpe e i modelli basati sulla vulnerabilità individuale di Lesieur<sup>2</sup>, di Cloninger<sup>3</sup>, di Blaszczynski e Nower<sup>4</sup>, ecc. descrivono tra le caratteristiche di personalità più frequenti nei giocatori problematici e patologici la ricerca di sensazioni forti e la propensione al rischio, una scarsa capacità di gestire lo stress, tratti di ansia e depressione. Sulla base di queste riflessioni scientificamente validate, sono state inserite nel questionario delle misure di alcuni tratti di personalità:

- *Scala di propensione al rischio*  
Misura fondamentalmente due fattori:
  1. *Stimulating Risk Taking (SRT)*, fattore che riguarda la stimolazione dell'assunzione del rischio come tratto incontrollabile, concerne la mancanza di preoccupazione dell'entità delle perdite potenziali. Gli individui con alti punteggi sono solitamente dominati dai processi emotivi e da eccitazione positivi, enfatizzano i potenziali guadagni, si concentrano sul breve periodo e sono impulsivi.
  2. *Deliberate Risk Taking (DRT)*, fattore che riguarda la deliberata propensione al rischio, ossia il comportamento deliberatamente pericoloso che l'individuo mette in atto trascurando di attuare le possibili misure precauzionali.
- *Major Depression Inventory (MDI)*  
Misura che indaga i tratti depressivi. La linea di demarcazione diagnostica indica a che punto un sintomo è abbastanza grave da essere utilizzato nell'algoritmo DSM-IV della depressione maggiore<sup>5</sup>.
- *Kessler Psychological Distress Scale (K6)*  
Misura di stress nel momento specifico di vita<sup>6</sup>.

#### **Riferimenti**

- <sup>1</sup> Sharpe LA. Reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: a biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review* 2002;22(1).
- <sup>2</sup> Lesieur HR. Cluster analysis of types of inpatient pathological gamblers. *Dissertation Abstracts International* 2001;62(4-B):2065.
- <sup>3</sup> Cloninger CR. A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatr Dev* 1986;3:167-226.
- <sup>4</sup> Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction* 2002;97:487-99.
- <sup>5</sup> Bech P, Rasmussen N-A, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001;66:159-64.
- <sup>6</sup> Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand S-LT, Manderscheid, RW, Walters EE, Zaslavsky AM. Screening for serious mental illness in the general population *Archives of General Psychiatry* 2003;60(2):184-9.

Nel Riquadro 3 sono descritti i principali risultati delle motivazioni di gioco e degli atteggiamenti del giocatore.

### RIQUADRO 3. Strumenti di misurazione di motivazioni e atteggiamenti

Considerando quanto riportato dalla letteratura in merito alle credenze, alle motivazioni di gioco e agli atteggiamenti del giocatore a rischio e problematico, sono stati somministrati gli *item* più significativi delle seguenti scale ai soli studenti giocatori:

#### *Gamblers' Beliefs Questionnaire*<sup>1</sup>

È una misura delle distorsioni cognitive del giocatore d'azzardo, composta da 21 *item* che descrivono due fattori, illusione di controllo attraverso la percezione del giocatore della propria abilità e conoscenza del gioco e la perseveranza come espressione della convinzione del giocatore che continuando a giocare sicuramente vincerà e si rifarà delle perdite economiche subite. Solitamente i giocatori problematici ottengono alti punteggi per entrambi i fattori. Nel presente studio sono stati selezionati i 6 *item* che spiegano meglio i due fattori. Inoltre, gli *item* derivati da questa scala sono stati somministrati a chi otteneva al PGSI un punteggio tale da poter essere incluso nel profilo di giocatore a rischio.

#### *Motives For Gambling*<sup>2</sup>

È uno strumento composto da 12 *item* che descrivono tre fattori, la motivazione edonistica, la motivazione economica e la motivazione simbolica. La motivazione edonistica riferita alla componente di curiosità, eccitamento e stimolo che il gioco d'azzardo può dare nella sua pratica; la motivazione simbolica che riguarda più la componente personale nel dimostrare le proprie capacità e abilità nel gioco e il rafforzamento della propria autostima; la motivazione economica che, come suggerisce il termine stesso, è legata ad aumentare gli introiti economici. Nel presente studio sono stati selezionati gli 8 *item* che meglio spiegavano i 3 fattori. Inoltre, gli *item* derivati da questa scala sono stati somministrati a tutti i profili di giocatori.

#### *Jonsson Abbott Scale (JAS)*<sup>3</sup>

È una misura di impulsività, tratto di personalità frequente nei giocatori a rischio e problematici. Si riferisce al grado di eccitamento del giocatore che lo induce a distaccarsi completamente dal contesto reale e a dimenticare qualsiasi altra cosa (*Reinforcers*) e inerente al grado di compulsività del giocatore espressa come situazioni in cui lo stesso dedica al gioco più tempo e impegna più denaro rispetto a quanto prefissato o circostanze in cui non riesce a smettere di giocare (*Overconsumption*).

#### *Multidimensional Gambling Self-Efficacy*<sup>4</sup>

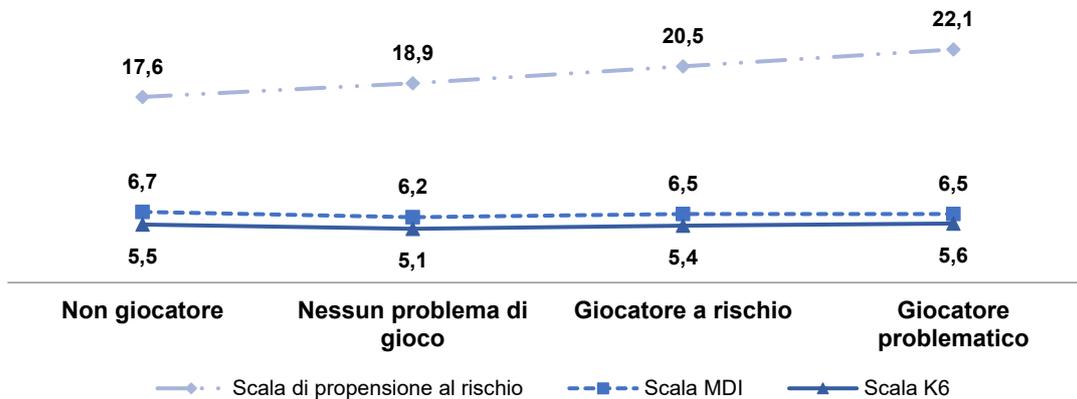
È uno strumento creato per lo studio dei giocatori d'azzardo, descrive due fattori: autoregolazione nel gioco (*Self-regulated gambling*) e la capacità del giocatore di evitare il comportamento di gioco (*Avoiding gambling*).

#### Riferimenti

- <sup>1</sup> Steenbergh TA, Meyers AW, May RK, Whelan JP. Development and validation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *Psychol Addict Behav* 2002;16(2):143-9.
- <sup>2</sup> Rousseau GG, Venter DJL. Measuring consumer attitudes towards gambling. *SA Journal of Industrial Psychology* 2002;28(2):87-92.
- <sup>3</sup> Jonsson J, Abbott MW, Sjöberg A, Carlbring P. Measuring gambling reinforcers, over consumption and fallacies: the psychometric properties and predictive validity of the Jonsson-Abbott Scale. *Frontiers in Psychology* 2017;8(1807).
- <sup>4</sup> Barbaranelli C, Ghezzi V, Fida R, Vecchione M. Psychometric characteristics of a new scale for measuring self-efficacy in the regulation of gambling behavior. *Front Psychol* 2017;8:1025.

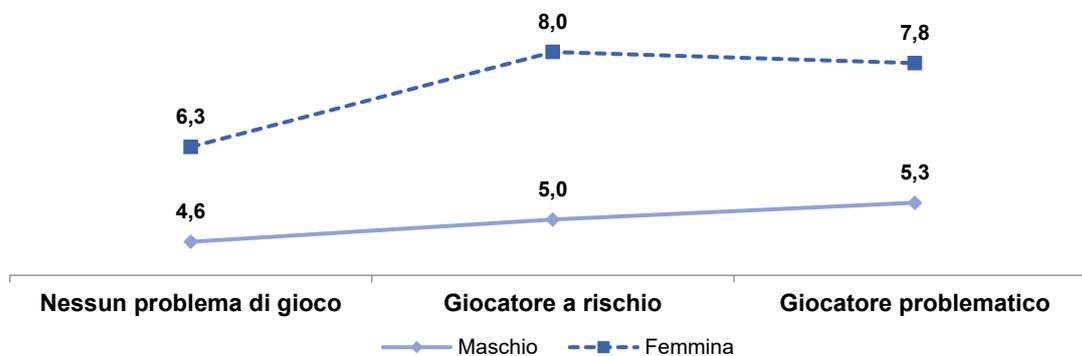
L'analisi dei punteggi medi delle misure dei tratti di depressione (*Major Depression Inventory*, MDI) e di gestione dello stress (*Kessler Psychological Distress Scale*, K6) evidenziano andamenti molto simili e piuttosto stabili nei diversi profili di giocatori. L'andamento della propensione al rischio, per contro, conferma quanto riportato dalla letteratura scientifica: al crescere della

problematicità del comportamento di gioco d'azzardo aumenta la propensione al rischio, caratteristica di tutte le forme di dipendenza, comportamentali e da sostanze (Figura 32).



**Figura 32. STUDENTI (14-17 anni): punteggi medi Scala di propensione al rischio, Major Depression Inventory (MDI) e Kessler Psychological Distress Scale (K6)**

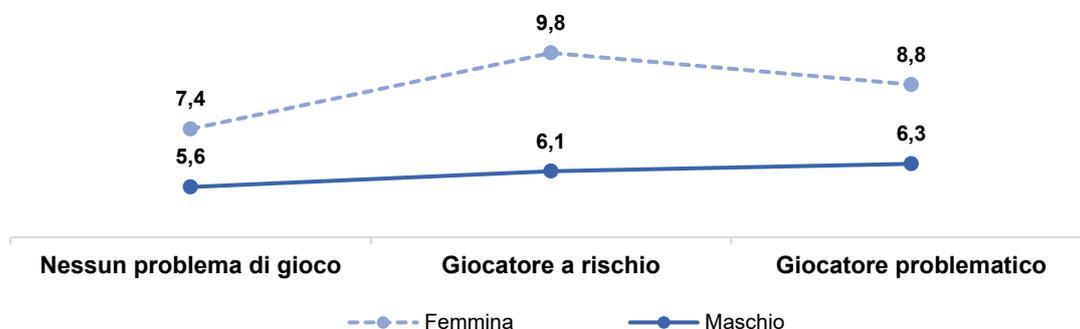
È stata condotta un'ulteriore analisi sui punteggi medi per evidenziare eventuali differenze di genere, di età, di scuola frequentata e area geografica di residenza. Per quanto riguarda i punteggi medi della Scala K6, sono stati osservati punteggi medi più alti in ogni profilo di giocatore tra le ragazze (Figura 33). Le giovani giocatrici a rischio hanno ottenuto il punteggio medio più alto in assoluto (media pari a 8), di poco superiore al valore medio osservato nel profilo delle giocatrici problematiche (media pari a 7,8). In sintesi, le femmine presentano tratti di ansietà in misura maggiore rispetto ai maschi (punteggi medi più alti per ogni profilo).



**Figura 33. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): punteggi medi Kessler Psychological Distress Scale (K6) per genere e profilo di rischio**

Le stesse analisi sono state effettuate utilizzando i punteggi medi del *Major Depression Inventory* (MDI) che fornisce informazioni sui tratti depressivi, correlati, secondo la letteratura di riferimento, con il profilo problematico di giocatore. Per quanto riguarda le differenze di genere, come mostra la Figura 34, anche in questo caso le ragazze presentano punteggi medi più elevati in ogni profilo di gioco e le ragazze giocatrici a rischio confermano il punteggio medio più elevato (media pari a 9,8) rispetto alle giocatrici senza problemi di gioco (media pari a 7,4) e alle

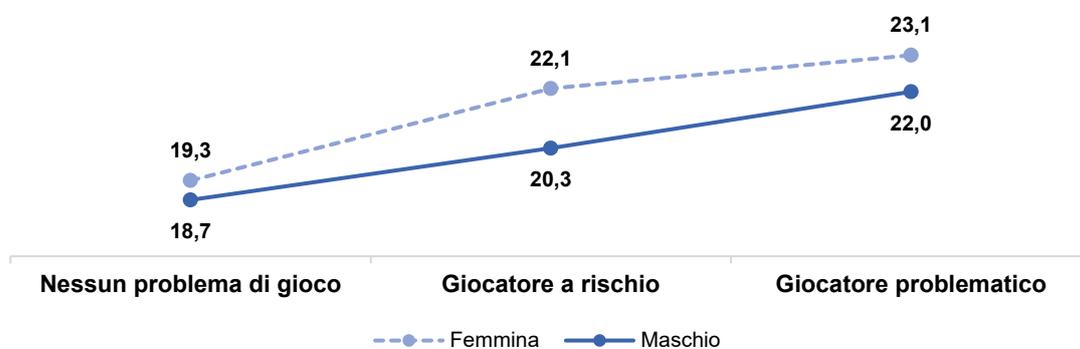
giocatrici problematiche (media pari a 8,8). In sintesi, le studentesse presentano più frequentemente tratti depressivi che si incrementano con il progredire della problematicità del comportamento di gioco, presentando un picco nel profilo di giocatore a rischio e una lieve flessione nel profilo giocatore problematico.



**Figura 34. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): punteggi medi del *Major Depression Inventory* (MDI) per genere e profilo di rischio**

L'analisi dei punteggi medi dell'MDI secondo la variabile età, esprime un incremento dei punteggi medi con il progredire della problematicità del comportamento di gioco, in particolar modo tra i giocatori problematici, per i quali si osserva un punteggio medio che varia tra il 5,5 dei 14enni e il 7,0 dei 17enni.

Per quanto riguarda la scala di propensione al rischio, l'analisi dei punteggi medi differenziata per genere conferma che le ragazze ottengono punteggi medi più alti in ogni profilo di giocatore. In sintesi, le femmine presentano più dei maschi tratti legati alla propensione al rischio (punteggi medi più alti per ogni profilo) che aumentano con il progredire della problematicità del comportamento (Figura 35).

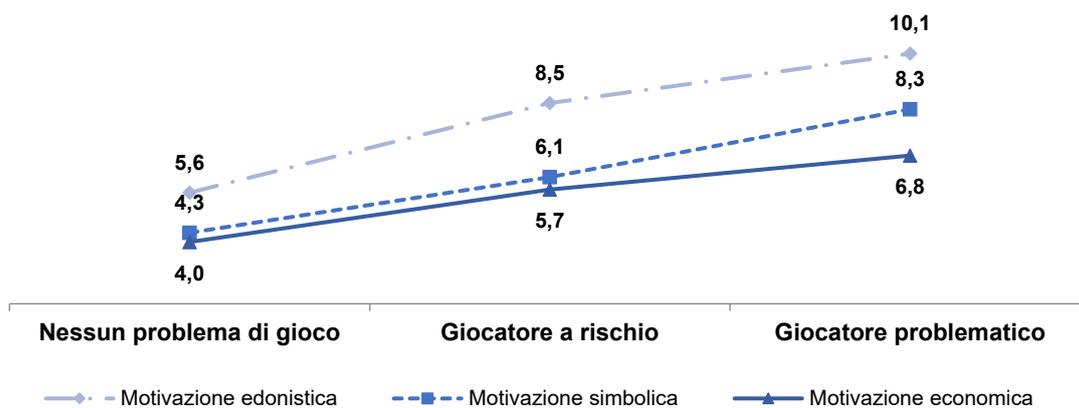


**Figura 35. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): punteggi medi della scala di Propensione al rischio per genere e profilo di rischio**

L'analisi dei punteggi medi della scala di propensione al rischio secondo l'età e il profilo di giocatore, esprime un incremento costante dei punteggi medi con il progredire della problematicità del comportamento di gioco per ogni età considerata. Si osserva in particolare che i 14enni giocatori problematici hanno ottenuto il punteggio medio più elevato (media pari a 23,1), a seguire i 15enni giocatori problematici (media paria a 22,1), i giocatori problematici 16enni (media pari a 22) e i giocatori problematici 17enni (media pari a 21,8).

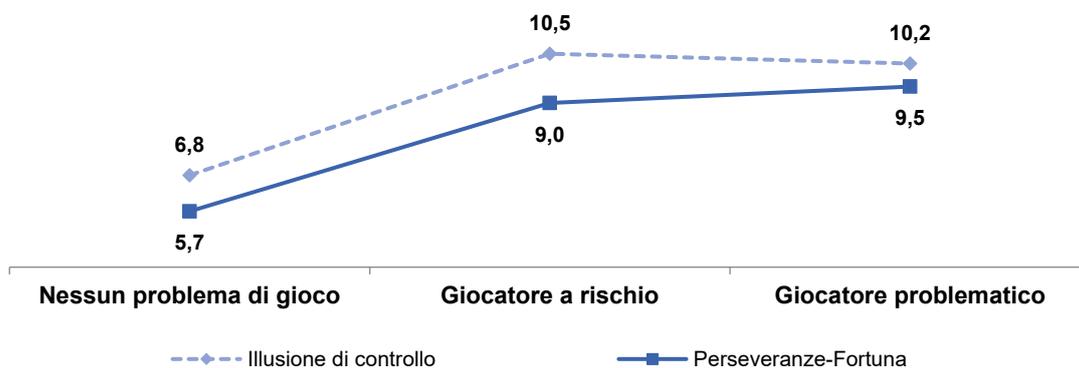
I punteggi medi degli *item* tratti dalla *Motives For Gambling*, la misura di motivazione al gioco d'azzardo mostrano un incremento all'aumentare del livello di rischio di sviluppare una problematicità. Questo aumento è osservabile in tutti e 3 i fattori indagati dalla scala.

I punteggi medi più elevati sono stati rilevati tra i giocatori problematici nella motivazione edonistica (punteggio medio 10,1), relativa alla componente di curiosità, eccitamento e stimolo che il gioco d'azzardo può dare nella sua pratica, a seguire quelli relativi alla motivazione simbolica (punteggio medio 8,3) che richiama la componente personale nel dimostrare le proprie capacità e abilità nel gioco e il rafforzamento della propria autostima, e infine quelli relativi alla motivazione economica (punteggio medio 6,8). Lo stesso andamento, ossia punteggi medi più elevati nella motivazione edonistica, a seguire quelli della motivazione simbolica e della motivazione economica, si osserva per gli altri profili di giocatore, seppure i punteggi medi siano sensibilmente inferiori (Figura 36).



**Figura 36. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): punteggi medi della scala *Motives For Gambling* per profilo di rischio**

I punteggi medi degli *item* del *Gambler's Belief Questionnaire* evidenziano le distorsioni cognitive dei giovani giocatori d'azzardo intervistati. L'illusione di controllo riguarda la percezione del giocatore delle sue abilità e conoscenza del gioco. Si osserva che i giocatori a rischio hanno un punteggio medio (media pari a 10,5) superiore ai giocatori problematici (media pari a 10,2) e i giocatori senza problemi di gioco hanno ottenuto il punteggio medio più basso (media pari a 6,8) (Figura 37).



**Figura 37. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): punteggi medi del *Gambler's Belief Questionnaire* per profilo di rischio**

La perseveranza riguarda la convinzione del giocatore che continuando a giocare sicuramente vincerà e si rifarà delle perdite economiche subite e su questo fattore sono i giocatori problematici ad aver ottenuto punteggi medi più elevati rispetto agli altri giocatori (nessun problema di gioco, media pari a 5,7; giocatore a rischio, media pari a 9; giocatore problematico, media pari a 9,5) (vedi Figura 37).

La *Jonsson Abbott Scale (JAS)* è una misura di impulsività, tratto di personalità frequente nei giocatori a rischio e problematici. I punteggi medi elaborati confermano quanto riportato dalla letteratura, infatti i giocatori problematici hanno punteggi medi più elevati per entrambi i fattori. In altre parole, i giovani giocatori problematici si distaccano più facilmente dal contesto reale (punteggio medio *Reinforcers* 9,3) rispetto ai giocatori afferenti agli altri due profili (nessun problema di gioco, media pari a 5; giocatore a rischio, media pari a 8,1) e mostrano più facilmente un comportamento compulsivo di gioco in termini di tempo dedicato al gioco e denaro speso rispetto a quanto prefissato o circostanze in cui non riesce a smettere di giocare (punteggio medio *Overconsumption* 9,2) rispetto ai giocatori senza problemi di gioco (media pari a 4,2; giocatori a rischio, media pari a 6,9).

Infine, i giovani giocatori senza problemi di gioco mostrano punteggi medi più elevati nella capacità di autoregolazione nel gioco (punteggio medio *Self-regulated gambling*, 10,5) e nella capacità di evitare il comportamento di gioco (punteggio medio *Avoiding gambling*, 9,2) rispetto ai giocatori problematici (punteggio medio *Self-regulated gambling*, 8,8; punteggio medio *Avoiding gambling*, 8), come rilevato dagli *item* del *Multidimensional Gambling Self-Efficacy*.

È stato precedentemente osservato come tra le motivazioni di iniziazione più citate, gli studenti giocatori hanno selezionato “*perché lo facevano i miei amici*”, quindi si è cercato di approfondire la pratica di questa attività tra gli amici. I risultati hanno evidenziato che tra i giocatori senza problemi di gioco, il 58,5% ha amici che giocano d’azzardo, tra i giocatori a rischio questo valore sale all’81,8%, con una lieve flessione tra i giocatori problematici (80,8%).

Una sezione del questionario ha permesso, inoltre, di analizzare il ruolo della pubblicità. I risultati mostrano che circa l’86% degli studenti giocatori d’azzardo ha affermato di aver notato la pubblicità di un gioco e di questi il 10,8% ha dichiarato di aver scelto di giocare in base alla pubblicità vista o sentita. Analizzando nel dettaglio questa percentuale, è emerso che il giocatore problematico sceglie di giocare sulla base della pubblicità vista/sentita in percentuale sensibilmente maggiore rispetto al giocatore a rischio e al giocatore senza problemi di gioco (rispettivamente 33,9% vs 17,5% e 6,4%).

Per quanto riguarda, invece, la pratica del gioco illegale è stato chiesto alla popolazione di giocatori di indicare in quali luoghi si sono recati a giocare scegliendo aziende e siti web da una lista predeterminata - fornita dall’Agenzia delle Dogane e dei Monopoli - in cui erano state inserite alcune aziende e siti web sia legali che illegali. In tutti i profili di rischio ci sono giocatori che dichiarano di frequentare anche luoghi illegali (nessun problema di gioco 16,0%; giocatore a rischio 22,8%; giocatore problematico 20,5%). Si sottolinea, inoltre, che il 19,3% dei giocatori senza problemi di gioco, il 14,3% dei giocatori a rischio e il 17,3% dei giocatori problematici ha dichiarato di giocare presso aziende diverse da quelle proposte nel questionario. Tra chi pratica gioco d’azzardo online (esclusivi online o anche in luogo fisico) le percentuali di chi utilizza anche siti web illegali è minore rispetto ai giocatori in luogo fisico ma cresce con il livello di rischio (nessun problema di gioco 7,0%; giocatore a rischio 10,2%; giocatore problematico 13,9%). In conclusione, è stato possibile rilevare tra gli studenti percentuali più elevate di coloro che praticano gioco anche illegale rispetto alla popolazione adulta; questo dato va letto ricordando che la pratica del gioco d’azzardo è sempre proibita ai minori, come anche l’accesso ad alcuni luoghi dedicati al gioco d’azzardo.

## Fattori associati: giocatore problematico vs giocatore “nessun problema di gioco”

In questo paragrafo, sono illustrati i risultati relativi ai principali fattori associati positivamente e negativamente allo sviluppo di problematiche legate al gioco d’azzardo, emersi confrontando i dati relativi ai giocatori problematici con quelli dei giocatori senza problemi di gioco. La Figura 38 rappresenta lo schema interpretativo dei valori di rischio relativo e gli *Odds Ratio* (OR).

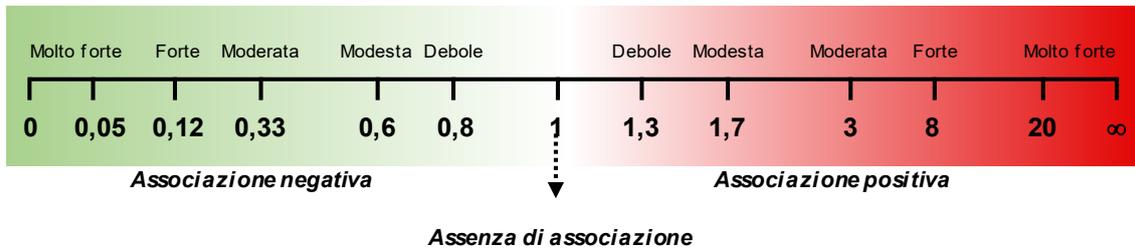


Figura 38. Schema di interpretazione dei valori di Rischio Relativo e *Odds Ratio*

### Contesto socio-demografico

Confrontando i giocatori d’azzardo problematici con i giocatori d’azzardo senza problemi di gioco, emerge come fattore principale associato positivamente al comportamento problematico di gioco negli studenti (14-17 anni) il genere maschile (OR= 4,334; IC95% 4,225-4,445). Altri fattori associati positivamente sono frequentare un istituto tecnico (OR= 1,684; IC95% 1,657-1,711) o professionale (OR= 1,564; IC95% 1,531-1,597) e vivere nel sud (OR= 1,334; IC95% 1,313-1,356). D’altro canto frequentare un liceo (OR= 0,441; IC95% 0,433-0,449) o un istituto d’arte (OR= 0,653; IC95% 0,613-0,696), vivere nel Nord-Ovest (OR= 0,665; IC95% 0,650-0,680) o nel Nord-Est (OR= 0,789; IC95% 0,765-0,814) avere 14 anni (OR= 0,533; IC95% 0,521-0,545) emergono come fattori associati negativamente al comportamento problematico di gioco. In altre parole, i maschi rischiano circa 4 volte di più di sviluppare comportamenti problematici e i ragazzi che vivono nell’area meridionale o che frequentano istituti tecnici o professionali hanno circa il doppio delle possibilità di sviluppare comportamenti di gioco problematico (Figura 39).

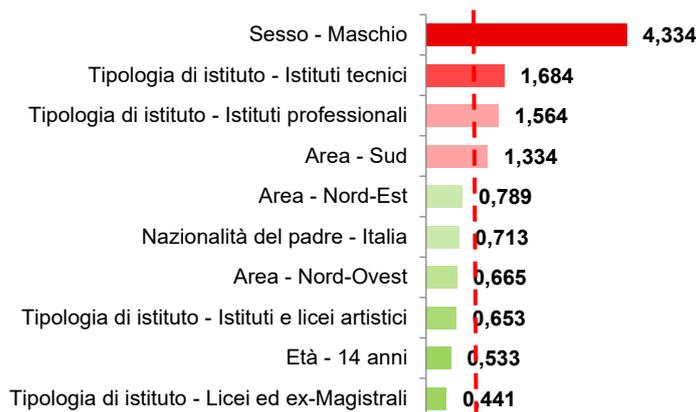


Figura 39. STUDENTI (14-17 anni): fattori associati al comportamento problematico di gioco, contesto socio-demografico

## Stili di vita

Tra gli stili di vita non corretti emergono come particolarmente significativi, non solo il *binge drinking* (OR= 4,445; IC95% 4,331-4,561), ma anche il consumo di *spice* (OR= 4,162; IC95% 4,030-4,298), l'assunzione di superalcolici (OR= 3,651; IC95% 3,536-3,770), di birra (OR= 3,242; IC95% 3,178-3,308) e di *cocktail* alcolici (OR= 3,203; IC95% 3,101-3,307) più di due volte a settimana. Sono fattori associati positivamente al comportamento problematico di gioco anche fumare 10 o più sigarette al giorno (OR= 2,064; IC95% 1,993-2,138), l'assunzione di sostanze per dimagrire (OR= 1,993; IC95% 1,935-2,052), il consumo di *energy drink* (OR= 1,987; IC95% 1,950-2,025) e l'età di iniziazione al fumo tra i 9 e i 12 anni (OR= 1,851; IC95% 1,807-1,896). Un fattore associato negativamente risulta, invece, il non fumare o aver smesso di fumare (OR= 0,546; IC95% 0,537-0,555) (Figura 40).

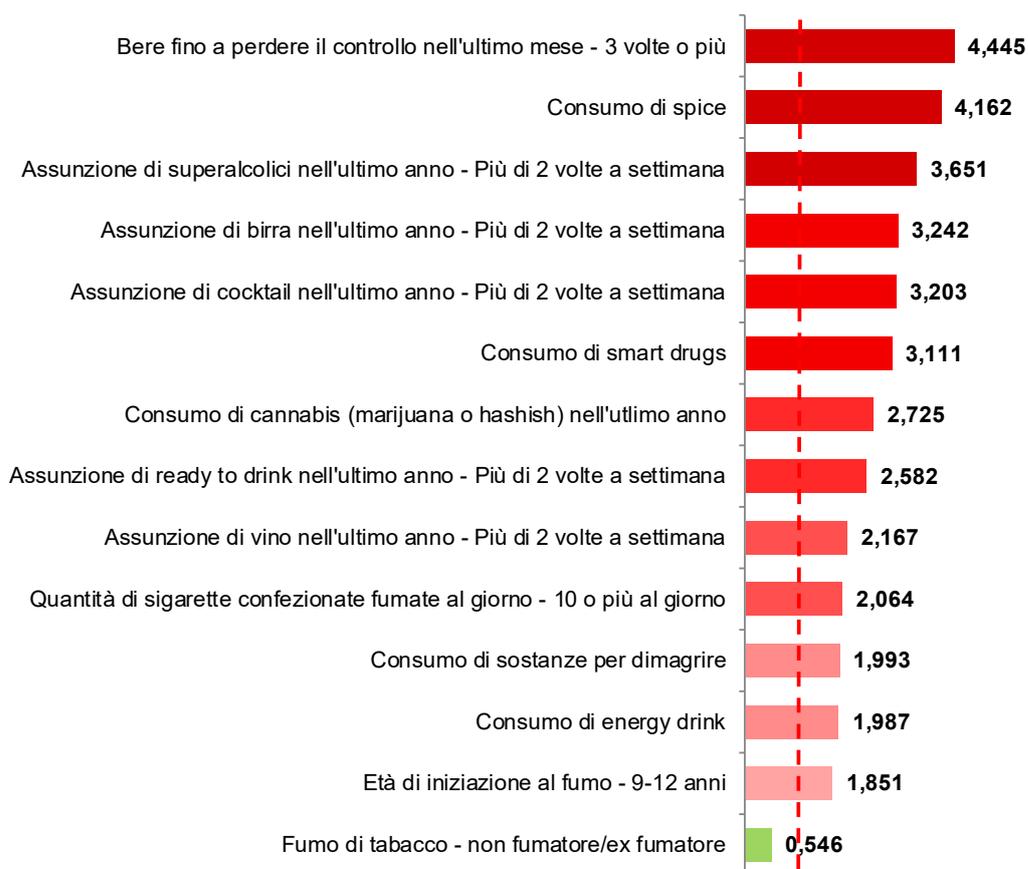
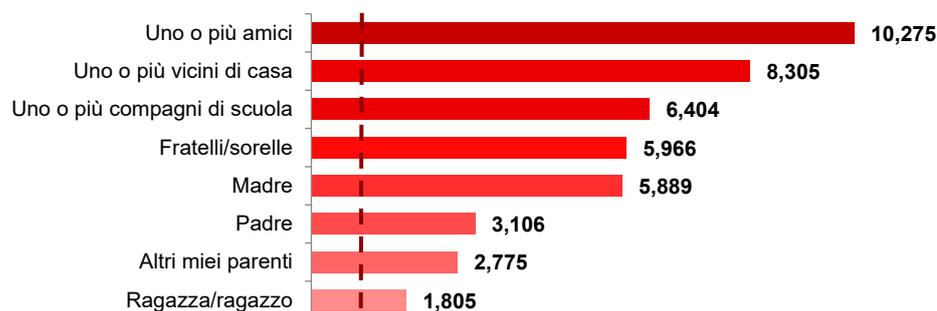


Figura 40. STUDENTI (14-17 anni): fattori associati al comportamento problematico di gioco, stili di vita

## Contesto relazionale

Analizzando i fattori riconducibili alla familiarità, si evidenzia che il principale fattore associato positivamente con il comportamento problematico di gioco è avere delle persone affettivamente significative che hanno problemi di gioco (amici OR= 10,275; IC95% 9,543-11,064; vicini di casa OR= 8,305; IC95% 7,897-8,735; compagni di scuola OR= 6,404; IC95%

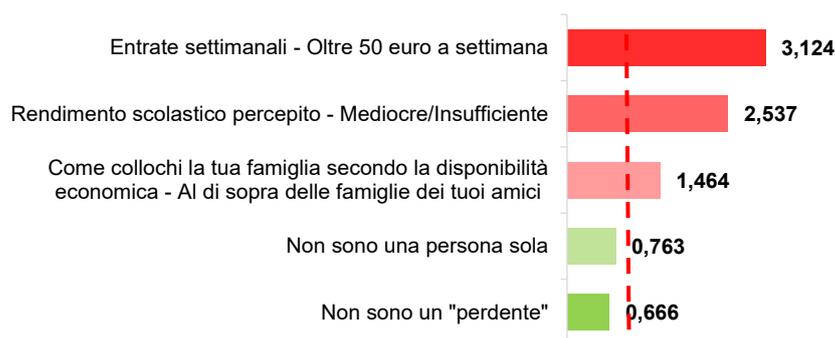
6,213-6,601; fratelli/sorelle OR= 5,966; IC95% 5,675-6,272; madre OR= 5,889; IC95% 5,569-6,226; padre OR= 3,106; IC95% 3,005-3,210) (Figura 41).



**Figura 41. STUDENTI (14-17 anni): fattori associati al comportamento problematico di gioco, contesto relazionale**

### Contesto personale

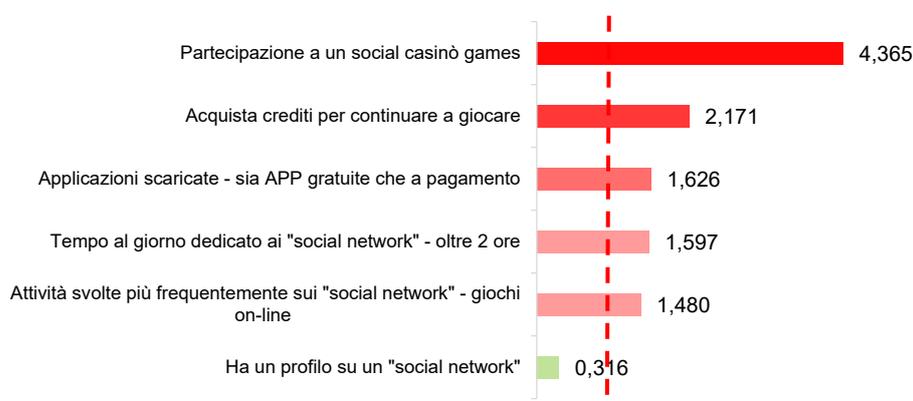
Analizzando le variabili riferibili al contesto personale, emergono come fattori associati negativamente al comportamento problematico di gioco quelli legati a una buona rappresentazione di sé stessi, mentre sono osservabili come fattori associati positivamente il rendimento scolastico insufficiente e la quantità di denaro che i ragazzi possono gestire a settimana. In particolare, il 36,3% dei ragazzi che dichiarano di poter disporre di oltre 50€ a settimana (OR=3,124; IC95% 3,055-3,195) sono giocatori problematici contro il 10,7% di chi dispone di meno denaro a settimana. Inoltre, il 23,1% degli studenti con un rendimento scolastico mediocre o insufficiente (OR= 2,537; IC95% 2,482-2,593) sono giocatori problematici contro il 10,6% dei ragazzi con un migliore rendimento scolastico. Per contro, il 15,0% dei ragazzi che collocano la propria famiglia, in termini di disponibilità economica, al di sopra delle famiglie dei propri amici (OR= 1,464; IC95% 1,431-1,498) sono giocatori problematici contro il 10,7% degli studenti che collocano la propria famiglia allo stesso livello o al di sotto delle famiglie degli amici (Figura 42).



**Figura 42. STUDENTI (14-17 anni): fattori associati al comportamento problematico di gioco, contesto personale**

## Uso di Internet

Per quel che riguarda l'uso di Internet, risultano fattori associati positivamente al comportamento problematico di gioco la partecipazione ai *social casino games* (OR= 4,365; IC95% 4,291-4,441), acquistare crediti per continuare a giocare (OR= 2,171; IC2,130-2,212), giocare online attraverso i social network (OR= 1,480; IC95% 1,450-1,511) e dedicare oltre due ore al giorno ai social network (OR= 1,597; IC95% 1,571-1,623). Avere un profilo social risulta, invece, un fattore associato negativamente (OR= 0,316; IC95% 0,302-0,331). In sintesi, i ragazzi che partecipano alle attività dei *social casino games* hanno 4 volte più probabilità di sviluppare un comportamento di gioco problematico, così come i ragazzi che acquistano crediti per continuare a giocare o superare livelli difficili del gioco scaricato hanno circa il doppio delle probabilità di sviluppare tale comportamento. Infine, i ragazzi che scaricano APP per giocare sia gratuite che a pagamento, i giovani che utilizzano i social network per giocare e chi dedica ai social più di due ore al giorno presentano circa 2 volte più probabilità di sviluppare un comportamento problematico di gioco (Figura 43).



**Figura 43. STUDENTI (14-17 anni): fattori associati al comportamento problematico di gioco, uso di Internet**

## Focus gioco d'azzardo online

L'indagine ha permesso di conoscere la prevalenza dei giocatori d'azzardo online nella popolazione di studenti minorenni e di evidenziare le caratteristiche peculiari dei giocatori e della loro pratica di gioco.

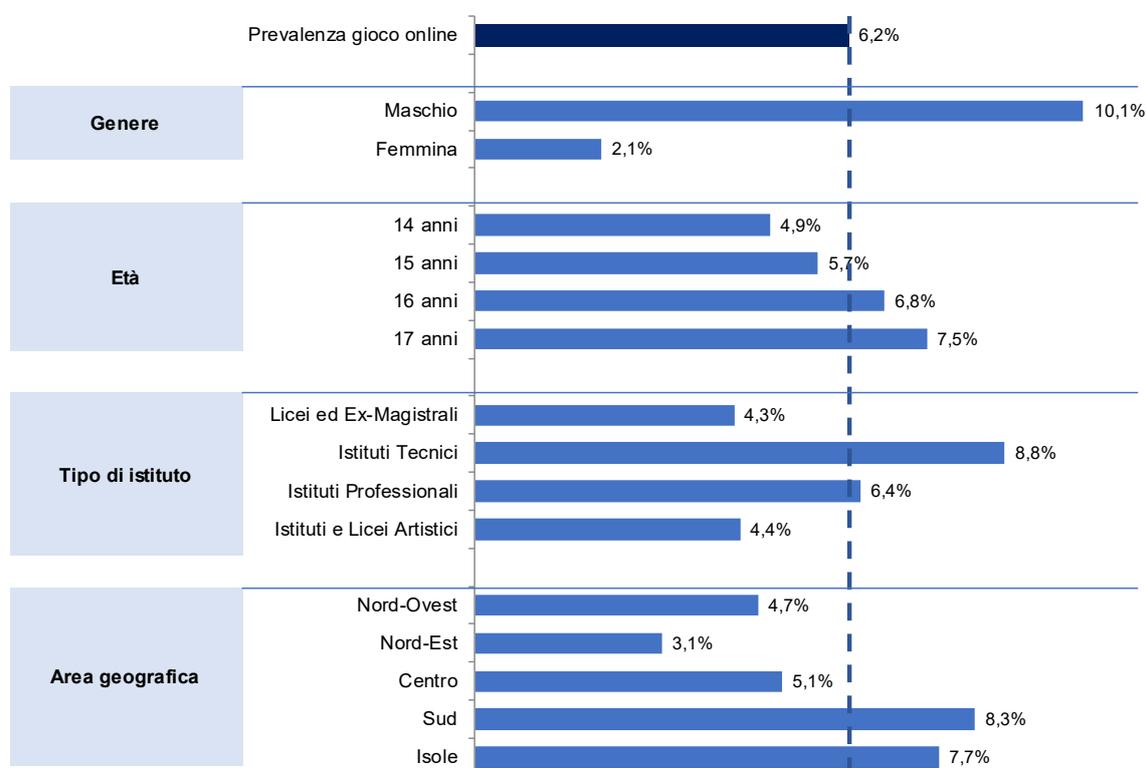
L'analisi delle prevalenze mostra che il gioco d'azzardo online è stato praticato almeno una volta negli ultimi 12 mesi dal 6,2% della popolazione studentesca tra i 14 e i 17 anni (circa 140.000 soggetti), soprattutto maschi (10,1%), prevalentemente tra i 16 (6,8%) e i 17 anni (7,5%). Si concentra in particolar modo nell'Italia meridionale (8,3%) e nelle Isole (7,7%) ed è maggiormente praticato dagli studenti degli istituti tecnici (8,8%) (Figura 44).

Per conoscere le caratteristiche peculiari dei giocatori d'azzardo online e del loro comportamento di gioco, da questo punto in poi sono riportati i risultati calcolati in percentuale avendo come riferimento la sola popolazione dei giocatori online.

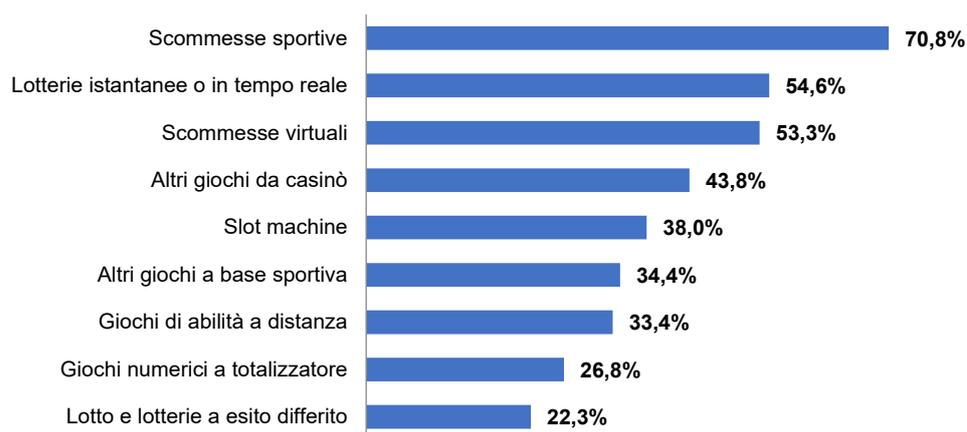
Il 17,8% del campione dichiara di giocare esclusivamente online, mentre l'82,2% pratica anche gioco d'azzardo in luogo fisico.

