

SU INIZIATIVA DI



e



I COSTI SOCIALI DEL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO IN ITALIA

Sommario

EXECUTIVE SUMMARY.....	2
1. INQUADRAMENTO DEL TEMA.....	5
1.1 Gioco d'azzardo problematico.....	5
1.2 I costi sociali del gioco d'azzardo.....	8
2. LA RICERCA.....	12
2.1 Disegno della ricerca.....	13
2.2 Fonti e dati.....	17
3. I COSTI SANITARI.....	21
3.1 Stima dei costi sanitari: l'analisi di due casi.....	22
3.2 Considerazioni sulla variabilità nell'offerta di trattamento.....	24
4. COSTI DI DISOCCUPAZIONE E MANCATA PRODUTTIVITÀ.....	28
4.1 Costi di disoccupazione.....	28
4.2 Costi di mancata produttività.....	29
5. COSTI ASSOCIATI A SUICIDI E ROTTURE FAMILIARI.....	32
5.1 Suicidalità e suicidio.....	32
5.2 Separazioni e divorzi.....	34
6. COSTI ASSOCIATI A PROBLEMI LEGALI.....	37
6.1 Costi del sistema giudiziario.....	38
6.2 Costi sostenuti dal sistema penitenziario.....	39
7. LA STIMA DEI COSTI.....	42
8. CONCLUSIONI.....	44
APPENDICE. SCENARI ALTERNATIVI.....	45
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	48

EXECUTIVE SUMMARY

E' noto quanto possano essere rilevanti le ripercussioni economiche, psicologiche e relazionali dei comportamenti di gioco sull'individuo e il suo ambiente sociale. Da più parti si sostiene che le criticità connesse al gioco d'azzardo problematico (d'ora in poi qui definito anche PG, ossia *Problem Gambling*, l'acronimo spesso utilizzato in letteratura) dovrebbero essere poste al centro dell'agenda politica: infatti, i suoi effetti dannosi, lungi dall'interessare soltanto i singoli, comportano ricadute negative a livello sociale. In questa sede si parla di gioco d'azzardo problematico poiché l'individuazione di un problema di gioco si basa fundamentalmente sull'utilizzo di una scala o di un questionario di autovalutazione (self-report) e non su di una diagnosi effettuata da un professionista (psichiatra, psicologo clinico, psicoterapeuta). Sotto questo profilo, la concettualizzazione di gioco d'azzardo problematico proposta da Neal et al. (2005), catturando gli elementi essenziali del fenomeno comuni a quasi tutte le definizioni, identifica il gioco problematico con la difficoltà nel limitare denaro e tempo spesi nell'azzardo; difficoltà che conducono a conseguenze negative per il giocatore, per gli altri significativi e per la comunità nel suo complesso.

Al netto delle controversie sulle cause, le manifestazioni e le rappresentazioni della dipendenze, tra gli studiosi del fenomeno esiste un accordo pressoché unanime sul fatto che le diverse forme di *addiction* (nello specifico quella legata al gioco d'azzardo) comportano danni non solo ai soggetti affetti ma anche alla collettività, che si esprimono in **costi sociali**. Nello specifico, il concetto di costo sociale, ampiamente utilizzato nella letteratura economica applicata alle dipendenze da sostanze e comportamentali, anche se spesso in maniera ampia, vaga e onnicomprensiva, si riferisce a una perdita complessiva di benessere sociale attribuibile a determinate scelte, azioni e comportamenti.

Scopo del presente lavoro è la stima dei costi sociali del gioco d'azzardo problematico in Italia. Come anno di riferimento, in base ai dati disponibili, si è scelto il 2014¹. In quell'anno solare la raccolta relativa al gioco pubblico è stata di 84,5 miliardi di euro, di cui 7,9 miliardi di euro sono andati all'Erario. Il tutto a fronte di vincite per 67,6 miliardi e di una spesa complessiva dei giocatori di 16,9 miliardi (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2015)².

¹ Considerato che il dataset della ricerca del Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali (CIRMPA) utilizzato per definire la prevalenza del PG nella popolazione italiana si riferisce al 2014, si è ritenuto corretto, quando possibile, produrre tutte le stime significative per il presente lavoro con riferimento al medesimo anno solare.

² Nel 2017 la raccolta è invece stata di 101,8 miliardi di euro, di cui 10,3 miliardi di euro sono andati all'Erario. Il tutto a fronte di vincite per 82,7 miliardi e di una spesa complessiva dei giocatori di 19,1 miliardi (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2018).

Vi sono alcuni limiti nella presente ricerca. Molti dei dati utilizzati si riferiscono solo ai giocatori (escludendo peraltro i minorenni), altri sono relativi alla popolazione generale e ciò crea distorsioni nell'esercizio di stima, imponendoci di considerare un numero limitato di voci di costo. I costi sono dunque stati nel complesso sottostimati, limitandosi inoltre a quelli di natura pubblica e non prendendo in esame, ad esempio, i costi esterni privati, quelle esternalità che colpiscono anche i privati, come i familiari coinvolti per ciascun giocatore problematico. In altre parole, sono stati considerati solo gli effetti sulla finanza pubblica e in maniera non esaustiva. Si pensi al mancato utilizzo alternativo di risorse che avrebbero potuto essere impiegate in attività produttive e investite in consumi, agli effetti prodotti sulle finanze pubbliche da usura e fenomeni di illegalità e a quei costi sanitari indiretti che impattano su altre dimensioni della salute e della spesa sanitaria, che vanno al di là di quanto il trattamento dei giocatori problematici gravi sulle finanze pubbliche.

Quanto premesso rimanda a lavori più strutturati che si fondino su dati raccolti in maniera più organica, sistematica e finalizzata. Solo con investimenti sistemici e consistenti nella raccolta di dati ad hoc, al momento mancanti nel contesto italiano (e non solo), sarà possibile stimare tutte le voci di costo presenti in letteratura e avere un quadro complessivo particolarmente preciso.

Lo studio si articola in sette sezioni. Nella prima, viene proposto un inquadramento generale del fenomeno; nella seconda, si delinea il disegno della ricerca alla luce della letteratura internazionale e dei dati effettivamente disponibili; dalla terza alla sesta sezione, vengono stimati i costi ritenuti rilevanti e calcolabili (costi sanitari, di disoccupazione e mancata produttività, associati a suicidi e a rotture familiari e dovuti a problemi legali); nella settima, si propongono delle conclusioni e si prefigurano alcuni scenari alternativi rispetto alla stima dei costi sociali ottenuta, che ammonta a **2,7 miliardi di euro**.