I giochi maggiormente praticati online dai giocatori d'azzardo sono scommesse sportive (70,8%), lotterie istantanee o in tempo reale (54,6%) e le scommesse virtuali online (53,3%), a seguire gli altri giochi da casinò online (43,8%), le *slot machine* (38,0%), gli altri giochi a base

sportiva (34,4%), i giochi di abilità a distanza (33,4%), i giochi numerici a totalizzatore (26,8%) e il lotto e lotterie a esito differito (22,3%) (Figura 45).



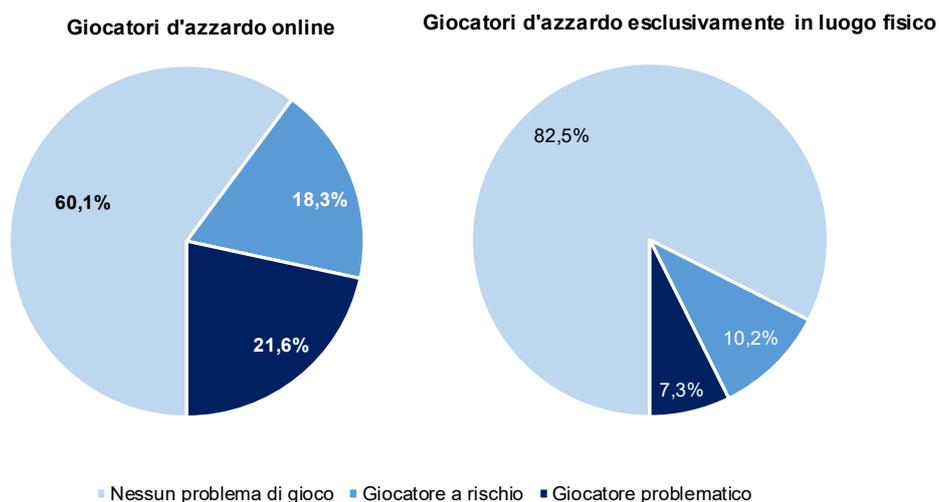
**Figura 44. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (14-17 anni): caratteristiche principali**



**Figura 45. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (14-17 anni): distribuzione percentuale dei giochi praticati (percentuale calcolata su risposte multiple)**

Il dato riferito alla distribuzione percentuale dei giocatori d'azzardo online rispetto ai profili di rischio mette in evidenza che il 60,1% pratica gioco d'azzardo senza 'nessun problema di gioco', il 18,3% sono giocatori a rischio e il 21,6% sono giocatori problematici.

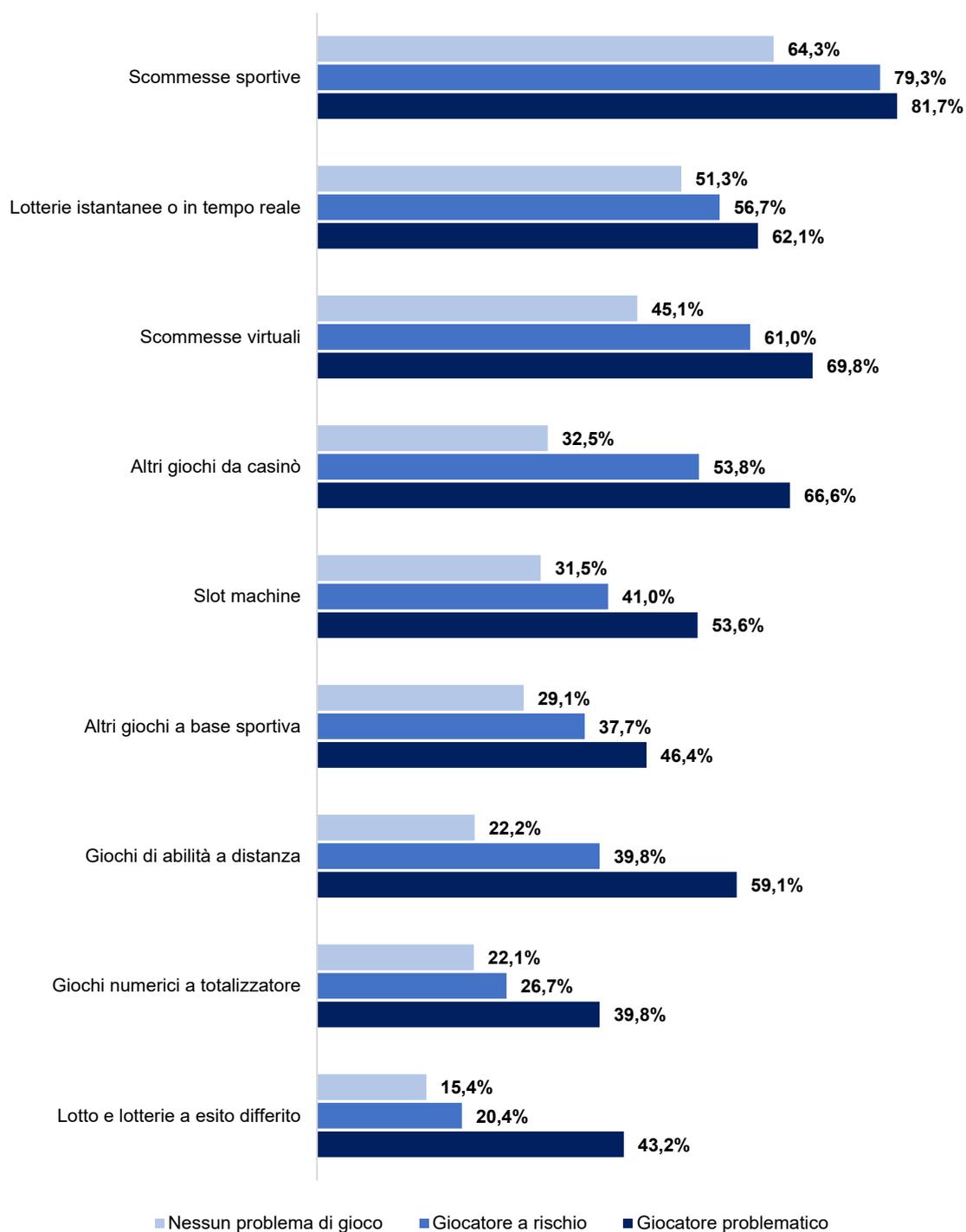
Confrontando questi numeri con quanto emerso nella popolazione di giocatori d'azzardo in luoghi fisici, si osserva che i valori relativi alla popolazione dei giocatori esclusivamente in luogo fisico sono 82,5% nel profilo 'nessun problema di gioco', 10,2% nel giocatore a rischio e 7,3% nel giocatore problematico (Figura 46).



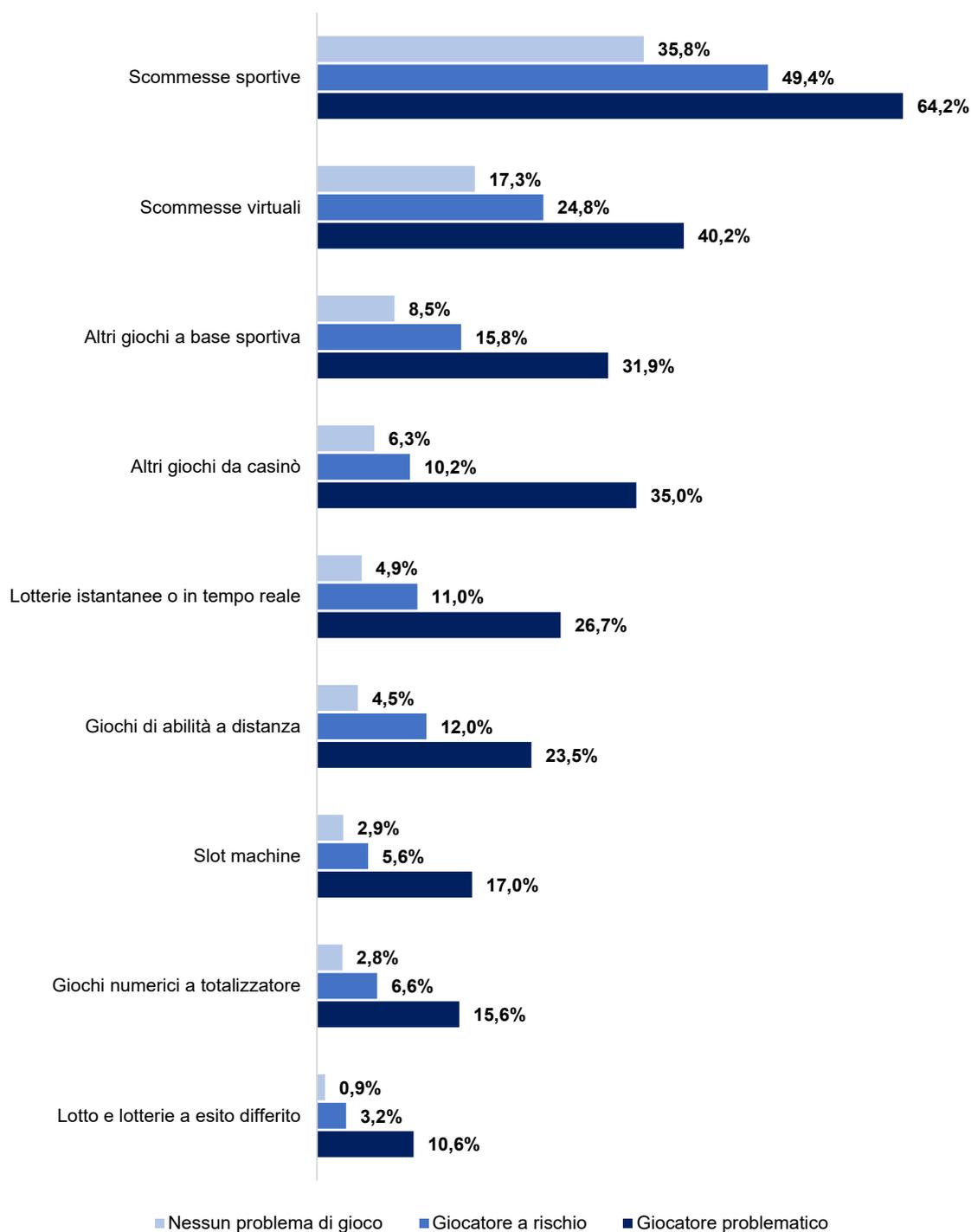
**Figura 46. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO (14-17 anni): distribuzione percentuale dei profili di rischio dei giocatori d'azzardo online vs giocatori che hanno praticato gioco d'azzardo esclusivamente in luogo fisico**

Analizzando i profili di giocatore per tipologia di gioco online praticato, le scommesse sportive online sono i giochi maggiormente praticati da tutti i profili di giocatore (nessun problema di gioco, 64,3%; giocatori a rischio, 79,3%; giocatori problematici, 81,7%). Le scommesse virtuali online (69,8%), gli altri giochi da casinò online (66,6%) e le lotterie istantanee o in tempo reale online (62,1%) sono i giochi maggiormente praticati dai giocatori online problematici. Altre differenze significative riguardano i giochi di abilità a distanza e le *slot machine* praticati rispettivamente dal 59,1% e dal 53,6% dei giocatori problematici (Figura 47).

Analizzando la pratica del gioco d'azzardo online "almeno una volta a settimana" negli ultimi 12 mesi, si osserva che la pratica delle scommesse sportive online dei giocatori problematici (64,2%) è di quasi il doppio rispetto a quella rilevata nei giocatori online con nessun problema (35,8%) e comunque maggiore di quella dei giocatori online a rischio (49,4%). La pratica delle scommesse virtuali online dei giocatori problematici (40,2%) è circa il doppio rispetto a quella rilevata nei giocatori online con nessun problema (17,3%) e dei giocatori online a rischio (24,8%) e la pratica delle *slot machine* online dei giocatori problematici (17%) è di circa 6 volte superiore rispetto a quella dei giocatori online senza problemi di gioco (2,9%) e circa 3 volte superiore rispetto ai giocatori online a rischio (5,6%), così come per la pratica delle lotterie istantanee o in tempo reale online (giocatore online problematico, 26,7%; giocatore online a rischio, 11%; giocatore online senza problema di gioco, 4,9%) (Figura 48).

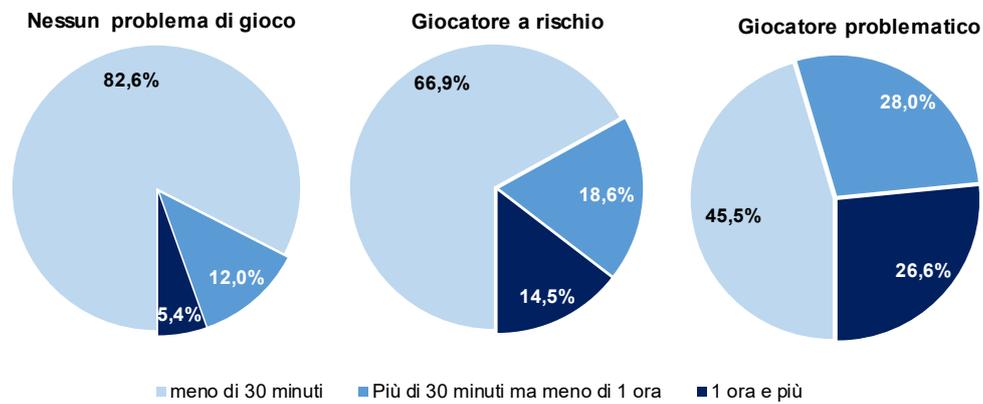


**Figura 47. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (14-17 anni):  
tipologia di gioco d'azzardo online praticati per profilo di rischio  
(percentuale calcolata su risposte multiple)**



**Figura 48. STUDENTI GIOCATORI D’AZZARDO ONLINE (14-17 anni):**  
**tipologia di giochi d’azzardo online praticati “almeno 1 volta a settimana” per profilo di rischio**  
*(percentuale calcolata su risposte multiple)*

Rispetto al tempo dedicato alla pratica del gioco d'azzardo online nell'ultima settimana, il 5,4% degli studenti giocatori online senza problemi di gioco dedica al gioco online 1 ora o più, ma questa percentuale sale tra i giocatori online a rischio (14,5%) e ancor di più tra i giocatori online problematici (26,6%). Lo stesso incremento di percentuali è osservabile per i giocatori online che dedicano a questa attività più di 30 minuti ma meno di 1 ora (Figura 49).



**Figura 49. STUDENTI GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE (14-17 anni):**  
**tempo giornaliero dedicato al gioco nella settimana precedente la rilevazione per profilo di rischio**  
*(percentuale calcolata su risposte multiple)*

## **E-GAMES PROJECT: I RISULTATI ITALIANI DI UNO STUDIO TRANSAZIONALE**

Claudia Mortali (a), Roberta Pacifici (a), Guido Mortali (a), Vincent Eroukmanoff (b),  
Alessandra Andreotti (c), Jean-Michel Costes (b), Adele Minutillo (a)  
(a) *Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma*  
(b) *Observatoire des Jeux, Ministère des Finances, Paris*  
(c) *Ricerca & Analisi statistica, EXPLORA snc, Vigodarzere (PD)*

Il gioco d'azzardo online si riferisce alla gamma di attività di gioco d'azzardo offerte tramite dispositivi abilitati a Internet, come computer, telefoni cellulari e smartphone, tablet e televisione digitale. Non si tratta di attività di gioco d'azzardo diverse da quelle offerte sul canale terrestre, ma semplicemente di una diversa modalità di fruizione, favorita dai progressi tecnologici, dalla maggiore disponibilità di Internet e dalla diffusione sempre maggiore dei dispositivi abilitati a navigare in rete.

Le caratteristiche proprie del gioco online – quali la possibilità di fruire del gioco in privato, in qualsiasi momento e in qualsiasi luogo, utilizzare connessioni Internet ad alta velocità che consentono di scommettere molto velocemente, accedere in maniera immediata e facile a un vasto numero di giochi, avere un riscontro rapido sull'esito del gioco – portano a interrogarsi su quanto proprio la modalità online possa contribuire ad un 'eccesso di gioco' (1, 2).

Una revisione della letteratura su studi condotti da diversi Paesi tra il 2001 e il 2013 mostra come la prevalenza del gioco d'azzardo online nella popolazione adulta oscilli dallo 0,4% in Nuova Zelanda al 14% in Gran Bretagna (3).

Tra le indagini più strutturate che la letteratura mette a disposizione, sicuramente il rapporto annuale della Commissione per il gioco d'azzardo inglese rappresenta un punto di riferimento. La rilevazione del 2017 ha permesso di evidenziare che il 18% del campione ha giocato d'azzardo online nelle ultime 4 settimane precedenti l'intervista. Il campione è stato estratto da un panel utilizzando il metodo delle quote e i risultati mostrano l'incremento della partecipazione al gioco d'azzardo online tra i 25-34enni e i 55-64enni, mentre si è assistito a un calo nella partecipazione al gioco online nel 2017 nelle fasce d'età tra i 16 e i 24 anni. I portatili rimangono il metodo più popolare di accesso al gioco d'azzardo online nel 2017, utilizzati dal 50% dei giocatori d'azzardo online. L'uso dei telefoni cellulari ha visto l'incremento maggiore (dal 29% al 39%). La maggior parte dei giocatori d'azzardo online (97%) gioca in casa; i maschi sono più propensi delle femmine a giocare fuori casa, anche durante i loro spostamenti (es. verso il lavoro, in un locale o in un pub/club). Tra i giocatori d'azzardo online, il 27% pratica le scommesse, con i tassi più alti tra i 25 e i 34 anni, anche se l'incremento maggiore è stato registrato tra i 55-64 anni. In media, i giocatori d'azzardo online hanno quattro account con gli operatori di gioco online. Il 6% dei giocatori online ha scommesso su *e-sports* negli ultimi 12 mesi, con i tassi più alti tra i 25 e i 34 anni (4).

Una rapida e sommaria analisi della letteratura su questo fenomeno mette in evidenza in primo luogo che tra i comportamenti collegati al gioco d'azzardo e identificati come potenziali marcatori di rischio di sviluppare problematicità, l'intenso coinvolgimento nel gioco d'azzardo in termini di durata e frequenza ricorre come predittore di problematicità sia per chi pratica giochi in luogo fisico sia per chi pratica giochi online.

Altre evidenze scientifiche suggeriscono che esista una relazione complessa tra la disponibilità di gioco d'azzardo e la problematicità del comportamento di gioco (5, 6), di conseguenza sembrerebbe che il facile accesso al gioco d'azzardo realizzabile attraverso Internet possa condurre allo sviluppo o esacerbazione dei problemi legati al comportamento di gioco d'azzardo (1,7-9).

Altri studi suggeriscono somiglianze nell'esperienza e nell'uso eccessivo del gioco d'azzardo (*gambling*) e dei giochi su Internet (*gaming*) così come potenziali rischi di danni alla salute basati su un uso eccessivo di Internet, ponendo l'accento sulla necessità di considerazioni specifiche sulla pratica eccessiva di gioco d'azzardo online. Allo stesso tempo bisogna considerare che Internet offre al giocatore un ambiente potenzialmente capace di controllare il comportamento di gioco, come, ad esempio, strumenti e risorse per autolimitare la propria pratica del gioco, come il tetto di spesa e il limite di tempo dedicato (10).

D'altro canto, un'analisi delle evidenze proposta da Gainsbury (11) nel 2015 suggerisce che il gioco d'azzardo online non sia di per sé la causa dei problemi nel comportamento di gioco ma che sia maggiormente praticato dai giocatori che mostrano un forte coinvolgimento nel gioco in termini di tempo e di denaro; questa analisi suggerisce inoltre che per alcuni giocatori d'azzardo online sia proprio la modalità di fruizione a contribuire significativamente allo sviluppo di problemi legati al gioco d'azzardo.

I comportamenti che sono stati scoperti come peculiarmente predittivi di problematicità nel comportamento di gioco online sono praticare gioco su siti illegali (12, 13), utilizzare più account (14) e praticare più attività di gioco (15, 16).

Rilevazioni degli ultimi anni indicano ancora che il 19-28% dei giocatori d'azzardo online dichiara che spendere denaro nei giochi online sia più facile (17) e che spendere online potrebbe generare più facilmente forme di dipendenza rispetto al gioco d'azzardo terrestre (18). Le indagini nazionali sul gioco d'azzardo online hanno assicurato progressi nella conoscenza dei giocatori e dei loro modelli di gioco anche se l'aspetto "debole" riguarda la sfida metodologica legata al campionamento che a volte non consente il confronto tra studi (11).

In generale, sembra che i giocatori d'azzardo online siano una popolazione eterogenea e l'impatto di questa modalità di fruizione sui problemi legati al gioco d'azzardo sembrerebbe moderato da un insieme di variabili individuali, sociali e ambientali; senza dimenticare che il gioco d'azzardo online è in continua evoluzione e la sua pratica in aumento, in particolare tra i giovani che hanno grande familiarità con la tecnologia e con l'*e-commerce* (19).

Infine, va considerato che i modelli teorici che sono stati sviluppati per spiegare il comportamento di gioco d'azzardo e in particolare il comportamento problematico riguardano fondamentalmente il gioco terrestre e non considerano le modalità di gioco online. Sarebbe importante rivisitare questi modelli concettuali, verificare se possono rendere conto del giocatore d'azzardo online problematico, individuare nuove variabili o interazioni da includere per conoscere il giocatore d'azzardo online problematico. Si condivide con il mondo scientifico (20, 21) la necessità di ampliare le conoscenze per meglio comprendere lo sviluppo di problematiche legate al gioco d'azzardo.

Sulla base di queste considerazioni nel progetto "Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione" è stata realizzata un'indagine che ha portato alla partecipazione ad uno studio transnazionale sulle abitudini di gioco online, realizzato su un panel di utenti Internet maggiorenni.

## Obiettivi dell'indagine

Lo studio "E-games Project", proposto dall'Observatoire Des Jeux (ODJ) francese, ha visto la partecipazione attiva di Francia, Canada, Germania, Italia, Svizzera e Polonia.

L'obiettivo generale è studiare il comportamento di gioco d'azzardo online e l'eventuale sovrapposizione con altri comportamenti di gioco, in particolare relativi ai giochi *PaytoWin* (P2W), e confrontare i risultati dei diversi Paesi coinvolti nella ricerca.

I giochi P2W sono quei giochi su supporto digitale che si caratterizzano per la possibilità di effettuare pagamenti durante il gioco per aumentare in modo significativo le probabilità di vincere, per progredire più velocemente nel gioco rispetto ai giocatori non paganti, per ottenere privilegi nel gioco (es. attrezzature o strumenti speciali, ottenere più energia o potenza di un avatar, ecc.) che migliorano le loro possibilità di vincere o passare a livelli più alti nel gioco.

Questo studio mira a raggiungere tre obiettivi specifici:

1. fornire un quadro di riferimento sullo stato dell'arte della pratica del gioco d'azzardo online per ciascun Paese partecipante;
2. costruire un campione ampio di giocatori d'azzardo su Internet per esplorare gli aspetti più significativi della pratica del gioco d'azzardo online;
3. esplorare un'importante area di sovrapposizione tra gioco d'azzardo e *gaming*.

L'utilizzo della stessa metodologia e dello stesso insieme di domande consente confronti preliminari tra le mappature sulla pratica del gioco d'azzardo online che sono scaturite dalle indagini nazionali. Le indagini nazionali forniscono indicazioni importanti per esplorare e comprendere le caratteristiche principali del fenomeno come, per esempio, le caratteristiche demografiche dei giocatori d'azzardo online, i loro modelli di gioco, le motivazioni per il gioco d'azzardo su Internet, la prevalenza e i fattori di rischio dei giocatori d'azzardo online problematici, il collegamento tra il gioco d'azzardo online e il gioco online, in particolare i giochi *PaytoWin*.

Un altro vantaggio di questo studio transnazionale è la possibilità di unire i database dei diversi Paesi per ottenere un campione numeroso di giocatori d'azzardo online e poter computare analisi statistiche per le quali altrimenti il potere statistico sarebbe troppo basso. Gli studi attuali, infatti, sono basati su campioni troppo piccoli e non hanno la sensibilità adeguata per rispondere in modo significativo a domande specifiche ma devono fermarsi a un livello inferiore, ad esempio, determinando la quota di giocatori d'azzardo online problematici senza essere in grado di distinguere tra le diverse forme di gioco online. Infine, merita di essere sottolineata la dimensione di ricerca prospettica che mira ad analizzare la relazione tra il *gambling* (con denaro reale e/o virtuale) e il *gaming*. Questa relazione probabilmente ha a che fare con l'ambiguità intorno al significato e al valore del denaro speso, nonché al significato del guadagno, sia esso monetario o meno.

## Campionamento

Il target dello studio transnazionale a cui tutti i Paesi hanno aderito è rappresentato da:

- *Giocatori d'azzardo online*  
coloro che praticano giochi per i quali è possibile scommettere o puntare denaro e dove il caso è sempre presente e può più o meno influenzare l'esito del gioco. Questi giochi includono: lotterie, gratta e vinci, scommesse sportive, scommesse ippiche, poker, giochi da casinò e *slot machine*.
- *Paygamer*  
coloro che praticano giochi caratterizzati dalla possibilità di fare dei pagamenti durante il gioco stesso per incrementare significativamente le possibilità di vincere o per progredire più velocemente nel gioco rispetto ai giocatori non paganti. I giocatori non spendono denaro per stare nel gioco, ma possono pagare per avere dei privilegi per incrementare le possibilità di vincita o per avanzare più velocemente di livello nel gioco.

La fase di campionamento doveva andare incontro a due esigenze: utilizzare un campione abbastanza ampio da permettere di scoprire significative differenze tra questi due gruppi e avere

un campione rappresentativo di giocatori d'azzardo online e di *paygamer*. Quest'ultima condizione non è facilmente raggiungibile con gli studi che utilizzano metodologie di campionamento classiche sulla popolazione generale principalmente per due ragioni: (a) le due popolazioni oggetto dell'indagine costituiscono una piccola parte dell'intera popolazione; (b) i costi per un campionamento random sono molto elevati. Partendo dall'ipotesi che tra gli utilizzatori attivi di Internet (cosiddetti internauti) vi siano con maggiori probabilità giocatori online, la scelta di utilizzare un panel di internauti ha rappresentato una valida alternativa. A questo proposito, infatti, i dati disponibili (3) stimano che il 75% degli utenti Internet sia un giocatore, che tra il 2% e il 5% degli utenti Internet siano giocatori d'azzardo e che una percentuale simile riguardi i *paygamer*.

Utilizzando queste premesse e con l'introduzione del metodo delle quote è stato possibile ridurre la divergenza del campione ottenuto rispetto a un campione casuale. Le quote per questo studio sono state costruite partendo dai dati della popolazione di utenti Internet divisi per sesso ed età. La consultazione del database dell'ISTAT (Istituto Nazionale di Statistica) ha consentito di osservare che circa il 62% degli italiani ha utilizzato Internet negli ultimi 12 mesi (Tabella 1). Il calcolo delle quote ha permesso di stimare l'ampiezza dei sottogruppi (giocatori d'azzardo e *paygamer*) (Tabella 2).

**Tabella 1. Utilizzo di Internet negli ultimi 12 mesi (ISTAT, 2016)**

Fascia d'età	Uomini		Donne		Totale	
	n.	%	n.	%	n.	%
18-34 anni	4.992.908	89,5	4.721.677	88,3	9.714.585	88,9
35-54 anni	7.420.457	80,9	7.283.968	78,1	14.704.425	79,5
≥55 anni	3.824.760	40,4	3.018.927	26,4	6.843.687	32,7
Totale	16.238.125	67,1	15.024.572	57,5	31.262.697	62,1

**Tabella 2. Campionamento: quote per giocatori d'azzardo e *paygamer***

Fascia d'età	Giocatori d'azzardo			<i>Paygamer</i>		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
18-34 anni	960	900	1.860	240	225	465
35-54 anni	1.440	1.380	2.820	360	345	705
≥55 anni	720	600	1.320	180	150	330
Totale	3.120	2.880	6.000	780	720	1.500

## Rilevazione

Un panel di circa 55.000 persone è stato invitato a partecipare a questa indagine e circa 20.000 persone hanno aderito compilando un questionario che ha indagato la partecipazione alle tipologie di giochi proposte, il pattern di gioco e i problemi legati alla pratica del gioco, sia *gambling* sia *gaming*.

Ogni Paese ha potuto personalizzare una parte del questionario aggiungendo alle domande condivise alcuni *item* specifici riguardanti il gioco d'azzardo online oppure il *gaming*.

A seconda delle risposte fornite dai partecipanti sono stati creati i due gruppi oggetto di studio: giocatori d'azzardo online e giocatori del tipo *PaytoWin*. I rispondenti per essere considerati giocatori d'azzardo dovevano aver praticato negli ultimi 12 mesi almeno uno dei giochi

d'azzardo, specificando poi informazioni relativamente alla spesa e alla frequenza di gioco. I *gamer* invece per essere considerati *paygamer* dovevano non solo dichiarare di aver giocato almeno una volta negli ultimi 12 mesi a quel tipo di gioco spendendo denaro, ma anche aver indicato almeno una delle seguenti motivazioni di spesa: poter continuare a giocare, aumentare la possibilità di vincita, aumentare il tempo di gioco. I rispondenti che praticavano entrambe le tipologie di gioco saturavano prioritariamente il campione di giocatori d'azzardo online, raggiunti i 6.500 gli stessi andavano a saturare il campione dei *paygamer*.

Seguendo le indicazioni condivise con il gruppo di studio internazionale, sono stati raccolti 6.500 questionari di giocatori d'azzardo online e 1.500 questionari di *paygamer*. I due sottogruppi sono stati reclutati con una strategia di campionamento basata sul metodo delle quote per genere e classi di età – sopra descritta – che prevede la selezione nella popolazione di internauti  $\geq 18$  anni delle unità appartenenti a ciascun gruppo, per ridurre il *bias* legato al campionamento non random. Il questionario, tradotto e adattato alla realtà italiana, è composto da circa 150 domande ed è stato somministrato con tecnica CAWI (*Computer-Assisted web Interview*).

## Utilizzo del panel: limiti e sfide

L'utilizzo di un panel di utenti Internet comporta significative limitazioni. Gli utenti Internet che partecipano ai panel sono una piccola parte di tutti gli utenti Internet (circa il 2%) e solitamente non sono rappresentativi di tutti gli internauti. Per esempio, è verosimile che la proporzione dei differenti gruppi in questa indagine sia più grande rispetto alla proporzione di questi due gruppi all'interno della popolazione utilizzatori di Internet. Il panel, infatti, consiste negli utilizzatori di Internet più attivi rispetto alla media degli utilizzatori Internet, di conseguenza, le analisi effettuate su questo campione non permettono di generalizzare la prevalenza del campione all'intera popolazione; consentono, invece, entro certi limiti, di confrontare le caratteristiche di questi due gruppi e analizzare le associazioni tra fattori nel campione.

## Risultati

Il questionario è stato compilato da 21.028 persone, circa il 53% dei rispondenti erano donne e il 47% uomini. Il 47% è nella fascia di età tra i 35 e i 54 anni, il 31,6% tra i 18 e i 34 e infine, il 21,4% ha più di 55 anni. Il 63% svolge un'attività lavorativa e il 75% utilizza Internet anche per cercare informazioni, aggiornamenti, ecc.

## Giocatori d'azzardo online

Tra i 21.028 intervistati, il 36,5% ha dichiarato di aver giocato d'azzardo online negli ultimi 12 mesi (7.675 persone) (Figura 1).

Sono soprattutto maschi (64,4%) di età tra i 35 e i 54 anni (50,5%), sposati (58,1%) con un titolo di studio medio alto (diploma scuola superiore, 47,4%; titolo accademico (37,8%) e impegnati in un'attività lavorativa (74%). Per giocare preferiscono utilizzare il computer (81%), a seguire lo smartphone (46%) e il tablet (16%); la maggioranza pratica al massimo 4 giochi (95,1%) e il 34,8% pratica anche giochi terrestri, tra questi i giochi maggiormente praticati sono i gratta e vinci (19,8%), a seguire le scommesse sportive (16,2%) e lotterie (11,8%). Percentuali minori riguardano le *slot machine* (8,7%), il poker (4,3%), le scommesse ippiche (2,6%), le VLT (1,9%) e gli altri giochi da casinò (1,7%) (Figura 2).

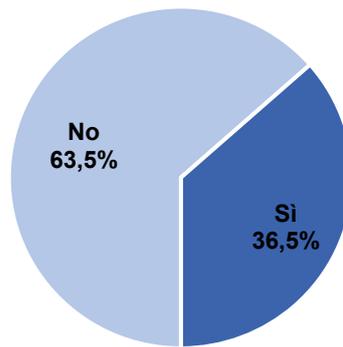


Figura 1. PANEL INTERNAUTI: distribuzione percentuale dei giocatori d'azzardo online

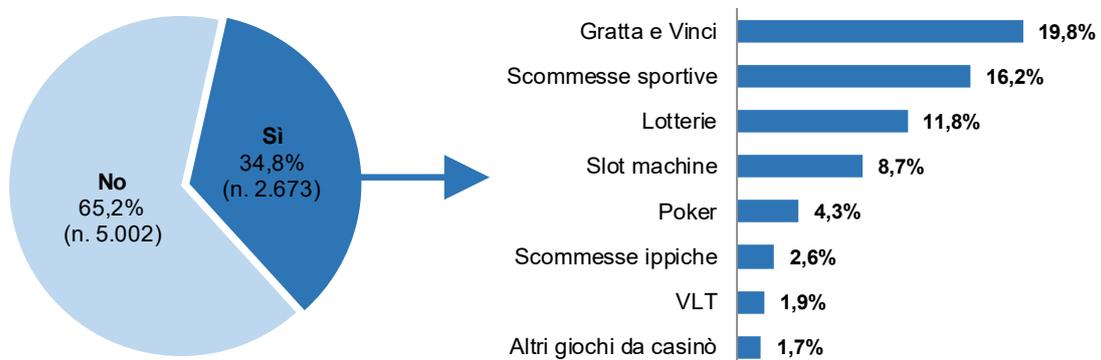


Figura 2. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: pratica del gioco d'azzardo in luogo fisico

A tutti i giocatori d'azzardo è stato somministrato il *Problem Gambling Severity Index* (PGSI) e la distribuzione percentuale evidenzia che il 40,8% mostra un profilo coerente con quello descritto come giocatore senza problemi di gioco, il 24,4% con quello di giocatore a basso rischio, il 17,1% con quello di giocatore a rischio moderato e il 17,6% con quello di giocatore problematico (Figura 3).

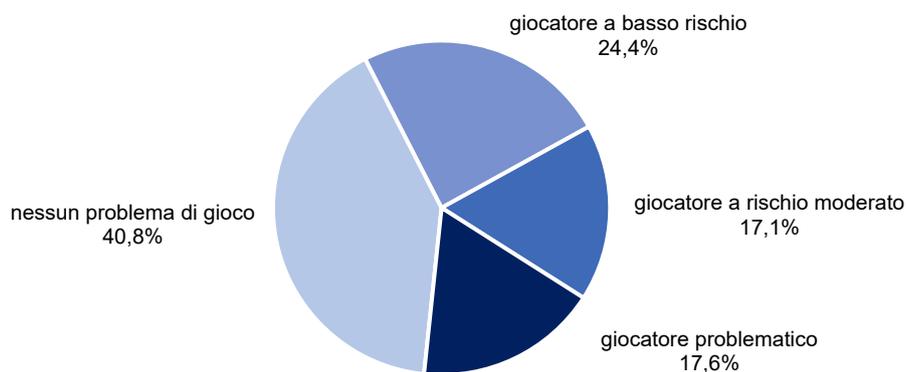
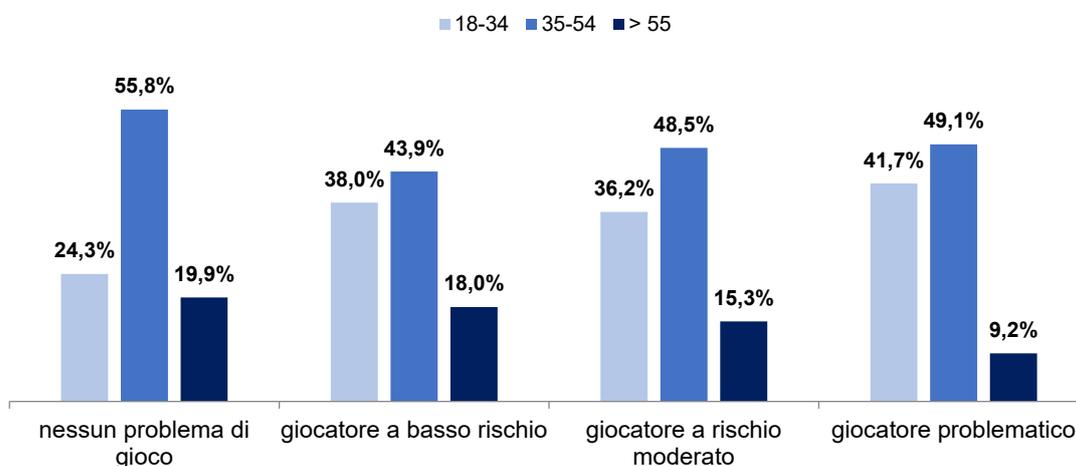
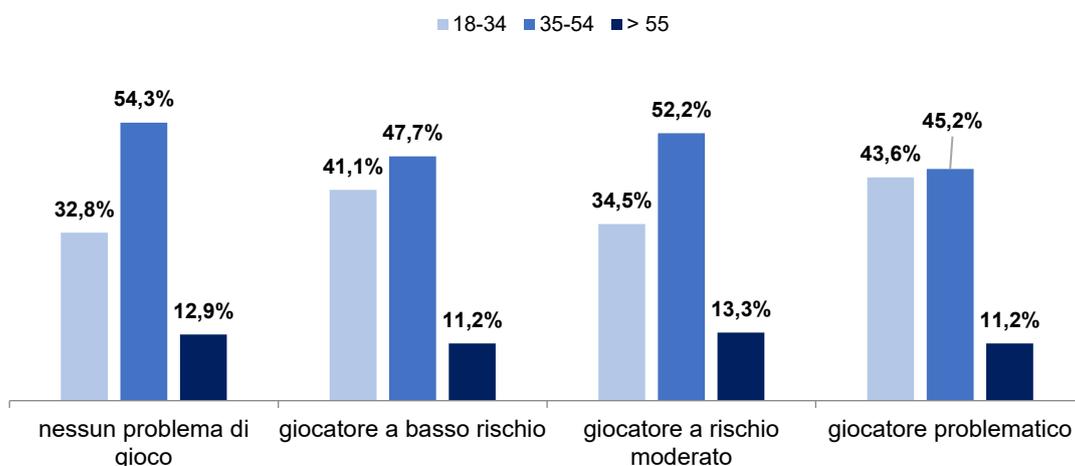


Figura 3. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: distribuzione percentuale per profili di rischio secondo il punteggio del PGSI

La distribuzione delle classi di età per profilo di giocatore evidenzia come la fascia maggiormente rappresentata sia 35-54 anni (nessun problema di gioco, 55,2%; giocatore a basso rischio, 45,2%; giocatore a rischio moderato, 49,6%; giocatore problematico, 47,7%) senza sensibili differenze di genere (Figure 4 e 5).

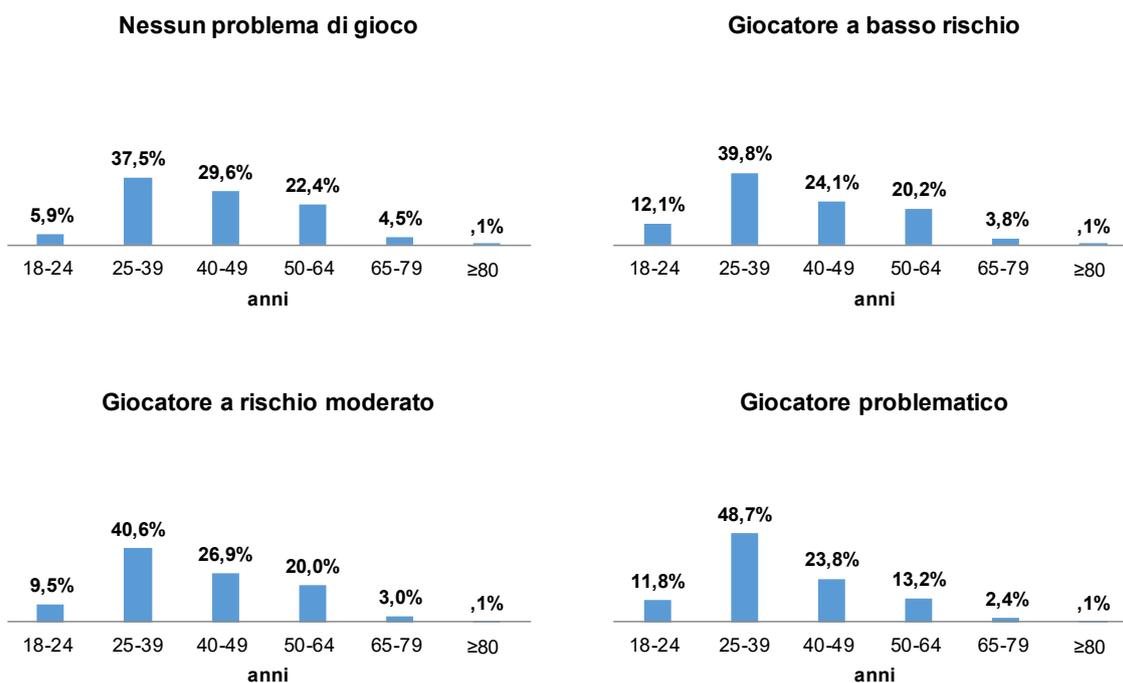


**Figura 4. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL:**  
distribuzione percentuale dei giocatori maschi per età e profilo di rischio



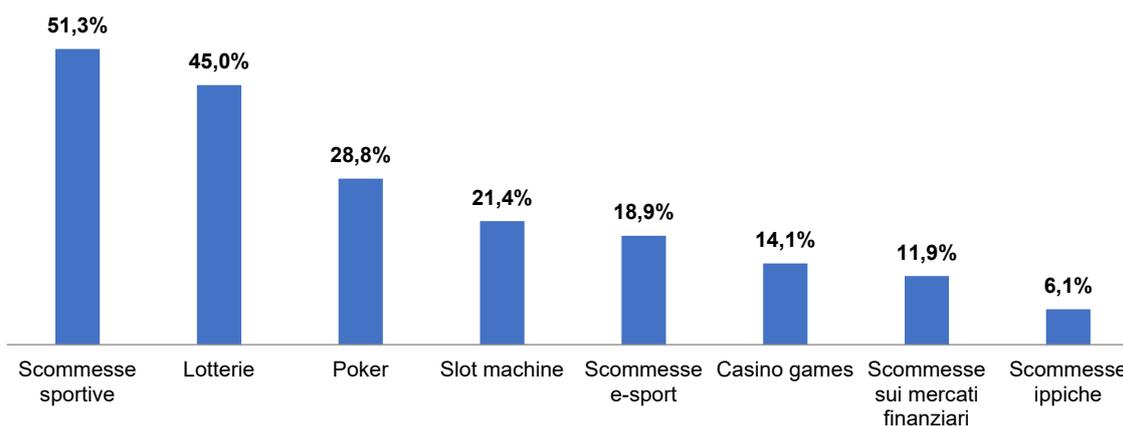
**Figura 5. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL:**  
distribuzione percentuale delle giocatrici per età e profilo di rischio

Analizzando più nello specifico la variabile età e costruendo classi più piccole emerge che la fascia di età maggiormente rappresentata è quella dei 25-39enni e che il 48,7% dei giocatori problematici ricade in questa classe d'età, a seguire i giocatori a rischio moderato (40,6%), a basso rischio (39,8%) e senza problemi di gioco (37,5%) (Figura 6).



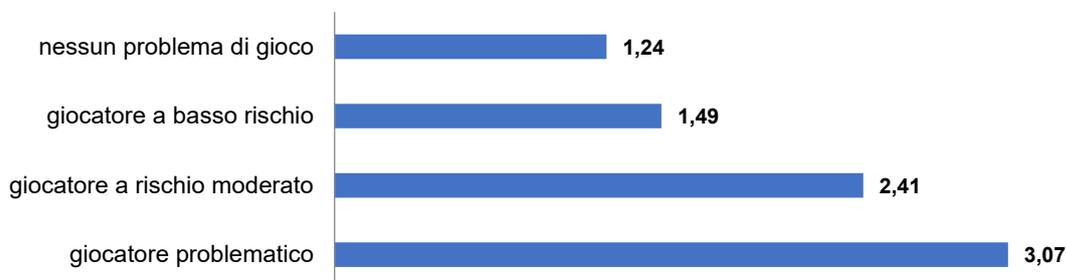
**Figura 6. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL:**  
distribuzione percentuale per fasce d'età e profilo di rischio

I giochi d'azzardo online maggiormente praticati sono le scommesse sportive (51,3%) e le lotterie (45,0%); a seguire il poker (28,8%), le *slot machine* (21,4%), le scommesse sugli e-sport (18,9%), i casinò games (14,1%), le scommesse sui mercati finanziari (11,9%) e le scommesse ippiche (6,1%) (Figura 7).



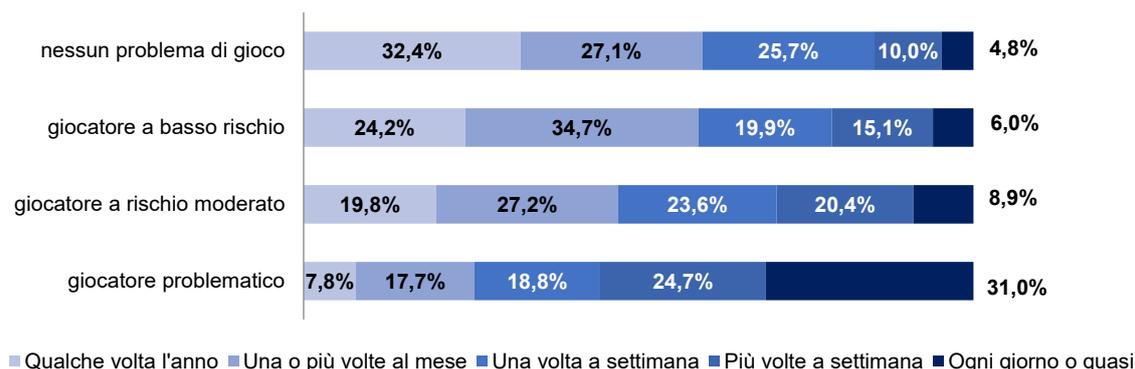
**Figura 7. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL:**  
distribuzione percentuale dei giochi d'azzardo online praticati  
(percentuale calcolata su risposte multiple)

L'analisi del tempo quotidiano dedicato al gioco mostra che il giocatore problematico dedica a questa attività circa il doppio del tempo rispetto al giocatore senza problemi di gioco (rispettivamente 3,07 ore e 1,24 ore al giorno). Il giocatore a rischio moderato dedica poco meno del doppio del tempo rispetto al giocatore senza problemi di gioco (2,41 ore) e il giocatore a basso rischio circa 20 minuti in più (1,49 ore) (Figura 8).

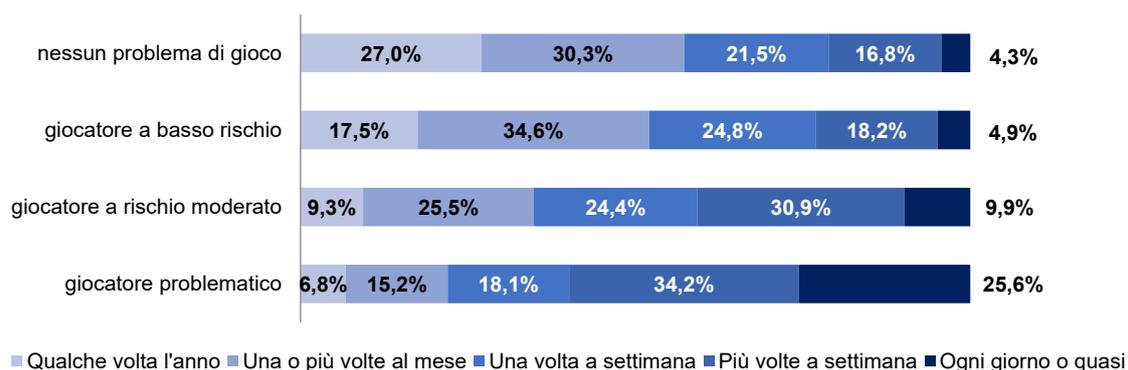


**Figura 8. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL:**  
ore giornaliere dedicate al gioco d'azzardo online per profilo di rischio

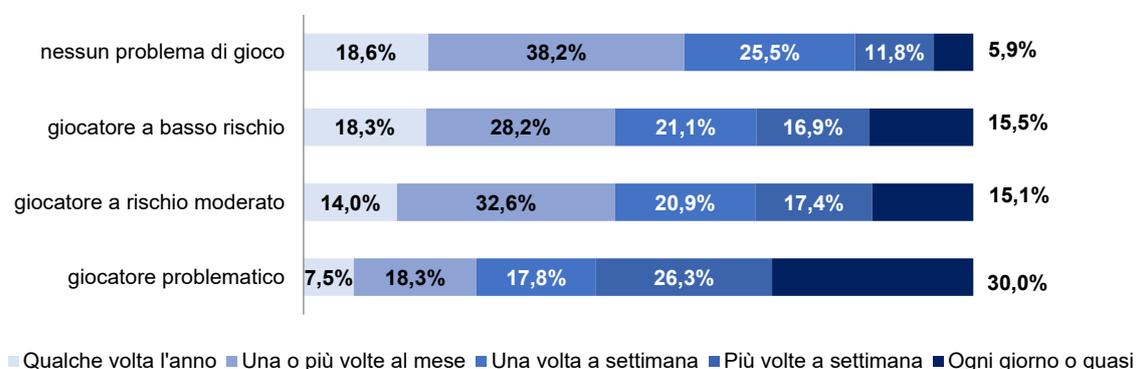
È stata analizzata anche la frequenza di gioco per profilo di giocatore e tipo di gioco e al di là degli scostamenti percentuali nei singoli giochi, considerando i valori relativi alla pratica di gioco quotidiana o quasi, emerge un andamento caratteristico: la pratica di gioco si incrementa all'aumentare della problematicità del comportamento. Per esempio, i giocatori problematici praticano scommesse sugli e-sport ogni giorno o quasi circa 7 volte di più rispetto ai giocatori senza problemi di gioco (rispettivamente 31% vs 4,8%), le lotterie 6 volte di più (rispettivamente 25,6% vs 4,3%), le scommesse ippiche 5 volte di più (rispettivamente 30% vs 5,9%), le slot machine e i giochi da casinò 4 volte di più (rispettivamente 29,3% vs 7,5%; 24% vs 5,6%), le scommesse sportive e sui mercati finanziari 3 volte di più (rispettivamente 25,7% vs 9,8%; 33,9% vs 8,8%), il poker 2 volte di più (rispettivamente 27,9% vs 11,8%) (Figure 9-16).



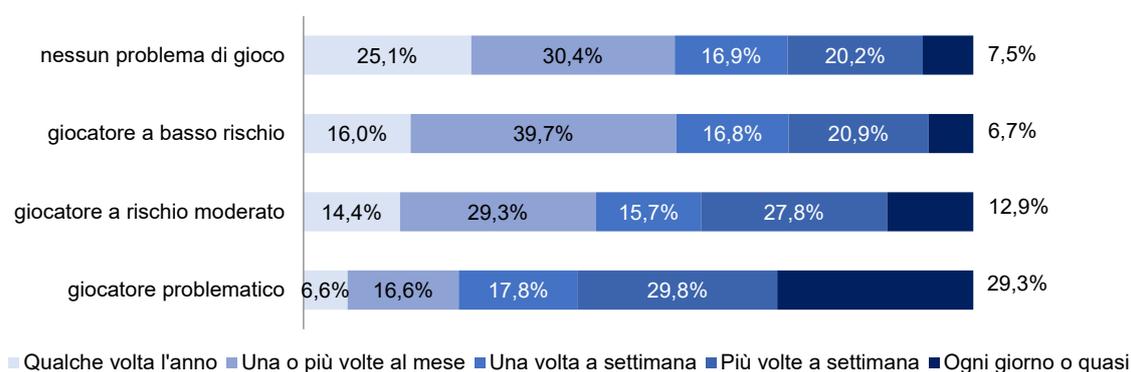
**Figura 9. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL:**  
frequenza della pratica di scommesse sugli e-sport per profilo di rischio



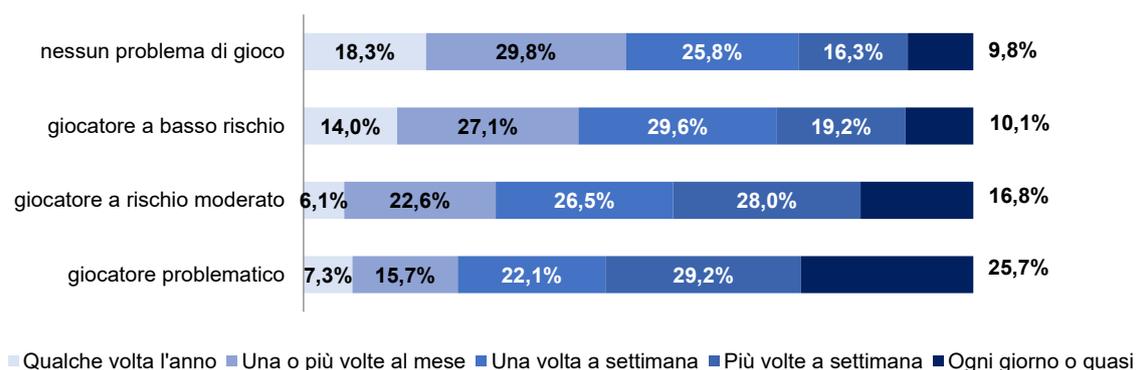
**Figura 10. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: frequenza della pratica di Giochi di Lotterie online per profilo di rischio**



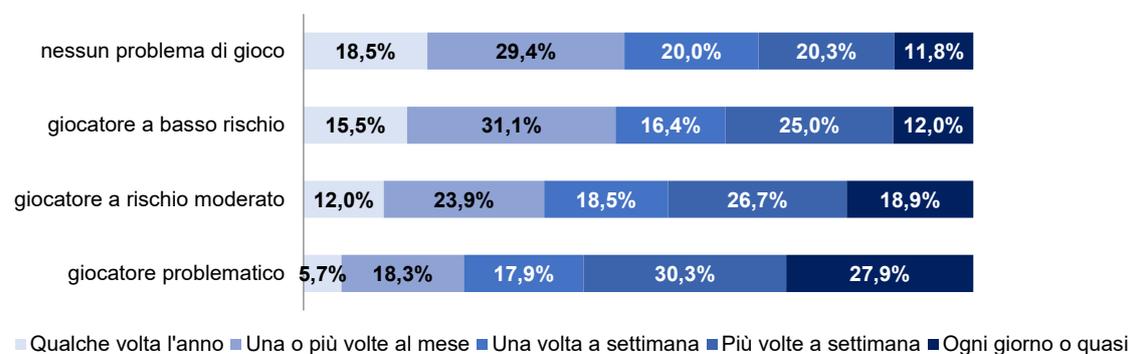
**Figura 11. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: frequenza della pratica di Scommesse ippiche online per profilo di rischio**



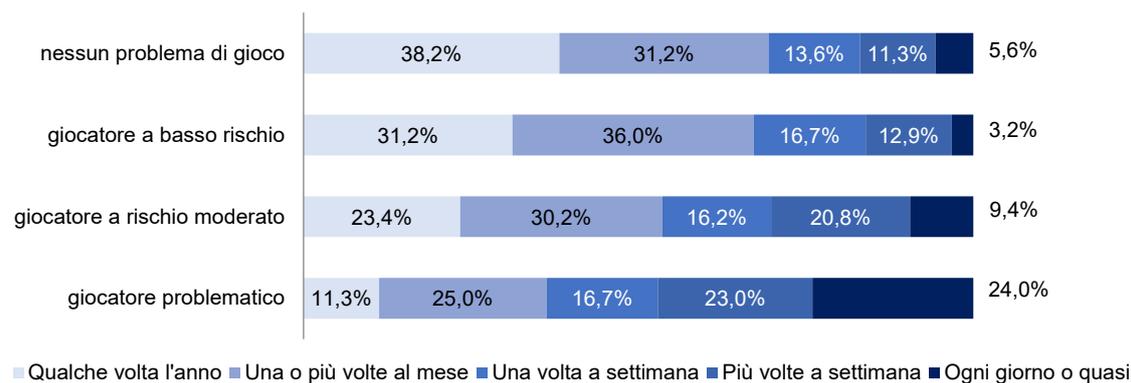
**Figura 12. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: frequenza della pratica di slot machine online per profilo di rischio**



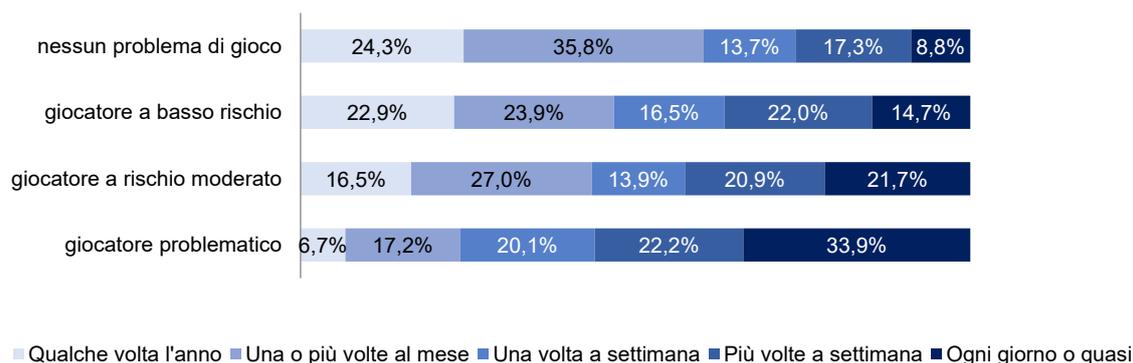
**Figura 13. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: frequenza della pratica di scommesse sportive online per profilo di rischio**



**Figura 14. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: frequenza della pratica di poker online per profilo di rischio**

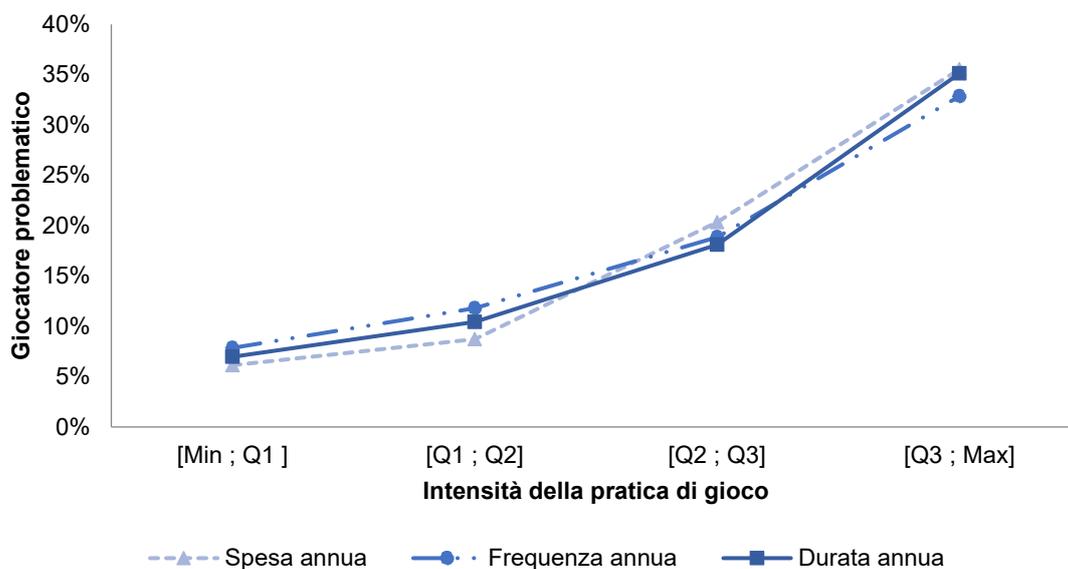


**Figura 15. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: frequenza della pratica di altri giochi da casinò online per profilo di rischio**



**Figura 16. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: frequenza della pratica di scommesse sui mercati finanziari per profilo di rischio**

La letteratura di riferimento pone tra gli indicatori della problematicità del comportamento di gioco d'azzardo l'intensità della pratica, data da tre elementi: spesa, frequenza e durata della sessione di gioco. È stata quindi analizzata la pratica di gioco del giocatore problematico alla luce di questi elementi ed è emerso che i giocatori problematici, che spendono di più, con frequenza maggiore e per un tempo maggiore, si collocano nell'ultimo quartile a sostegno di quanto descritto nella letteratura (Figura 17).



**Figura 17. GIOCATORI D'AZZARDO ONLINE DEL PANEL: intensità della pratica di gioco nei giocatori d'azzardo problematici**

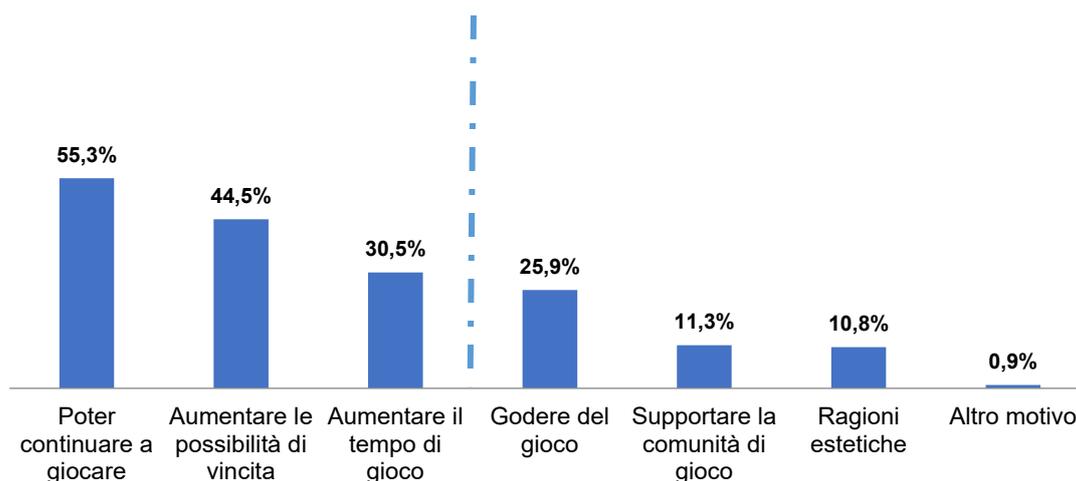
Infine, per indagare la pratica di gioco d'azzardo online illegale è stato chiesto ai rispondenti di indicare i tre siti web sui quali giocavano più assiduamente, successivamente le loro risposte sono state ricodificate come siti legali, siti illegali, siti di *gaming* e altro.

Dall'analisi è emerso che la pratica del gioco d'azzardo online illegale riguarda percentuali di giocatori molto piccole, tanto che non sono emerse differenze statisticamente significative, fatta eccezione per gli scommettitori alle corse di cavalli e per quelli dei mercati finanziari. Il 67% circa dei giocatori di scommesse ippiche che frequenta siti illegali ha un comportamento a rischio o problematico così come il 76% circa degli scommettitori sui mercati finanziari.

## Paygamer

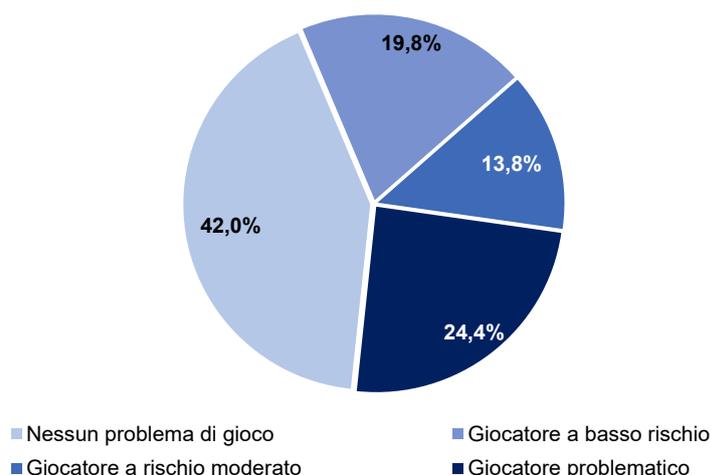
I *paygamer* rappresentano il 7,2% degli intervistati (n. 1.500), sono più femmine che maschi (F= 52,4%; M= 47,6%) e abbastanza equidistribuiti per fasce di età tra i 18 e i 54 anni (rispettivamente 18-34 anni= 43,3% e 35-54 anni = 46%); il 10,6% ha dai 55 anni in su. Poco più della metà ha un titolo di studio medio alto (Diploma di scuola secondaria di secondo grado, 51,3%; Laurea, 28,8%; Post laurea, 7,8%); il 53,3% è sposato o convivente, mentre il 39,9% è nubile/celibe; la maggior parte ha un'occupazione (72,6%).

Per essere considerati *paygamer* i rispondenti dovevano indicare tra le motivazioni che li spingevano a spendere denaro almeno una delle seguenti: poter continuare a giocare, aumentare la possibilità di vincita, aumentare il tempo di gioco. Il 55,3% del campione analizzato ha risposto poter continuare a giocare, il 44,5% ha indicato aumentare la possibilità di vincita e il 30,5% aumentare il tempo di gioco (Figura 18).



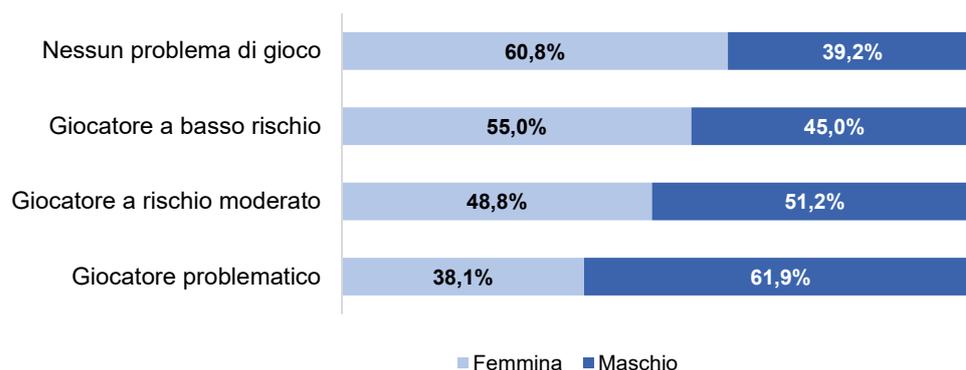
**Figura 18. PAYGAMER DEL PANEL: motivazioni al pagamento**  
(percentuale calcolata su risposte multiple)

Poiché letteratura di riferimento non offre strumenti di screening per questa tipologia di giocatori, è stato utilizzato il PGSI anche in questo gruppo, consapevoli di fare una forzatura ma con l'intento di utilizzare questo strumento per sperimentare una misura di problematicità per questa tipologia di giocatori. Il PGSI ha evidenziato come il profilo di giocatore sociale sia congruente con il 42% dei rispondenti, quello di giocatore a basso rischio sia coerente con il 19,8% dei rispondenti, quello di giocatore a rischio moderato con il 13,8% e quello di giocatore problematico con il 24,4% (Figura 19).



**Figura 19. PAYGAMER DEL PANEL: distribuzione percentuale secondo il PGSI**

I maschi sono maggiormente rappresentati nel profilo di giocatore problematico (M= 61,9%; F= 38,1%) e le donne in quello di giocatore senza problemi di gioco (M= 39,2%; F= 60,8%), differenze meno importanti si osservano nei profili di basso rischio (M= 45%; F= 55%) e rischio moderato (M= 51,2%; F= 48,8%) (Figura 20).



**Figura 20. PAYGAMER DEL PANEL: distribuzione percentuale del genere per profilo di rischio**

Per assumere informazioni sulla problematicità del comportamento di gioco dei *paygamer* è stata proposta una scala sperimentale costruita dall'unione degli *item* del PGSI ad altri *item* che attengono al tempo e al denaro dedicati al gioco e alla compromissione delle relazioni. L'analisi fattoriale evidenzia 3 componenti (Figura 21).

Dall'analisi fattoriale emerge chiaramente il fattore tempo come indicatore di problematicità, mentre la distribuzione degli *item* relativi a problemi relazionali e problemi legati alla gestione del denaro risulta piuttosto dispersa, senza gerarchia tra i fattori.

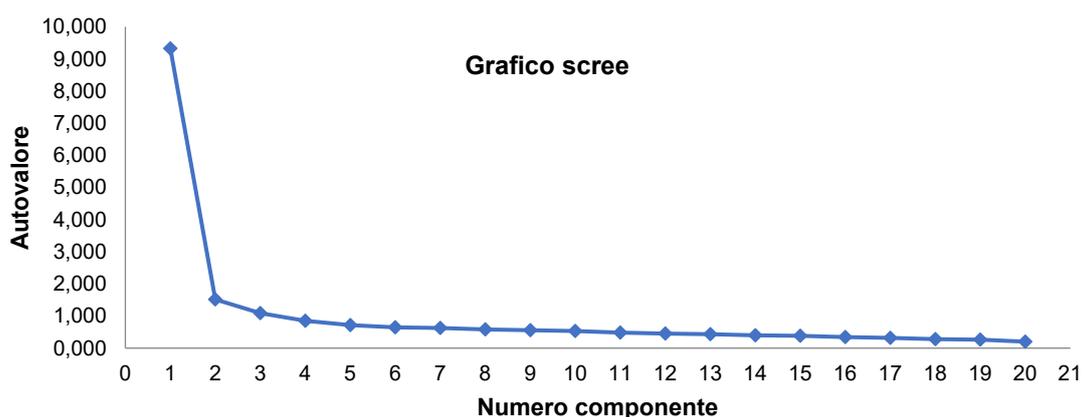


Figura 21. PAYGAMER DEL PANEL: analisi fattoriale, estrazione delle componenti con autovalore >1

### Giocatori d'azzardo online che sono anche *paygamer*

Tra i due gruppi appena analizzati, è emerso un gruppo di persone che pratica entrambe le attività (n. 794) che rappresentano il 3,8% degli intervistati (n. 21.028). Sono più maschi (56,9%) che femmine (43,1%) e di un'età compresa, soprattutto, tra i 18 e i 54 anni (18-34 anni, 42,2%; 35-54 anni, 49,9%) (Figura 22).

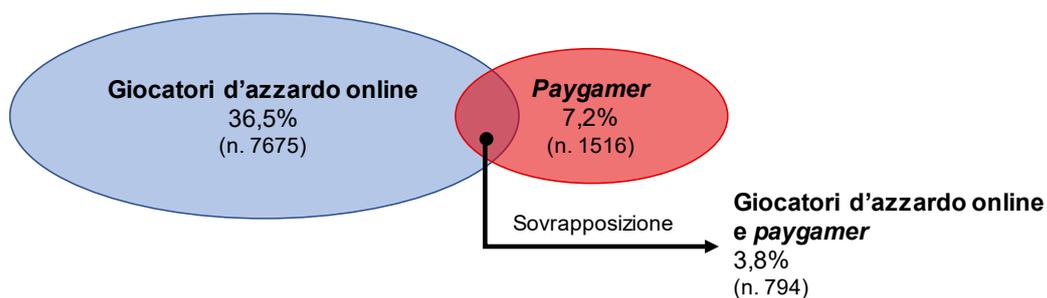
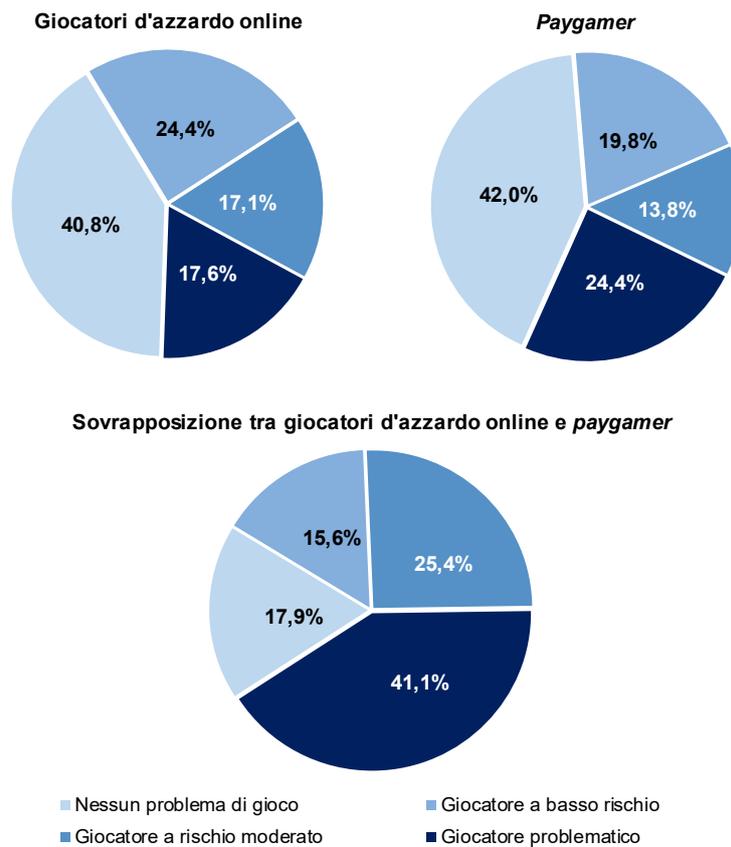


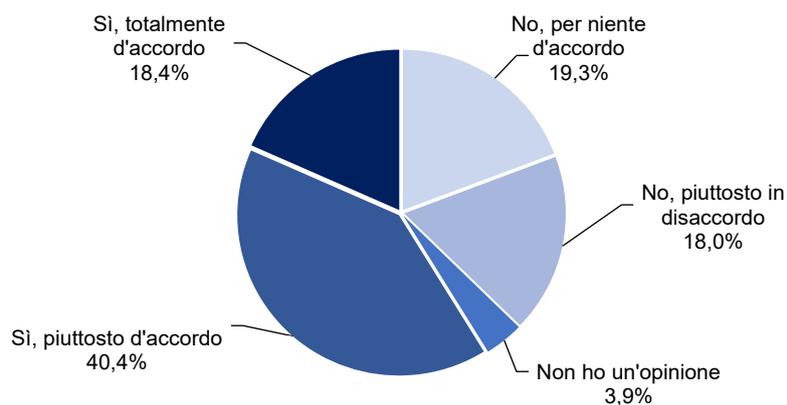
Figura 22. PANEL INTERNAUTI: giocatori d'azzardo online e *paygamer*

Come giocatori d'azzardo praticano più frequentemente le scommesse sportive (46,9%), a seguire le lotterie (45,7%), il poker (34,8%), le *slot machine* (29,7%), le scommesse di e-sport (26,4%), i *casino games* (18%), le scommesse sui mercati finanziari (16,6%) e le scommesse ippiche (12%). Analizzando il loro profilo di giocatore è emerso che il 17,9% ha un profilo congruente con quello del giocatore senza problemi di gioco, il 15,6% con quello del giocatore a basso rischio, il 25,4% con quello del giocatore a rischio moderato e il 41,1% con quello del giocatore problematico. Osservando dunque il profilo problematico all'interno delle diverse popolazioni di questo studio (giocatori d'azzardo, *paygamer*, coloro che praticano entrambe le attività) si assiste a un incremento della percentuale dal 17,6% dei giocatori d'azzardo, al 24,4% dei *paygamer* fino ad arrivare al 41,1% di coloro che praticano entrambe le attività e allo stesso tempo, in quest'ultimo gruppo, scende drasticamente la percentuale dei giocatori senza problemi di gioco (17,9%) (Figura 23).



**Figura 23. PANEL INTERNAUTI: giocatori d'azzardo online, paygamer e sovrapposizione tra giocatori d'azzardo online e paygamer per profilo di rischio**

Infine, alla domanda “Direbbe che questo tipo di giochi (*PaytoWin*) l’ha portata gradualmente a giocare d’azzardo?”, il 59% dei rispondenti di questo gruppo si è trovato in accordo (Figura 24).



**Figura 24. PAYGAMER DEL PANEL: risposte a quanto il *PaytoWin* ha portato gradualmente a giocare d'azzardo**

## Bibliografia

1. Gainsbury S, Wood R. Internet gambling policy in critical comparative perspective: the effectiveness of existing regulatory frameworks. *Int Gambl Stud* 2011;11:309-23.
2. Monaghan S. Responsible gambling strategies for Internet gambling: the theoretical and empirical base of using pop-up messages to encourage self-awareness. *Comput Hum Behav* 2009;25(1):202-7.
3. Kairouz S. *Prevalence of online gambling. Factsheet 1*. Montreal: Concordia University, 2014.
4. Gambling Commission. *Gambling participation in 2017: behaviour, awareness and attitudes. Annual report*. Birmingham: Gambling Commission; 2018.
5. LaPlante DA, Shaffer HJ. Understanding the influence of gambling opportunities: expanding exposure models to include adaptation. *Am J Orthopsychiat* 2007;77(4):616-23.
6. Griffiths MD, Wardle H, Orford J, Sproston K, Erens B. Sociodemographic correlates of Internet gambling: findings from the 2007 British gambling prevalence survey. *Cyberpsychol Behav* 2009;12:199-202.
7. Watson S, Liddell Jr P, Moore RS, Eshee Jr WD. The legalization of Internet gambling: a consumer protection perspective. *J Public Policy Markk* 2004;23(2):209-13.
8. Adams GR, Sullivan AM, Horton KD, Menna R, Guilmette AM. A study of differences in Canadian university students' gambling and proximity to a casino. *J Gambl Issues* 2007;19:9-18.
9. Hing N, Cherney L, Gainsbury S, Lubman D, Wood R, Blaszczynski A. Maintaining and losing control during Internet gambling: a qualitative study of gamblers' experiences. *New Med Soc* 2015;17(7):1075-95.
10. Dowling NA. Issues raised by the DSM-5 Internet gaming disorder classification and proposed diagnostic criteria. *Addiction* 2014;109(9):1408-9.
11. Gainsbury SM. Online gambling addiction: the relationship between internet gambling and disordered gambling. *Curr Addict Rep* 2015;2:185-93.
12. Hing N, Russell AMT, Gainsbury SM, Blaszczynski A. Characteristics and help-seeking behaviors of Internet gamblers based on most problematic mode of gambling. *J Med Internet Res* 2015;17(1):E13.
13. Gainsbury S, Russell A, Blaszczynski A, Hing N. Greater involvement and diversity of Internet gambling as a risk factor for problem gambling. *Eur J Pub Health* 2015;25(4):723-8.
14. Adami N, Benini S, Boschetti A, Canini L, Maione F, Temporin M. Markers of unsustainable gambling for early detection of at-risk online gamblers. *Int Gambl Stud* 2013;188-204.
15. McBride J, Derevensky J. Internet gambling behavior in a sample of online gamblers. *Int J Ment Health Addict* 2009;7(1):149-67.
16. LaPlante DA, Nelson SE, Gray HM. Breadth and depth involvement: understanding Internet gambling involvement and its relationship to gambling problems. *Psychol Addict Behav* 2014;28:396-403.
17. GamCare. *Briefing paper: GamCare annual statistics 2013/14*. London: GamCare; 2014.
18. McCormack A, Griffiths MD. Motivating and inhibiting factors in online gambling behaviour: a grounded theory study. *Int J Ment Health Addict* 2012;10(1):39-53.
19. Griffiths MD, Parke J. The social impact of Internet gambling. *Soc Sci Comput Rev* 2002;20(3):312-20.

20. Gainsbury SM, Russell A, Hing N, Wood R, Blaszczynski A. The impact of Internet gambling on gambling problems: a comparison of moderate-risk and problem Internet and non-Internet gamblers. *Psychol Addict Behav* 2013;27:1092-101.
21. Gainsbury S. Player account-based gambling: potentials for behaviour-based research methodologies. *Int Gambl Stud* 2011;11(2):153-71.

## STUDIO QUALITATIVO SU GIOCATORI D'AZZARDO IN TRATTAMENTO

Adele Minutillo, Claudia Mortali, Piergiorgio Massaccesi, Graziella Lanzillotta, Roberta Pacifici,  
Luisa Mastrobattista  
Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Gli studi condotti sui fattori di rischio e le comorbidità associate al disturbo da gioco d'azzardo chiamano in causa determinanti biologici, di vulnerabilità individuale e sociale e fattori epigenetici di tipo ambientale. Questi studi sono generalmente condotti su ampie popolazioni e con strumenti di misurazione standardizzati che registrano gli ambiti di funzionamento del giocatore problematico o patologico e ne misurano le variabili d'interesse, definite dal disegno degli studi (1).

Per un approfondimento del fenomeno è importante leggere i risultati delle indagini epidemiologiche anche alla luce di ricerche qualitative che hanno uno scopo principalmente esplorativo ma permettono di raccogliere – grazie a strumenti e tecniche meno strutturate – informazioni soggettive che saranno poi analizzate in maniera interpretativa, anche se esistono strumenti statistici per giungere a risultati il più possibile accurati e attendibili. Nell'ambito dei comportamenti, in particolare, osservare la variabilità individuale porta ad arricchire le conoscenze dei fenomeni studiati con informazioni che non potrebbero essere colte diversamente. Per questo motivo risulta difficile replicare il processo inferenziale che induce alla generalizzazione del dato alla popolazione generale ma, grazie all'utilizzo di un maggiore rigore nell'applicazione delle procedure e dell'elaborazione dei dati, la ricerca qualitativa risulta complementare alla ricerca quantitativa.

La tecnica del *focus group* è tra le tecniche di ricerca qualitativa più utilizzate negli studi di area psicologica e sociale. La caratteristica più importante di questa tecnica è la creazione di un alto grado d'interazione tra i partecipanti, tale da consentire un approfondimento e una definizione dell'argomento difficilmente raggiungibili con altri strumenti d'indagine come l'intervista faccia-a-faccia o il questionario standardizzato.

La tecnica si basa sulla sollecitazione di una discussione intorno a un argomento, in presenza di un moderatore e/o facilitatore e di un osservatore. Il moderatore/facilitatore ha il ruolo di mettere a proprio agio i partecipanti, favorire un buon clima d'interazione di gruppo e agevolare la discussione attraverso domande stimolo, astenendosi dal dare giudizi di valore e opinioni personali riguardo l'argomento di discussione (2, 3). L'osservatore ha il compito di annotare, per quanto possibile, gli elementi salienti delle dinamiche e le informazioni principali che emergono dall'interazione tra i partecipanti, considerando gli aspetti verbali e non verbali della comunicazione; l'osservatore può avvalersi dell'ausilio di strumenti come griglie di osservazione e può contribuire alla codifica e analisi delle informazioni raccolte.

I partecipanti al *focus group* sono selezionati secondo criteri che rendono il gruppo quanto più possibile simile alla popolazione di riferimento dell'indagine dunque in alcuni casi è auspicabile l'eterogeneità dei partecipanti per riunire caratteristiche diverse della popolazione di riferimento (differenze per età, genere, condizione sociale, livello d'istruzione, ecc.), mentre in altri si ricerca l'uniformità della popolazione proprio per omogeneità delle caratteristiche; il numero ottimale di partecipanti per un *focus group* non dovrebbe superare i 12-15 elementi (4).