1. INQUADRAMENTO DEL TEMA

L'atteggiamento delle diverse culture sociali nei confronti del gioco d'azzardo è cambiato nel corso del tempo, alternando fasi di permissivismo ed proibizionismo. Oggi si assiste a un periodo caratterizzato da processi contraddittori di regolamentazione del fenomeno. Gli interessi economici pubblici e privati che il gioco mobilita hanno incoraggiato gli Stati nazionali a incentivarlo, trasformandolo in una delle industrie più fiorenti al mondo. Nelle ultime decadi del ventesimo secolo, il gioco è cambiato profondamente evolvendo da attività residua e proibita ad "attività di svago mainstream" (Reith 2003: 14), legalizzata e proposta al pubblico su larga scala sotto il controllo dei governi nazionali (Vaughan Williams e Siegel, 2013).

1.1 Gioco d'azzardo problematico

A livello globale, tutte le giurisdizioni regolano il gioco d'azzardo tramite leggi e linee-guida e controllano luoghi e modalità di gioco attraverso procedure diverse da Stato a Stato, per il controllo e la gestione del gioco mediante l'assegnazione delle licenze. Casinò, lotterie, apparecchi da intrattenimento e scommesse di vario genere rappresentano oggi un fenomeno economico dal quale nel 2017 si prevede che le imprese del settore arrivino a guadagnare quasi 450 miliardi di dollari al netto dei premi (Gbgc, 2017).

A fronte di questo trend, alcune giurisdizioni (tra le altre, quella olandese, svedese e finlandese) sono intervenute per porre un limite alla commercializzazione e rafforzare i sistemi di monopolio al fine di mantenere una regolamentazione interna nei loro mercati, mentre paesi come Spagna, Francia e Italia hanno ridotto il proprio ruolo monopolistico, consentendo all'industria del gioco d'azzardo di espandersi. Da un altro punto di vista, la diffusione del gioco d'azzardo è stata alimentata e ha rinforzato un processo di de-stigmatizzazione sociale della pratica, al punto che il gioco è ormai assimilabile a un bene di consumo, divenuto parte integrante di un'economia globale del divertimento (Bertolazzi, 2016).

La recessione economica iniziata nel 2008 è stata accompagnata dalla espansione globale dell'industria del gioco, che, dopo una prima grande ondata di crescita negli anni novanta del secolo scorso, a partire dagli Stati Uniti si è assicurata nuovi mercati e si è insediata quasi ovunque nel mondo occidentale (Canada, Australia, Nuova Zelanda, paesi scandinavi, Sudafrica, Regno Unito). Alla fine della prima decade degli anni duemila, altri paesi hanno aperto le proprie giurisdizioni: dall'Africa all'Europa dell'Est, dal Medio Oriente all'America Latina, oltre all'enorme mercato dell'Estremo Oriente (Schüll, 2013). Significativo il caso dell'Italia, paese tra i primi al mondo per spesa nel gioco d'azzardo, il cui modello normativo – lo Stato che funge da regolatore di un mercato basato su licenze governative, dove agenti privati (i concessionari) competono tra loro – è

diventato punto di riferimento per diverse giurisdizioni europee³. Nel 2017 la raccolta di tutto il comparto giochi si è attestata in Italia sui 101,8 miliardi di euro, di cui 10,3 miliardi di euro sono andati all'Erario. Il tutto a fronte di vincite per 82,7 miliardi e di una spesa complessiva dei giocatori di 19,1 miliardi (Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, 2018).

L'allarme sociale causato dalla diffusione della dipendenza da gioco sta favorendo l'affermarsi di una prospettiva negli intenti pragmatica (Cavataio, 2016), ispirata alla cosiddetta *responsabilità sociale d'impresa*. Tale approccio inquadra il gioco d'azzardo come una *corporate social issue* che necessita di una stretta collaborazione tra governo, operatori del comparto, comunità epistemiche e gruppi di pressione. Il presupposto è che solo il coinvolgimento di tutti i soggetti a vario titolo interessati possa contenere i danni collaterali associati al gioco, senza ridurre la libertà di scelta dei cittadini, senza provocare danni ingenti al settore e senza esacerbare il dibattito, che trova ampio spazio in ambito istituzionale e mediatico, tra *immoralitygambling and responsiblegamblingdiscourse* (Orford, 2010)⁴.

Il dilemma che gli Stati affrontano al momento di regolamentare il gioco sta nel contemperare i vantaggi del continuo flusso di risorse fiscali in entrata dal comparto giochi – si tratta di una delle più solide fonti di reddito attualmente per i governi – e gli svantaggi delle problematiche individuali e collettive connesse. Il gioco d'azzardo è parte integrante del tessuto socio-economico di molte società, garantisce all'industria di settore un elevato ritorno dell'investimento iniziale, crea entrate fiscali e opportunità di lavoro. Inoltre, consente a molti di fruire di un intrattenimento immediato e accessibile, talora in assenza di praticabili attività di svago alternative. Tuttavia, è difficile trovare un altro bene di consumo che assommi effetti potenzialmente dannosi sui singoli e la comunità a complesse implicazioni finanziarie, e rispetto al quale gli svariati tentativi di sviluppare policy e regolamentazioni efficaci si siano rivelati tanto infruttuosi (Fabiansson, 2010).

Non sorprende che si sia aperto un dibattito in merito agli approcci metodologici e teorici più efficaci per l'analisi socio-economica del gioco d'azzardo, in particolar modo per aggregare gli impatti sociali con quelli finanziari e ottenere una misura complessiva. Una ampia review (Williams et al., 2011), mirata a far luce sugli impatti socio-economici, giunge a risultati controversi, evidenziando – da un punto di osservazione macro – impatti positivi a livello economico (aumento del gettito fiscale e nuovi posti di lavoro legati al comparto) e negativi a livello sociale (dipendenza da gioco, peggioramento della qualità della vita, rotture familiari ecc.). Secondo altre interpretazioni, il gioco d'azzardo, pur avendo l'effetto positivo di diversificare le opportunità di svago (Campbell, 1976), si configura come un puro scambio di risorse tra giocatore e banco senza

³The Economist (2017), "The world's biggest gamblers", 9th February, <http://www.economist.com/blogs/graphicdetail/2017/02/daily-chart-4>.

⁴Il cosiddetto *Modello Reno* (Blaszczynski et al., 2004) da un lato afferma che il gioco d'azzardo apporta vantaggi ricreazionali, sociali ed economici agli individui e alla comunità e dall'altro propone strategie di prevenzione e riduzione del danno per alcune categorie di giocatori a rischio e problematici.

creazione di ricchezza. Quindi, al di là degli svantaggi economici per la maggior parte dei giocatori, il gioco d'azzardo può essere interpretato come un moltiplicatore negativo della domanda di beni e servizi, rientrando nel novero dei cosiddetti consumi di dissipazione: il denaro immesso dai cittadini/consumatori/giocatori viene sottratto alla spesa per beni e servizi e non incentiva la produzione di ricchezza nel territorio (Fiasco, 2013).

Ancora, se da un lato si sottolinea il portato virtuoso dell'espansione dell'industria del gioco legato al finanziamento, mediante la tassazione dei proventi, di programmi sociali e di altre attività di interesse pubblico, dall'altro vi è chi nota come la cultura del gioco ponga un accento eccessivo sulla fortuna e meno sul sacrificio di sé e la posticipazione delle gratificazioni come mezzi per il conseguimento di obiettivi quali carriera professionale e successo economico (Cheng, 2011).

Quasi tutte le ricerche condotte negli ultimi anni (si rimanda a una review di Calado e Griffiths, 2016) concludono che la maggioranza degli individui gioca d'azzardo nel corso della propria esistenza e che il numero dei giocatori (così definiti) supera quello dei non giocatori. Per la gran parte delle persone il gioco d'azzardo rappresenta una attività ricreativa senza conseguenze, ma per una minoranza non trascurabile gli effetti del gioco sono particolarmente negativi. Pertanto l'espansione del gambling in tutto il mondo viene da tempo considerata una importante questione di salute pubblica, come dimostrato da coloro che richiedono aiuto per risolvere i propri problemi con l'azzardo.

In particolare, il *gioco d'azzardo problematico* inserisce nella recente diffusione di forme di dipendenza da comportamenti che nelle modalità estreme producono sofferenza e inducono patologia (Fea, 2016). Le preoccupazioni suscitate dal diffondersi del gioco problematico hanno incoraggiato diversi studi epidemiologici che potessero fare luce sulla prevalenza e l'incidenza del fenomeno. Pur essendovi differenze nella qualità del dato tra le varie ricerche nazionali, risulta evidente che diversi orizzonti temporali (ciclo di vita contro ultimo anno) sono suscettibili di generare tassi diversi di problematicità: è stato osservato che la prevalenza *lifetimenel* mondo oscilla tra lo 0,7 e il 6,5%⁵, mentre, se ci si sofferma sull'ultimo anno, essa varia tra lo 0,12 e il 5,8% (Calado e Griffiths, 2016). Prendendo in esame le numerose ricerche internazionali, si nota che il tasso di problematicità rimane stabile in molti paesi che hanno condotto più di una survey nazionale sul gambling.

⁵ Più in generale, a seconda degli anni e dei paesi considerati, la prevalenza di gioco d'azzardo problematico varia notevolmente nella popolazione adulta (Griffiths, 2009; Williams et al., 2012). Le diverse stime riportate sono attribuibili a differenze culturali nei comportamenti di gioco; allo stesso modo strumenti di screening diversi possono evidenziare percentuali differenti di problematicità. Anche le modalità di raccolta dati (auto-somministrazione, intervista faccia a faccia, intervista telefonica, questionario inviato per posta) incidono profondamente sulla stima del fenomeno, influenzando i risultati ottenuti e la loro generalizzabilità, così come la popolazione di riferimento considerata (popolazione generale, popolazione dei giocatori) e le scelte di campionamento (Stucki e Rihs-Midell, 2007).

1.2 I costi sociali del gioco d'azzardo

Le ripercussioni economiche, psicologiche e relazionali dei comportamenti di gioco sull'individuo e il suo contesto di riferimento possono essere rilevanti. Da più parti si sostiene che le criticità connesse al gioco d'azzardo problematico dovrebbero essere poste al centro dell'agenda politica poiché i suoi effetti dannosi, lungi dall'interessare soltanto i singoli, comportano ricadute negative a livello sociale. In coincidenza con il recente ma non ancora applicato accordo di regolamentazione dell'offerta di gioco legale (Conferenza Stato Regioni ed Unificata, 2017) e la diffusione delle occasioni di gioco d'azzardo sul territorio, in Italia si è diffusa la consapevolezza della gravità che può assumere la dipendenza da gioco eccessivo⁶. Secondo stime recenti, circa un italiano su due ha giocato almeno una volta somme di denaro nel corso dell'anno precedente. La maggior parte di chi gioca d'azzardo non spende più di 10 euro al mese, per meno di un terzo la spesa si aggira tra 11 e 50 euro e per meno di un decimo supera i 50 euro: in Italia, la stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3 al 3,8% della popolazione generale, da 767.000 a 2.296.000 adulti (Dipartimento Politiche Antidroga, 2015).

Al netto delle controversie sulle cause, le manifestazioni e le rappresentazioni delle dipendenze, tra gli studiosi del fenomeno esiste un accordo pressoché unanime sul fatto che le diverse forme di *addiction* (nello specifico quella legata al gioco d'azzardo) comportano danni per la collettività a **costi sociali**. In letteratura sono state identificate diverse tipologie di costi sociali legati al gioco d'azzardo: da un lato, le spese per il trattamento delle conseguenze del gioco problematico (costi diretti), dall'altro, i costi relativi alle ore di lavoro perse, ai danni alla produttività, all'erogazione di sussidi di disoccupazione, alla giustizia civile e penale, al sistema previdenziale ecc. (costi indiretti). Anielski e Braaten (2008), nel tentativo di proporre un quadro di riferimento per valutare le ricadute socio-economiche del gioco sul territorio canadese, delineano sei aree di impatto rilevanti: salute/benessere, economico/finanziaria, professionale/scolastica, ricreativa/turistica, legale/giudiziaria e culturale⁷.

⁶ Già nel 2004, Croce e Nanni rintracciavano una similitudine tra la diffusione di problematicità legate al gioco d'azzardo e quanto avvenuto in precedenza rispetto al consumo di droghe, in ordine al passaggio da fenomeno confinato in gruppi e contesti specifici a utilizzo di ampia diffusione sociale.