Sono pochi a oggi gli studi condotti con la tecnica del *focus group* che coinvolgono i pazienti afferenti ai centri per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo (5, 6). Con queste premesse,

il Centro Nazionale Dipendenze e Doping (CNDD) dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha condotto nel 2015 uno studio sperimentale, realizzato con un finanziamento del Ministero della Salute (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie, CCM), realizzando undici focus group che hanno visto il coinvolgimento di 100 utenti in carico presso strutture per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo. Con il progetto "Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione" è stata riproposta la ricerca qualitativa che questa volta ha potuto tener conto sia dei risultati delle due indagini sul gioco d'azzardo in Italia (descritte nei precedenti capitoli Il gioco d'azzardo nella popolazione adulta: studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale e Il gioco d'azzardo nella popolazione scolastica minorenni: studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale) sia della precedente esperienza di indagine qualitativa mediante *focus group* (7).

## Sintesi della letteratura

Per individuare le tematiche oggetto di discussione all'interno dei gruppi si è partiti dallo studio del 2015 e dai riscontri positivi o negativi che gli indicatori utilizzati allora nei *focus group* avevano rilevato rispetto alle tematiche proposte (7). Le riflessioni scaturite sono state integrate dallo studio della letteratura di riferimento e dai risultati degli studi epidemiologici.

Sono stati quindi considerati gli studi degli ultimi 5 anni che corrispondessero ai seguenti criteri di parole chiave: *gambling, pathological gambler and/or triggers, family, family role, perception of money, value of money, social gambling and pathological gambling*.

In sintesi, la letteratura di riferimento sottolinea che:

- eventi ambientali stressanti possono condurre verso il gioco problematico;
- fattori individuali, come per esempio strategie di gestione dello stress poco funzionali, contribuiscono all'esordio del disturbo da gioco d'azzardo;
- differenze di genere rispetto all'accesso ai servizi per il trattamento (gli uomini hanno maggior facilità di accesso rispetto alle donne);
- ruolo supportante della famiglia per il successo dell'intervento terapeutico con il giocatore in trattamento;
- percezione non realistica del valore del denaro per i giocatori problematici rispetto agli altri giocatori.

Di seguito, si propone una sintesi non esaustiva della letteratura di riferimento.

Il tema *fattori scatenanti* è attualmente il più studiato nell'ambito della letteratura relativa al disturbo da gioco d'azzardo. I fattori scatenanti di un comportamento di gioco problematico possono essere sia interni (es. ansia) sia esterni (es. conflitti con persone importanti) (8) con il comune denominatore che il giocatore d'azzardo che mostra un comportamento problematico mostra anche delle difficoltà nella gestione dello stress e spesso reagisce in modo affrettato quando si verificano (9). L'insieme dei meccanismi psicologici adattativi che un individuo mette in atto per fronteggiare problemi personali e interpersonali, ridurre o tollerare lo stress e il conflitto viene definito *coping* (10). Alcuni studi (11-14) hanno evidenziato come il coinvolgimento problematico nel gioco d'azzardo e il disturbo da gioco d'azzardo siano più spesso associati a strategie di *coping* inefficaci (come il *coping* orientato dalle emozioni e dall'evitamento). In particolare, una strategia di gestione dello stress focalizzata sulle emozioni e sull'evitamento, piuttosto che sul compito o sulla soluzione del problema, sembrerebbe possa essere mediatore nella relazione tra eventi di vita negativi e un comportamento di gioco d'azzardo problematico (11). Sebbene gli studi non siano numerosi, sono tra loro coerenti nel descrivere l'associazione positiva tra il disturbo da gioco d'azzardo e forme reattive di gestione dello stress (ossia risposte che seguono un agente stressante); d'altro canto strategie di *coping* proattive

(attuata prima che l'evento si verifichi) sembrano essere un fattore protettivo rispetto allo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo.

Un altro tema interessante studiato dalla letteratura è quello delle *differenze di genere*. La letteratura porta diversi esempi che dimostrano come per le donne sia più difficile l'accesso ai servizi per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo; tra gli ostacoli citati più frequentemente ci sono le preoccupazioni pratiche, come i limiti di tempo o la necessità di assistenza all'infanzia, minore autonomia economica e difficoltà negli spostamenti (15-17). Altre barriere, riscontrate soprattutto nelle piccole comunità, riguardano le difficoltà intrapersonali, come lo stigma sociale e la paura del riconoscimento, del giudizio o dell'esposizione.

Alcune ricerche (18) hanno evidenziato come i gruppi di genere misto siano meno efficaci per le donne a causa di una dominanza maschile nei gruppi: nei gruppi misti, infatti, mentre gli uomini parlano dei loro problemi, le donne svolgono un'azione di sostegno non traendo giovamento come gli uomini da questo tipo di trattamento. Uno studio relativo all'alcolismo indica come il trattamento in gruppi misti può non risultare efficace per le donne anche a causa delle loro pregresse relazioni dolorose con gli uomini. I gruppi di sole donne, invece, offrono maggiore libertà di parlare di questioni personali e prettamente femminili come l'intimità, la gravidanza o la violenza e il condividere esperienze simili aiuta meglio le donne a valutare sé stesse, ad aumentare la propria autostima e il senso di potere personale (19). Alcune ricerche qualitative (20) descrivono i gruppi femminili come paradisi di sicurezza e sostegno definendoli centrali per l'efficacia della terapia; questo processo di normalizzazione, condivisione e sostegno reciproco sono fattori terapeutici fondamentali nel cambiamento (21).

Considerando la tematica delle risorse ambientali, diversi studi (11, 22, 23) sottolineano l'esistenza di una relazione tra la qualità e la quantità delle risorse sociali disponibili e il disturbo da gioco d'azzardo. Il ruolo preventivo delle risorse sociali si estrinseca non solo con la possibilità di fruire di attività alternative al gioco d'azzardo ma anche perché favorisce il riconoscimento precoce di un comportamento problematico e la possibilità di dare una risposta immediata già ai primi segni di problematicità. D'altro canto, il disturbo da gioco d'azzardo potrebbe influenzare negativamente le risorse sociali a causa dei conflitti relazionali che ne conseguono.

Se un crescente numero di ricerche suggerisce che la genetica gioca un ruolo significativo nel rischio per lo sviluppo del gioco d'azzardo problematico (24, 25), i fattori psicosociali giocano un ruolo altrettanto significativo nell'iniziazione al gioco d'azzardo. Tra le risorse ambientali più studiate, sicuramente la famiglia riveste un ruolo primario, sia come risorsa sociale positiva sia come causa dello sviluppo di una problematica di gioco d'azzardo. Gli studi sugli stili familiari (26, 27) mostrano nelle persone con disturbo da gioco d'azzardo un funzionamento del sistema familiare squilibrato caratterizzato dalla disorganizzazione nella gestione delle regole, l'insoddisfacente negoziazione dei conflitti e una comunicazione familiare inefficace. In questi casi, sarebbe opportuno e funzionale un trattamento di psicoterapia familiare, soprattutto se incentrato sulla promozione del senso di appartenenza, di una comunicazione efficace e di una gestione funzionale delle regole, delle relazionali e dei ruoli. Altri studi (28) hanno permesso di approfondire la relazione tra il gioco d'azzardo dei genitori e il comportamento di gioco d'azzardo del figlio adolescente, rilevando una maggiore probabilità di essere un adolescente giocatore problematico quando si hanno genitori giocatori. Ulteriori studi (29) hanno evidenziato come nei giocatori anziani l'iniziazione al gioco d'azzardo fosse avvenuta in giovane età da parte di membri della famiglia allargata; in queste famiglie il gioco d'azzardo era un comportamento accettato e non stigmatizzato, a volte persino incoraggiato.

Merita di essere sottolineato che le famiglie, oltre a svolgere un ruolo nell'evoluzione del gioco d'azzardo, sono a loro volta influenzate negativamente dal gioco problematico di uno dei loro membri. Un certo numero di studi ha identificato gli impatti negativi del disturbo da gioco

d'azzardo sulla famiglia che includono problemi relazionali, conflitti, difficoltà finanziarie e violenza del familiare giocatore (30-33).

Infine, tra i temi ricorrenti intorno al fenomeno dell'azzardo, il denaro (34) gioca ovviamente un ruolo importante, inteso sia come scommessa iniziale sia come il desiderio di rincorrere la vincita. Il motivo finanziario è spesso citato anche tra le principali motivazioni del giocatore indipendentemente dalla frequenza della pratica di gioco (35).

La posizione predominante dell'aspetto finanziario nel gioco d'azzardo solleva la questione del ruolo del materialismo nello sviluppo e nel mantenimento delle abitudini di gioco e di eventuali problematiche connesse a questo comportamento. Il materialismo – come sistema di valori – può essere generalmente definito come “l'orientamento al consumo che riflette l'importanza che il singolo attribuisce ai beni terreni. Ai più alti livelli del materialismo, tali possedimenti assumono un posto centrale nella vita di una persona e possono fornire le maggiori fonti di soddisfazione e insoddisfazione” (36). In quest'ottica, le aspettative di standard di vita ideali dei materialisti sono maggiormente influenzate da confronti sociali rispetto alla percezione di ricchezza, reddito e possesso materiale di familiari, amici, vicini, colleghi e così via. Sembra quindi che un alto livello di materialismo possa essere considerato un fattore di rischio per lo sviluppo di un senso di insoddisfazione e di comportamenti a rischio (37, 38), oltre che un fattore di prognosi infausta nel caso dello sviluppo di un disturbo (37, 39).

Il gioco d'azzardo non è stato sufficientemente studiato nella prospettiva del materialismo, tuttavia si rivela interessante se si considera come questo sistema di valori possa portare a giocare con l'obiettivo di ottenere sempre più beni materiali (rinforzo positivo). Allo stesso tempo, si può anche immaginare che un giocatore più materialista abbia maggiori difficoltà ad accettare le perdite e cerchi di recuperare quanto perduto ad ogni costo (comportamento di inseguimento), atteggiamento che emerge nella pratica di gioco d'azzardo patologico (34).

Solo pochi studi (34, 40) hanno esplorato la relazione tra il disturbo da gioco d'azzardo, le motivazioni al gioco d'azzardo e la propensione al materialismo tra i giocatori e hanno rilevato che i giocatori patologici sono più materialisti dei giocatori sociali. In particolare, i giocatori patologici mostrano un materialismo *esperienziale*, ossia incentrato su ciò che il denaro o i beni possono indurre secondariamente (denaro come mezzo per raggiungere la felicità o il successo), piuttosto che un materialismo *strumentale*, centrato sul possesso dei beni come un fine a sé (centralità). La convinzione che i beni materiali siano essenziali per raggiungere la felicità può incoraggiare il giocatore patologico a giocare, mentre il materialismo strumentale sarebbe addirittura protettivo (a causa della paura di perdere il bene/denaro per l'aleatorietà insita nel gioco d'azzardo). Poiché nei giocatori patologici di questo studio si riscontrava anche un basso livello di autostima, questo ha sollevato la domanda se il possedere beni materiali come riflesso della realizzazione personale – proprio del materialismo esperienziale – non sia un modo per compensare la scarsa autostima.

Queste e altre tematiche sono state approfondite negli interventi di *focus group* condotti con giocatori presi in carico per il disturbo da gioco d'azzardo, coinvolgendo i giocatori stessi in qualità di “esperti” sulle tematiche sopra accennate.

## Target

Le strutture selezionate per la realizzazione dei *focus group* appartengono al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e al mondo del privato sociale, compresi i gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA); sono dislocate sul territorio nazionale e sono state selezionate all'interno della rete costruita attraverso il censimento e l'aggiornamento delle risorse territoriali per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo realizzati dal CNDD.

I *focus group* hanno coinvolto 12 servizi: 4 al Nord, 1 al Centro e 7 nel Sud-Isole, con l'intento di proseguire la ricerca iniziata nel 2015 (7).

I centri sono stati selezionati anche in base alla loro appartenenza agli ambiti assistenziali: 7 strutture rappresentative dell'SSN e 5 appartenenti al cosiddetto "privato sociale" (Comunità terapeutiche residenziali, Gruppi di AMA, Onlus, Associazioni).

Le strutture coinvolte sono:

- Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze, Servizio per le Dipendenze (Ser.D) di Sarzana, La Spezia;
- Dipartimento Dipendenze Patologiche, Unità mobile (Ser.D), Caserta;
- Ambulatorio Gioco Patologico del Dipartimento per le Dipendenze, Unità Locale Socio Sanitaria (ULSS) 6 Euganea, Padova;
- Centro Trattamento Disturbi Psichiatrici Alcol e Gioco correlati della Azienda Sanitaria Locale (ASL) 8, Cagliari;
- Day Hospital di Psichiatria Clinica e Dipendenze Ambulatorio per il Gioco D'Azzardo Patologico e le Dipendenze Comportamentali, Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Roma;
- Dipartimento delle Dipendenze, struttura complessa Dipendenze Comportamentali e da Sostanze Legali, Azienda Sanitaria Universitaria Integrata (ASUI), Trieste;
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze, Servizio Territoriale Dipendenze Patologiche, Azienda Sanitaria Regionale del Molise (ASREM), Campobasso;
- Comunità terapeutica Centro Regino di Solidarietà (CeReSo), Reggio Calabria;
- Comunità terapeutica Insieme Onlus - Potenza Città Sociale a Potenza;
- Comunità Emmanuel, Lecce;
- Gruppo dell'Associazione AMA ONLUS di Trento;
- Gruppo "Il Faro" del Club Alcolologico Territoriale (CAT) di Avezzano.

## Metodologia

La scelta metodologica dello studio qui presentato fa riferimento al *mixed method research* e vede l'integrazione dei dati qualitativi raccolti durante le discussioni in gruppo – proprie dei *focus group* – con i dati quantitativi, raccolti attraverso un questionario anonimizzato in auto-somministrazione, che riguardano le caratteristiche socio-demografiche, la storia e le caratteristiche della presa in carico, le abitudini pregresse di gioco e alcuni tratti individuali dei soggetti.

Tale metodo consente di raccogliere le opinioni di un target *competente* su diversi aspetti del fenomeno, quali sono i giocatori d'azzardo in trattamento, contribuendo a disegnare l'identikit del giocatore d'azzardo patologico e a raccogliere elementi utili a migliorare l'accessibilità ai servizi e ai trattamenti e più in generale la presa in carico dei giocatori con disturbo da gioco d'azzardo.

Lo studio segue la metodologia classica dei *focus group* che vede la presenza di un moderatore/facilitatore e di un osservatore. Il moderatore lancia un tema di discussione e attende che la risposta sia generata dalla discussione in gruppo grazie alle dinamiche che si instaurano tra i partecipanti e interviene solo per riportare la discussione sugli argomenti di interesse quando il gruppo tende ad allontanarsi dalle tematiche proposte. Nel confronto anche le contraddizioni interne al gruppo sono considerate risorse e la tendenza a conformarsi o l'acquiescenza che possono manifestarsi nei *focus group* sono superate nel momento in cui ad esprimersi sono persone considerate *esperte* della tematica da indagare: i giocatori in trattamento diventano testimoni privilegiati per la propria familiarità con il fenomeno studiato, dal momento che fa parte

della loro quotidianità, lo hanno vissuto o lo stanno vivendo in prima persona (41). Il ruolo dell'osservatore è invece quello di raccogliere e riassumere le testimonianze, rimanendo sempre esterno alla discussione.

Gli obiettivi e le tematiche del *focus group* così come le procedure e le modalità di osservazione sono stati preliminarmente presentati ai partecipanti allo scopo di facilitare la piena accettabilità da parte degli utenti e limitare effetti di disturbo sugli incontri.

Le tematiche presentate sono strettamente connesse con il gioco problematico e quindi anche interconnesse tra loro, nella discussione si passa dall'una all'altra senza soluzione di continuità. La scelta di riferire i contenuti per tematica è dovuta al tentativo di riordinare i concetti per una più chiara lettura e il lettore pertanto deve considerare questa concatenazione e sovrapposizione di concetti all'interno delle storie di vita dei giocatori in trattamento.

Saranno presentati di seguito i punti salienti di quanto emerso per ciascuna tematica:

- riappropriazione del tempo “liberato” dall'abitudine al gioco d'azzardo (tematica trasversale ai gruppi);
- valore del denaro;
- ruolo della famiglia;
- passaggio dal comportamento sociale di gioco al comportamento problematico;
- individuazione dei fattori scatenanti il comportamento problematico di gioco;
- offerta di gioco e ruolo della pubblicità;
- polidipendenza.

I *focus group* sono stati realizzati tra il 2018 e il 2019 e hanno coinvolto sia gruppi creati *ad hoc* sia gruppi già esistenti in trattamento.

Con l'obiettivo di aggiungere al lavoro una raccolta di dati oggettivi e di sperimentare uno strumento di rilevazione a completamento della ricerca qualitativa, a ciascun partecipante è stato chiesto di rispondere a un questionario anonimizzato composto da 68 *item*. Lo strumento ha permesso di raccogliere informazioni relativamente alle variabili socio-anagrafiche del soggetto, alla sua presa in carico e alle abitudini attuali e pregresse di gioco. Sono inoltre stati selezionati gli *item* più significativi degli strumenti di valutazione più frequentemente utilizzati per misurare eventi correlati allo sviluppo di una problematica di gioco d'azzardo (42), l'impulsività (43), le concezioni sul gioco d'azzardo (44), la propensione al rischio (45), il tono dell'umore (46) e la soddisfazione della qualità di vita (47).

Si rammenta al lettore che i contenuti presentati sono relativi a utenti già in trattamento e che hanno iniziato, quindi, un percorso di consapevolezza sulle problematiche legate al gioco d'azzardo; pertanto, alcuni risultati possono apparire non coerenti con quanto rilevato dagli studi epidemiologici e dalla letteratura di riferimento.

## Risultati

Sono stati osservati 115 utenti (28 donne e 87 uomini), 74 nei servizi dell'SSN, 12 nelle strutture del privato sociale, 29 nei gruppi di auto-mutuo-aiuto. In media ogni gruppo è costituito da 9 persone.

I gruppi osservati presso i Servizi dell'SSN sono per lo più gruppi terapeutici, spesso aperti (l'utente può entrare o uscire dal gruppo in tempi diversi dagli altri componenti) e di durata variabile (gruppi permanenti o circoscritti nel tempo). L'utente arriva al gruppo grazie alla presa in carico da parte del Servizio. Diversa è la situazione dei gruppi afferenti al Privato Sociale, in cui gli utenti possono frequentare i gruppi auto-mutuo aiuto oppure essere inseriti in un percorso residenziale o semiresidenziale.

I gruppi AMA 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 gli ex-giocatori diventano i facilitatori all'interno del gruppo e in alcuni casi affiancano gli operatori nella conduzione del gruppo stesso. Il gruppo osservato in Abruzzo è un gruppo C.A.T. che segue l'approccio ecologico-sociale ispirato al metodo Hudolin\*.

Di seguito sono esposti i principali risultati derivanti dall'analisi del materiale raccolto e codificato nei 12 *focus group*.

## Analisi del testo

Il materiale raccolto dall'osservatore durante i *focus group* è presentato con un resoconto ordinato tematicamente, supportato dalle verbalizzazioni dei partecipanti ai gruppi di discussione (48).

## Tempo libero

Il tempo dedicato al gioco è un elemento studiato nella letteratura di riferimento come predittore dei comportamenti problematici di gioco. Sulla base di questa considerazione e alla luce di quanto è emerso dagli studi epidemiologici trasversali di tipo osservazionale dell'ISS, si è deciso di proporre come tema iniziale in tutti i gruppi una breve discussione sul tempo reso libero dal gioco d'azzardo, chiedendo agli utenti di condividere alcune riflessioni sul proprio tempo libero, individuando se possibile delle differenze rispetto a quando erano giocatori d'azzardo.

Tutti i partecipanti hanno raccontato che prima di iniziare il loro percorso dedicavano ogni momento del loro tempo libero al gioco d'azzardo, sottraendolo ad altre attività:

... non avevo tempo libero, non appena finivo di lavorare allungavo il tragitto per tornare a casa e mi fermavo a giocare... spesso perdendo la cognizione del tempo

L'astensione dal gioco d'azzardo e il contemporaneo recupero dei loro hobbies li ha aiutati a recuperare anche gli affetti migliorando quindi la sfera relazionale in generale:

Ora che non gioco più sono tornato a occuparmi dell'orto, torno a casa non appena ho finito di lavorare e gioco con mio figlio... Con mia moglie stiamo organizzando un piccolo viaggio ed era tanto tempo che non facevamo più cose insieme.

Sono un pensionato e quindi di tempo libero ne ho... solo che quando iniziavo a giocare non mi rendevo conto delle ore che passavano e quando mio figlio si arrabbiava io non capivo... Adesso ho iniziato a fare molte cose, adesso il mio tempo ha valore.

---

\* Approccio sviluppato dallo psichiatra V. Hudolin. Questo approccio di cura delle problematiche legate all'alcol è prevalentemente centrato sull'azione dei Club degli alcolisti in trattamento con una forte enfasi sulle potenzialità di mutuo sostegno fra le famiglie con problemi alcol-correlati. Il passaggio da una cura centrata sull'ospedalizzazione e sulle competenze professionali ad un intervento focalizzato sulle capacità di cura reciproca tra persone che condividono una comune esperienza, viene giustificato concettualmente da Hudolin con l'affermazione che l'alcolismo non può essere considerato come una vera e propria malattia ma va, piuttosto, visto come un particolare modello comportamentale, uno stile di vita che riguarda non solo il cosiddetto 'alcolista', ma anche la sua famiglia e la comunità locale di appartenenza.

In particolare, i giocatori di apparecchi da intrattenimento hanno riportato l'uscita dallo stato di isolamento a cui erano gradualmente arrivati e concordano con gli altri di aver ritrovato la dimensione del "piacere" e del "divertimento", nonostante alcuni di loro ammettano di essere persone introversive.

### Valore del denaro

Rispetto a questa tematica, i giocatori in trattamento si distribuiscono su diverse posizioni riassumibili in: "non ho mai attribuito valore al denaro"; "ero un risparmiatore fino a quando non ho iniziato a giocare"; "il denaro è funzionale per vivere nel benessere, per realizzare i miei sogni".

Dalle parole di alcuni utenti:

Mai dato importanza, mai risparmiato, anzi ho richiesto mutui e prestiti per tutta la vita, ma era sempre gestibile. Con il gioco si perde l'equilibrio. Ora che non gioco più controllo le offerte e il risparmio nella spesa e lo faccio con piacere. Ora gestisce tutto mio figlio.

Quando ho iniziato a giocare, il denaro speso era solo per grande divertimento ma non per giocare, poi a un certo punto ho iniziato a giocare pesante.

Un'altra riflessione interessante riguarda la percezione del giocatore sul denaro speso dagli altri. Alcuni hanno riportato che nonostante non avessero la percezione di quanto loro spendevano per giocare, erano molto attenti alle spese sostenute dagli altri membri della famiglia soprattutto se ritenute poco necessarie o comunque evitabili:

Una sera mia moglie era appena tornata dal parrucchiere... ebbi il coraggio di dirle che aveva speso troppo e iniziammo a litigare! Il parrucchiere era costato 25 € e io avevo appena perso 1.000 €

Peculiari le testimonianze di utenti che esercitano una professione che li porta a un rapporto professionale e quotidiano con il denaro. Dai loro racconti è emerso che nonostante avessero ben chiaro il valore del denaro e i meccanismi più raffinati di gestione dello stesso, la loro consapevolezza era venuta meno durante il periodo in cui il gioco era diventato un comportamento problematico:

Sono un imprenditore, dal mio lavoro dipende anche lo stipendio di altre persone e so che valore ha il denaro, so perfettamente come "girano" i soldi, ma quando mi sedevo al tavolo da gioco diventavo irragionevole e non mi interessava di vincere o perdere, volevo solo giocare...

Lavoro con i soldi da tanti anni e ho visto passare davanti a me tanta gente con situazioni diverse. A loro negli anni ho dato suggerimenti e consigli per migliorare la loro situazione economica... Ma quando uscivo dall'ufficio il mio unico pensiero era andare a giocare e dimenticavo in un attimo tutti i suggerimenti che avevo dato la mattina ai miei clienti

La quasi totalità degli utenti, una volta entrati nel percorso di trattamento, si è affidata ai familiari per l'amministrazione economico-finanziaria, come momento propedeutico al recupero della capacità di gestire il denaro autonomamente. Tra le strategie più frequentemente riportate, oltre l'affidamento della gestione del denaro ai propri familiari, alcuni giocatori hanno riportato il "diario delle spese".

La maggior parte di loro racconta anche del vissuto di umiliazione nel lasciar gestire il denaro agli altri mentre alcuni lo ritengono "terapeutico", perché così non chiedono più soldi di quanto

viene loro consentito di spendere settimanalmente. Tutti si sono trovati d'accordo nel sostenere che nella loro condizione attuale:

... il denaro ora ha il giusto valore perché me lo sto guadagnando per saldare i debiti e sto molto attento a come lo spendo, anche per fare la spesa per esempio adesso guardo tutte le offerte...

## Ruolo della famiglia

Per la quasi totalità dei partecipanti ai *focus group*, la famiglia è emersa come supportante rispetto al problema. Mogli e/o mariti e figli si accorgono del problema e spingono il familiare a cercare un aiuto specialistico. Spesso i familiari diventano gli amministratori del denaro dell'utente in trattamento, accompagnano i propri cari presso i servizi e a volte intraprendono anche loro un percorso terapeutico.

Diversi utenti riportano anche che nella disgrazia dell'essere caduti in questo problema hanno ritrovato dei rapporti affettivi che avevano perso:

... per molto tempo non ho parlato con mio figlio, quando poi si è accorto che avevo questo problema e ha iniziato a gestire il denaro, ci siamo anche riavvicinati...

e ancora:

... da giocatore non esiste famiglia, ti rendi conto di avere una famiglia quando hai combinato i guai e loro ti spingono a farti aiutare. La mia famiglia mi supporta compresi i miei genitori ...

Alcuni utenti invece raccontano come all'inizio si sono sentiti abbandonati al loro problema, raccontano storie in cui la famiglia invece di sostenerli li ha lasciati al proprio destino e di come sia stato difficile ricominciare una nuova vita, mentendo e nascondendo l'abitudine al gioco d'azzardo:

... La famiglia diventa una preoccupazione da gestire e da sostenere...

E a volte, proprio questa preoccupazione di natura anche economica verso la famiglia riporta il giocatore a giocare d'azzardo. Diversi giocatori hanno anche raccontato come alcuni eventi familiari "importanti" li hanno portati nuovamente a giocare d'azzardo (nascita di un figlio, morte di un genitore, ecc.).

Tutti gli utenti si sono trovati d'accordo nel ritenere fondamentale un percorso terapeutico anche per i familiari per far comprendere loro che il comportamento di gioco è un "disturbo" e di conseguenza trovare in loro un sostegno, in quanto:

... La famiglia si porterà sempre dentro i segni del giocatore anche se questo fa di tutto per recuperare la situazione...

L'importanza del coinvolgimento della famiglia nel percorso terapeutico è dovuta anche alla necessità di ristabilire ruoli e confini che determinano le interazioni e gli interscambi comunicativi, quindi nell'ottica della famiglia come un sistema o un insieme di sistemi (coppia, famiglia, genitori) dove prima c'era rabbia e dolore i giocatori possono trovare sostegno, anche se non mancano episodi di rimprovero verso il comportamento passato:

... a volte litigo ancora con mia moglie che mi rinfaccia i guai che ho combinato e che per colpa mia ci troviamo in difficoltà economiche... È vero che all'inizio di questo percorso andava pure peggio perché c'erano giornate che non ci sopportavamo proprio e io avevo la sensazione che lei non capisse come mi sentivo io per aver combinato quel casino...

Molti utenti sottolineano il ruolo della fiducia e di come sia importante per il processo di cambiamento trovare un accordo con i familiari basato sulla fiducia. La maggior parte riferisce che:

... i familiari rimangono sempre sul chi va là e a volte ti rinfacciano le cose anche per prendersi piccole rivincite...

In generale, lo schema tipico sembra il seguente: (i) il giocatore viene scoperto; (ii) rabbia dei familiari; (iii) i familiari cercano un sostegno specialistico per il loro congiunto; (iv) inizia il percorso terapeutico per l'utente e a volte per i familiari, utile a quest'ultimi per elaborare i sentimenti di rabbia, sfiducia e soprattutto per comprendere che non si tratta di un "vizio" ma di una malattia. Un altro aspetto è la familiarità al gioco d'azzardo, che riguarda l'influenza della famiglia sull'insorgenza del comportamento problematico e poi patologico; su questo tema, gli utenti non hanno trovato un accordo. Alcuni di loro hanno raccontato che i loro genitori e addirittura i loro nonni erano giocatori d'azzardo ma che:

... l'abitudine al gioco non è ereditaria, ciò che ti induce a giocare è la carenza/mancanza per cui si gioca. Il gioco di per sé, la 'schedina' o il 'gratta e vinci' non sono pericolosi né rischiosi...

Altri hanno specificato che a loro è mancata l'educazione alla pericolosità del gioco e quella al valore del denaro, hanno sempre visto giocare in casa e questo sembrava loro un comportamento assolutamente non pericoloso; successivamente durante il loro percorso terapeutico hanno analizzato la dimensione *familiarità* e hanno compreso che c'era stata una forte interazione tra una loro vulnerabilità personale e un comportamento accettato in famiglia.

I gruppi di discussione sul tema famiglia e sull'aspetto familiarità hanno portato alla luce anche le opinioni sulle differenze di genere e sulle motivazioni per cui si gioca; nelle parole degli utenti ritroviamo:

La donna gioca sempre per una causa (sospetto tradimento, lutto, crisi, malattia, depressione, ecc.), per sopperire ad una crisi economica per portare avanti la famiglia.

La donna gioca dove si può nascondere, la donna vuole sostegno all'interno della famiglia; l'origine è comune solo che la donna ha una maggiore capacità di contenersi per l'impegno in famiglia (accudimento).

La donna ha bisogno di parlare del suo disturbo per sfogarsi, l'uomo no!

L'uomo gioca per avere più soldi. L'uomo gioca importi più alti che creano la rottura dei rapporti familiari, le donne riescono almeno a contenere il danno economico.

L'uomo ha bisogno di isolarsi e non vuole un luogo generico ma sala dedicata.

L'uomo diventa irascibile/intrattabile, la donna maschera meglio anche alla famiglia.

In alcuni gruppi è stato possibile anche intercettare i familiari e il loro punto di vista è riassumibile nei sensi di colpa per non essersi accorti prima del problema, nel dispiacere dei genitori di non aver seguito al meglio i figli e soprattutto nella rabbia. La rabbia è stata declinata in rabbia contro sé stessi – per non essersi accorti del problema – e contro il familiare che ha causato comunque un dissesto economico. Riflettendo su questi stati emotivi iniziali i familiari sostengono che:

... bisogna aspettare, occorre tempo ma è necessario offrire fiducia e oltrepassare la rabbia e i sensi di colpa ...

### **Passaggio da giocatore sociale a giocatore problematico**

Questa tematica ha diversi punti in comune con la successiva riguardante i fattori scatenanti, nel momento in cui si è iniziato a giocare in una dimensione sociale per poi ritrovarsi giocatore patologico.

La maggior parte degli utenti si sono trovati d'accordo nel ritenere non facilmente accessibile alla memoria il momento di passaggio dalla dimensione di piacevolezza e divertimento a quella di problematicità, altri invece hanno identificato chiaramente il momento di perdita di controllo del comportamento, spesso legato a un evento stressante.

Si capisce che si passa da gioco sociale a gioco problematico quando si abbandona il gioco da cui si gioca sempre (tipo lotto) verso altri giochi, perché vuol dire che è subentrata una curiosità "altra".

Altri ripensando a questo momento di transizione lo associano al cambiamento delle condizioni economiche, ad una vincita, alla perdita del lavoro, alla noia

... Ho intensificato il gioco quando ho avuto la disponibilità di una carta di credito dal mio coniuge.

Ho iniziato a vincere con i Gratta&Vinci e a un certo punto non ci si ferma più!

... Gioco perché mi piace e ho cominciato a perdere il controllo perché avevo maggiore disponibilità economica rispetto al passato...

I giocatori che hanno dichiarato di giocare per puro piacere riferiscono spesso un passaggio dal gioco sociale al gioco problematico come un percorso graduale, in assenza di un vero e proprio evento critico

... Gioco perché mi piace e ho cominciato a perdere il controllo perché avevo maggiore disponibilità economica rispetto al passato...

... Non so come è iniziata ma ti accorgi di avere un problema con il gioco quando ti rendi conto che è il primo pensiero del mattino...

... A essere giocatore ci si allena, è un percorso graduale e crescente, non succede con una sola volta... non basta una giocata per diventare giocatore problematico...

## Fattori scatenanti

Il tema fattori scatenanti è sicuramente quello che ha più coinvolto gli utenti che hanno trovato il momento per ricordare il loro percorso di vita.

Il fattore emerso più chiaramente è la prima vincita, a seguire un evento personale stressante e ancora la possibilità di recuperare le perdite precedenti. Non mancano i giocatori che hanno dichiarato di aver iniziato a giocare perdendo il controllo semplicemente perché a loro piace giocare.

Compiendo un approfondimento sugli eventi personali critici, gli utenti hanno riportato più frequentemente parole come vuoto, perdita, isolamento come se perdere il controllo nella pratica del gioco d'azzardo andasse a colmare una insostenibile sensazione di vuoto legata per esempio a una perdita. Quando l'evento critico è il pensionamento, gli utenti riportano che il gioco d'azzardo diventa un momento di vivacità che li scuote dalla noia quotidiana. La noia è stata riportata come elemento scatenante anche da chi si è sentito a un certo punto della propria vita schiavo dell'abitudine quotidiana, della gestione quotidiana dell'economia familiare:

... ero stufo di dover gestire l'economia della famiglia e così ho iniziato a giocare senza controllo anche perché mio marito non rinunciava a nulla...

... ho iniziato a giocare pesante per provare emozioni che non provavo più in famiglia...

... quando lavoravo ero iperattivo poi con la pensione è subentrata la noia e questa condizione non mi piaceva e ho iniziato a giocare.

A volte il “vuoto” è stato descritto dagli utenti come il risultato di una dura separazione matrimoniale che li ha estromessi dalla relazione con i figli, oppure di una separazione dovuta anche all'abuso di sostanze. In questi casi, il gioco d'azzardo è diventato l'unico contenitore dove scaricare la rabbia.

L'emulazione degli amici, la rincorsa della perdita o i sintomi riconducibili a difficoltà psichiatriche (compulsione, depressione ecc.) sono stati descritti, da alcuni, come il motore scatenante del comportamento problematico.

Gli utenti hanno anche riconosciuto una certa propensione al rischio come fattore scatenante. Alcuni di loro, soprattutto uomini hanno raccontato di come il gioco d'azzardo dia:

un brivido irrinunciabile ... e ancora adesso che non gioco più quel brivido mi manca

In rarissimi casi gli utenti hanno raccontato lo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo come conseguenza dell'assunzione di farmaci anti Parkinson.

## Offerta di gioco e ruolo della pubblicità

In merito all'offerta di gioco, le opinioni sono discordanti: in alcuni casi gli utenti dichiarano di scegliere comunque luoghi lontani da casa per stare da soli o per non farsi vedere dalla famiglia, anche se comunque ci si lega ad un luogo preferito. Altri al contrario preferiscono giocare in luoghi di fiducia (tabaccai) vicino casa.

In tutti i gruppi, i giocatori di *slot machine* e di *videolottery* (VLT) hanno raccontato che non è l'ampliamento dell'offerta di gioco ad aver influito sulle loro abitudini quanto le luci, i suoni delle macchine, lo stato di isolamento mentale che quel tipo di ambiente contribuisce a creare.

I giocatori suggeriscono come si debba fare attenzione particolare all'aumento dell'offerta di gioco in orario notturno così come al 'credito' che alcuni gestori fanno al cliente, dichiarando come questo possa essere considerato un esempio particolare di offerta di gioco.

Questa tematica, inoltre, assume aspetti interessanti nei territori di confine, limitrofi ai casinò oltre confine. In questi territori il gioco da casinò coinvolge per la quasi totalità i giocatori partecipanti al *focus group*, che ritengono l'altra offerta di gioco sul territorio italiano di minore interesse.

Ho smesso presto di andare nei bar, perché le macchine da bar pagano fino a un certo limite, invece il casino non ha grossi limiti ... Puoi puntare di più e vincere di più.

Quel che fa la differenza non è avere più offerta nel territorio ma più offerta all'interno del casino.

Si sceglie il casino per le sue caratteristiche, perché c'è gente diversa... quando entri ti offrono da bere e da mangiare, puoi fumare senza che nessuno ti disturbi

... A pochi minuti da casa hai un'oasi!

Intorno al tema della pubblicità, le posizioni sono molto diverse. Alcuni giocatori, raccontando la loro esperienza, hanno affermato con convinzione l'opinione che né l'aumento dell'offerta di gioco né l'incremento della pubblicità sul gioco d'azzardo hanno contribuito alla problematicità del loro comportamento. Tutti i giocatori però si sono trovati d'accordo sull'utilità di limitare la pubblicità soprattutto per proteggere i giovani.

## **Polidipendenza**

La maggior parte degli utenti è un fumatore e alcuni di loro hanno dichiarato di aver avuto problemi con l'alcol. È interessante come descrivono queste loro abitudini rispetto al comportamento di gioco d'azzardo; per esempio, soprattutto i giocatori di VLT e *slot machine* hanno riportato come i luoghi dove praticavano queste attività consentivano loro di fumare e bere alcolici creando una spirale di potenziamento della dipendenza.

## **Tematiche emerse**

Durante i *focus group*, l'osservatore ha tenuto traccia anche dei temi emersi nelle discussioni e che non è stato possibile elaborare. In qualità di esperti degli aspetti problematici del gioco d'azzardo, gli utenti hanno concordato che sarebbe importante nel momento di crisi individuare tempestivamente il luogo di cura; sarebbe necessario favorire l'accesso delle donne ai servizi; creare percorsi di cura e sostegno dedicati alle donne e ai giovani; sarebbe importante trovare un aiuto per il fronteggiamento del debito per arginare la rovina economica della famiglia; promuovere interventi di promozione e sensibilizzazione sul territorio; consentire anche alle famiglie del paziente di partecipare alla cura; dedicare al paziente con disturbo da gioco d'azzardo spazi adeguati e non in condivisione con pazienti con altre dipendenze.

## **Analisi del questionario**

Il questionario anonimizzato e autosomministrato è stato compilato da tutti i 115 utenti partecipanti ai *focus group*, 28 (24%) donne e 87 (76%) uomini. L'età media dei partecipanti era di 52 anni.

Il 52,2% riferiva un livello culturale medio-superiore e il 40% aveva un diploma universitario. Il 65,2% circa era coniugato e il 15,7% circa era divorziato o separato. Nel 44,3% dei casi la famiglia è composta da moglie, marito e figli, nel 24,3% circa da coppie senza figli, nel 13,9% circa dei casi sono figli che vivono con i genitori, più raramente vivono da soli (8,7%) oppure sono genitori che vivono con i figli (4,3%).

Il 53% dei partecipanti svolge un'attività lavorativa, il 19% sono pensionati e il 24% riferiva di non produrre reddito (es. disoccupati, studenti e casalinghe). La maggior parte di coloro che non hanno un'occupazione al momento riceve un sussidio dalla famiglia (8 su 20), a seguire un sussidio di disoccupazione o un sussidio sociale (entrambi 2 su 20).

In tutti i gruppi osservati, la regola per partecipare era *astensione dal gioco*, spesso accompagnata dall'assenza totale di denaro.

Tra i trattamenti intrapresi, quelli più indicati sono il gruppo psico-educativo (61%), la psicoterapia (individuale e di gruppo) (25%) e l'intervento riabilitativo-educativo (12%); più raramente i partecipanti hanno indicato la terapia farmacologica (5%), la consulenza economica (2%) e quella legale (2%). Poco meno della metà è in trattamento da almeno 1 anno (47,8%), circa il 14% è in trattamento da un periodo che va dai 3 ai 6 mesi, il 13% è in trattamento in un periodo che va dai 6 ai 9 mesi e un altro 13% dai 9 ai 12 mesi, poco meno dell'8% è in trattamento da 1 a 3 mesi e circa il 4% da meno di 1 mese.

La ragione della presa in carico per la quasi totalità dei partecipanti (98%) era stata la dipendenza da disturbo da gioco d'azzardo. Solo in pochi casi la presa in carico era dovuta a poli-dipendenza (es. tabagismo, alcol, sostanze stupefacenti, farmaci dopanti, tecnologie digitali, *sex addiction*).

Per un utente su due (50,4%) l'arrivo alla struttura di presa in carico è stato conseguente a un suggerimento dei familiari e per oltre un terzo (29,6%) l'accesso è stato del tutto volontario, percentuali inferiori sono state riscontrate per l'invio da parte del medico (7%), degli amici (7%) o altri servizi (1,7%) e altri Ser.D (0,9%).

Per quanto riguarda i canali di gioco d'azzardo, l'87% dei partecipanti giocava in luogo fisico, solo 1,7% giocava online e l'11,3% praticava entrambe le attività. I luoghi fisici più citati sono stati bar (56,5%), tabaccaio (46,1%), sala VLT (31,3%), a seguire sala scommesse (26,1%), altra ricevitoria (10,4%), casinò (7%), sala bingo (8,7%) e club privati (5,2%).

Il 63,5% dei rispondenti ha dichiarato di aver avuto una preferenza di gioco soprattutto rivolta alle *slot machine*, il 33,9% alle lotterie istantanee o in tempo reale, il 20,9% al lotto e lotterie a esito differito, il 19,1% alle VLT, l'11,3% alle scommesse sportive, percentuali minori riguardano i giochi di abilità a distanza e i giochi numerici a totalizzatore (entrambi 7%), altri giochi di casinò online (2,6%), le scommesse virtuali e gli altri giochi a base sportiva (entrambi 0,9%).

L'ultima sezione del questionario riguardava le caratteristiche individuali. Si ricorda al lettore che questa sezione del questionario è stata puramente sperimentale, sono presentati, quindi, i principali risultati elaborati sulle risposte, senza applicare tecniche di ponderazione dei dati.