⁷ In particolare, gli autori enumerano per ciascuna area di impatto costi e benefici del gioco d'azzardo: area salute/benessere (intrattenimento/svago vs aumento prevalenza gioco problematico/patologico, comorbilità, problemi di salute mentale e fisica, suicidi, rotture nelle relazioni familiari e isolamento sociale); area economico/finanziaria (crescita del PIL e ricadute su economia locale, utilizzo delle risorse derivanti dal prelievo fiscale sul gioco d'azzardo per finalità di pubblico interesse, quali servizi al cittadino e infrastrutture vs debiti e bancarotta, spese del settore pubblico per informazione, prevenzione e cura e a sostegno dell'industria del gioco - sussidi, incentivi fiscali, infrastrutture); area professionale/scolastica (creazione di posti di lavoro vs riduzione produttività, assenteismo e scarso rendimento lavorativo/scolastico, sostituzione di addetti e nuovo addestramento); ricreativa/turistica (turismo legato al gioco e afflusso per brevi periodi di clientela da altre aree del paese vs perdita di reddito e di occupazione in altri settori dell'intrattenimento); legale/giudiziaria (riduzione del gioco d'azzardo illegale, dei crimini collegati e dell'impegno del sistema giudiziario e delle forze di polizia vs aumento dei crimini, violenti e non, legati alle aumentate possibilità di giocare legalmente e aumento dell'impegno del sistema giudiziario e delle forze di polizia) e culturale (risorse destinate dall'industria del gioco ad attività di responsabilità sociale, quali campagne di sensibilizzazione, e ad eventi di varia natura vs perdita di capitale sociale comunitario, in particolare di coesione, fiducia, senso di appartenenza).

Nello specifico, il concetto di costo sociale, ampiamente utilizzato nella letteratura economica applicata alle dipendenze, anche se spesso in maniera ampia, vaga e onnicomprensiva, come testimoniano le controversie sorte tra gli studiosi che vi si sono dedicati (Walker e Barnett 1999; Collins e Lapsley 2003; Grinols 2004; Walker, 2007), si riferisce a una perdita complessiva di benessere sociale attribuibile a determinate scelte, azioni e comportamenti. Ciò implica costi tangibili (relativi al rendimento lavorativo, ai costi per il sistema sanitario e di welfare, alla prevenzione e repressione di reati collegati alla problematica sviluppata, ecc.) e intangibili (peggioramento della qualità della vita, stress, ecc.). Tra i principali costi sociali associati al PG vi sono la diminuzione della produttività sul lavoro del giocatore e molto spesso la perdita del posto di lavoro stesso (in questo caso il giocatore può essere visto come una risorsa non sfruttata), i sussidi collegati, i fenomeni di indebitamento, la bancarotta e l'usura, l'impegno di risorse sistema giudiziario, sanitario e previdenziale. Senza contare i costi, difficilmente determinabili, che riguardano l'aggravarsi di fenomeni altrettanto rilevanti: le infiltrazioni malavitose nell'industria del gioco e altre illegalità⁸, il peggioramento delle condizioni e dello stato di salute delle persone più fragili, l'incremento delle rotture familiari (Bianchetti e Croce, 2007; Agostino e Caneppele, 2015).

Data la complessità dell'argomento, non sorprende che l'adeguatezza di ciò che debba o meno essere incluso nel concetto di costo sociale sia da molto tempo oggetto di acceso dibattito. Walker e Barnett(1999) affermano che molti degli studiosi che si sono occupati del tema sono ricorsi a un approccio ad hoc, senza utilizzare criteri oggettivi. I due autori si affidano alla *welfare economicstheory* per spiegare che il costo sociale di un'azione è pari alla riduzione della ricchezza aggregata causata da quella determinata azione. Essi escludono i trasferimenti di ricchezza, i costi privati e le esternalità pecuniarie legate al gioco, le quali possono al limite redistribuire la ricchezza a livello sociale senza tuttavia ridurre l'ammontare aggregato. Grinols (2004) si riferisce alla nozione di *diabuseddollar* per identificare i costi associati al denaro perso al gioco e precedentemente sottratto con l'inganno o di nascosto a familiari, conoscenti o colleghi di lavoro, senza che peraltro vi sia stata denuncia di reato. Collins e Lapsley (2003) si concentrano particolarmente sulla distinzione dei costi sociali in tangibili e intangibili. A livello di politiche pubbliche, ogni riduzione dei primi (es. i costi giudiziari legati a crimini legati al gioco) libererebbe risorse che potrebbero essere utilizzate in consumi e investimenti. Il discorso si complica quando ci si riferisce ai costi intangibili. Ad esempio, è indubbio che si produca un beneficio allorquando le sofferenze psicologiche di una famiglia dovute alla dipendenza di un suo membro vengano ridotte, ma si tratta

⁸ Un tema rilevante è quello dell'illegalità, anche se non viene trattato specificamente nel presente lavoro. Lungi dall'essere limitata a contesti segregati e clandestini, l'illegalità si riscontra infatti a diversi livelli, partendo dalle violazioni talvolta commesse dagli esercenti (ad esempio, in tema di divieto di gioco ai minori), passando dall'organizzazione diretta di giochi d'azzardo illegali e arrivando all'utilizzo strumentale del gioco legale da parte di gruppi criminali che gestiscono miliardi di euro e necessitano di canali di riciclaggio del denaro.

di un beneficio che per sua natura non può essere “comprato, venduto o trasferito a qualcun altro” (Ibidem, p. 136). I costi intangibili sono estremamente difficili da valutare e dunque talvolta meno considerati, ma ciò non li rende meno significativi di altri.

Uno studio svizzero (Kohler, 2012; 2014) analizza la componente di costi sociali legata al peggioramento della qualità della vita dei giocatori problematici, mediante l'indice *HealthRelatedQuality of Life* (HRQoL) e controllando per età ed eventuali comorbidità. I risultati evidenziano una diminuzione nella qualità della vita dei giocatori problematici, quantificata in un costo stimato di 3.830 franchi svizzeri per anno per singolo giocatore (Jeanrenaud et al., 2012), pari a oltre il 20% dei costi sociali complessivi legati al gioco problematico, una proporzione significativa ma molto più bassa di quanto stimato da uno studio australiano che indica addirittura il 90%, aggiungendo inoltre che ogni giocatore coinvolgerebbe nelle sue difficoltà dalle cinque alle dieci persone dell'intorno familiare e amicale (Productivity Commission, 1999; 2010)⁹. Considerando che Germania e Italia hanno sistemi sanitari e di welfare sotto diversi aspetti assimilabili, interessante quanto emerge da lavoro di Becker, che, valutando in 238.500 i giocatori problematici/patologici in Germania, stima il loro costo sociale in 326 milioni di euro – 152 diretti e 174 indiretti – senza tenere conto dei costi intangibili (Becker, 2011). Adattando dati e variabili della ricerca svizzera di Jeanrenaud et al., Iori (2012) stima i costi sociali in Italia in circa 6 miliardi di euro (86 milioni diretti, 4,5 miliardi indiretti, 1,5 di perdita qualità della vita). Secondo altre stime (Siciliano, 2013), nel 2011 i costi sociali della dipendenza da gioco oscillavano tra i 12 e i 19 miliardi di euro (8,2-13 dei quali attribuibili al trattamento dei giocatori).

Durante l'*International Symposium on the Economic and Social Impact of Gambling* tenutosi in Canada nel 2003, ricercatori di diverse discipline hanno discusso per stabilire gli approcci più idonei per identificare e misurare gli effetti socio-economici del gioco. Tre le prospettive emerse, il costo della malattia, *cost-of-illness* – COI (Single, 2003), l'approccio economico (Collins e Lapsley 2003; Eadington 2003; Walker e Barnett, 1999) e quello relativo alla salute pubblica (Korn et al., 2003). In linea con l'approccio COI, l'impatto dei comportamenti di abuso sul benessere materiale di una società può essere stimato esaminando i costi sociali del trattamento, della prevenzione, della ricerca, del law enforcement, della perdita di produttività e del deterioramento della qualità della vita, rapportandoli a uno scenario controfattuale in cui sia ipoteticamente assente il comportamento di abuso. L'approccio economico si differenzia dal COI in relazione a ciò che dovrebbe essere considerato come costo sociale, per come il costo stesso dovrebbe essere misurato e per il fatto di considerare anche i benefici del gioco (giocatori sociali, consumatori soddisfatti, sviluppo economia locale, entrate fiscali). Importante è la succitata definizione di Walker e Barnett (1999), che,

⁹ In effetti, le sofferenze e i disagi non sono pagati solamente dalla persona coinvolta, ma anche, e in particolare, dai suoi cari, che vengono a trovarsi dinanzi a veri e propri dissesti finanziari e devono convivere con un senso di impotenza, di sfiducia e di incertezza.

riferendosi allivello complessivo di ricchezza di una società, specificano come i concetti di ricchezza e di costo sociale debbano essere collegati al benessere e non solo alla ricchezza materiale aggregata. La prospettiva di salute pubblica, la più ampia delle tre, in un certo senso mira a una sintesi tra i vari approcci e si fonda sulle conclusioni della Carta di Ottawa (*World Health Organization*, 1986), focalizzandosi sulla prevenzione, la riduzione del danno e la qualità della vita. Non mancano controversie di natura metodologica, poiché ciascun approccio presenta dei punti convincenti, ma anche delle limitazioni che richiedono ulteriori approfondimenti e revisioni. Il presupposto comune è che il fenomeno in questione imponga dei costi alla società, ma il disaccordo permane rispetto a quali debbano essere considerati appunto “sociali” e quali strettamente “privati”. Sullo sfondo, da più parti si auspica il riconoscimento (al momento, difficile) di una condivisa metodologia standardizzata per identificare, misurare e quantificare le ricadute associate al gioco d’azzardo, in modo da fornire più solide basi scientifiche che consentano ai ricercatori di contribuire al policy-making, offrendo comparazioni tra le diverse aree territoriali e testando l’efficacia delle misure preventive e trattamentali. Più in generale, le criticità che influenzano la stima dei costi sociali rimandano alla limitata comparabilità delle ricerche, non solo dovuta a differenze tra sistemi sanitari, ma anche all’assenza di una metodologia condivisa e di una terminologia standard per determinare le ricadute collettive di una patologia, misurare la perdita complessiva di benessere sociale attribuibile a scelte, azioni e comportamenti e analizzare i fattori che creano diseconomie e potenziali perdite di guadagno per la collettività¹⁰.

¹⁰ In sostanza, l’uso controverso del concetto (Markandya e Pearce, 1989; Collins e Lapsley, 2003; Grinols, 2004; Walker, 2007; Williams et al., 2011) è attribuibile alla mancanza di un accordo condiviso: sul quadro teorico e concettuale che dovrebbe guidare la ricerca sull’impatto socio-economico del gioco d’azzardo; sulla definizione dei costi privati e dei costi sociali attribuibili al gioco; su quali costi e benefici dovrebbero essere inseriti nell’analisi d’impatto; sui metodi migliori per misurare benefici e costi; su come ripartire l’incidenza dei costi delle comorbidità, per non sovrastimare il costo del gioco problematico; sulla quantificazione dei costi intangibili (diverse ricerche – Kunzi et al., 2004; 2009; Becker 2011 – li hanno esclusi).

2. LA RICERCA

Uno sforzo di generalizzazione, compiuto rispetto alle componenti di costo legate alle sostanze stupefacenti ma estensibile alle dipendenze comportamentali, è rappresentato dalle guideline internazionali proposte da Single et al. (2003) – e riprese recentemente da Barrio et al. (2017)¹¹ – che individuano cinque grandi voci:

- 1) Conseguenze sulla salute e il sistema di welfare, che includono trattamento della morbilità e delle comorbilità, prevenzione, ricerca e altre prestazioni assistenziali
- 2) Costi di produttività (ossia conseguenze sul posto di lavoro), che includono disabilità/mortalità precoci, perdita dell'impiego o di produttività
- 3) Costi sostenuti dal sistema penitenziario e giudiziario
- 4) Altri costi, che variano notevolmente a seconda del tipo di dipendenza
- 5) Costi intangibili

2.1 Disegno della ricerca

All'interno del framework sovra esposto, e considerando i più recenti lavori relativi ai costi sociali del gioco d'azzardo problematico (si veda una recente ricerca di Winkler et al., 2016), è possibile abbozzare una schematizzazione delle principali voci di costo utilizzate, o comunque citate in letteratura (tab. 1).