Per quanto riguarda gli *item* afferenti agli eventi stressanti, i grandi cambiamenti nella condizione di vita (25,2%) o della situazione finanziaria (21,7%) insieme a eventi luttuosi (22,6%) sono stati considerati dai partecipanti dei *focus group* come gli eventi più collegati allo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo. In generale, gli uomini sono maggiormente influenzati dagli eventi stressanti rispetto alle donne.

Per quanto riguarda le misure dei fattori intra-individuali, ossia impulsività, credenze dei giocatori, propensione al rischio, tono dell'umore e soddisfazione della qualità di vita tutti gli utenti si sono collocati nei punteggi medi del target osservato.

Non sono emerse differenze di genere statisticamente significative ad eccezione della propensione al rischio: gli uomini hanno ottenuto punteggi medi più elevati (rispettivamente 16,03 vs 10,55;  $F= 12,613$ , sign. 0,001).

## Conclusioni

Questo studio ha consentito di raccogliere alcune informazioni originali sulle caratteristiche dei giocatori in carico ai servizi territoriali: l'identikit che emerge descrive un utente maschio, ultracinquantenne, con un livello di scolarità medio-superiore, sposato e con un lavoro a tempo pieno. La totalità dei casi intervistati è in trattamento con interventi psico-educativi di gruppo eccezionalmente affiancati da interventi di psicoterapia. In oltre metà degli utenti, il trattamento dura da più di un anno e il ricorso alle cure è stato conseguente a un suggerimento dei familiari.

Le discussioni durante i *focus group* hanno mostrato l'intreccio tra i temi e l'interrelazione degli stessi con la storia di vita degli utenti. Tra le riflessioni che ne scaturiscono, l'idea di analizzare quanto emerso utilizzando la time-line della storia di vita individuale, rileggendo i temi trattati e gli indicatori emersi (Tabella 1) più frequentemente alla luce dei principali cambiamenti nella storia (capitoli della vita), degli eventi critici, delle abitudini quotidiane (giorno tipico) e delle concezioni personali, con l'ipotesi che l'interpretazione del comportamento problematico di gioco possa essere compiuta tenendo conto dell'interazione dei fattori individuali e ambientali. In particolare, i capitoli della vita si riferiscono ai titoli dei capitoli principali della storia individuale con il gioco d'azzardo; gli eventi critici riguardano la prima esperienza, l'esperienza più memorabile, l'esperienza peggiore, i punti di svolta, e altri elementi significativi; il giorno tipico concerne i giochi praticati, i canali utilizzati, le piattaforme di gioco, lo spazio, il tempo dedicato, il denaro, la motivazione, l'ambiente, le circostanze, ecc.; le concezioni personali sottendono l'idea del gioco, il ruolo del denaro, la concezione del tempo, la concezione dello spazio, le interazioni sociali, ecc. Dall'analisi del materiale raccolto dall'osservatore emerge chiaramente l'intreccio tra questi quattro elementi.

**Tabella 1. Indicatori di contenuto identificati per tematica e utilizzati nelle sedute di *Focus group***

Tematica	Indicatore 1	Indicatore 2	Indicatore 3	Indicatore 4
Tempo liberato	Riappropriazione della dimensione tempo	Riappropriazione della dimensione piacere	Riappropriazione della dimensione divertimento	Miglioramento delle relazioni
Fattori scatenanti	Evento critico intraindividuale	Evento critico affettivo	Evento critico professionale	
Valore del denaro	Assenza di valore	Valore eccessivo	Denaro come veicolo di benessere	
Ruolo della famiglia	Famiglia supportiva	Famiglia oppositiva	Familiarità	
Offerta di gioco e pubblicità	Aumento offerta di gioco = aumento del consumo di gioco = aumento numero di giocatori	Aumento offerta di gioco = compromissione del processo di astensione	Pubblicità = incentivazione e/o normalizzazione della pratica del gioco	Ampliamento della curiosità verso i giochi
Polidipendenza	Alcolismo	Abuso di sostanze stupefacenti	Tabagismo	Altre dipendenze comportamentali
Giocatore sociale vs giocatore problematico	Possibilità di discriminare il momento	Continuum giocatore sociale vs problematico		

Sono emersi, inoltre, nuovi temi trasversali alle tematiche proposte di particolare rilevanza per gli utenti:

- accesso tempestivo alle cure;
- aiuto per il fronteggiamento del debito;
- accesso ai servizi per le donne:
- percorsi di cura e sostegno dedicati alle donne e ai giovani;
- interventi di prevenzione e sensibilizzazione sul territorio;
- consentire anche alle famiglie del paziente di partecipare alla cura;
- dedicare al paziente con disturbo da gioco d'azzardo spazi adeguati e non in condivisione con pazienti con altre dipendenze.

I contributi degli utenti confermano i temi principali legati al comportamento di gioco problematico, in primis il ruolo della famiglia che – come si riscontra anche dalle telefonate al Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al gioco d'azzardo – è primario nel favorire l'accesso al trattamento del giocatore e gioca un ruolo importante nel percorso di cambiamento.

Le risorse ambientali come risposta all'incapacità di gestire il tempo libero come tempo di vita e la possibilità di coltivare i talenti individuali sono elementi che dovrebbero trovare un posto nei programmi di prevenzione e trattamento.

A completamento dei dati oggettivi sui giocatori patologici in trattamento, i *focus group* rappresentano la possibilità di avere un osservatorio privilegiato sugli aspetti qualitativi, spesso non misurati, della storia dei giocatori d'azzardo.

Questo studio sottolinea, inoltre, l'importanza della collaborazione tra l'Istituto Superiore di Sanità e la rete di servizi sul territorio, nata qualche anno fa per gettare le basi di un sistema di sorveglianza. La relazione di fiducia che si instaura tra le istituzioni a diversi livelli rappresenta un'alleanza fondamentale per un processo di *empowerment* che favorisca nei cittadini la scelta di usufruire dei servizi necessari per rendere adeguate importanti decisioni di salute.

## Bibliografia

1. Dowling NA, Cowlshaw S, Jackson AC, Merkouris SS, Francis KL, Christensen DR. Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: A systematic review and meta-analysis. *Aust N Z J Psychiatry* 2015;49(6):519-39.
2. Morgan D. *Focus group as qualitative research*. London: Sage Publications; 1988.
3. Kitzinger J. Introducing focus groups. *British Medical Journal* 1995;311-29:299-302.
4. Glaser B, Strauss A. *The discovery of grounded theory*. Chicago: Alcan; 1967.
5. Kim HS, Wohl MJ, Gupta R, Derevensky J. From the mouths of social media users: A *focus group* study exploring the social casino gaming-online gambling link. *J Behav Addict* 2016;5(1):115-21.
6. Langham E, Thorne H, Browne M, Donaldson P, Rose J, Rockloff M. Understanding gambling related harm: a proposed definition, conceptual framework, and taxonomy of harms. *BMC Public Health*. 2016;27:16:80.
7. Pacifici R, Giuliani M, La Sala L (Ed.). *Disturbo da gioco d'azzardo: risultati di un progetto sperimentale*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2018. (Rapporti ISTISAN 18/5).
8. McCormick RA. The importance of *coping* skill enhancement in the treatment of the pathological gambler. *Journal of Gambling Studies* 1994;10(1):77-86.
9. Slezcka P, Braun B, Grüne B, Bühringer G, Kraus L. Proactive *coping* and gambling disorder among young men. *Journal of Behavioral Addictions* 2016;5(4):639-48.
10. Snyder CR. *Coping: the psychology of what works*. New York: Oxford University Press, 1999.

11. Bergevin T, Gupta R, Derevensky JL, Kaufman F. Adolescent gambling: understanding the role of stress and *coping*. *Journal of Gambling Studies* 2006;22(2):195-208.
12. Dickson L, Derevensky JL, Gupta R. *Youth gambling problems: The identification of risk and protective factors. Report of the Ontario Problem Gambling Research Centre*. Montreal, Quebec: R & J Child Development Consultants, Inc., 2004.
13. Lightsey OR, Hulseley CD. Impulsivity, *coping*, stress, and problem gambling among university students. *Journal of Counseling Psychology* 2002;49(2), 202-11.
14. Nower L, Derevensky J, Gupta R. The relationship of impulsivity, sensation seeking, *coping* and substance use in youth gamblers. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004;18(1):49-55. -
15. Boughton R, Brewster J. *Voices of women who gamble in Ontario: A survey of women's gambling, barriers to treatment and treatment service needs*. Toronto, Ontario: Ministry of Health and Long Term Care; 2002.
16. Gainsbury S, Hing N, Suhonen N. Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies* 2014;30:503-19.
17. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins D, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies* 2009;25:407-24.
18. Mark M, Lesieur H. A feminist critique of problem gambling research. *British Journal of Addiction* 1992;87:549-65.
19. Wilke, D. Women and alcoholism: how a male-as-norm bias affects research, assessment and treatment. *Health & Social Work* 1994;19(1):29-35.
20. Piquette-Tomei N, Dwyer SC, Norman E, McCaslin E, Burnet J. Women problem gamblers want more. *Saskatchewan Notes* 2007;6:1-4.
21. Yalom I. *The theory and practice of group psychotherapy* (Third ed.). New York: Basic Books Inc.; 1985.
22. Haroon KK, Gupta R, Derevensky JL. Psychosocial variables associated with adolescent gambling. *Psychology of Addictive Behaviors* 2004;18(2):170-9.
23. Lussier ID, Derevensky J, Gupta R, Vitaro, F. Risk, compensatory, protective, and vulnerability factors related to youth gambling problems. *Psychology of Addiction Behaviors* 2014;28(2):404-13.
24. Grant JE, Leppink EW, Redden SA, Odlaug BL, Chamberlain SR. COMT genotype, gambling activity, and cognition. *Journal of Psychiatric Research* 2015;68:371-6.
25. Lang M, Leménager T, Streit F, Fauth-Bühler M, Frank J, Juraeva D, Witt SH, Degenhardt F, Hofmann A, Heilmann-Heimbach S, Kiefer F, Brors B, Grabe HJ, John U, Bischof A, Bischof G, Völker U, Homuth G, Beutel M, Lind PA, Medland SE, Slutske WS, Martin NG, Völzke H, Nöthen MM, Meyer C, Rumpf HJ, Wurst FM, Rietschel M, Mann KF. Genome-wide association study of pathological gambling. *European Psychiatry* 2016;36:38-46.
26. Paolini D, Leonardi C, Visani E, Rodofili G. The gambling disorder: family styles and cognitive dimensions. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences* 2018;22:1066-70.
27. Subramaniam M, Chong SA, Satghare P, Browning CJ, Thomas S. Gambling and family: A two-way relationship. *J Behav Addict* 2017;6(4):689-98.
28. Magoon ME, Ingersoll GM. Parental modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies* 2006;22(1):1-22.
29. Ohtsuka K, Chan CC. Senior gambling in Hong Kong: through the lenses of Chinese senior gamblers – An exploratory study. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health* 2014;4(1):4.
30. Dowling N, Smith D, Thomas T. The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction* 2009;7(1):29-44.

31. Hodgins DC, Shead W, Makarchuk K. Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 2006;195(1):65-71.
32. Kalischuk RG, Nowatzki N, Cardwell K, Klein K, Solowoniuk J. Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies* 2006;6(1):31-60.
33. Suomi A, Jackson AC, Dowling NA, Lavis T, Patford J, Thomas SA, Harvey P, Abbott M, Bellringer ME, Koziol-McLain J, Cockman S. Problem gambling and family violence: Family member reports of prevalence, family impacts and family coping. *Asian Journal of Gambling Issues and Public Health* 2013;3(1):13.
34. Eyzop E, Vanier A, Leboucher J, Morvan H, Poulette M, Grall-Bronnec M, Challet-Bouju G. Materialism, financial motives and gambling: examination of an unexplored relationship. *Journal of Gambling Behavior* 2019;35:861-73.
35. Dechant, K. Show me the money: Incorporating financial motives into the gambling motives questionnaire. *Journal of Gambling Studies* 2014;30(4):949-65.
36. Belk RW. Three scales to measure constructs related to materialism: Reliability, validity, and relationships to measures of happiness. *Advances in Consumer Research* 1984;11:291-7.
37. Auerbach RP, McWhinnie CM, Goldfinger M, Abela JR, Zhu X, Yao S. The cost of materialism in a collectivistic culture: predicting risky behavior engagement in Chinese adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 2010;39(1):117-27.
38. Sirgy MJ. Materialism and quality of life. *Social Indicators Research* 1998;43(3):227-60.
39. Richins ML. The material values scale: measurement properties and development of a short form. *Journal of Consumer Research* 2004;31(1):209-19.
40. Otero-Lopez JM, Villardefrancos Pol E, Castro Bolaño C, Santiago Mariño MJ. Materialism, life-satisfaction and addictive buying: Examining the causal relationships. *Personality and Individual Differences* 2011;50(6):772-6.
41. Stewart DW, Shamdasani PN. *Focus group. Theory and practice*. London: Sage; 1990.
42. Public Health Agency of Sweden. *Gambling and gambling problems in Sweden 2008–2010. Swedish Longitudinal Gambling Study, Swelogs Findings from wave one and wave two*. Östersund: Swedish Institute of Public Health; 2016.
43. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology* 1995;51(6):768-74.
44. Steenbergh TA, Meyers AW, May RK, Whelan JP. Development and validation of gambler' beliefs questionnaire. *Psychology of Addictive Behaviors* 2002;16(2):143-9.
45. Barbaranelli C, Ghezzi V, Fida R, Vecchione M. Psychometric Characteristics of a new scale for measuring self-efficacy in the regulation of gambling behavior. *Front Psychol* 2017;8:1025.
46. Bech P, Rasmussen N-A, Olsen LR, Noerholm V, Abildgaard W. The sensitivity and specificity of the Major Depression Inventory, using the Present State Examination as the index of diagnostic validity. *J Affect Disord* 2001;66:159-64.
47. Caprara GV, Alessandri G, Eisenberg N, Kupfer A, Steca P, Caprara MG, Yamaguchi S, Fukuzawa A, Abela J. The positivity scale. *Psychological Assessment*, 2012;24(3):701-71.
48. Ricolfi L. *La ricerca qualitativa*. Roma: Ed. Carocci; 1997.



**SECONDA SEZIONE**  
**Azioni di contrasto**



## GIOCO D'AZZARDO IN ITALIA: PERCORSI DI FORMAZIONE

Luisa Mastrobattista (a), Alfonso Mazzaccara (b), Laura Martucci (a), Antonella Bacosi (a),  
Simonetta Di Carlo (a), Donatella Barbina (b), Debora Guerrera (b), Roberta Pacifici (a),  
Pietro Carbone (b), Adele Minutillo (a)

(a) Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma

(b) Servizio Formazione, Istituto Superiore di Sanità, Roma

Il progetto “Il gioco d’azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione” ha dedicato ampio spazio alle attività di formazione considerate propedeutiche a qualsiasi intervento di prevenzione delle problematiche legate al gioco d’azzardo e al trattamento del disturbo da gioco d’azzardo.

Il cambiamento nosografico – apportato nella quinta edizione del manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (*Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders 5<sup>th</sup> edition*, DSM-5) – ha permesso di collocare il disturbo da gioco d’azzardo nella categoria dei disturbi correlati a sostanze e disturbi di *addiction* come dipendenza comportamentale modificando l’intero quadro socio-sanitario, dai criteri diagnostici al trattamento, fino a portare in Italia all’aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) con diretto riferimento alle prestazioni erogabili dal Servizio Sanitario Nazionale di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da disturbo da gioco d’azzardo (decreto legge n. 158 del 13/09/2012, art. 5, comma 2).

Questa nuova classificazione ha imposto anche un cambiamento sociale e culturale in tutti coloro che a diverso titolo si trovano a contatto con la popolazione che presenta problematiche legate alla pratica del gioco d’azzardo – come nel caso degli stessi operatori del gioco – oppure con coloro che necessitano di un intervento strutturato da parte dei servizi sociosanitari.

Per questi motivi, il progetto “Il gioco d’azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione” ha previsto interventi di formazione sia per i professionisti della salute, per i quali l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) eroga da molti anni corsi di formazione per l’Educazione Continua in Medicina (ECM), sia per gli operatori di gioco.

Per i professionisti di salute è stato costruito un percorso formativo a distanza per rispondere alla richiesta crescente di aggiornamento (1), senza dimenticare professioni non sanitarie che operano nell’ambito della salute, come gli assistenti sociali. Considerando che gli operatori di gioco sono tra i primi ad intercettare le persone che presentano difficoltà nella gestione del comportamento di gioco d’azzardo, il progetto ha realizzato per questa categoria professionale eventi formativi sia a distanza che in presenza.

L’approccio didattico principalmente utilizzato nella Formazione A Distanza (FAD) erogata da ISS è il *Problem-based Learning* (PBL), forma di apprendimento basato sul problema e ideato inizialmente per la formazione residenziale in ambito sanitario. Si struttura in un ciclo composto da “sette passi” in cui i discenti analizzano un problema ispirato alla loro realtà lavorativa, ipotizzano i propri obiettivi di apprendimento e ricercano i materiali di studio per costruire una soluzione al problema stesso, diventando così i principali artefici del proprio apprendimento (2-5).

L'evidenza della maggiore efficacia di metodi didattici attivi per gli adulti (6, 7), infatti, ha spinto il gruppo di lavoro FAD dell'ISS verso un processo di riconversione per l'ambiente e-learning del *Problem-based Learning* (8-11) che consente di ricreare un ambiente didattico interattivo, flessibile e orientato alle specificità dei diversi percorsi formativi.

## Formazione a distanza

In questo paragrafo viene illustrato lo sviluppo in piattaforma EDUISS (<https://eduiss.it>) del percorso formativo creato nell'ambito del progetto "Il gioco d'azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione". La fase di progettazione ha previsto l'iniziale analisi dei bisogni formativi, la quale ha consentito di identificare gli obiettivi di apprendimento e di orientarli in base alle diverse tipologie di partecipanti. A seguire, gli esperti di contenuti hanno lavorato alla produzione dei materiali didattici secondo le linee guida previste dal metodo PBL.

In base all'analisi dei bisogni e agli obiettivi progettuali, sono stati realizzati corsi FAD:

- Il gioco d'azzardo in Italia: dall'intrattenimento alla patologia - I edizione 2017  
un corso per professionisti sanitari e assistenti sociali;
- Il gioco d'azzardo in Italia: dall'intrattenimento alla patologia - II edizione 2018  
un corso per professionisti sanitari e un corso per assistenti sociali;
- Il gioco d'azzardo in Italia: formazione a distanza per operatori di gioco (2017-2018).

## Tematiche

Gli argomenti del corso FAD "Il gioco d'azzardo in Italia: dall'intrattenimento alla patologia" dedicato agli operatori dell'ambito socio-sanitario sono stati organizzati con l'obiettivo di creare un *continuum* che parte dalla conoscenza degli elementi teorici del disturbo da gioco d'azzardo, degli strumenti diagnostici, dei percorsi di cura fino agli interventi di prevenzione.

Nella prima unità di apprendimento 'Il fenomeno del gioco d'azzardo' sono stati descritti gli aspetti generali e i principali aspetti normativi del gioco d'azzardo, gli aspetti neurobiologici, epidemiologici e socioeconomici del gioco d'azzardo patologico. Nella seconda unità di apprendimento 'Inquadramento diagnostico del disturbo da gioco d'azzardo' sono stati identificati i principali fattori di rischio del disturbo del gioco d'azzardo, i principali segni e sintomi per la definizione di una diagnosi presuntiva e sono stati individuati gli strumenti diagnostici appropriati per il corretto inquadramento diagnostico. Nella terza unità di apprendimento 'Interventi di cura e prevenzione' sono state identificate le modalità di presa in carico dei soggetti, le risorse e la rete dei servizi presenti sul territorio e le caratteristiche di un invio efficace. Infine, sono state individuate le principali strategie e i modelli di prevenzione.

Il corso FAD "Il gioco d'azzardo in Italia: formazione a distanza per operatori di gioco", composto da una singola unità formativa, ha avuto l'obiettivo di consentire agli operatori di riconoscere un soggetto a rischio e/o problematico e gestirne l'invio presso le risorse sul territorio, dal momento che questa categoria di professionisti ha la possibilità di intercettare per prima il giocatore problematico.

Questa offerta formativa ha anche contribuito a soddisfare il bisogno formativo di operatori ed esercenti rispondendo alle esigenze normative regionali che hanno reso obbligatoria la formazione per queste categorie professionali.

Le tematiche affrontate hanno riguardato: definizione e aspetti del disturbo da gioco d'azzardo, caratteristiche del gioco d'azzardo che maggiormente inducono a comportamenti di dipendenza, normativa nazionale e regionale, disposizioni delle autorità comunali, pubblicità sui giochi, indicatori a supporto del riconoscimento del giocatore problematico, elementi di comunicazione efficace, organizzazione dei servizi sul territorio e risorse disponibili per un eventuale invio.

## Metodo didattico

I percorsi formativi in modalità *e-learning* sviluppati per le attività progettuali, come già accennato, si sono basati sul PBL, introdotto per la prima volta agli inizi degli anni Settanta del secolo scorso da H. Barrows e H. Schmidt (2-5) nella formazione in ambito sanitario.

Già dal 2004, il gruppo di lavoro FAD dell'ISS ha progressivamente realizzato una riconversione del PBL nel contesto *e-learning* (8-11), con l'obiettivo prioritario di mantenere degli aspetti fondanti di una formazione rivolta ai professionisti della salute, ricreando sempre più fedelmente i sette passi (*step*) e altri aspetti della didattica attiva, come:

- processo di attivazione di conoscenze pregresse (*experience-embedded learning*),
- orientamento alla responsabilizzazione del partecipante per il *self-direct learning*, attraverso la definizione dei propri obiettivi di apprendimento
- impegno alla rielaborazione delle conoscenze acquisite, nell'ottica del *learning by doing*.

Il PBL pone il discente al centro del processo formativo e assegna un ruolo centrale alle motivazioni che favoriscono il processo di acquisizione di competenze e lo sviluppo della capacità di *Problem Solving* attraverso la risoluzione di problemi ispirati al contesto lavorativo del discente stesso (12-15).

Il PBL, dunque, prevede che l'apprendimento avvenga grazie allo sforzo compiuto per colmare la lacuna esistente tra quanto è utile sapere e quanto si conosce per risolvere un dato problema (14) e risponde in questo modo ai presupposti fondamentali della formazione rivolta agli adulti (16).

Il modello di erogazione – ad alta, media e bassa interazione – è strettamente correlato al numero di partecipanti: nei corsi *e-learning* con migliaia di partecipanti, come nel caso dei corsi attivati all'interno del progetto, la scelta è necessariamente ricaduta su un modello a bassa interazione, che tuttavia riproduceva interamente il ciclo PBL, offrendo un equilibrio tra il grado di autonomia che caratterizza il metodo basato sull'autoapprendimento e la necessità di indirizzare con maggiore chiarezza i partecipanti (17).

## Struttura dei corsi

Tutti i corsi sono organizzati in Unità di apprendimento che includono la struttura del ciclo del PBL e tutte le risorse necessarie a comporre un ambiente formativo attivo e rispondente alle necessità di monitoraggio e di rendicontazione finale.

La struttura principale di ciascuna Unità di apprendimento prevede la seguente articolazione:

- risorse introduttive;
- passi del ciclo PBL;
- risorse conclusive.

La Tabella 1 illustra nel dettaglio come si sviluppano le singole fasi

Tabella 1. Struttura delle Unità di apprendimento dei corsi FAD in PBL in ISS

Articolazione metodologica e finalità delle risorse	Tipologia di materiali forniti in piattaforma
<b>Risorse introduttive</b>	
Introduzione e obiettivi generali <i>Fornire inquadramento generale del corso</i>	Pagine web
Guida del partecipante <i>Informare su: struttura del corso, metodo didattico, requisiti tecnici; ECM; contatti</i>	Manuale - Pagine web sfogliabili
FAQ: risposte alle domande più frequenti	Pagina web
Test di ingresso <i>Testare le proprie conoscenze prima di iniziare il corso</i>	Quiz MCQ (Multiple Choice Question)
<b>Passi del ciclo PBL</b>	
Step 1-5: analisi del problema <i>Analizzare il problema; Rispondere alle domande per l'attivazione di conoscenze pregresse. Formulare i propri obiettivi di apprendimento</i>	Esercitazione: presentazione del problema con diapositive animate; domande aperte su conoscenze pregresse e obiettivi di apprendimento; confronto con obiettivi di apprendimento degli esperti
Step 6: ricerca e studio materiali <i>Raccogliere materiali di studio usando parole chiave, siti web e bibliografia. Studiare i materiali raccolti e quelli forniti dagli esperti per colmare le lacune conoscitive.</i>	Materiale di supporto: parole chiave, bibliografia e siti web (pagine web). Materiale di studio fornito dagli esperti (documenti in formato testo). Tutorial: presentazioni di esperti su ciascun obiettivo di apprendimento (presentazioni di diapositive commentate a voce)
Step 7: soluzione del problema <i>Confrontare la propria ipotesi di soluzione del problema con quella fornita dagli esperti.</i>	Soluzione del problema: presentazione degli esperti di una possibile soluzione al problema (diapositive commentate a voce)
<b>Risorse conclusive</b>	
Post-test autovalutativo <i>Autovalutazione alla fine dell'Unità</i>	Quiz MCQ stesse domande del test di ingresso
Test certificativo di fine Unità <i>Superamento dell'Unità/Corso</i>	Quiz MCQ 72 domande per ciascuna Unità
Questionario di gradimento	20 domande (18 chiuse su scala Likert e 2 aperte)
Attestato (ECM o di partecipazione)	Certificato scaricabile in piattaforma

### Passi del ciclo PBL

Di seguito si illustrano più in dettaglio gli sviluppi dell'ambiente didattico in relazione ai 7 passi (*step*) del PBL (17) e gli strumenti di valutazione:

- *Step 1-5: dall'analisi del problema alla definizione degli obiettivi di apprendimento*  
L'elaborazione dei problemi è stata realizzata sulla base di criteri di sequenzialità e di logicità, a seconda degli obiettivi specifici di ciascun modulo. I problemi delle diverse unità di apprendimento sono stati legati tra di loro da una precisa scansione temporale,

rispondendo complessivamente agli obiettivi generali dei corsi. La loro funzione è quella di stimolare il partecipante a collocarsi in uno scenario realistico, aprendo quindi un panorama di riflessioni per i discenti sulle loro esperienze e conoscenze pregresse relative ai temi del percorso formativo. Dalla consapevolezza delle proprie carenze conoscitive i partecipanti sono stati invitati a formulare in autonomia i propri obiettivi di apprendimento, in funzione del processo di apprendimento e della risoluzione del problema.

Posti quindi di fronte alle istruzioni operative sul “*che fare?*”, proprie di ciascun problema, i partecipanti hanno definito di volta in volta quello che sarebbe dovuto essere il percorso formativo da effettuare, attraverso la ricerca e lo studio di nuovo materiale necessario per la soluzione dei quesiti proposti. I passi 1-5 sono stati presentati in forma di esercitazione in formato SCORM (*Shareable Content Object Reference Model*), che prevede la presentazione del problema in forma grafica, con accompagnamento vocale. A seguire, i partecipanti sono stati invitati a rispondere a delle domande, restituendo le proprie conoscenze ed esperienze pregresse sui punti sollevati dal problema e a identificare i propri obiettivi di apprendimento.

– *Step 6: ricerca e studio dei materiali*

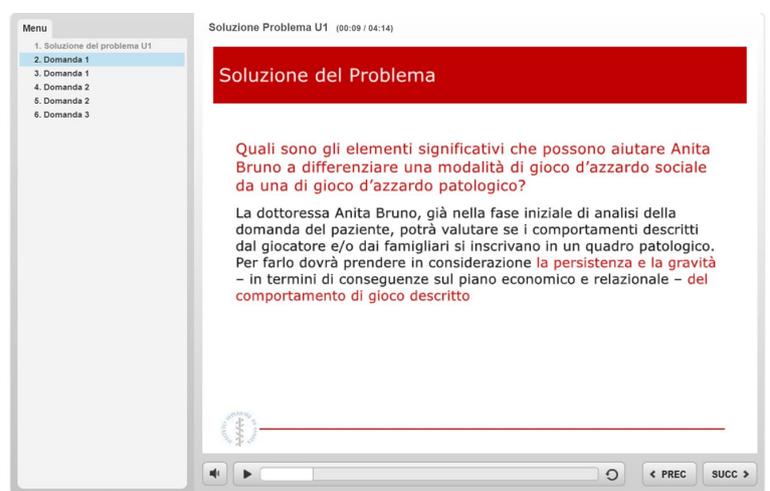
Le attività relative a questo step sono state funzionali alla ricerca in autonomia di materiali di studio attingendo dai materiali di supporto. Successivamente sono stati resi disponibili i materiali di lettura selezionati dagli esperti e i tutorial, contenenti una sintesi degli argomenti. La sitografia, la bibliografia e le parole chiave, che orientano il partecipante verso la ricerca autonoma dei materiali, sono stati forniti tramite la risorsa “Pagina web”, mentre i tutorial sono stati realizzati con il software Articulate presenter 13: gli esperti erano visibili solo in un breve video introduttivo, mentre la presentazione delle slide è stata fornita in sola modalità audio (Figura 1).

The screenshot displays a web-based learning environment. On the left, a search interface titled "Materiali di supporto - Unità 1" allows users to search for materials. Below the search bar, a list of keywords is provided, including "Gioco d'azzardo", "Disturbo da gioco d'azzardo", "IPSPAD", "ESPAD", and "Normativa gioco d'azzardo". A "Consulta:" section lists suggested bibliographies and sitographies. In the center, a "Menu Note" sidebar lists 15 items, with item 10, "Dal gioco sociale al gioco patologico", highlighted. On the right, a video player shows a slide titled "Dal gioco sociale al gioco patologico" with the subtitle "Spectrum of Gambling Behavior". The slide features a vertical scale with five levels: "No gambling", "Infrequent (light) gambling", "Frequent (heavy) gambling", "Problem gambling", and "Pathological gambling", connected by double-headed arrows. The slide is attributed to "Shaffer, 2003".

**Figura 1. Esempio di schermata Step 6 del PBL ‘Materiali di supporto e Tutorial’ nell’ambito del corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia”**

– *Step 7: la soluzione del problema*

L'obiettivo di questa risorsa è stato quello di permettere al partecipante il confronto delle proprie ipotesi di soluzione del problema con quella fornita dagli esperti. In questo passo non è stato richiesto ai partecipanti di produrre una propria soluzione del problema, ma è stata resa disponibile una presentazione commentata a voce dall'esperto (Figura 2).



**Figura 2. Esempio di schermata Step 7 del PBL - Soluzione del Problema nell'ambito del corso "Il gioco d'azzardo in Italia: dall'intrattenimento alla patologia"**

### **Risorse: strumenti di valutazione e di gradimento**

La valutazione e il gradimento dei corsi sono stati basati sui seguenti strumenti:

– *Test formativo*

Somministrato all'inizio del corso (test di ingresso) e alla fine di ciascuna Unità di apprendimento (post-test autovalutativo), contenente la stessa serie di domande a risposta multipla (*Multiple Choice Questions*, MCQ) con 4 opzioni di risposta (solo una risposta corretta). Il tempo stimato per completare il test è di 15 minuti e non è richiesto un punteggio minimo. Il post-test ha fornito anche un suggerimento sull'obiettivo specifico da approfondire per ogni risposta errata.

– *Test certificativo finale*

Somministrato alla fine di ciascuna unità di apprendimento, composto da 72 MCQ - 4 opzioni di risposta (solo una risposta corretta). Il punteggio minimo è stato fissato al 75% delle domande con risposta corretta. Sono stati consentiti tre tentativi di superamento.

– *Questionario di gradimento*

Composto da 20 domande (18 chiuse e 2 aperte) per raccogliere la soddisfazione dei partecipanti.

### **Caratteristiche e risultati dei corsi**

In questo paragrafo sono descritte le caratteristiche e i risultati dei 3 corsi che hanno composto il percorso formativo a distanza realizzati nell'ambito del progetto.

I dati relativi all'anagrafica e alle professioni dei discenti hanno fornito informazioni rispetto a genere, età, regione di residenza, posizione professionale, professione e disciplina ECM. Fa eccezione il corso rivolto agli operatori di gioco in quanto i partecipanti a questo corso non avevano profili completi per l'iscrizione alla piattaforma EDUISS.

In base allo stato di completamento del corso gli iscritti sono stati distinti in:

- *promossi*: iscritti che hanno superato il test certificativo finale rispondendo correttamente ad almeno il 75% delle risposte e completando il corso;
- *bocciati*: iscritti che non hanno superato il test certificativo finale;
- *dropout*: iscritti che hanno abbandonato il corso o che non lo hanno mai iniziato.

L'analisi dei test formativi sui partecipanti che hanno completato il corso, compilando quindi sia il test di ingresso che i post-test di autovalutazione alla fine dell'unità di apprendimento, ha permesso di misurare l'incremento medio delle conoscenze.

L'analisi delle risposte al questionario di gradimento ha consentito, infine, di raccogliere le opinioni dei partecipanti su: appropriatezza della trattazione, metodologia didattica e piattaforma. L'analisi dei dati è stata principalmente indirizzata alle 18 domande chiuse basate su una scala di Likert in cinque punti: 1 = Non sono affatto d'accordo, 2 = Non sono d'accordo, 3 = Non sono né d'accordo, né in disaccordo, 4 = Sono d'accordo, 5 = Sono completamente d'accordo. Sono stati inoltre forniti due campi aperti per raccogliere i punti di forza e le criticità del percorso formativo.

### **Corso “Il gioco d'azzardo in Italia: dall'intrattenimento alla patologia” (I edizione)**

Il piano formativo progettato per questo corso di formazione ha avuto come finalità quella di rendere i partecipanti capaci di riconoscere un soggetto affetto dal disturbo da gioco d'azzardo e a gestirne l'invio o la presa in carico in base ai propri ruoli.

Il corso FAD, erogato gratuitamente sulla piattaforma EDUISS dal 10 febbraio 2017 al 15 novembre 2017, era diretto agli Assistenti sociali e alle seguenti professioni sanitarie ECM:

- Medico Chirurgo (per le discipline di Medicina di comunità, Continuità assistenziale, Psicoterapia, Organizzazione dei servizi sanitari di base, Medicina Generale e medici famiglia, Psichiatria, Malattie infettive, Farmacologia e tossicologia clinica, Neuropsichiatria Infantile, Igiene Epidemiologia e Sanità pubblica);
- Psicologo (per le discipline di Psicologia e Psicoterapia);
- Educatore professionale;

Alla luce del grande interesse mostrato da altre categorie professionali ECM, in un secondo momento è stata consentita la partecipazione ad ulteriori professioni sanitarie ECM:

- Assistente sanitario;
- Tecnico della riabilitazione;
- Infermiere.

Il corso è stato articolato in 3 Unità di apprendimento della durata di 16 ore ciascuna, per un totale di 48 ore di fruizione stimata. Il superamento del corso ha previsto il rilascio di 45 crediti formativi CNOAS (Consiglio Nazionale Ordine Assistenti Sociali) per gli assistenti sociali e 48 crediti ECM per le professioni sanitarie.

L'obiettivo generale del corso era riconoscere un soggetto affetto dal disturbo da gioco d'azzardo e gestirne l'invio o la presa in carico.

Di seguito il dettaglio delle tre unità con i relativi obiettivi specifici di apprendimento:

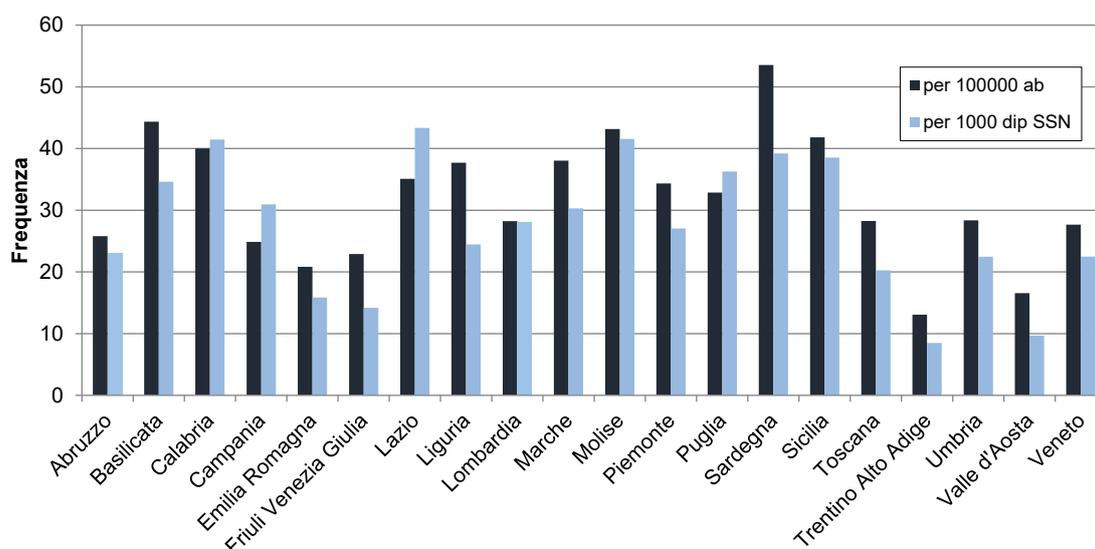
- *Unità 1 - Il fenomeno del gioco d'azzardo*

Obiettivi specifici:

1. Individuare gli elementi peculiari del gioco d'azzardo;
2. Descrivere i principali aspetti neurobiologici, epidemiologici e socio-economici del fenomeno e la sua evoluzione;

3. Individuare i principali aspetti normativi, relativi al fenomeno gioco d'azzardo.
- *Unità 2 - Inquadramento diagnostico del disturbo da gioco d'azzardo*  
Obiettivi specifici:
    1. Identificare i principali fattori di rischio del disturbo del gioco d'azzardo;
    2. Identificare segni e sintomi per la definizione di una diagnosi presuntiva;
    3. Individuare lo strumento diagnostico appropriato per il corretto inquadramento diagnostico.
  - *Unità 3 - Interventi di cura e prevenzione*  
Obiettivi specifici:
    1. Identificare le modalità di presa in carico di soggetti;
    2. Identificare le risorse e la rete dei servizi presenti sul territorio e le caratteristiche di un invio efficace;
    3. Individuare strategie e modelli utili di prevenzione.

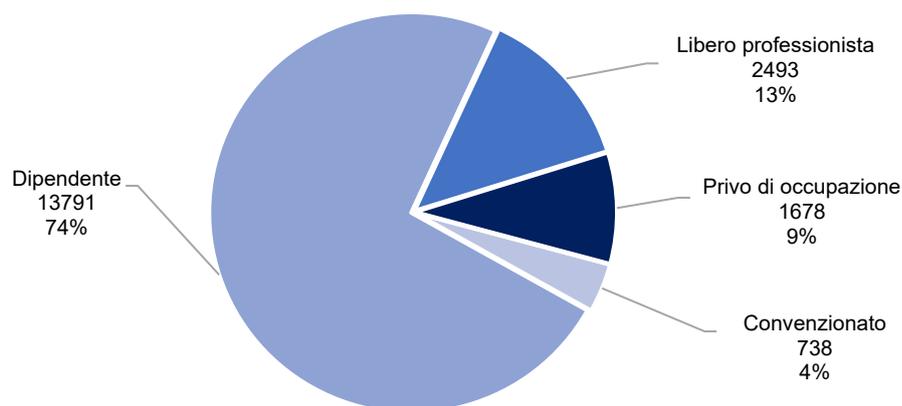
Il corso ha registrato l'iscrizione di 15.862 professionisti sanitari e 3.087 assistenti sociali per un totale di 18.949 iscritti: 14.303 femmine (75%) e 4.646 (25%) maschi. L'età media delle femmine è 42,3 anni, quella dei maschi 44,9 anni. La distribuzione regionale dei partecipanti per popolazione residente (anno 2016: GeodemoISTAT) e per dipendenti dell'SSN (anno 2015: Conto Annuale Tesoro) evidenzia una partecipazione al corso abbastanza omogenea e ben distribuita su tutto il territorio nazionale (Figura 3).



**Figura 3. Corso “Il gioco d'azzardo in Italia: dall'intrattenimento alla patologia” (1 edizione): distribuzione regionale dei partecipanti per popolazione residente (anno 2016: GeodemoISTAT) e dipendenti dell'SSN (anno 2015: Conto Annuale Tesoro)**

La Figura 4 mostra la distribuzione degli iscritti per tipologia professionale, evidenziando una netta prevalenza di personale dipendente in servizio nelle strutture pubbliche.

Rispetto al completamento del corso, i promossi sono stati 12.441 (65,65%), i bocciati 193 (0,01%) e i *dropout* 6.315 (34,34%). I professionisti sanitari che hanno superato con successo il corso (promossi) sono stati 10.414, gli assistenti sociali 2.031.



**Figura 4. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (I edizione): distribuzione degli iscritti per tipologia professionale**

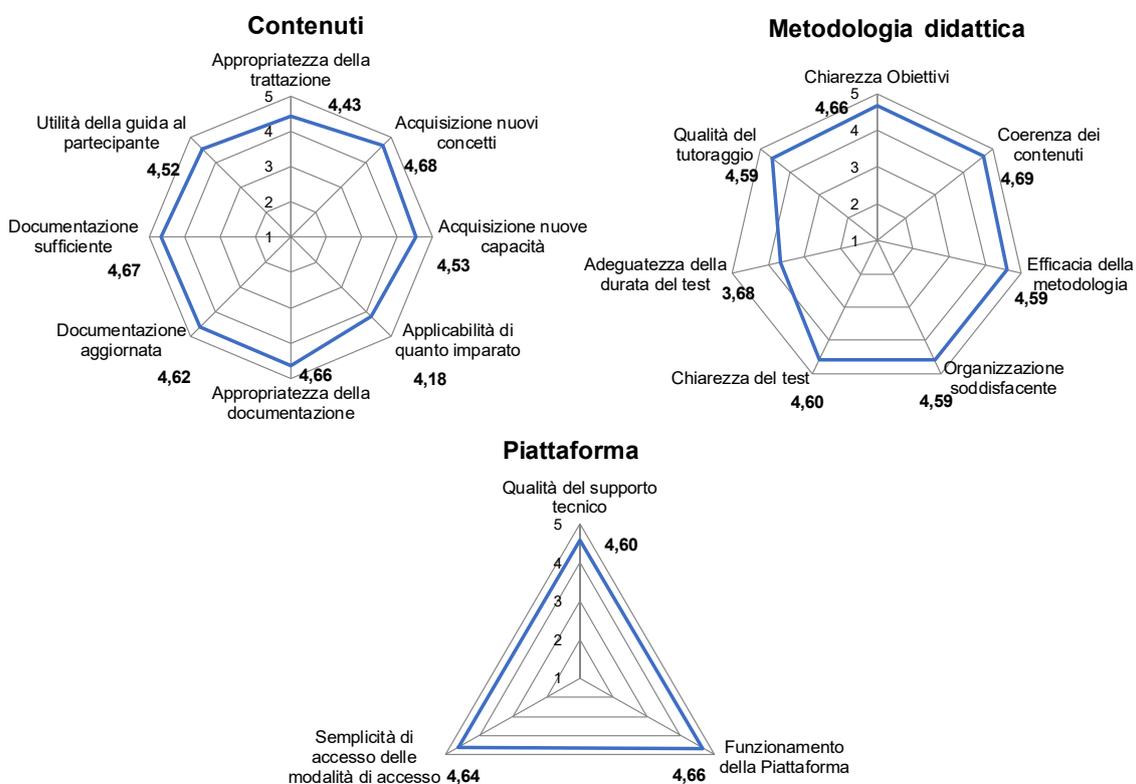
Di seguito sono riportati in dettaglio i profili sanitari ECM dei professionisti che hanno superato il corso (Tabella 2). La professione più rappresentata è quella dell’infermiere, a seguire psicologo e medico chirurgo. Viene anche riportata la distribuzione delle discipline ECM relativamente ai 1.283 Medici che hanno superato il corso. Le due discipline più rappresentate sono psichiatria e medicina generale.

**Tabella 2. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (I edizione): distribuzione dei promossi per professione e dettaglio della disciplina di Medico chirurgo**

Professione ECM e disciplina	n.
Infermiere	6.774
Psicologo	1.399
Medico chirurgo	1.283
<i>Psichiatria</i>	415
<i>Medicina generale (medici di famiglia)</i>	333
<i>Igiene, epidemiologia e sanità pubblica</i>	192
<i>Farmacologia e tossicologia clinica</i>	100
<i>Continuità assistenziale</i>	65
<i>Neuropsichiatria infantile</i>	58
<i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>	53
<i>Psicoterapia</i>	35
<i>Malattie infettive</i>	23
<i>Medicina di comunità</i>	9
Educatore professionale	546
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	250
Assistente sanitario	162
Totale	10.414

L’analisi sui test formativi ha evidenziato un punteggio medio di risposte esatte al test di ingresso pari al 68,95% rispetto al 82,86% del post-test autovalutativo, evidenziando un incremento medio delle conoscenze pari al 13,91%.

I dati di gradimento del corso hanno evidenziato la qualità della proposta formativa sia in riferimento ai contenuti che alla metodologica didattica e alla piattaforma (Figura 5).



**Figura 5. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (I edizione): appropriatezza di trattazione, metodologia didattica e piattaforma**

Tutti gli *item* considerati hanno registrato punteggi pari o superiori a 4 (su un massimo di 5) ad eccezione del punto relativo all’adeguatezza della durata dei test, che ha registrato un punteggio di 3,68, probabilmente legato all’alto numero di domande a cui i partecipanti dovevano rispondere nel test certificativo finale.

Dalle domande aperte del questionario di gradimento sono emersi dei punti di forza e delle criticità. I principali punti di forza del corso sono risultati essere: la chiarezza, la completezza e la qualità dei materiali didattici; la possibilità di utilizzare la piattaforma h24; la chiarezza e la concretezza dei contenuti; i test conclusivi di autovalutazione al termine di ogni singola unità di apprendimento; la fruibilità dei materiali; la disponibilità di un tutoraggio. Tra le criticità riscontrate quelle più spesso citate sono state: le difficoltà legate all’uso della tecnologia; la bassa interazione; l’impossibilità di vedere gli errori commessi nei test; l’utilizzo di slide poco coinvolgenti; la presentazione di pochi casi clinici, anche in riferimento ai casi di comorbilità; il mancato approfondimento delle tecniche di aiuto e degli aspetti clinici della terapia. Molti discenti hanno presentato anche l’esigenza di inserire informazioni relative alle possibili progettualità per la prevenzione e la promozione della salute.

## Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (II edizione)

A seguito delle numerose manifestazioni di interesse giunte dai professionisti socio-sanitari, si è deciso di erogare una seconda edizione dell’evento formativo “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” mantenendo la stessa articolazione in 3 Unità di apprendimento e aggiornando i contenuti dell’edizione precedente, laddove necessario.

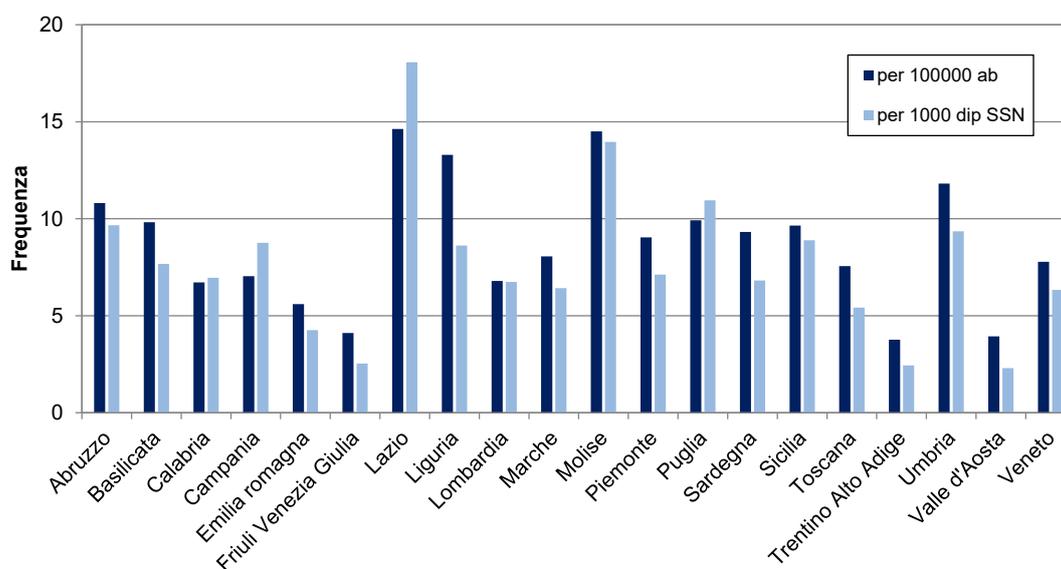
Le professioni sanitarie e le discipline a cui era diretto il corso accreditato ECM erano le stesse della prima edizione ma per facilitare la fruizione da parte delle diverse figure professionali, sono stati creati due corsi paralleli:

- Corso FAD per professionisti sanitari (48 crediti ECM);
- Corso FAD per assistenti sociali (45 crediti formativi CNOAS).

### Corso FAD per professionisti sanitari

I professionisti sanitari, iscritti alla seconda edizione del corso, sono stati 5.226: 3.820 (73%) femmine e 1.406 (27%) maschi. L’età media delle femmine è di 40,1 anni, per i maschi 41,5 anni.

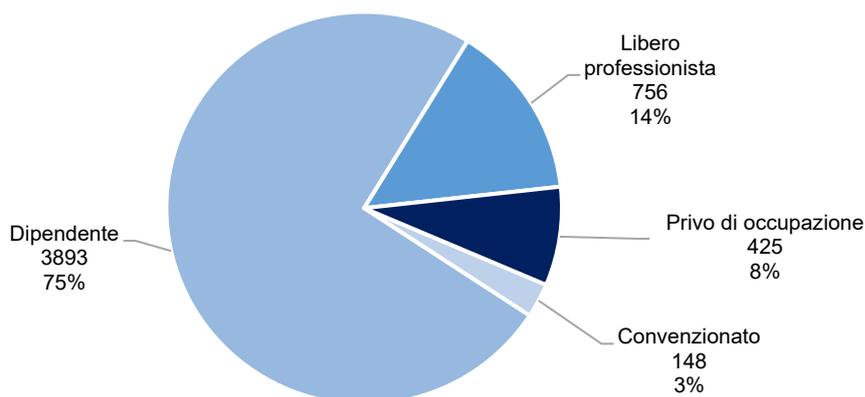
La distribuzione regionale dei partecipanti per popolazione residente (anno 2016: GeodemoISTAT) e per dipendenti del SSN (anno 2015: Conto Annuale Tesoro) evidenzia anche per questa seconda edizione una partecipazione al corso abbastanza omogenea e ben distribuita su tutto il territorio nazionale (Figura 6).



**Figura 6. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (II edizione) per professionisti sanitari: distribuzione regionale dei partecipanti per popolazione residente (anno 2016: GeodemoISTAT) e dipendenti dell’SSN (anno 2015: Conto Annuale Tesoro)**

La Figura 7 mostra la distribuzione degli iscritti per tipologia professionale. Anche in questa edizione si osserva una netta prevalenza di personale dipendente da strutture pubbliche.

Rispetto all’esito, il corso è stato superato con successo (promossi) da 2.806 (53,69%) partecipanti, i bocciati sono stati 316 (0,06%) e i *dropout* 2.104 (46,35%).



**Figura 7. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (II edizione) per professionisti sanitari: distribuzione dei professionisti sanitari iscritti, per tipologia professionale**

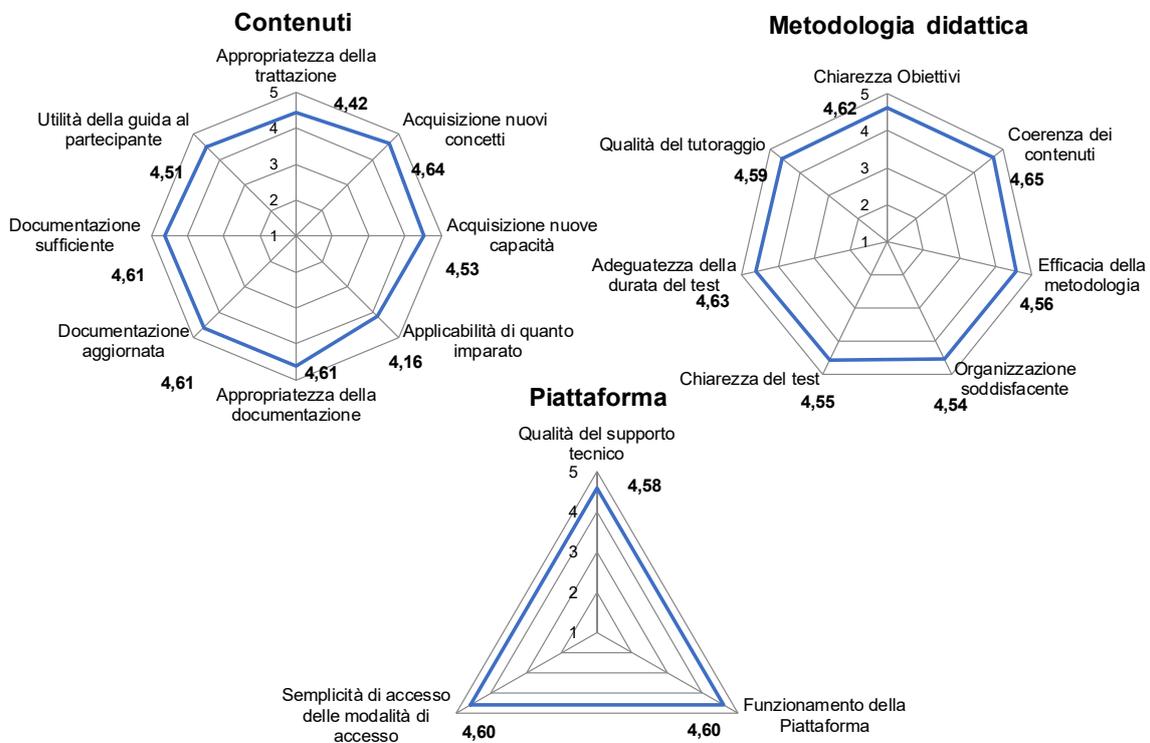
Di seguito viene mostrato il dettaglio dei profili sanitari ECM dei professionisti che hanno superato il corso (Tabella 3). Anche in questa seconda edizione gli infermieri sono la professione maggiormente rappresentata tra i promossi, a seguire psicologi e medici. Viene riportata anche la distribuzione delle discipline ECM relativamente ai 155 Medici che hanno superato il corso. Anche in questa edizione le due discipline più numerose sono state psichiatria e medicina generale.

**Tabella 3. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (II edizione) per professionisti sanitari: distribuzione dei promossi per professione e dettaglio della disciplina di Medico chirurgo**

Professione ECM e disciplina	n.
Infermiere	2.198
Psicologo	236
Medico chirurgo	155
<i>Psichiatria</i>	49
<i>Medicina generale (medici di famiglia)</i>	48
<i>Igiene, epidemiologia e sanità pubblica</i>	16
<i>Farmacologia e tossicologia clinica</i>	13
<i>Continuità assistenziale</i>	10
<i>Neuropsichiatria infantile</i>	9
<i>Organizzazione dei servizi sanitari di base</i>	5
<i>Psicoterapia</i>	3
<i>Malattie infettive</i>	2
<i>Medicina di comunità</i>	0
Educatore professionale	133
Tecnico della riabilitazione psichiatrica	67
Assistente sanitario	17
Totale	2.806

L’analisi sui test formativi ha evidenziato un punteggio medio di risposte esatte al test di ingresso pari al 65,30% rispetto al 78,44% del post-test autovalutativo, evidenziando un incremento medio delle conoscenze pari al 13,14%.

Anche in questa seconda edizione è stato registrato un alto gradimento da parte dei partecipanti in tutte le sue componenti (Figura 8): tutti gli *item* considerati hanno registrato punteggi superiori a 4 (su un massimo di 5). I punti di forza e le criticità emerse dalle domande aperte del questionario di gradimento sono in linea con quanto registrato nella prima edizione.



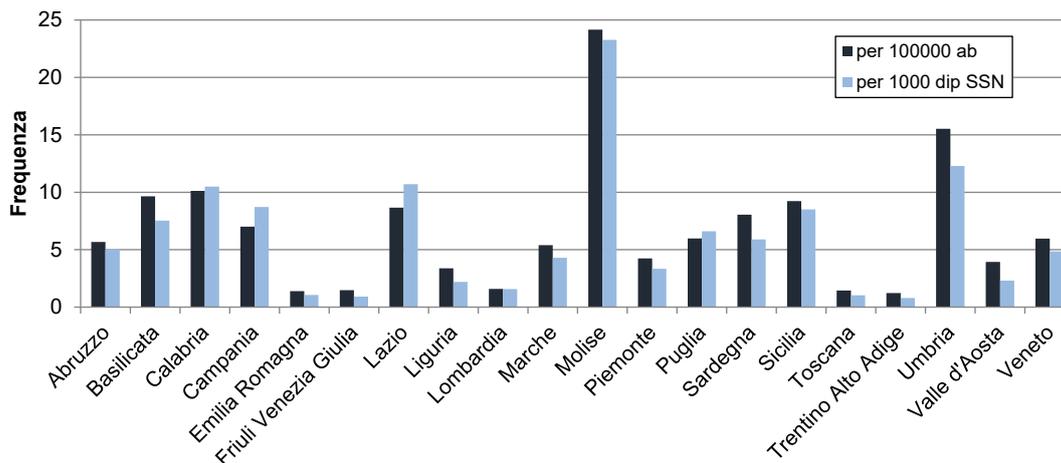
**Figura 8. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (II edizione) per professionisti sanitari: appropriatezza di trattazione, metodologia didattica e piattaforma**

### Corso FAD per assistenti sociali

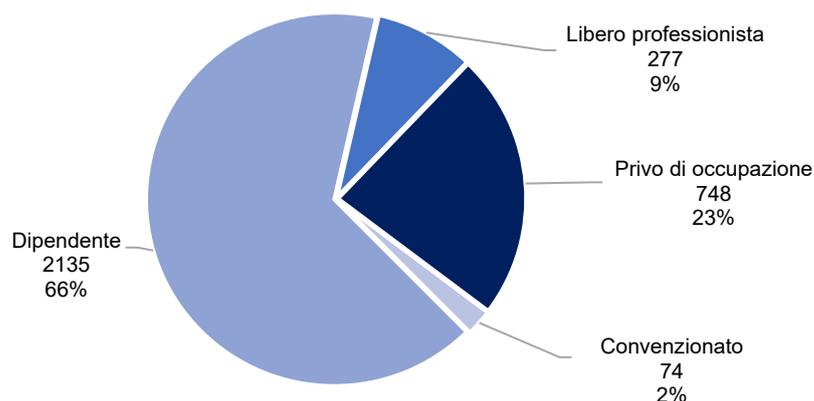
Gli assistenti sociali iscritti alla seconda edizione sono stati 3.234: 3.036 (94%) femmine e 198 (6%) maschi. L’età media delle femmine è di 37,9 anni, quelle dei maschi 41,0 anni. La distribuzione regionale dei partecipanti per popolazione residente (anno 2016: GeodemoISTAT) e per dipendenti dell’SSN (anno 2015: Conto Annuale Tesoro) evidenzia che il corso ha raggiunto tutte le regioni con un picco di partecipazione concentrato in Molise (Figura 9).

La Figura 10 mostra anche in questo caso una prevalenza tra gli iscritti di personale dipendente da strutture pubbliche, private o convenzionate con l’SSN.

Il corso è stato superato con successo (promossi) da 1.543 partecipanti (47,71%), i bocciati sono stati 7 (0,002%), i *dropout* 1.684 (52,07%). Si nota come la percentuale di superamento da parte degli assistenti sociali sia stata circa 6 punti percentuale più bassa rispetto a quanto osservato nel corrispondente corso per professionisti sanitari, dove la percentuale di superamento era al 53,69%.



**Figura 9. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (II edizione) per assistenti sociali: distribuzione regionale dei partecipanti per popolazione residente (anno 2016: GeodemoI STAT) e dipendenti dell’SSN (anno 2015: Conto Annuale Tesoro)**

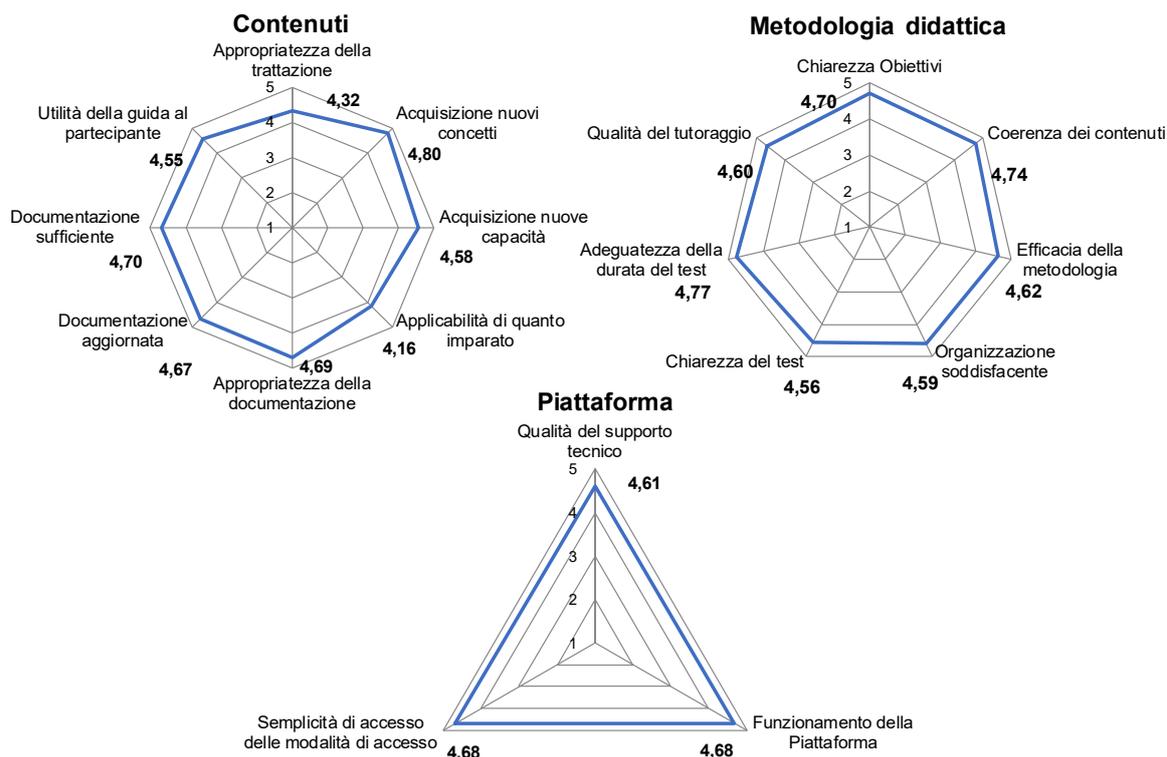


**Figura 10. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (II edizione) per assistenti sociali: distribuzione degli iscritti per tipologia professionale**

L’analisi sui test formativi ha evidenziato un punteggio medio di risposte esatte al test di ingresso pari al 71,52% rispetto al 84,76% del post-test autovalutativo, evidenziando un incremento medio delle conoscenze pari al 13,23%.

Come per la seconda edizione del corso rivolta ai professionisti sanitari, anche in questo caso gli assistenti sociali hanno manifestato un alto gradimento per tutte le sue componenti (Figura 11).

Tutti gli *item* di gradimento considerati hanno avuto un punteggio pari o superiore a 4 (su un massimo di 5). Il punteggio più basso è stato registrato relativamente alla “applicabilità di quanto imparato” nel proprio contesto professionale, che ha registrato un punteggio medio di 4,16, evidenziando che, probabilmente, il livello di trattazione del corso sarebbe dovuto, per alcuni aspetti, essere modificato/adattato allo specifico target cui si rivolgeva il corso.



**Figura 11. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: dall’intrattenimento alla patologia” (II edizione) per assistenti sociali: appropriatezza di trattazione, metodologia didattica e piattaforma**

Questo elemento è emerso anche dalle domande aperte del questionario di gradimento dove alcuni partecipanti hanno suggerito per future edizioni una “strutturazione più mirata a quelle che sono le competenze dell’assistente sociale” con un “taglio maggiormente sociofamiliare e ambientale”.

### **Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: formazione a distanza per operatori di gioco”**

Il piano formativo progettato per questo corso di formazione ha avuto come finalità quella di rendere gli operatori di gioco capaci di riconoscere un giocatore a rischio e/o problematico e gestirne l’invio presso le risorse sul territorio.

Il corso è stato erogato gratuitamente sulla piattaforma EDUISS dal 27 aprile 2017 al 28 febbraio 2018 (i partecipanti sono stati registrati sulla piattaforma EDUISS con un profilo anagrafico di base, che prevedeva solo nome, cognome e contatto e-mail, e quindi iscritti automaticamente al corso mediante una *Audiance*, ovvero una specifica funzionalità della piattaforma).

Il metodo didattico di questo corso si è comunque ispirato al PBL e a differenza dei precedenti era composto da un’unica Unità di apprendimento, con l’obiettivo generale di riconoscere un soggetto a rischio e/o problematico e gestirne l’invio presso le risorse del territorio.

Obiettivi specifici del corso sono stati:

1. identificare i principali indicatori comportamentali dei giocatori problematici;
2. descrivere le principali caratteristiche della comunicazione efficace (ascolto attivo, barriere della comunicazione);

3. descrivere gli elementi cardine delle reti e delle strutture territoriali preposte alla prevenzione del disturbo da gioco d'azzardo e reperire le risorse destinate alla presa in carico sociale e sanitaria dei giocatori patologici nel proprio territorio;
4. discriminare i differenti livelli di rischio dei prodotti di gioco lecito in denaro;
5. identificare i principali elementi e presupposti della legislazione nazionale e regionale e le eventuali disposizioni comunali nel territorio in cui operano;
6. descrivere le principali caratteristiche della pubblicità del gioco.

Gli iscritti al corso sono stati 672. Non essendo disponibile un profilo anagrafico completo di questi partecipanti, non è stato possibile fare una caratterizzazione anagrafica (genere ed età) e geografica. Il corso è stato superato con successo (promossi) da 574 (85,42%) partecipanti, i bocciati sono stati 7 (0,01%), i *dropout* 91 (13,54).

Il gradimento del corso è stato, anche in questo caso, molto alto (Figura 12) infatti l'analisi del questionario di gradimento ha registrato punteggi superiori a 4 (su un massimo di 5) per tutti gli *item* considerati.

Dalle domande aperte del questionario di gradimento sono emersi dei punti di forza e delle criticità. Come punti di forza, sono risultati la completezza delle informazioni fornite; la chiarezza, la quantità, la completezza, la qualità e la fruibilità dei materiali didattici; la possibilità di utilizzare la piattaforma h24; la chiarezza e la concretezza dei test conclusivi di ogni singola unità di apprendimento; la disponibilità di un tutoraggio ben sviluppato e chiaro. Tra le criticità sono state più spesso citate le difficoltà legate all'uso della tecnologia, la trattazione della parte legislativa ritenuta troppo lunga, la bassa interazione e i tempi troppo brevi per eseguire i test.

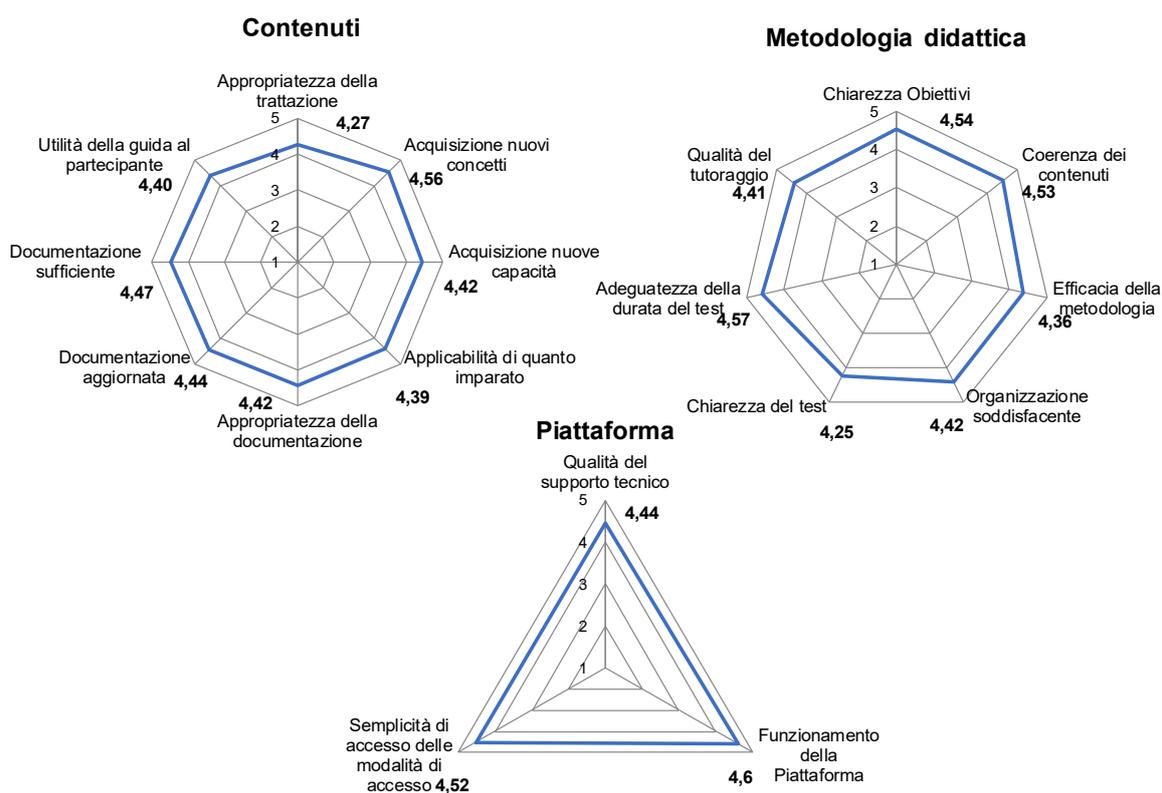


Figura 12. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: formazione a distanza per operatori di gioco”: appropriatezza di trattazione, metodologia didattica e piattaforma

## Formazione residenziale per operatori di gioco

È stato progettato e sviluppato un piano formativo dedicato agli operatori di gioco che ha previsto l'erogazione di formazione residenziale presso l'ISS. I corsi sono stati costruiti secondo il principio della formazione a cascata, una metodologia didattica che permette di divulgare ad altri colleghi i contenuti appresi nel corso di una iniziativa formativa. L'idea di fondo di questa azione formativa è stata quella di creare un gruppo di operatori abili a trasmettere le competenze acquisite ad altri operatori, "sensibilizzati" agli aspetti sociosanitari del comportamento di gioco d'azzardo così da poter individuare e approcciare un giocatore d'azzardo che mostra un comportamento problematico. Complessivamente sono stati erogati nel periodo ottobre 2016 – dicembre 2017 sette corsi dal titolo "Il gioco d'azzardo in Italia: formazione residenziale per operatori di gioco".

Le unità didattiche in cui è stato articolato il corso sono state sviluppate sulla base dei risultati di una prima analisi dei bisogni formativi e hanno interessato le seguenti tematiche: panoramica del fenomeno, aspetti giuridici, normativi e finanziari, riconoscimento del giocatore problematico, elementi di comunicazione efficace, organizzazione dei servizi sul territorio e risorse disponibili per favorire l'incontro fra domanda dell'utente e offerta sul territorio. La formazione ha previsto, oltre alle lezioni frontali, esercitazioni pratiche e giochi di ruolo per aiutare i partecipanti ad individuare gli elementi salienti da utilizzare nel loro contesto lavorativo.

Ciascun corso era composto da 3 Unità di apprendimento con i seguenti obiettivi generali:

1. conoscere le principali caratteristiche del disturbo da gioco d'azzardo;
2. individuare le principali strategie e tecniche di comunicazione efficace (ascolto attivo, ecc.);
3. individuare i principali elementi conoscitivi utili ad una gestione ottimale del giocatore.

Di seguito il dettaglio delle tre unità con i relativi obiettivi specifici di apprendimento:

– *Unità 1 - Il disturbo da gioco d'azzardo*

Obiettivi specifici:

1. descrivere le principali caratteristiche del disturbo da gioco d'azzardo
2. individuare le principali strategie per riconoscere i segnali di una potenziale situazione a rischio

– *Unità 2 - Elementi di comunicazione*

Obiettivi specifici:

1. descrivere le principali caratteristiche dell'ascolto attivo
2. individuare le principali barriere della comunicazione

– *Unità 3 - Responsabilità e potenzialità dell'operatore*

Obiettivi specifici:

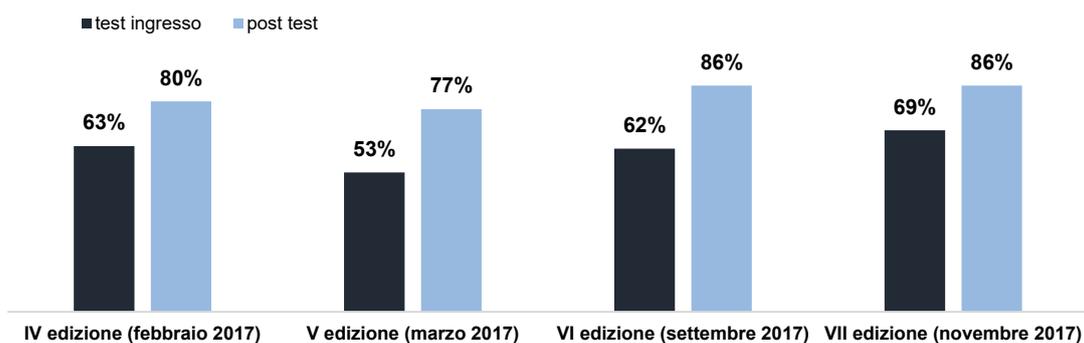
1. informare sui rischi connessi a un gioco eccessivo (legislazione e aspetti socio-sanitari)
2. orientare i potenziali giocatori a rischio verso servizi specifici

I primi 3 corsi sono stati articolati in 3 giornate, per una durata complessiva di 16 ore ciascuno e hanno rappresentato nel contempo la *fase pilota* della formazione residenziale portando alla luce i bisogni formativi dei primi 85 partecipanti. I moduli di apprendimento hanno esplorato i principali aspetti del fenomeno consentendo ai partecipanti, al termine del corso, di descrivere le principali caratteristiche del disturbo da gioco d'azzardo, individuare le principali strategie per riconoscere i segnali di una potenziale situazione a rischio, descrivere le principali caratteristiche dell'ascolto attivo, individuare le principali barriere della comunicazione, informare sui rischi connessi a un gioco eccessivo, orientare i potenziali giocatori a rischio verso servizi dedicati.

Sono state somministrate prove valutative (un test d'ingresso e un test finale) e un questionario di gradimento del corso. Nel complesso, i corsi hanno ottenuto il gradimento dei partecipanti. In particolare, gli obiettivi sono risultati chiari, i contenuti sono stati ritenuti adeguati e coerenti con

gli obiettivi di apprendimento, la trattazione degli argomenti appropriata, la metodologia didattica efficace. Tra gli aspetti positivi individuati dai discenti, sono stati rintracciati sicuramente la chiarezza espositiva dei docenti, l'utilità delle esercitazioni e dei momenti di discussione mentre tra gli aspetti da migliorare sono emersi l'incremento di momenti pratici ed esercitazioni a dispetto delle ore di lezioni frontali.

Alla luce delle criticità emerse si è ritenuto opportuno rimodulare il programma delle 4 edizioni successive. I risultati dei test d'ingresso confrontati con i risultati del post-test suggeriscono una buona riuscita dell'evento formativo in termini di accrescimento e approfondimento delle conoscenze (Figura 13).



**Figura 13. Corso “Il gioco d’azzardo in Italia: formazione residenziale per operatori di gioco”:**  
confronto pre-test e post-test delle ultime edizioni IV-VII

La rimodulazione del programma ha visto l’approvazione dei discenti, come riscontrato nel gradimento di ciascuna delle edizioni successive del corso. Il questionario di gradimento somministrato alla fine del corso era di tipo semi-strutturato con domande chiuse che si avvalgono di una scala Likert a 5 livelli (1 = non sono affatto d’accordo; 2 = non sono d’accordo; 3 = né d’accordo, né in disaccordo; 4 = sono d’accordo; 5 = sono decisamente d’accordo; n.a. = non applicabile). Inoltre, è stato proposto uno spazio per esprimere opinioni e suggerimenti. I quesiti riguardavano l’appropriatezza del livello di trattazione alle conoscenze del partecipante, la chiarezza degli obiettivi formativi, l’efficacia del metodo didattico, l’acquisizione di nuovi concetti da applicare alla realtà lavorativa del discente, la congruità del tempo dedicato al confronto o alle esercitazioni, la qualità del materiale didattico fornito, la congruità del numero di docenti rispetto alle ore di corso e la loro competenza, infine si chiedeva di valutare l’organizzazione dell’evento formativo. I partecipanti si sono dichiarati soddisfatti della qualità complessiva dell’evento e in particolare hanno ritenuto chiari gli obiettivi formativi e utili e applicabili i concetti appresi; hanno ritenuto congruo il numero di docenti/relatori e adeguate le competenze e il modo in cui hanno trattato gli argomenti del corso; hanno espresso il loro accordo per la qualità del materiale fornito, per l’efficacia del metodo di lavoro e per il tempo dedicato all’interattività.

## Bibliografia

1. Vigneri R. *Annuario della Formazione in Sanità 2013, Approfondimenti*. Roma: AGENAS, 2014.
2. Barrows HS, Tamblyn RM. *Problem-based Learning: an approach to medical education*. New York: Springer Publishing Company; 1980.
3. Barrows HS. *Problem based learning*. New York: Springer Publishing; 1980.

4. Schmidt HG, Rotgans JI, Yew EHJ. The process of problem-based learning: what works and why. *Medical Education* 2011;45:792–806.
5. Schmidt HG. Problem based learning: rationale and description. *Medical Education* 1983;17:11-16.
6. Gordon M, Chandratilake M, Baker P. Low fidelity, high quality: a model for e-learning. *Clin Teach* 2013;10(4):258-63.
7. Michael J. Where's the evidence that active learning works? *Adv Physiol Educ* 2006;30:159-67.
8. Barbina D, Guerrera D, Mazzaccara A. Strumenti interattivi per l'E-learning: il Problem based Learning con Moodle. In: *Atti del Convegno Didamatica 2016*; Udine, 19-21 aprile 2016. Paper 26.
9. Guerrera D, Barbina D, Mazzaccara A. La formazione a distanza in salute pubblica. Esperienze e prospettive all'Istituto Superiore di Sanità. *Not Ist Super Sanità* 2014;27(10):11-5.
10. Barbina D, Guerrera D, Mazzaccara A. *Studio di efficacia su un percorso e-learning a elevata interattività*. In: Accarrino D, Calò A, Canazza S, Dal Bon C, Paulon C (Ed). *Atti del Convegno MoodleMoot 2014*. Padova, 20-21 giugno 2014. Padova: Media Touch 2000; 2014. p. 199-200.
11. Carbone P, Mazzaccara A, Granata O, Polizzi A, Sanseverino A, Barbina D, Guerrera D, Taruscio D. Formazione degli operatori sanitari nella prevenzione primaria e secondaria delle malattie rare. In: Taruscio D (Ed). *Centro Nazionale Malattie Rare: dalla ricerca alle azioni nazionali e alle collaborazioni internazionali*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2015. Rapporti ISTISAN 15/18. p. 89-100.
12. Gessner R (Ed.). *The democratic man: selected writings of Eduard C. Lindeman*. Boston: Beacon Press;1956.
13. Lindeman EC. *The meaning of adult education*. New York: New Republic; 1926.
14. Barrows HS. *How to design a problem-based curriculum for pre-clinical years*. New York: Springer Publishing Co; 1985.
15. Barrows HS, Pickell GC. *Developing clinical problem-solving skills: a guide to more effective diagnosis and treatment*. New York, London: Norton Medical Books, W.W. Norton & Co; 1991.
16. Guilbert JJ. *Educational handbook for health personnel*. Geneva: WHO; 1977
17. Barbina D, Carbone P, Guerrera D, Mazzaccara A. Il problem-based learning in salute pubblica con moodle: esperienze e prospettive. In: Fiorentino G (Ed). *Atti del MoodleMoot Italia 2017*. Pisa: Associazione Italiana Utenti Moodle; 2017. p 75-83. Disponibile all'indirizzo: <https://www.aium.it/mod/book/view.php?id=3739&chapterid=699>; ultima consultazione 5/11/2019.

## **TELEFONO VERDE NAZIONALE 800 558822 PER LE PROBLEMATICHE LEGATE AL GIOCO D'AZZARDO**

Claudia Mortali, Laura Martucci, Graziella Lanzillotta, Piergiorgio Massaccesi, Rosilde Di Pirchio,  
Guido Mortali, Luisa Mastrobattista  
*Centro Nazionale Dipendenze e Doping, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Il progetto “Il gioco d’azzardo in Italia: ricerca, formazione e informazione” aveva tra i suoi obiettivi anche quello di realizzare un’informazione diretta alla popolazione e in particolare alle categorie fragili.

Proprio grazie alla complessità del progetto – che ha previsto azioni diversificate – è stato possibile realizzare una comunicazione che scaturisse dalle evidenze della ricerca e dai bisogni informativi emersi nell’ambito di corsi di formazione rivolti agli operatori socio-sanitari e agli operatori di settore.

È nata, quindi, l’esigenza di rispondere agli obiettivi informativi e di sensibilizzazione con una azione a carattere istituzionale e di copertura nazionale, che potesse offrire un servizio sia di informazione che di sostegno ‘uniforme’ su tutto il territorio italiano.

Tale proposito si è concretizzato mediante l’apertura – inizialmente in via sperimentale – del Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d’Azzardo (TVNGA) 800 558822, servizio che si è proposto da subito come un punto di riferimento non solo per coloro che riconoscono di avere una problematica legata al gioco d’azzardo ma anche per i loro familiari e gli operatori socio-sanitari.

Il Telefono Verde, infatti, si configura non solo come uno strumento istituzionale utile a diffondere una migliore consapevolezza e conoscenza del fenomeno, ma anche come un servizio di sostegno e *counselling* che offre un primo intervento e indirizza il cittadino verso le strutture del territorio più idonee a rispondere alle molteplici richieste portate dall’utenza.

L’Istituto Superiore di Sanità (ISS) da decenni dedica servizi diretti di comunicazione al cittadino per la prevenzione e la promozione della salute attraverso l’attività di diversi Telefoni Verde, dove operano professionisti in grado di *comunicare* mediante un’informazione personalizzata erogata attraverso interventi di *counselling* telefonico.

Forti di questa esperienza, il 2 ottobre 2017 è stato inaugurato, presso il Centro Nazionale Dipendenze e Doping dell’ISS, il TVNGA 800 558822.

L’importanza e le potenzialità di questo strumento sono state confermate dal Decreto 18 settembre 2018 del Ministro della Salute “Contenuto del testo e le caratteristiche grafiche delle avvertenze relative ai rischi connessi al gioco d’azzardo da riportare sui tagliandi delle lotterie istantanee” in cui all’art. 2 si definisce che i tagliandi cartacei delle lotterie istantanee devono riportare tra le avvertenze anche la dicitura

“telefono verde nazionale 800 55 8822 per i disturbi legati al gioco d’azzardo”.

Inoltre anche per le lotterie telematiche deve essere visibile in un’area dedicata attraverso una apposita finestra popup sull’interfaccia grafica la dicitura – tra le altre dedicate alla salute – “telefono verde nazionale 800 55 8822 per i disturbi legati al gioco d’azzardo”.