Tab. 1 Costi sociali del gioco d'azzardo problematico (voci citate in letteratura)

1. Costi sanitari	<i>-Costi del trattamento dei giocatori</i>
--------------------------	---

¹¹ Definendo i costi sociali come la somma dei costi privati ed esterni, ossia i costi che non ricadono sull'individuo che consuma una determinata sostanza o agisce un determinato comportamento (volendo applicare il ragionamento al gambling), una recente meta-analisi (Barrio et al., 2017) testimonia della grande variabilità delle stime, che, in riferimento al costo pro-capite nel 2014, oscillano da 0,38 a 78 euro per le droghe illegali, da 10,55 a 391 euro per il tabacco e da 26 a 1500 euro per l'alcol. Risultati che, pur confermando che uso e abuso di sostanze rappresentano un pesante fardello economico, devono essere valutati alla luce di alcune limitazioni, tra cui l'eterogeneità metodologica degli studi analizzati e la difficoltà nel ricavare dati da un mercato illegale come quello delle droghe: una circostanza per cui sia gli studi sull'alcol (in particolar modo) che quelli sul tabacco tendono a essere più inclusivi e completi.

	<i>-Altri costi associati al fenomeno (prevenzione, studi e ricerche, campagne informative)</i>
2. Costi di disoccupazione e mancata produttività	<p><i>-Perdita lavoro (interruzione precoce degli studi)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Ricerca di lavoro e di lavoratori</i> ✓ <i>Addestramento nuovo personale</i> ✓ <i>Reddito perso e minore contribuzione al sistema pensionistico</i> <p><i>-Riduzioni delle performance lavorative, assenteismo, congedi malattia (scarso rendimento scolastico)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Ricerca di lavoratori</i> ✓ <i>Addestramento nuovo personale</i> ✓ <i>Reddito perso e minore contribuzione al sistema pensionistico</i> <p><i>-Programmi pubblici per ridurre la disoccupazione, aumento dei costi assicurativi e costi della bancarotta</i></p>
3. Costi associati a stato di salute psico-fisica e costi familiari	<p><i>-Patologie, stress, depressione, ansia, perdita di qualità della vita, ecc.</i></p> <p><i>-Consumo di sostanze stupefacenti</i></p> <p><i>-Pensieri suicidari, tentati suicidi e suicidi</i></p> <p><i>- Numero di familiari coinvolti, separazioni/divorzi, rotture familiari</i></p>
4. Costi associati a illegalità	<p><i>-Costi interventi delle Forze dell'ordine, dei procedimenti giudiziari e del sistema penitenziario</i></p> <p><i>-Usura e mercato del gioco illegale</i></p>

E' importante premettere che, a prescindere dall'impostazione teorica prescelta, gli studi relativi a ai costi sociali generalmente si fondano su assunzioni che potrebbero non essere sufficientemente accurate. Pertanto, essi devono sempre essere valutati come una approssimazione grezza piuttosto che come una rappresentazione esatta della realtà. In questo senso, la loro qualità è altamente dipendente dalla capacità di reperire ed estrarre dati dalle diverse aree di interesse, quali, ad esempio, i sistemi giudiziario, previdenziale e sanitario, una capacità che può essere molto differente tra i diversi paesi, poiché in alcuni esiste una tradizione relativamente solida nell'archiviazione, gestione e estrazione dei dati, mentre in altri molto deve essere ancora fatto in tal

senso. Globalmente, la mancanza di dati primari rappresenta una delle più rilevanti debolezze nella stima dei costi sociali. Quando la stima non può essere ricavata direttamente da dati primari, è ipotizzabile l'utilizzo di altre fonti, ad esempio dati provenienti da paesi simili. Tuttavia, questo metodo, pur evitandopotenzialmente l'omissione di componenti essenziali della stima, aggiunge un grado di imprecisione rilevante e deve essere pertanto gestito con prudenza (Baumberg, 2006).

Ciò considerato, nell'ambito del presente lavoro di ricerca, sulla base di una attenta ricognizione dei dati disponibili nella realtà italiana, si è operata una preliminare azione di semplificazione e sintesi delle voci di costo da stimare.

Tenendo in considerazione le ricerche e le fonti di informazione disponibili, l'obiettivo di questo report è fornire una stima dei costi sociali associati al PG, con una particolare attenzione ai costi per la finanza pubblica. Con questa scelta non si vuole disconoscere il fatto che all'interno dei costi sociali, o esternalità, è sempre possibile classificare i diversi costi anche sulla base di quale soggetto esterno interessino. Nel presente studio si intende quindi stimare i costi addizionali determinati da un particolare sottogruppo della popolazione generale, i giocatori d'azzardo problematici, tenendo conto dell'impossibilità di reperire tutte le informazioni utili a dare un quadro esaustivo dell'impatto del PG¹².

Sin da subito, è importante riconoscere la necessità di tenere conto di fattori confondenti rilevanti quali, ad esempio, l'uso di sostanze, il cui peso relativo non è stato possibile stimare nel presente studio¹³. Basandosi su dati empirici secondo cui tre giocatori problematici su quattro abusano d'alcol, tre su cinque di nicotina e circa il 40% di sostanze stupefacenti (Petry et al. 2005), Croce et al. (2010) affermano che l'insorgere di una dipendenza, indipendentemente dal fatto che essa sia legata a sostanze e/o a comportamenti, favorisce l'accesso ad altre dipendenze. Un simile meccanismo si attiverebbe con maggior facilità in “contesti dove sia possibile incontrare una offerta di sostanze o dove l'inibizione sia allentata o dove, ancora, si ricerchi nell'uso di sostanze un effetto collegato alle fasi di gioco attraverso una funzione di *attivazione-disinibizione* prima del gioco, di *potenziamento* durante il gioco (una situazione in cui le sostanze attenuerebbero le sensazioni disforiche, riducendo l'autocritica e le preoccupazioni inerenti al discontrollo del comportamento o dei sensi di colpa) e di *modulazione del down* successivo in caso di perdita oppure di *amplificazione della dimensione euforica* in caso di vincita” (Croce et al., 2010.: 229-230). Inoltre, è necessario ammettere la difficoltà nel chiarire la relazione temporale tra problemi di gioco e situazioni problematiche quali disoccupazione, suicidalità, comportamenti devianti ecc.

¹² Nel report non viene trattata la componente privata dei costi sociali e ci si concentra esclusivamente su quella pubblica (finanza pubblica o spesa pubblica), non considerando tuttavia alcuni voci: ad esempio, non viene stimata la mancata Imposta sul valore aggiunto (IVA) eventualmente pagata su utilizzi alternativi del denaro invece speso nel gioco d'azzardo.

¹³ Lo stesso dicasi per le comorbilità psichiatriche (si vedano i cenni a p. 33).

Nel presente lavoro, la struttura di costo complessiva è stata ricavata stimando il costo associato a un giocatore d'azzardo problematico e rapportandolo a uno scenario controfattuale in cui fosse ipoteticamente assente il comportamento di abuso. In altre parole, data l'impossibilità di osservare, per la stessa unità di analisi (l'individuo), l'effetto sia del comportamento di abuso sia del non abuso, si rendono necessarie delle assunzioni che permettano di ottenere una conoscenza indiretta delle relazioni di causa-effetto. Non potendo quindi osservare l'effetto su un individuo, è opportuno stimare l'effetto causale medio su una popolazione, comparando soggetti con comportamenti di abuso con non abusatori: la differenza ricavabile statisticamente rappresenterà l'effetto causale medio sulla popolazione del comportamento di abuso.

I costi stimati del PG forniscono una indicazione dei potenziali risparmi che si potrebbero ricavare da eventuali correttivi da parte dei policymaker, ma è importante sottolineare che non tutti i costi sarebbero necessariamente ridotti dall'introduzione di misure virtuose impattanti sulla salute pubblica. Oltretutto, le stime future dovranno essere prodotte assumendo che le prestazioni previdenziali, il sistema tributario e la situazione economica complessiva si mantengano stabili nel tempo.

La strategia analitica del presente lavoro si dispiega illustrando anzitutto gli effetti potenziali di essere giocatori d'azzardo problematici (rispetto a non esserlo), suddivisi tra i diversi costi associati rinvenuti in letteratura. Gli effetti sono discussi in singole voci, anche se possono esistere sovrapposizioni e associazioni tra loro. Per calcolare il costo netto totale determinato dalla popolazione di giocatori d'azzardo problematici, sono necessarie stime del numero di persone che hanno conseguenze avverse legate al gioco e il costo per persona (o costo unitario) di tali conseguenze.

In linea con altre ricerche (Godfrey et al., 2002), nel presente studio è risultato praticabile fornire le stime delle conseguenze del PG sulle finanze pubbliche piuttosto che dare un quadro esaustivo dei costi sociali più ampi e si è ricorso pertanto a un approccio contabile per tracciare l'impatto del PG. Tale analisi si sofferma sulla stima delle spese per curare i giocatori d'azzardo problematico e per fronteggiare le svariate conseguenze della loro condizione problematica, considerando le implicazioni delle connesse prestazioni socio-previdenziali, sanitarie e giudiziarie.

In generale, rimarcando la mancanza di dati raccolti nella realtà italiana appositamente per la stima dei costi sociali, si è reso necessario adattare allo scopo dati reperiti da altre fonti e raccolti in origine con obiettivi diversi. Ciò non è sempre stato possibile e ha indotto a rielaborare le voci di costo stimate con particolare attenzione, come anticipato, agli impatti sulla finanza pubblica (tab. 2).

Tab. 2 Costi sociali del gioco d'azzardo problematico (rielaborazione)

1. Costi sanitari	<i>-Costi del trattamento dei giocatori e altri costi associati al fenomeno</i>
2. Costi di disoccupazione e mancata produttività	<i>-Disoccupazione da perdita di lavoro e mancata produttività</i>
3. Costi associati a suicidi e rotture familiari	<i>-Suicidi, divorzi e separazioni</i>
4. Costi associati a problemi legali	<i>-Costi a carico del sistema giudiziario e penitenziario</i>

2.2 Fonti e dati

La ricognizione delle basi dati indispensabili per il calcolo delle stime riferite alle voci di costo individuate ha riguardato principalmente le seguenti fonti:

- Dataset della ricerca del Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali (CIRMPA) sul gioco d'azzardo dell'Università La Sapienza di Roma
- Dati di bilancio annuale, con riferimento ai flussi e ai costi delle prestazioni, messi a disposizione da alcuni Servizi per le Dipendenze
- Relazioni Annuali al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia
- Dati istituzionali tratti dai siti web del Ministero della Salute, del Ministero della Giustizia, del Ministero dell'Interno, dell'INPS, dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e delle Regioni
- Dati, di natura socio-demografica, relativi a suicidalità e a popolazione detenuta, tratti dal sito web dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT)
- Articoli e altre pubblicazioni nazionali e internazionali relative al gioco d'azzardo problematico

Approfondimento. La prevalenza del fenomeno

Normalmente sono lo psichiatra, lo psicologo clinico o lo psicoterapeuta che effettuano la diagnosi di Disturbo da gioco d'azzardo (DGA), come viene definito il PG nella più recente versione del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) (APA, 2013). La diagnosi è formulata in seguito a un colloquio nel quale lo specialista può avvalersi anche di strumenti standardizzati (test, scale, interviste strutturate). Quando l'individuazione di un problema di gioco si basa

esclusivamente sull'utilizzo di una o più scale di autovalutazione come negli studi epidemiologici, è più opportuno parlare di "comportamento di gioco problematico" o PG (Lesieur&Blume, 1987; Govoni et al., 2001; Cox et al., 2005; Walker&Svetieva, 2010;Barbaranelli, 2011), come si è appunto scelto di fare in questo lavoro.

Lo studio CIRMPA 2014, che fa seguito ai precedenti condotti nel 2008, 2010, 2012, si è posto l'obiettivo di rilevare il grado di prevalenza del gioco problematico su un campione rappresentativo della popolazione italiana dei giocatori e individuare le caratteristiche distintive dei giocatori problematici e i principali fattori di protezione e di rischio. Con riferimento specifico al 2014, si tratta di 2.030 soggetti rappresentativi della popolazione di italiani adulti che nei 12 mesi precedenti aveva giocato d'azzardo (24.497.274 unità). Il campionamento è stato realizzato per quote proporzionali alla distribuzione del collettivo di riferimento per area geografica, ampiezza del centro urbano, genere, età, riequilibrato per massimizzarne la rappresentatività (limiti per le stime percentuali dell'incidenza del fenomeno: $\pm 1,25\%$, confidenza del 99,73%). È stato utilizzato un questionario di 250 item in auto-somministrazione guidata inizialmente dall'intervistatore. Le interviste sono state condotte da IPSOS nei periodi di Ottobre e Novembre 2014.