## Promozione della salute: dalla comunicazione al *counselling*

Il TVNGA 800 558822 è nato con l'obiettivo di essere uno strumento istituzionale di informazione sulle problematiche socio-sanitarie legate al gioco d'azzardo ma allo stesso tempo un servizio di sostegno e *counselling* ai cittadini.

La promozione della salute è il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla. Per tanto anche gli interventi informativi devono porsi l'obiettivo di motivare gli individui ad adottare comportamenti che possano migliorare la propria salute e supportare al contempo l'intera comunità a sviluppare l'auto-aiuto e sistemi flessibili che diano la possibilità di conoscere le opportunità di salute (1).

Uno dei modelli teorici più utilizzati nell'ambito della prevenzione e promozione della salute è il modello transteorico del cambiamento elaborato da Prochaska e Di Clemente (2). Secondo questo modello il cambiamento, inteso come modificazione di un comportamento, è un processo che si articola nel tempo attraverso una sequenza di stadi che un individuo attraversa prima di arrivare a realizzare l'effettivo cambiamento: dallo stadio della precontemplazione, in cui l'individuo non è ancora consapevole di avere un problema, alla consapevolezza dello stadio della contemplazione; dallo stadio della preparazione, in cui la persona si organizza e pianifica un'azione nell'immediato futuro, allo stadio dell'azione in cui il cambiamento viene attuato; infine dallo stadio del mantenimento, in cui l'individuo mantiene e consolida il cambiamento acquisito, allo stadio conclusivo in cui, modificato lo stile di vita e interiorizzati i nuovi comportamenti riconosciuti come positivi per il proprio benessere, sceglie in modo autonomo e consapevole di mantenerli nel tempo per prevenire eventuali ricadute.

Negli interventi socio-sanitari, l'attenzione alla dimensione comunicativo-relazionale è fondamentale sia per garantire la circolarità dell'informazione sia per realizzare interventi centrati sulle esigenze dell'individuo e della comunità. Si definisce '*counselling*' quel processo attraverso il quale l'operatore di salute entra in empatia con la persona mediante tecniche specifiche, senza esprimere un atteggiamento giudicante nei confronti dell'altro. L'intervento di *counselling* si basa sull'intuizione dello psicologo Carl Rogers secondo la quale ogni individuo possiede la capacità di auto-comprendersi, migliorare e trovare soluzioni alle proprie difficoltà (3). Il *counselling* è quindi una relazione di aiuto tra un esperto, formato adeguatamente all'ascolto e al supporto (empatia, ascolto attivo e specifiche strategie comunicative), e l'utente che esprime una richiesta, un bisogno all'interno di un processo limitato nel tempo e focalizzato sul problema emergente nel qui e ora. L'obiettivo è quello di attivare e riorganizzare le risorse della persona e rendere possibili scelte e cambiamenti in situazioni percepite come difficili dall'individuo stesso (4).

Le competenze di base del *counselling*, poiché favoriscono la realizzazione di interventi finalizzati ad informare in modo scientificamente corretto e personalizzato, facilitano processi decisionali e attivano modifiche comportamentali. Per queste ragioni la metodologia viene diffusamente utilizzata per la promozione della salute e la prevenzione di comportamenti a rischio. Già nel 1989 il *Global Program on AIDS* (GPA) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) lo indicava come uno strumento attraverso il quale fornire anche informazioni corrette volte a prevenire l'ulteriore trasmissione del virus (5).

In Italia il *counselling* ha iniziato a diffondersi in ambito sanitario all'inizio degli anni Novanta del secolo scorso proprio come risposta più efficace alla necessità di cambiamenti personali e culturali nell'adozione di stili di vita adeguati per combattere l'epidemia derivante dall'infezione da HIV (6).

Il modello transteorico del cambiamento e lo strumento del *counselling* caratterizzano l'intervento offerto dal TVNGA.

## **Helpline e counselling telefonico**

Diverse esperienze nazionali e internazionali hanno dimostrato che le *helpline* rappresentano un valido strumento di supporto a interventi di sanità pubblica (7).

Le *helpline*, per le loro peculiari caratteristiche, sono particolarmente indicate per promuovere salute e orientare il cittadino in ambito sanitario: la gratuità (o comunque un basso costo) per l'utenza; la garanzia di anonimato; la facilità nel raggiungere tutte le fasce di popolazione, anche quelle che hanno più difficoltà a fruire dei servizi; l'ampiezza di giorni e orari di attività; la specificità della tematica trattata; la libertà dell'utente di decidere in autonomia l'inizio o il termine della comunicazione.

I servizi di *helpline* oltre ad informare la popolazione e offrire accoglienza, ascolto, sostegno e orientamento possono al contempo proporre un intervento di *counselling* telefonico che segue gli stessi principi e tecniche del *counselling vis a vis*. In questi casi, ogni singola telefonata si configura come un intervento in cui l'esperto sostiene la persona nella ridefinizione della situazione o del momento problematico, orienta e mantiene l'azione verso obiettivi raggiungibili, in virtù di una profonda comprensione e condivisione dei bisogni espressi dall'utente. È quindi un intervento personalizzato, centrato sul racconto dell'utente e sulle risorse e opportunità che emergono dalla narrazione.

Il *counselling* telefonico è un processo caratterizzato da passaggi ben precisi e strutturato in fasi ben definite (iniziale, intermedia e finale) ognuna delle quali necessita di abilità specifiche da parte dell'esperto.

Nella fase iniziale della telefonata si accoglie l'utente, facilitando la creazione di un clima di fiducia e di empatia che consente alla persona di essere a proprio agio e avviare una relazione di collaborazione. L'ascolto attivo è un'abilità essenziale per esplorare, focalizzare e comprendere i bisogni che hanno motivato l'utente a chiamare; è importante porre particolare attenzione sia al contenuto della richiesta sia agli aspetti emotivi che l'accompagnano.

La fase intermedia della telefonata è caratterizzata dalla necessità di focalizzare il reale problema dell'utente, di condividere un obiettivo su cui lavorare, nonché di offrire, in un linguaggio chiaro e comprensibile, informazioni personalizzate. Questa fase è cruciale per prospettare e concordare con l'utente una gamma di possibili soluzioni e per stimolare le sue risorse al fine di aiutarlo a porsi attivamente di fronte alla difficoltà che sta vivendo e scegliere, in modo autonomo e consapevole, la soluzione più adeguata al suo problema.

La fase finale della telefonata è necessaria per riassumere quanto emerso durante il colloquio, per verificare quanto e cosa la persona abbia compreso, per indagare ulteriori dubbi e soprattutto comprendere se l'interlocutore ha maturato una visione più chiara del problema e del modo con cui affrontarlo. La conclusione della telefonata non deve essere affrettata e deve offrire l'eventuale disponibilità del Servizio per ulteriori contatti.

In tale ottica, l'intervento di *counselling* consente all'utente di divenire agente attivo del cambiamento, capace di fronteggiare la crisi e di individuare in sé stesso e nel suo contesto sociale e relazionale le risorse necessarie per trovare la soluzione che meglio si adatta alla situazione di difficoltà che sta vivendo (8).

## **Helpline dedicate ai problemi legati al gioco d'azzardo**

La letteratura internazionale ha messo in luce i fattori, interni ed esterni, che rendono particolarmente difficile alle persone con problemi legati al gioco d'azzardo richiedere un trattamento specialistico, rafforzando la resistenza al cambiamento. Tra i fattori interni sono frequenti paura dello stigma e vergogna, negazione del problema, isolamento, credenza di potercela fare da soli e timore

di perdere l'anonimato (9). Quelli esterni comprendono una scarsa o mancata conoscenza dei servizi sul territorio, le distanze dai luoghi di trattamento, gli impegni familiari e lavorativi (2). Le *helpline* dedicate alle problematiche legate al gioco d'azzardo offrono una soluzione a queste difficoltà: nate già nei primi anni '90 in concomitanza con la rapida crescita e diffusione delle opportunità di gioco d'azzardo in termini di luoghi e tipologie di giochi (es. gli apparecchi da gioco elettronici- *electronic gaming machines*), sono diffuse in tutto il mondo (10; 11) e non solo rappresentano uno strumento alternativo al convenzionale *counselling vis à vis* o a trattamenti in *setting* formali ma facilitano l'utente nella scelta di un trattamento presso una struttura (12).

Per questa ragione i dati relativi all'utenza delle *helpline* risultano preziosi per conoscere più approfonditamente le caratteristiche e i bisogni dei giocatori che vivono situazioni di difficoltà e non hanno mai chiesto aiuto specialistico in precedenza.

## Attività del Telefono Verde

Il TVNGA 800 558822 è un servizio nazionale anonimo e gratuito, attivo dal lunedì al venerdì dalle ore 10.00 alle ore 16.00, a cui risponde un'équipe di psicologi specializzati. Il TVNGA si rivolge in particolare a persone che presentano problematiche legate al gioco d'azzardo, ai loro familiari e agli operatori socio-sanitari e offre informazioni sul disturbo, sulle risorse territoriali che propongono interventi sanitari specialistici (servizi afferenti al Servizio Sanitario Nazionale-SSN, strutture del privato sociale) e non specialistici (gruppi di auto-mutuo aiuto), sui servizi in grado di gestire le problematiche socio-economiche e/o legali legate all'indebitamento (consulte antiusura, associazioni di consumatori, ecc.).

Gli utenti trovano nel servizio un sostegno prezioso in quanto psicologi esperti nella tematica, mediante l'utilizzo del *counselling* telefonico, facilitano l'attivazione di un processo di cambiamento rispetto alle problematiche legate al gioco d'azzardo. Infatti, la *mission* del TVNGA è valorizzare il momento del contatto come rottura di una situazione non più funzionale e motivare le persone a rivolgersi ai servizi sul territorio. Proprio il contatto telefonico si qualifica come momento *critico* – nel significato etimologico di *scelta, decisione* insito nella parola *crisi* – e per questo viene valorizzato come opportunità di prendere consapevolezza della situazione e attivarsi per affrontarla mettendosi in gioco in prima persona. La competenza psicologica degli operatori fa sì che il contatto diventi occasione per la persona/utente di poter parlare liberamente di una situazione che reca sofferenza e che è spesso nascosta, negata e taciuta; la telefonata diventa uno spazio di ascolto e accoglienza libero da giudizio, che favorisce l'uscita dall'isolamento e dal senso di impotenza.

Ogni singola telefonata si configura, quindi, come un colloquio di *counselling* telefonico personalizzato, in quanto lo psicologo favorisce l'individuazione delle esigenze e dei problemi dell'utente, la scelta degli interventi più opportuni all'interno di una gamma di possibilità, l'individuazione e il rafforzamento delle risorse personali affinché la persona si senta compresa e sperimenti un vissuto di fiducia nelle proprie risorse, una maggiore consapevolezza delle proprie capacità e non si senta sola nel percorso di cambiamento.

Il TVNGA è anche strumento a disposizione degli operatori socio-sanitari e degli operatori di settore. Gli operatori dei servizi che si occupano del trattamento del disturbo da gioco d'azzardo hanno la possibilità, attraverso il Telefono Verde, di potenziare la loro visibilità e di meglio rispondere alla domanda del territorio; gli operatori di gioco, invece, trovano nel servizio un sostegno nell'affrontare situazioni di particolare problematicità nella loro pratica lavorativa e informazioni pratiche di ausili sul territorio.

Il servizio, infine, è un utile strumento per l'SSN in quanto contribuisce al monitoraggio del fenomeno e diffonde attività di sensibilizzazione e promozione della salute.

Dal momento della sua attivazione (2 ottobre 2017) al 31 dicembre 2018 il servizio ha gestito 2.911 telefonate. I contatti sono pervenuti da tutte le regioni d'Italia con numerosità più elevate per il Lazio (425), la Lombardia (352) e la Campania (295) (Figura 1).

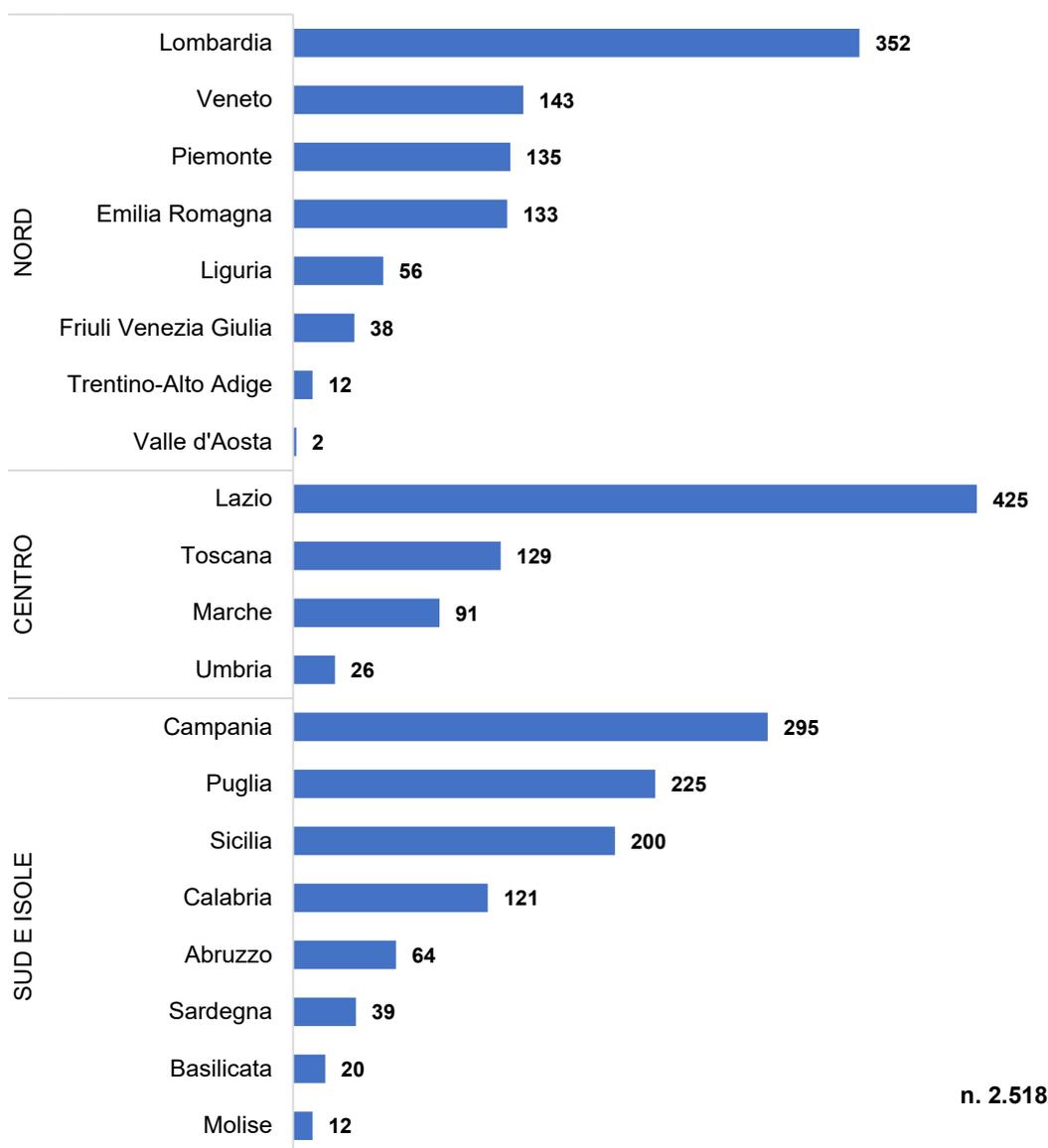
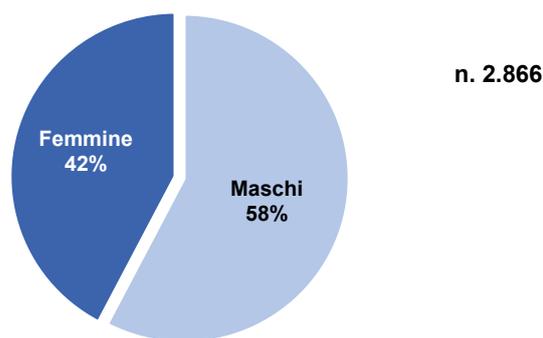


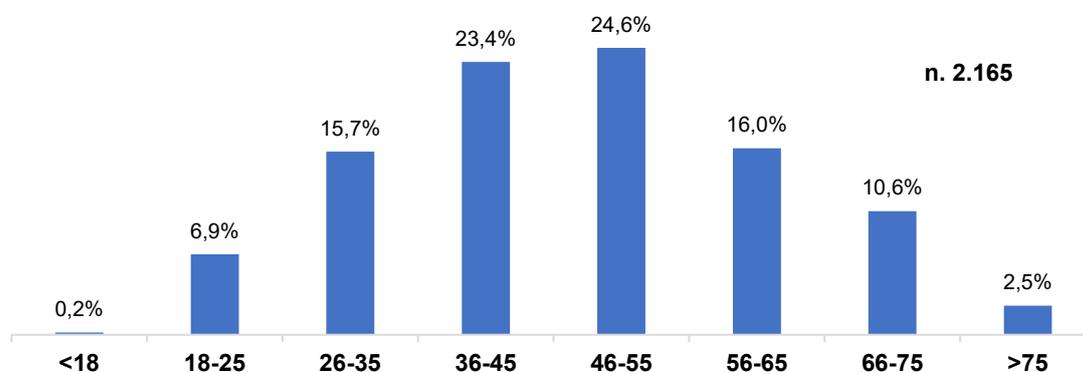
Figura 1. Distribuzione delle telefonate per regione. TVNGA 2017-2018

L'utenza è rappresentata prevalentemente da maschi (58% maschi vs 42% femmine) e per circa la metà (48%) si concentra nella fascia d'età 36-55 anni (Figure 2 e 3).

Dalle telefonate giunte in poco più di un anno di attività del servizio è stato possibile costatare che il Telefono Verde ha risposto alle finalità per le quali è stato istituito (87% 'telefonate congrue'); trattandosi dunque di un servizio giovane, il Telefono Verde ha risposto alle richieste di un'utenza che vi si affacciava per la prima volta (99%).



**Figura 2. Distribuzione degli utenti per genere. TVNGA 2017-2018**

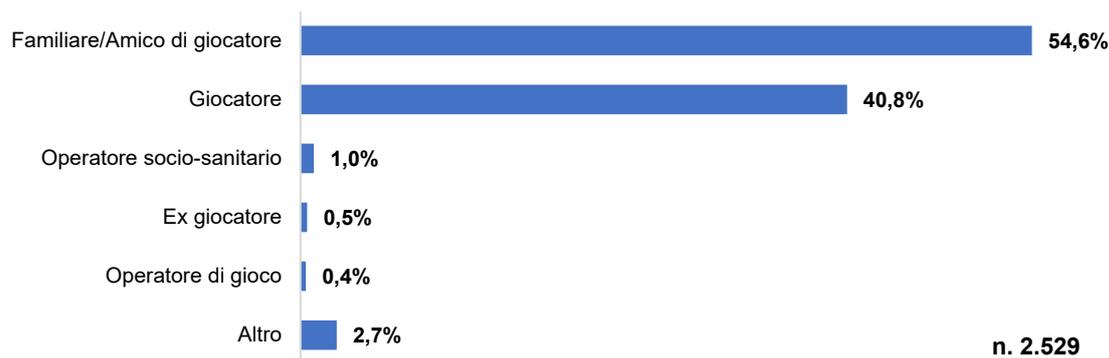


**Figura 3. Distribuzione degli utenti per classi d'età. TVNGA 2017-2018**

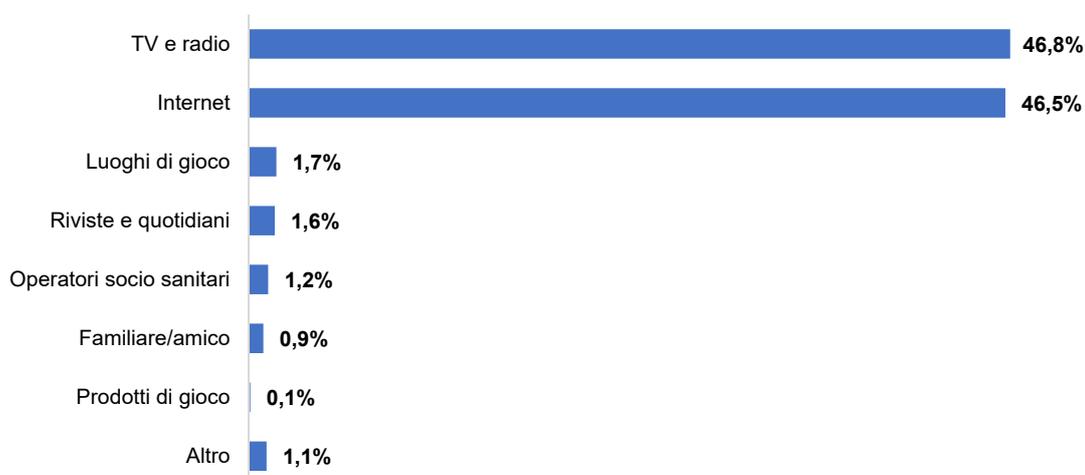
Le informazioni relative all'attività del Servizio di seguito riportate si riferiscono esclusivamente ai dati raccolti nel corso delle 'telefonate congrue' (n. 2529) mentre non sono state oggetto di elaborazione le informazioni inerenti le 'linee cadute' (n. 71), ovvero gli operatori sono stati impossibilitati a raccogliere tutte le informazioni, e le 'telefonate improprie' (n. 311), ovvero la richiesta dell'utenza non è in linea con gli obiettivi del TVNGA.

L'utenza ha raccolto tutti gli stakeholder coinvolti nella problematica ma i familiari e gli amici di giocatori (54,6% ovvero 1.380 soggetti) e i giocatori (40,8% ovvero 1.033 soggetti), sono risultati quelli maggiormente rappresentati (Figura 4).

I canali attraverso i quali l'utenza è venuta a conoscenza del Telefono Verde sono molteplici ma risultano decisamente più frequenti tv e radio (46,8%) e Internet (46,5%), anche grazie ad una massiva campagna di comunicazione realizzata nel mese di ottobre 2018 e che ha coinvolto diversi settori dell'informazione e della pubblicità. In misura minore altri canali hanno contribuito alla pubblicizzazione del Telefono Verde tra cui luoghi di gioco (1,7%), riviste e quotidiani (1,6%), ma anche la sensibilizzazione da parte di operatori socio sanitari (1,2%) e familiari e amici (0,9%) ha dato il suo contributo; dal momento che con il decreto del 18 settembre 2018 del Ministro della Salute sono riportate sui tagliandi delle lotterie istantanee le avvertenze relative ai rischi connessi al gioco d'azzardo, si sono affacciati al Telefono Verde anche coloro che hanno letto il numero sui prodotti di gioco (0,1%) (Figura 5).



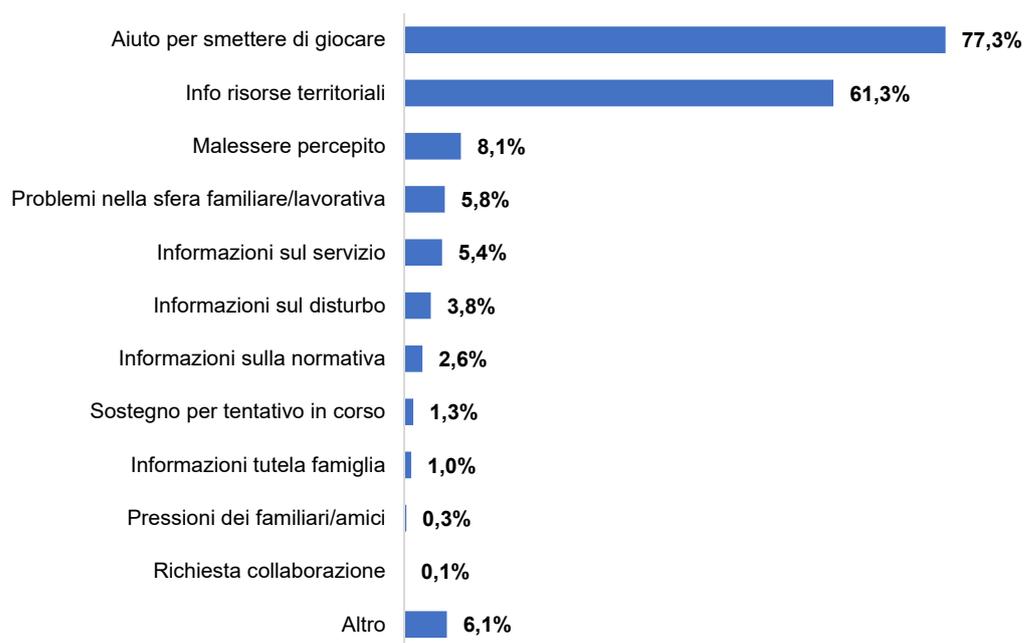
**Figura 4. Distribuzione dell'utenti per tipologia. TVNGA 2017-2018**



**Figura 5. "Fonte del Servizio" riferita dagli utenti. TVNGA 2017-2018**

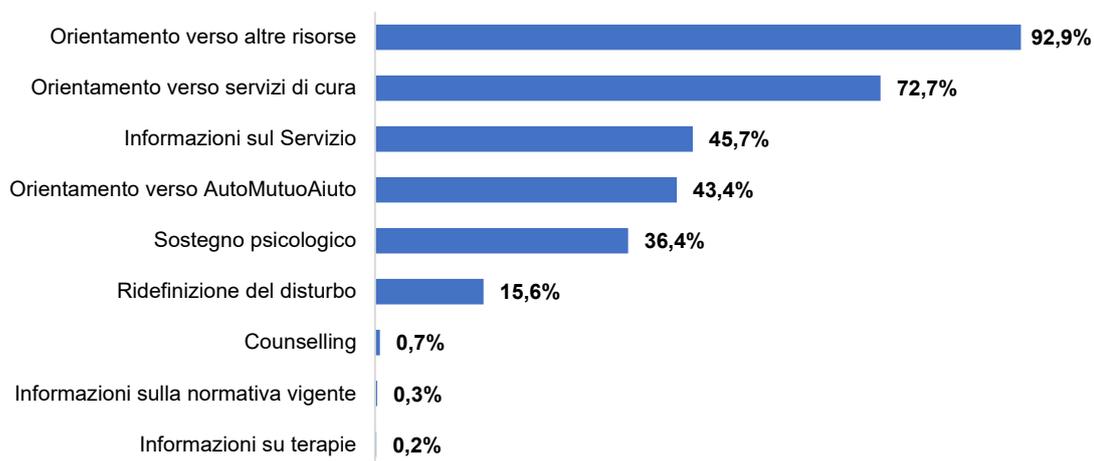
La decisione di rivolgersi al Telefono Verde spesso porta con sé motivazioni differenti dal momento che la problematica investe tutti gli aspetti della quotidianità, dalla sfera affettivo-relazionale a quella professionale, finanche a quella economica e legale e tutte possono essere rappresentate da uno stesso utente nell'ambito di un'unica telefonata. Le motivazioni emerse più frequentemente attenevano all'utenza che prevalentemente contatta il servizio e hanno riguardato la cessazione della pratica del gioco d'azzardo (richiesta di aiuto per smettere di giocare o far smettere di giocare un proprio caro) (77,3 %) e la richiesta di informazioni sulle risorse territoriali dedicate alla cura del disturbo da gioco d'azzardo e/o al sostegno per le problematiche ad esso connesse (61,3%). In percentuali minori le richieste portate dall'utenza hanno riguardato anche una condizione di malessere (8,1%) e problemi legati all'aspetto familiare o lavorativo (5,8%) (Figura 6).

La raccolta delle richieste giunte agli operatori e la ridefinizione delle stesse in base ai bisogni emergenti nell'intervento telefonico ha messo in rilievo che una parte cospicua dell'offerta del servizio è costituita dalla funzione di orientamento verso risorse sul territorio che offrono consulenza/assistenza in ambito legale e rispetto alle condizioni legate all'indebitamento (92,9% 'orientamento verso altre strutture'), a seguire l'orientamento verso servizi di valutazione psicodiagnostica e cura proposti dall'SSN e dal privato sociale (72,7%) e presso gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) (43,4%).



**Figura 6. Motivazione di contatto del Servizio. TVNGA 2017-2018**  
(percentuale calcolata su risposte multiple).

È importante rilevare che, oltre ad uno spazio di accoglienza, ascolto attivo e sospensione del giudizio offerto a tutti gli utenti, gli psicologi hanno offerto sostegno psicologico nel 36,4% dei casi, chiarito dettagliatamente gli obiettivi del servizio in quasi la metà delle telefonate (45,7 %) e nel 15,6% dei contatti hanno ritenuto necessario fornire informazioni riguardo il disturbo da gioco d'azzardo, nei suoi sintomi e caratteristiche (Figura 7).



**Figura 7. Prestazioni ricevute dagli utenti. TVNGA 2017-2018**  
(percentuale calcolata su risposte multiple)

## Giocatori d'azzardo

Tra i giocatori d'azzardo che hanno contattato il Servizio sono compresi i *giocatori attuali*, coloro che hanno dichiarato di giocare d'azzardo al momento della chiamata; i *giocatori in ricaduta*, coloro che al momento della telefonata hanno dichiarato di aver ripreso a giocare d'azzardo ma che si erano astenuti dal gioco per un periodo di tempo variabile; i *giocatori in astinenza*, coloro che hanno riferito un tentativo in atto di astensione dal gioco d'azzardo.

Nel gruppo dei giocatori è possibile osservare importanti differenze di genere, infatti a contattare il Servizio sono stati soprattutto uomini (86% maschi vs 14% femmine) (Figura 8).

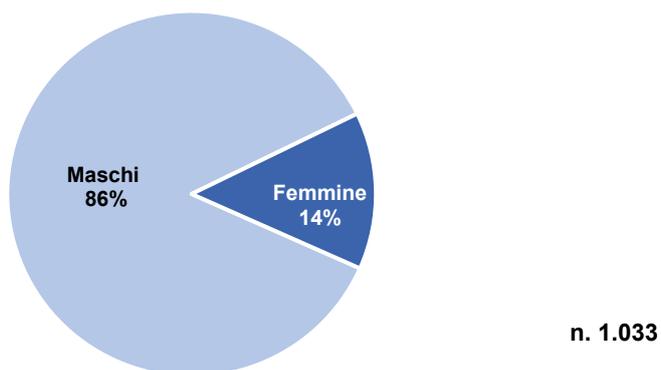


Figura 8. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: distribuzione per genere. TVNGA 2017-2018

I giocatori appartengono per la metà alla classe d'età 36-55 anni (50,5 %), più di un terzo si colloca nella fascia di età 18-35 anni (38,6%) e la percentuale rimanente si distribuisce a partire dai 56 anni (20,8%) (Figura 9).

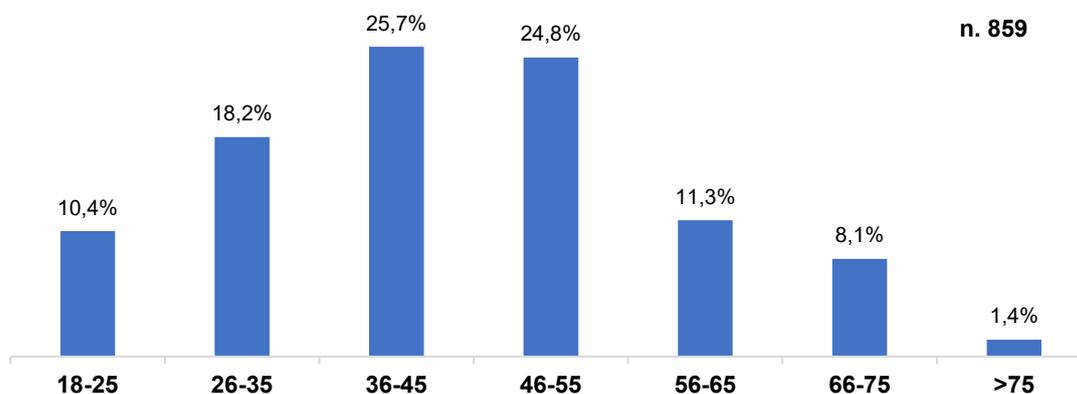
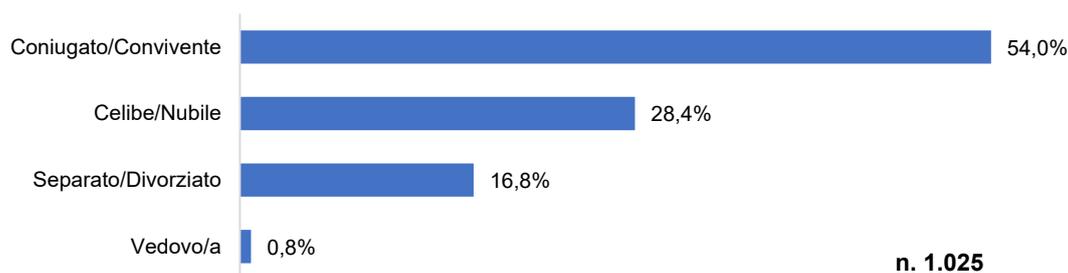


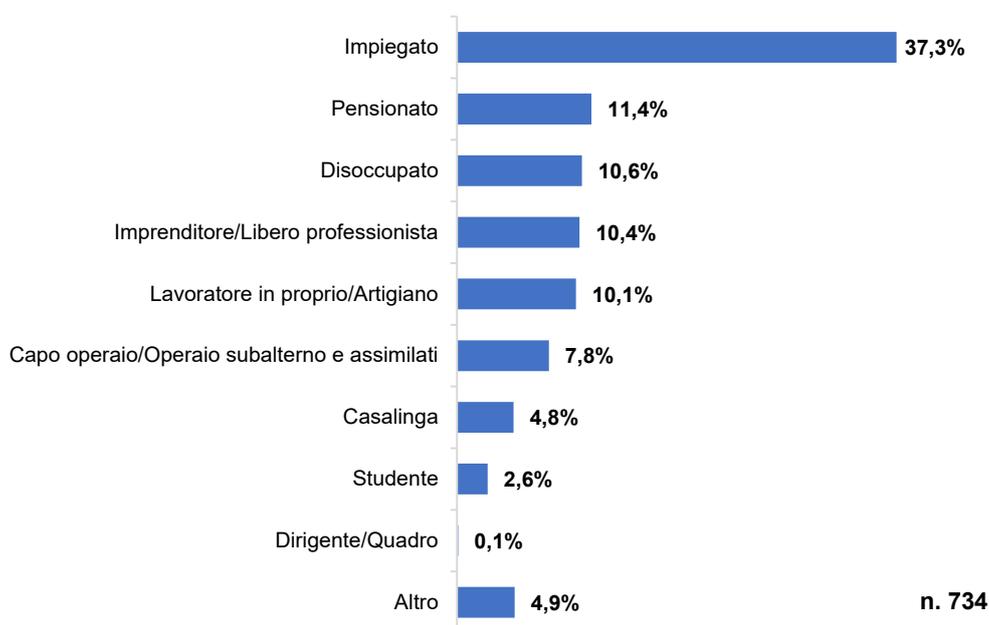
Figura 9. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: distribuzione per classi d'età. TVNGA 2017-2018

Oltre la metà dei giocatori che hanno contattato il Servizio ha riferito di essere coniugata o convivente (54%), la percentuale restante ha dichiarato di essere celibe o nubile (28,4%), separata o divorziata (16,8%) e infine vedova (0,8 %) (Figura 10).



**Figura 10. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: distribuzione per stato civile. TVNGA 2017-2018**

Rispetto allo stato occupazionale il 37,3% dei giocatori ha dichiarato di essere impiegato, il 10,4% imprenditore/liberi professionista e il 10,1% lavoratore in proprio/artigiano; il 22% ha riferito di non svolgere una attività lavorativa al momento della telefonata (11,4% pensionati e 10,6% disoccupati) (Figura 11).



**Figura 11. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: distribuzione per stato occupazionale. TVNGA 2017-2018**

Al Telefono Verde sono giunte telefonate di giocatori d'azzardo da tutto il Paese e le regioni maggiormente rappresentate sono Lombardia, Lazio e Campania (Figura 12).

I canali attraverso i quali i giocatori sono venuti a conoscenza del Numero Verde ricalcano quanto già emerso per l'utenza generale, infatti il 46,7% ha dichiarato di esserne venuto a conoscenza attraverso televisione e radio e il 46,1% navigando in Internet; anche in questo caso i luoghi di gioco (3%) e i prodotti di gioco (0,2%) sono risultate fonti da cui i giocatori, seppur in percentuali minime, hanno trovato il contatto (Figura 13).

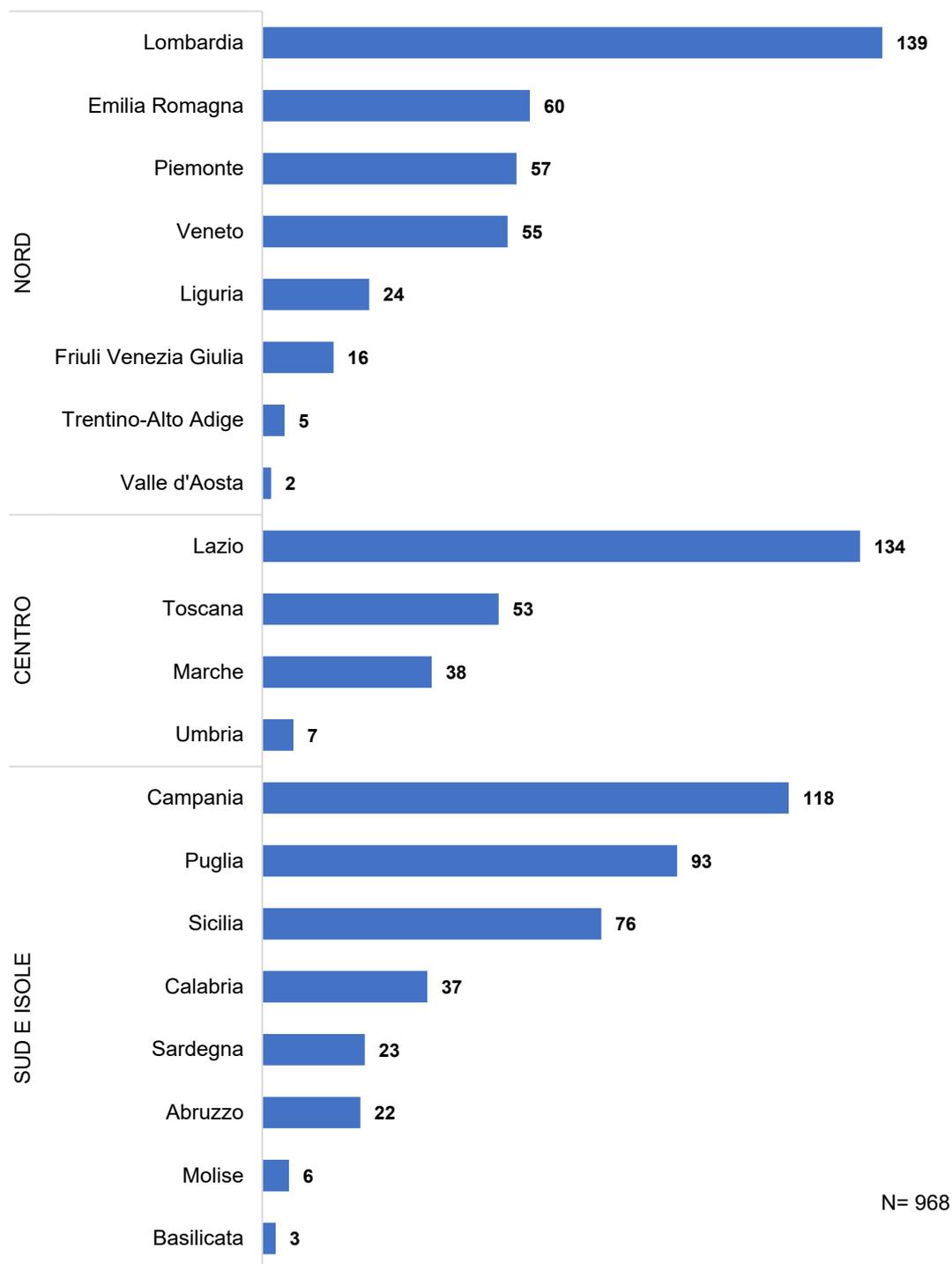
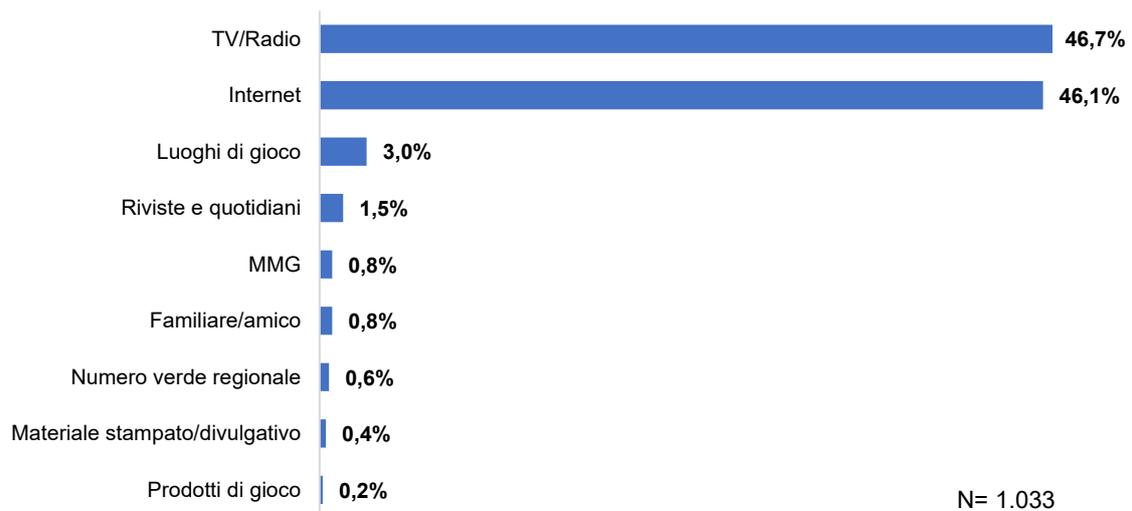
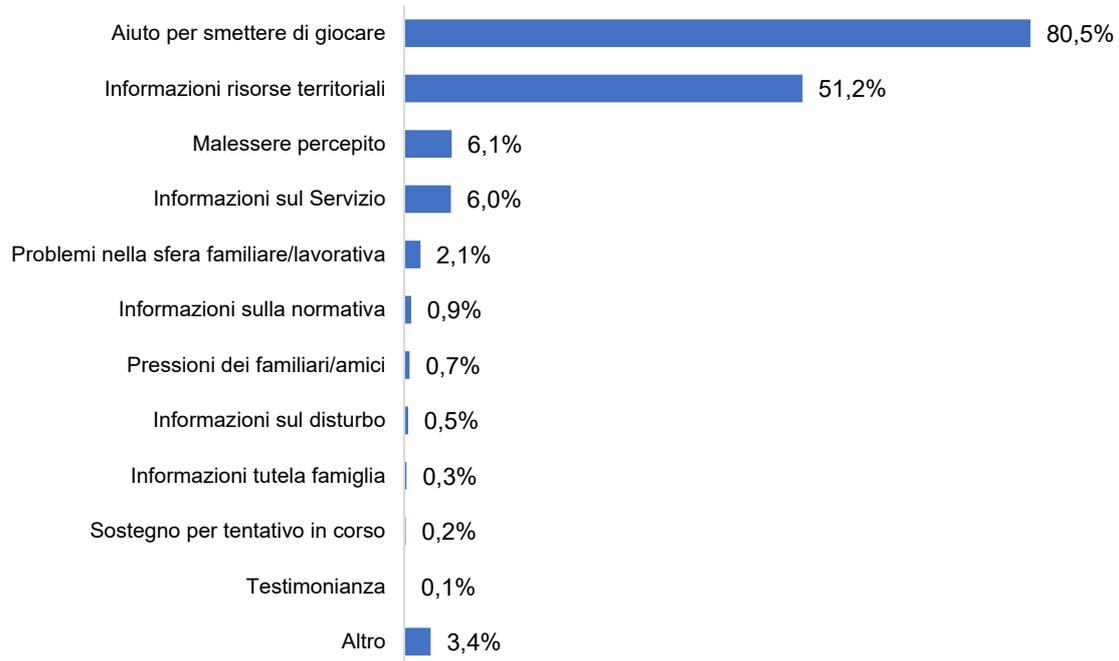


Figura 12. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: distribuzione per regione. TVNGA 2017-2018



**Figura 13. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: fonte del Servizio. TVNGA 2017-2018**

Come già accennato, le principali motivazioni alla base della decisione di rivolgersi al Servizio sono state relative alla richiesta di aiuto per smettere di giocare (80,5%) e alla richiesta di informazioni sui servizi di cura (51,2 %). (Figura 14)



**Figura 14. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: motivazione di contatto del Servizio. TVNGA 2017-2018**  
(percentuale calcolata su risposte multiple)

Rispetto alla tipologia di gioco praticato l'utenza ha dichiarato di giocare per lo più sul canale terrestre ovvero presso sale giochi dedicate, corner all'interno di bar/tabacchi, ecc. (73,2%), il 14,3% ha dichiarato di giocare esclusivamente online e il 12,5% ad entrambe le modalità di gioco (Figura 15).

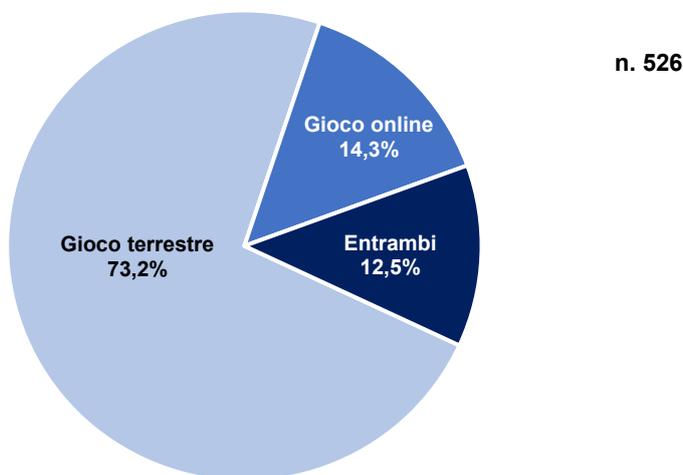


Figura 15. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: canale di gioco. TVNGA 2017-2018

I giochi maggiormente praticati sono stati le *slot machine* (60,3%), le *videolottery terminal* (VLT) (25,2%), le lotterie istantanee o in tempo reale (20,7%) e le scommesse sportive (12,1%) (Figura 16).

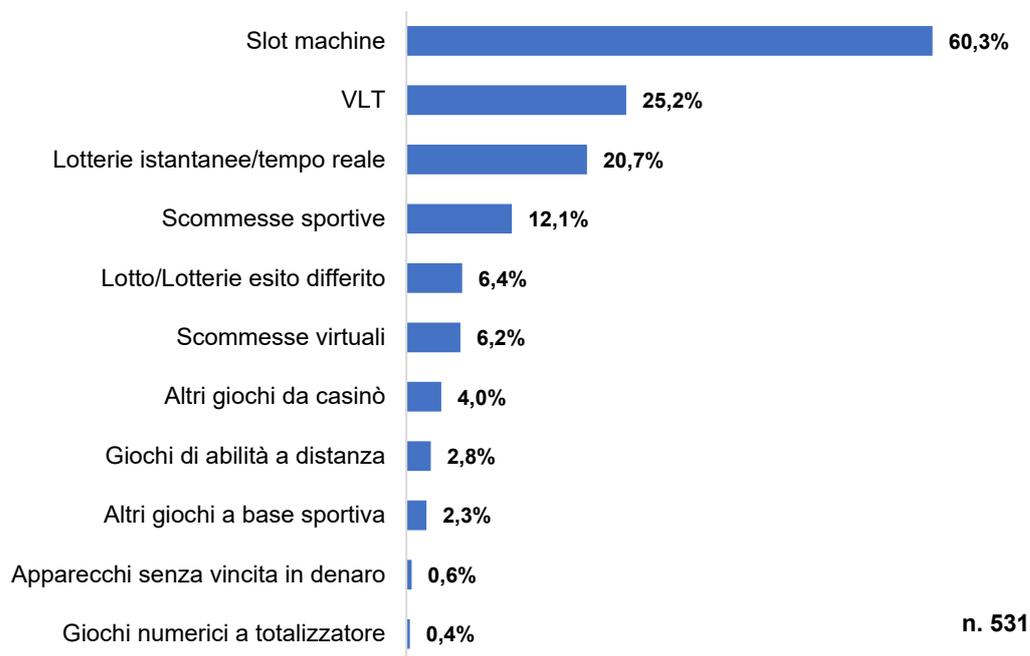
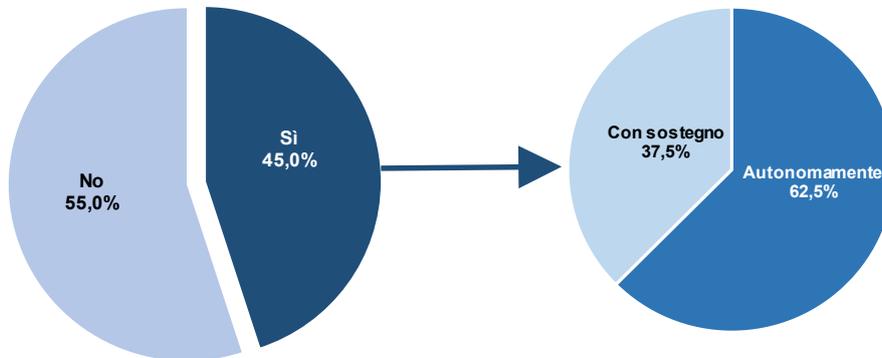


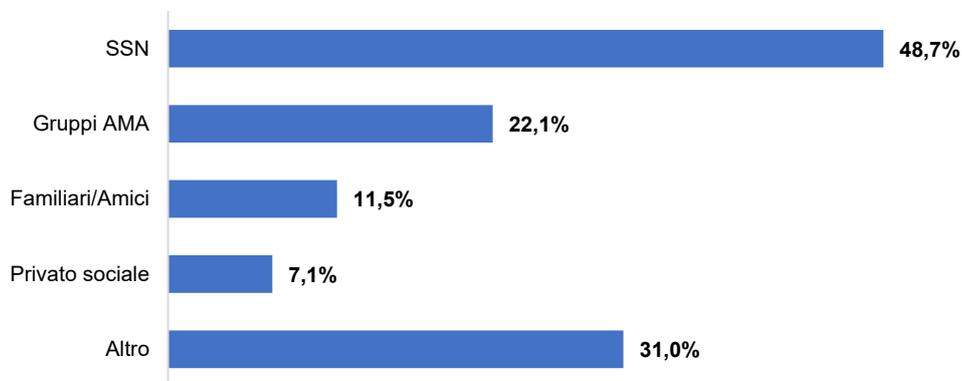
Figura 16. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: giochi praticati. TVNGA 2017-2018

Gli operatori hanno indagato anche i tentativi di smettere di giocare messi in atto dagli utenti giocatori. Tra coloro che hanno fornito tale informazione, il 55% ha dichiarato di non aver mai provato a smettere prima di contattare il Telefono Verde, mentre il restante 45% (n. 696), ha messo in atto tentativi di cessazione; tra questi ultimi (n. 309) il 37,5% ha chiesto comunque un sostegno per smettere mentre il 64,1% ha dichiarato di averci provato autonomamente (Figura 17).



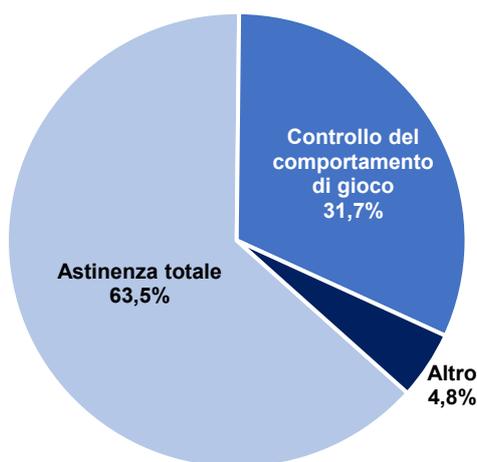
**Figura 17. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: distribuzione percentuale di tentativi di cessazione e modalità di cessazione. TVNGA 2017-2018**

Tra le modalità di cessazione riferite dai giocatori che hanno tentato di “smettere con sostegno” (37,5%), sono stati indicati percorsi presso strutture dell’SSN (48,7%), incontri presso gruppi di Auto Mutuo Aiuto (22,1%), l’aiuto di familiari e amici (11,5%) e percorsi presso strutture del privato sociale (7,1%); nella categoria ‘altro’ sono comprese prevalentemente consulenze o interventi con operatori di salute privati (31%) (Figura 18).



**Figura 18. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: modalità di cessazione con sostegno. TVNGA 2017-2018**  
(percentuale calcolata su risposte multiple)

I giocatori d’azzardo che hanno affermato di aver tentato di smettere di giocare autonomamente (62,5%) lo hanno fatto prevalentemente attraverso l’astensione totale dal gioco (63,5%) e il controllo del comportamento di gioco (31,7%) (Figura 19).

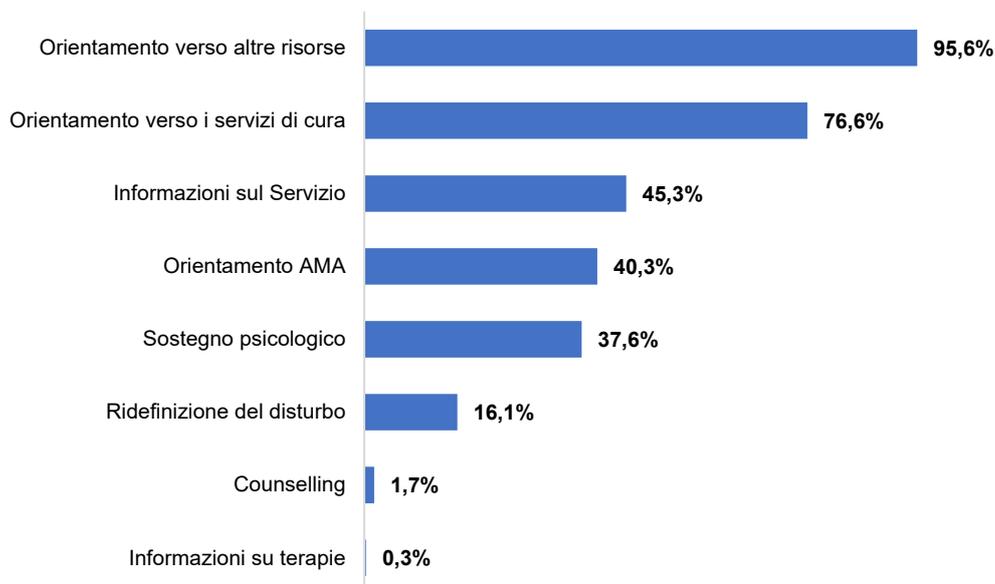


n. 189

**Figura 19. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: modalità di cessazione autonomamente. TVNGA 2017-2018**

È emerso in maniera ancora più evidente nell'utenza giocatore il bisogno di rispondere tempestivamente alle problematiche economico/legali legate al gioco d'azzardo, infatti gli operatori nel 95,6% dei casi hanno orientato i giocatori verso risorse sul territorio che rispondono proprio a tale bisogno (es. fondazioni antiusura).

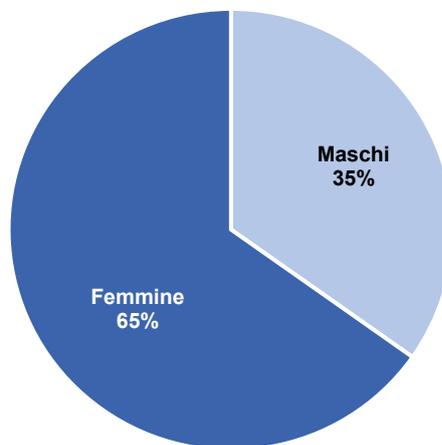
Allo stesso tempo è risultata importante la dimensione della cura del disturbo che si è esplicita nelle funzioni di orientamento e sostegno proprie del Servizio: nel 76,6% dei casi gli operatori hanno orientato i giocatori verso servizi di valutazione psicodiagnostica e cura proposti dall'SSN e dal privato sociale, nel 40,3% verso Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) e nel 37,6% dei casi gli operatori hanno offerto sostegno psicologico al giocatore (Figura 20).



**Figura 20. UTENTE GIOCATORE D'AZZARDO: offerta del Servizio. TVNGA 2017-2018**  
(percentuale calcolata su risposte multiple)

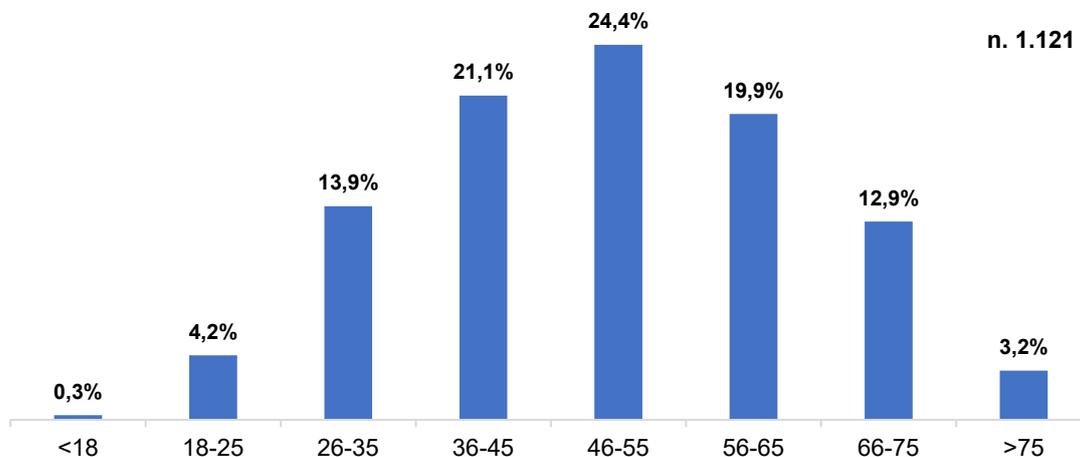
### Familiari e amici dei giocatori d'azzardo

Le caratteristiche anagrafiche del gruppo 'familiari e amici dei giocatori d'azzardo' che hanno contattato il Servizio mostrano differenze rispetto a quanto riscontrato nel gruppo 'giocatori' infatti quasi i due terzi dell'utenza è rappresentata da donne (65,2% femmine vs 34,8% maschi) (Figura 21) e si osserva una distribuzione normale rispetto all'età (Figura 22).



n. 1.380

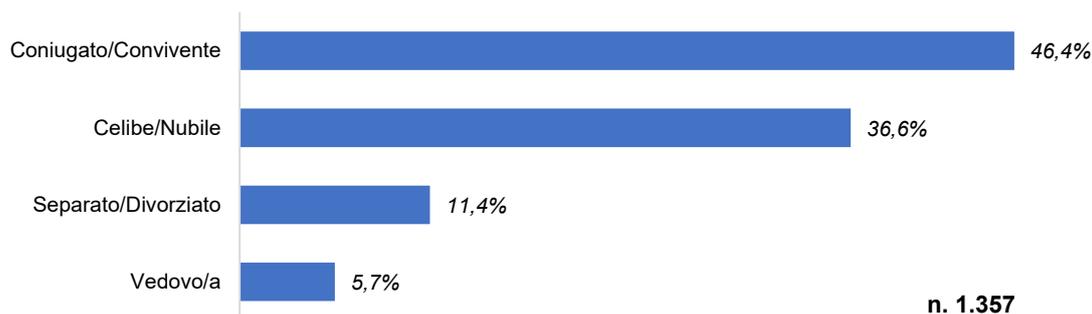
Figura 21. UTENTE FAMILIARE/AMICO: distribuzione per genere. TVNGA 2017-2018



n. 1.121

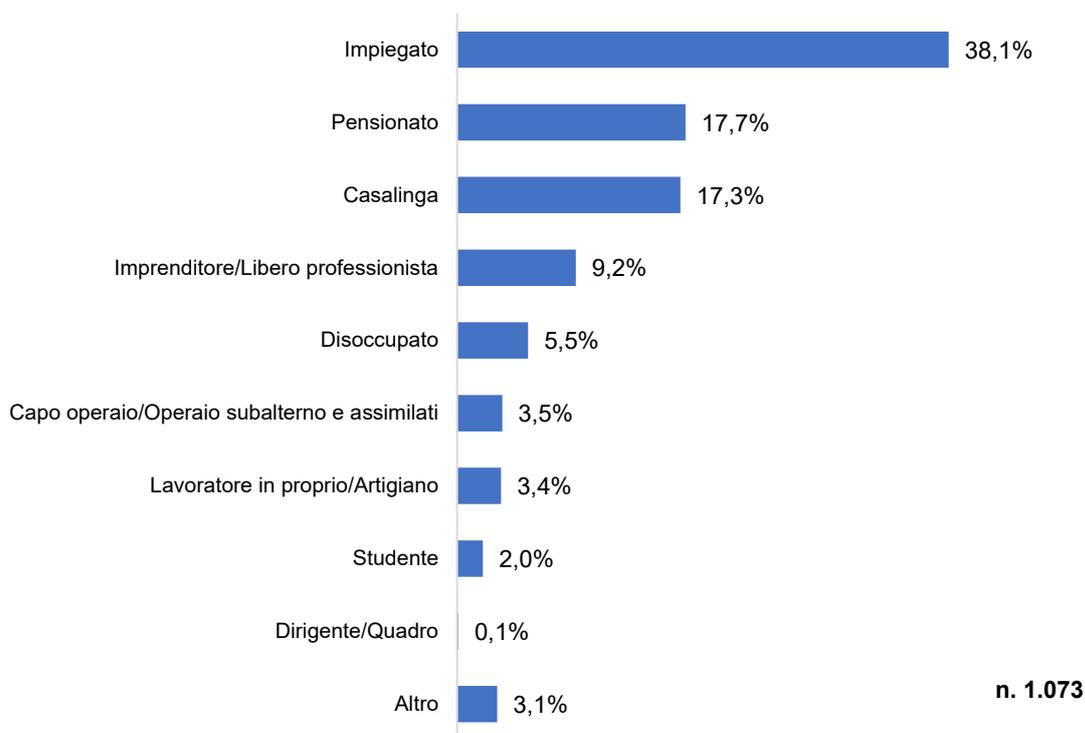
Figura 22. UTENTE FAMILIARE/AMICO: distribuzione per classe d'età. TVNGA 2017-2018

I familiari o amici dei giocatori hanno riferito di essere coniugati o conviventi nel 46,4% dei casi, celibi o nubili nel 36,6%, divorziati nell'11,4% e vedovi/e nel 5,7% (Figura 23).



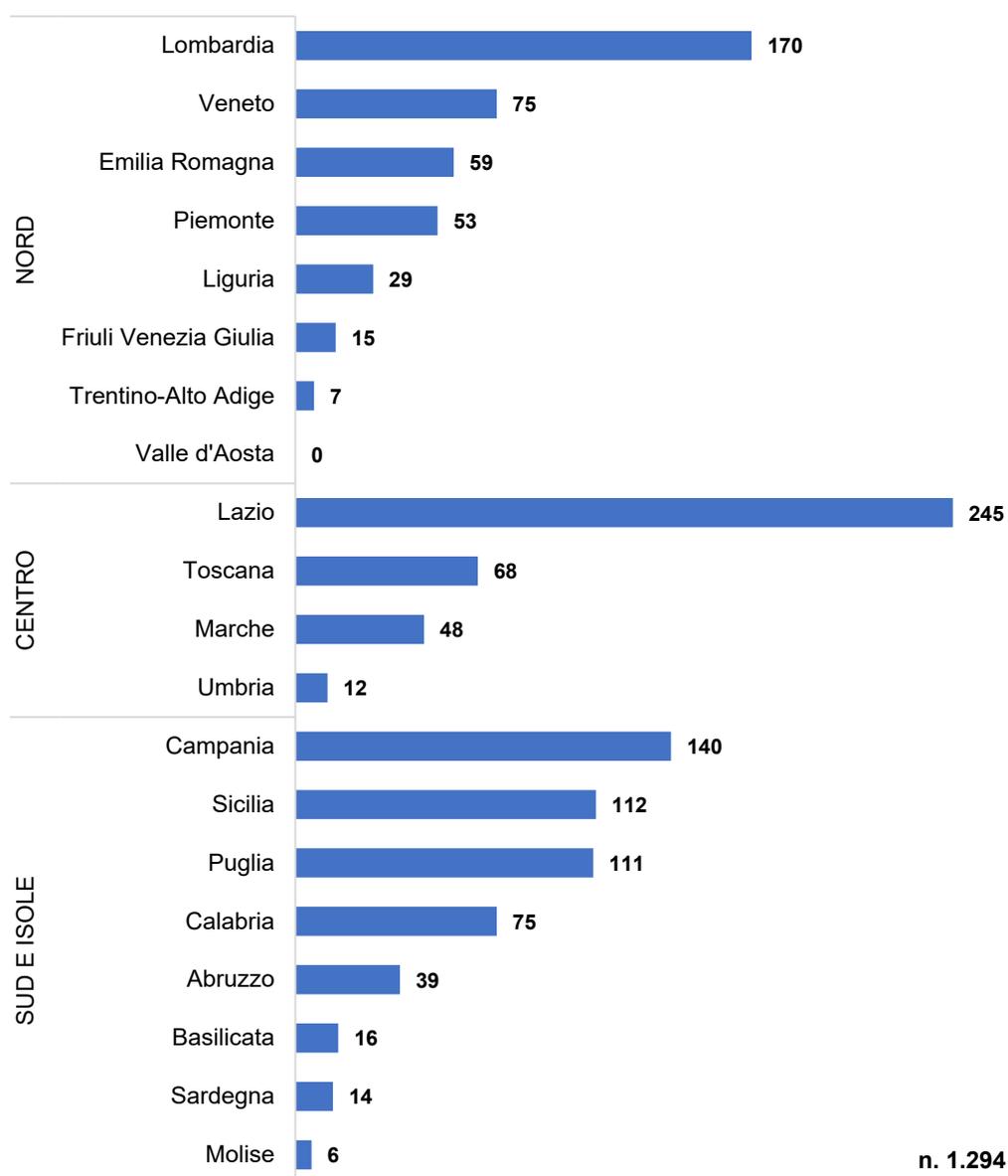
**Figura 23. UTENTE FAMILIARE/AMICO: stato civile. TVNGA 2017-2018**

Rispetto allo stato occupazionale, circa un terzo ha dichiarato di svolgere un lavoro impiegatizio (38,1%), il 17,3% ha riferito di essere per il 9,2% imprenditore/libero professionista; il 23,2% ha dichiarato di non svolgere una attività lavorativa al momento della telefonata (17,7% pensionati e 5,5% disoccupati) (Figura 24).



**Figura 24. UTENTE FAMILIARE/AMICO: stato occupazionale. TVNGA 2017-2018**

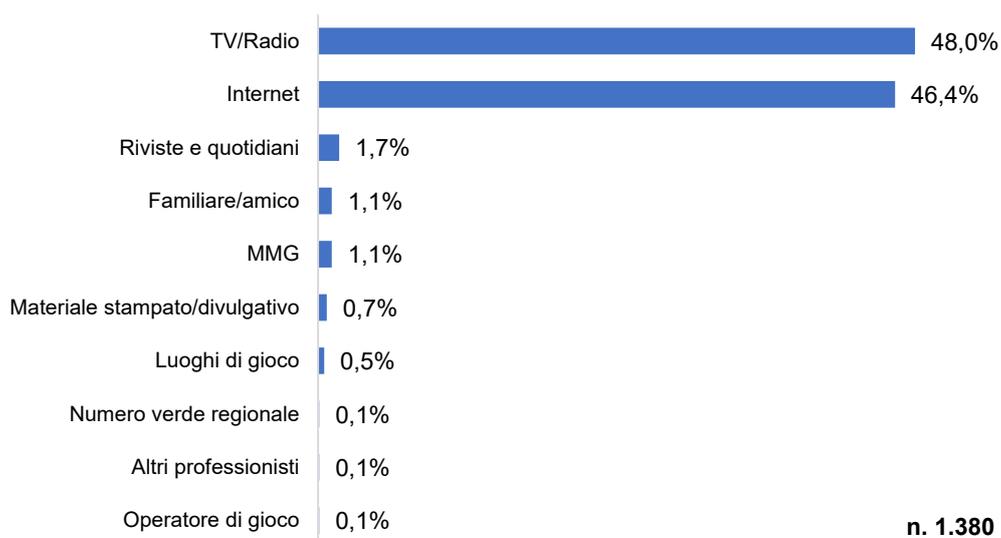
Come per i giocatori anche per i familiari o amici le telefonate sono giunte principalmente dalle regioni Lazio, Lombardia e Campania (Figura 25).



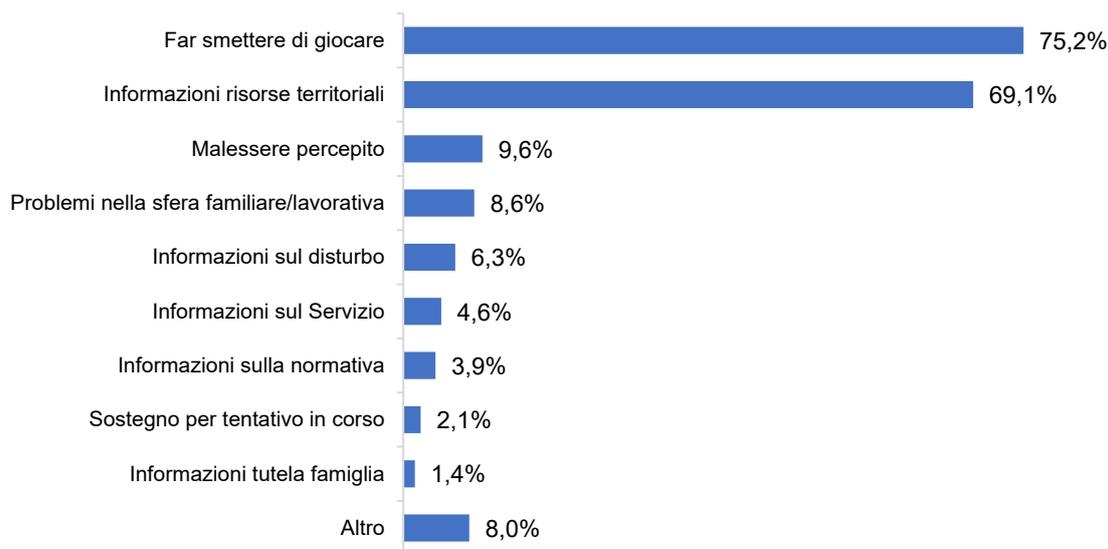
**Figura 25. UTENTE FAMILIARE/AMICO: distribuzione per regione. TVNGA 2017-2018**

La televisione e/o la radio (48%) e la navigazione in Internet (46,4%) sono state anche per i familiari e gli amici le fonti principali di conoscenza del Servizio (Figura 26).

Anche per i familiari e amici la cessazione della pratica del gioco (75,2%) e la richiesta di informazioni sui servizi di cura (69,1 %) sono risultate le principali motivazioni alla base della decisione di rivolgersi al Telefono Verde (Figura 27).

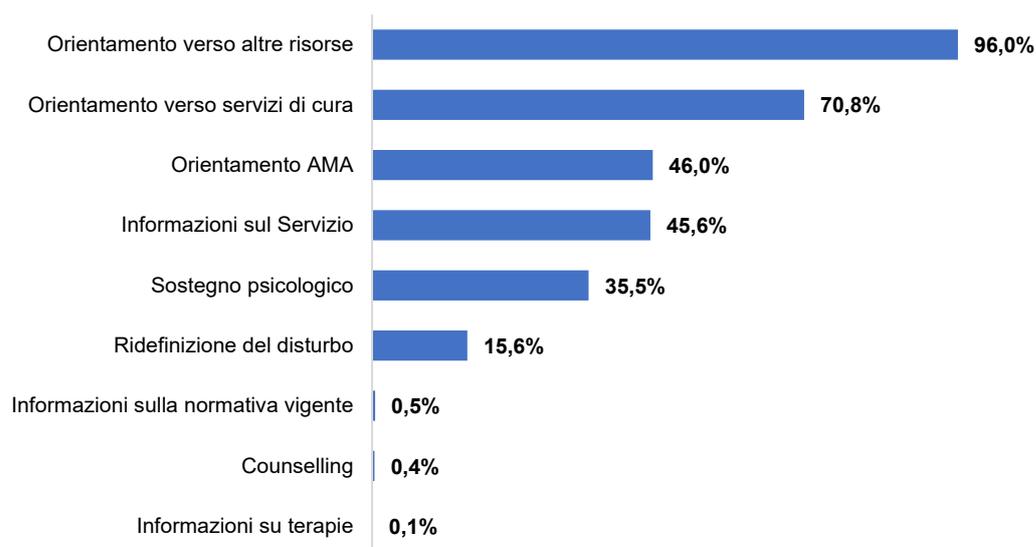


**Figura 26. UTENTE FAMILIARE/AMICO: canale informativo. TVNGA 2017-2018**



**Figura 27. UTENTE FAMILIARE/AMICO: motivazione di contatto del Servizio. TVNGA 2017-2018**  
(percentuale calcolata su risposte multiple)

L'offerta degli operatori ai familiari e amici ricalca quanto già indicato per i giocatori, infatti si è sostanziata principalmente nell'orientare verso risorse sul territorio che offrono consulenza/assistenza in ambito legale e rispetto alle condizioni legate all'indebitamento (96%), servizi di valutazione psicodiagnostica e cura proposti dall'SSN e dal privato sociale (70,8%) e presso Gruppi di Auto Mutuo Aiuto (AMA) (46%) (Figura 28).



**Figura 28. UTENTE FAMILIARE/AMICO: offerta del servizio. TVNGA 2017-2018**  
(percentuale calcolata su risposte multiple)

## Campagna di comunicazione del Telefono Verde Nazionale per le problematiche legate al Gioco d'Azzardo - 800 558822

Per far conoscere il TVNGA alla popolazione è stata pianificata una strategia di comunicazione con un messaggio che presentasse il Servizio nelle sue finalità e caratteristiche principali. Quindi, si è ritenuto importante esplicitarne il target, specificarne la natura anonima e gratuita, fornire le fasce orarie di attività, accompagnando queste informazioni con un messaggio di disponibilità rassicurante per il cittadino (Figura 29).

Il piano di comunicazione è stato definito anche grazie ai risultati emersi dallo studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale “Il gioco d’azzardo nella popolazione adulta” realizzato dall’ISS (13) che hanno orientato nella scelta del target e dei canali comunicativi, tra cui i principali mass media e l’utilizzo dei social network.

Per veicolare il messaggio relativo al Telefono Verde sono stati scelti diversi strumenti di creatività: 1 spot video e 1 spot radiofonico; poster descrittivi; banner; pieghevoli; locandine; post. Ulteriore diffusione del messaggio è avvenuta mediante servizi giornalistici nel corso di programmi televisivi delle principali testate TV con l’obiettivo di raggiungere la popolazione italiana in modo capillare.

Tra le azioni mirate a raggiungere il target *famiglie*, la stipula di un accordo gratuito con la Diocesi di Roma e il Vicariato ha permesso di distribuire, in accordo con i parroci appartenenti a 330 parrocchie e strutture ad esse collegate (oratori, gruppi parrocchiali), 75.000 pieghevoli sul Telefono Verde. Sempre nell’ambito dell’accordo con la Diocesi sono stati diffusi gli spot video e radio su TV2000 (la televisione della Conferenza Episcopale Italiana) e Radio In Blu e pubblicato il banner su [www.TV2000.it](http://www.TV2000.it).



**Se hai problemi legati al gioco d'azzardo possiamo aiutarti**

**Chiama il Numero Verde Nazionale 800 558 822**  
Istituto Superiore di Sanità



**È uno spazio dedicato all'ascolto e all'aiuto delle persone con problematiche legate al gioco d'azzardo e alle loro famiglie**

**È un Servizio Nazionale anonimo e gratuito**

Attivo da lunedì a venerdì dalle 10.00 alle 16.00



**AGENZIA DOGANE MONOPOLI**

In collaborazione con l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

**Come può aiutarti il Numero Verde?**

- I nostri esperti ascoltano** e accolgono le richieste di chi è in difficoltà e dei loro familiari
- Sostengono** i giocatori e i loro familiari nella scelta del cambiamento
- Offrono** informazioni sui servizi che si occupano delle problematiche legate al gioco d'azzardo
- Informano** sulla presenza di servizi per i problemi legati all'indebitamento
- Informano** sulle leggi in materia
- Ti indirizzano** verso il servizio che meglio si adatta alle tue esigenze

**Chi risponde al Numero Verde?**

**Esperti del Centro nazionale Dipendenze e Doping dell'Istituto Superiore di Sanità** in collegamento con tutti i centri specializzati nella diagnosi e nel trattamento del disturbo da gioco d'azzardo

Le terapie per il disturbo da gioco d'azzardo sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Le terapie per il disturbo da gioco d'azzardo sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale

Figura 29. Locandina della campagna di comunicazione del TVNGA (2108)

L'acquisto di spazi sulla Radio nazionale RTL – con 6 spot al giorno per 7 giorni, compresi passaggi su RTL TV e sui canali social – ha permesso di indirizzare il messaggio sul Telefono Verde a tutti i target di riferimento. Secondo la società Tavolo Editori Radio (TER), infatti, l'emittente RTL è in assoluto la radio con il maggior numero di ascolti a livello nazionale. In aggiunta sono stati acquistati spazi su emittente locale attraverso circuiti radiofonici locali – Channel News Radio e Team Radio – che hanno permesso di coprire tutte le Regioni italiane.

È stato stipulato inoltre un accordo di sponsorizzazione gratuita con Italo Treno, che ha visto l'uscita di un redazionale sul magazine *Italo. I sensi del viaggio* del mese di ottobre 2018 e la proiezione dello spot ufficiale per dieci giorni a partire dal 21 ottobre 2018 in tutti i lounge e la contemporanea diffusione dei messaggi sul Telefono Verde sul Canale Social di Italo.

Ulteriore diffusione del Servizio è avvenuta per mezzo Stampa. Secondo l'indagine annuale dell'Istituto Reuters per lo studio del giornalismo, l'Agenzia ANSA è “raro esempio di agenzia di stampa che abbia raggiunto un significativo numero di utenti unici online” e resta tra i top brand italiani preferiti dagli utenti che cercano notizie sul web. Nella classifica dei top brand, l'ANSA è il quarto sito italiano utilizzato settimanalmente come fonte di notizie su Internet ma il primo tra le agenzie di stampa. Per questo si è scelto di veicolare la video pillola dello spot attraverso la diffusione sulla home page, nelle redazioni regionali e su *Ansa Salute e Benessere*, per un totale di tre settimane di presenza online.

Grazie alla collaborazione della Federazione degli Ordini dei Farmacisti Italiani (FOFI) la locandina è stata distribuita alle farmacie insieme all'invio della rivista *Il Farmacista* (21.500 copie) per l'affissione nei locali delle farmacie stesse.

L'esperienza maturata nell'ambito di precedenti campagne di comunicazione ha suggerito di raggiungere il target femminile attraverso settimanali femminili tra i più venduti in Italia. I settimanali *Di Più*, *Diva*, *Donna* e *F* (del gruppo Cairo) hanno pubblicato la locandina sul Telefono Verde nelle tre settimane successive all'inizio della campagna; *Vanity Fair* (del gruppo Condè Nast), invece, oltre a pubblicare la locandina a ridosso della campagna ha assicurato un'uscita nel numero speciale di *Vanity Fair Natale*.

Tenendo presente che uno dei target della campagna è rappresentato dai minorenni si è ritenuto opportuno coinvolgere i mezzi di comunicazione più efficaci e diretti per raggiungere il maggior numero di utenti giovani. Pertanto si è pensato a una campagna social utilizzando i tre network maggiormente diffusi: Facebook (37 post), Twitter (46 post) e Instagram (11 post).

Come indicato negli studi di settore sull'efficacia del linguaggio, i messaggi positivi risultano essere particolarmente graditi e seguiti, poiché instaurano con lo spettatore una relazione di empatica complicità e devono avere un messaggio diretto, leggero, emozionale ma attento alla funzione informativa. Pertanto la campagna sui social è stata pensata con uno stile comunicativo non drammatico e crudo e, attraverso la società Buzzoole, sono stati coinvolti 10 Top Content Creator/Influencer che hanno prodotto sui loro profili Twitter, Facebook e Instagram un post sul Telefono Verde. Tutti i post hanno pubblicato una foto col numero verde, inserendo il tag all'ISS e al Centro Nazionale Dipendenze e Doping e l'hanno diffusa attraverso hashtag. Tutti i post sono stati visionati e approvati dall'ISS prima di essere pubblicati. La campagna social ha raggiunto le 700mila visualizzazioni.

## Bibliografia

1. World Health Organization. *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986*. Geneva: WHO; 1986. Disponibile all'indirizzo: <https://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index1.html>; ultima consultazione 21 marzo 2019.

2. Gainsbury S, Hing N, Suhonen N. Professional help-seeking for gambling problems: awareness, barriers and motivators for treatment. *J Gambl Stud* 2013; 1-17.
3. Rogers CR. *La terapia centrata sul cliente*. Firenze: Martinelli; 1989.
4. May R. *L'arte del counselling*. Roma: Astrolabio; 1991.
5. World Health Organization. *Global Programme on AIDS (WHO/GPA). Psychosocial counselling for person with Hiv-Infection, AIDS and related disease*. Geneva: WHO; 1989.
6. Trotti E, Odobez C, Bellani ML. Generalità sul counselling nell'infezione da HIV. In: Bellotti GG, Bellani ML, De Mei B, Greco D (Ed.). *Il counseling nell'infezione e nella malattia da HIV*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1995. (Rapporti ISTISAN 95/28). p. 57-88
7. Pizzi E, Di Pucchio A, Mastrobattista L, Solimini R, Pacifici R, Pichini S. A helpline telephone service for tobacco related issues: the Italian experience. *Int J Environ Res Public Health* 2009;6:900-14;
8. Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, Istituto Superiore di Sanità. *Documento sulla metodologia dell'intervento di counselling telefonico nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS. Progetto "Creazione e Coordinamento di una Rete tra i Servizi Telefonici italiani governativi e non, impegnati nella prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS (2007-2008)"*. Roma: Ministero della Salute; 2009. Disponibile all'indirizzo: [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_1140\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1140_allegato.pdf); ultima consultazione 21 marzo 2019.
9. Suurvali H, Cordingley J, Hodgins DC, Cunningham J. Barriers to seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Gambl Stud*. 25(3), pp. 407-24; 2009
10. Abbott M, Hodgins DC, Bellringer M, Vandal AC, Palmer Du Preez K, Landon J, Sullivan S, Rossa S, Feigin V. Brief telephone interventions for problem gambling: a randomized controlled trial. *Addiction* 2017;113 (5).
11. Rodda S, Lubman DI. Characteristics of gamblers using a national online counselling service for problem gambling. *J Gambl Stud* 2014;30(2):277-89.
12. Aster R, Quack A, Wejbera M, Beutel ME. Telephone counseling for pathological gamblers as immediate access to the health care system: acceptance and use of the Mainzer Behavioral Addiction Helpline. *Gesundheitswesen* 2018;80(11):994-9.
13. Pacifici R. Il gioco d'azzardo nella popolazione adulta: studio epidemiologico trasversale di tipo osservazionale. In: *I Convegno nazionale Il gioco d'azzardo in Italia; Roma, 18 ottobre 2018*. Disponibile all'indirizzo: <https://ofad.iss.it/2018/10/18/i-convegno-nazionale-il-gioco-dazzardo-in-italia/>; ultima consultazione 01/10/2019.

*Serie Rapporti ISTISAN  
numero di dicembre 2019, 5° Suppl.*

*Stampato in proprio  
Servizio Comunicazione Scientifica – Istituto Superiore di Sanità*

*Roma, dicembre 2019*