Le informazioni disponibili sono le seguenti: genere (57,6% maschi); istruzione (8% laureati, 31,9% diplomati, 42,7% con licenza media inferiore, 15,3% con licenza elementare, 2,1% con nessuna scuola); età (48 anni in media, ds =16,1), area geografica (36,2% Sud e Isole, 41% Nord, 22,8% Centro), stato civile (26,2% celibi/nubili, 60,5% coniugati, 6,9% separati/divorziati, 6,4 % vedove/i), occupazione (52,4% occupati; 38,2 % inattivi; 9,4% non occupati) e due scale di misura della problematicità.

Per valutare la prevalenza del gioco problematico sono stati utilizzati il South Oaks Gambling Screen (SOGS), che è lo strumento più usato per lo screening del gioco d'azzardo, e il Problem Gambling Severity Index (PGSI), più recente, che risulta adatto per la valutazione di popolazioni non cliniche. Entrambi sono strumenti agili, di facile somministrazione, validi e attendibili per la rilevazione del gioco problematico.

Nella ricerca 2014 (come nel 2008, 2010 e 2012) i soggetti sono stati inizialmente classificati secondo le tipologie previste da SOGS e PGSI, utilizzando le soglie indicate in letteratura. Le categorie ottenute dal PGSI sono quattro: giocatore non problematico, giocatore a basso rischio, giocatore a rischio moderato, giocatore problematico. Le categorie ottenute dal SOGS sono tre: giocatore sociale, giocatore eccessivo o a rischio e giocatore potenzialmente patologico. In seguito le due classificazioni sono state incrociate per stimare il numero di giocatori problematici in modo da limitare il numero di possibili errate classificazioni. PGSI e SOGS infatti indagano un nucleo comune di comportamenti, ma considerano anche aspetti differenti del PG, di fatto completandosi a vicenda.

Categorie PGSI			
Giocatore non problematico	Giocatore a basso rischio	Giocatore a rischio moderato	Giocatore problematico
Categorie SOGS			
Giocatore sociale	Giocatore eccessivo o a rischio	Giocatore potenzialmente patologico	

L'uso congiunto di SOGS e PGSI consente di individuare i seguenti gruppi di giocatori: problematici/potenzialmente problematici non problematici/a rischio basso e moderato. Considerando che la stima, pur prendendo in esame una popolazione di circa 24.497.274 giocatori adulti, si riferisce tuttavia alla popolazione totale di circa 50.624.663 (al 1 gennaio 2014 – Dati ISTAT) di italiani adulti, la proiezione sulla popolazione adulta generale è riportata come segue:

SOGS/PGSI	N	%
Non problematici	49.394.484	97,57
Problematici	1.230.179	2,43
Totale	50.624.663	100

3. I COSTI SANITARI

Con l'espressione "costo sanitario" s'intende il costo che un'organizzazione sostiene per la strutturazione di un prodotto terapeutico¹⁴. Si suddivide in: costo sanitario variabile (diretto e indiretto) e costo fisso. Il costo sanitario diretto corrisponde alla somma dei costi delle prestazioni elementari erogate al singolo paziente e registrate nel diario clinico. Per ogni prestazione elementare la struttura organizzativa dovrebbe dichiarare il tempo ottimale previsto per erogarla e registrarla nel fascicolo personale del paziente. Stante queste premesse, il costo sanitario di una prestazione si ottiene moltiplicando il tempo ottimale per il costo del professionista coinvolto. Il costo sanitario indiretto è dato dalle prestazioni non direttamente riferibili a un unico paziente (le riunioni di équipe ad esempio) ma necessarie per la realizzazione del prodotto terapeutico. Il costo fisso non varia al variare della quantità di prodotto terapeutico erogato. Nei costi fissi sono comprese le spese per il funzionamento della struttura (ad esempio, acqua, energia elettrica, combustibile per riscaldamento) e per l'ammortamento delle attrezzature in dotazione.

Il costo sanitario può essere espresso come costo medio/anno per paziente o per progetto terapeutico. I costi medi sono dati dalla somma dei costi dei singoli pazienti diviso per il numero totale dei pazienti seguiti. Il valore del costo sanitario, espresso in euro, di un paziente infine deve essere rapportato alla densità d'assistenza che, a sua volta, può essere suddivisa in: quantitativa o qualitativa. La densità d'assistenza quantitativa è data dal numero delle ore dedicate nel periodo considerato, mentre la densità d'assistenza qualitativa è data dalla tipologia delle prestazioni elementari scelte dai professionisti per la strutturazione degli interventi costituenti il prodotto terapeutico (Lovaste et al., 2015).

L'analisi del costo dei trattamenti assumerà sempre più importanza nella decisione su come allocare le risorse nelle strutture socio sanitarie, e nello specifico per i Servizi delle dipendenze. Per accettare questa sfida, peraltro inevitabile, bisogna necessariamente che i professionisti delle dipendenze si impegnino, oltre a standardizzare i trattamenti rendendo visibili le risorse utilizzate, a condividere e rendere pubblici degli indicatori d'esito misurabili, garantendo un livello minimo di densità assistenziale qualitativa e quantitativa per ogni prodotto terapeutico e un costo sanitario standard per tutti i servizi attivi nei vari contesti regionali e locali. Di seguito, la presentazione di due casi (in Trentino Alto-Adige e Lombardia) dove il processo è stato implementato, anche con specifico riferimento al trattamento del Disturbo da gioco d'azzardo.

¹⁴ Per prodotto terapeutico s'intende la somma/integrazione degli interventi specialistici d'area erogati dai professionisti coinvolti sul caso. Un intervento specialistico d'area è costituito da un aggregato di prestazioni legate da una logica sequenziale e finalizzato al raggiungimento di un obiettivo dichiarato e concordato con il paziente. Un'organizzazione socio-sanitaria (Ser.D.) che si occupa della cura e riabilitazione delle dipendenze da PG normalmente utilizza interventi specialistici d'area medica, psichiatrica, infermieristica, psicologica, sociale e/o educativa.

E' importante sottolineare che, in base a considerazioni di efficienza, Trentino Alto-Adige e Lombardia sono nel novero delle regioni tradizionalmente meglio posizionate nel contesto nazionale. In particolare, è significativo l'Indice di Performance Sanitaria (IPS) 2016, che, sulla base di sette indicatori con dati desunti da diverse fonti istituzionali (soddisfazione sui servizi sanitari, mobilità attiva, mobilità passiva, spesa sanitaria, famiglie impoverite a causa di spese sanitarie out of pocket, spese legali per liti da contenzioso e da sentenze sfavorevoli, costi della politica), posiziona le due regioni, rispettivamente, al quarto e al secondo posto. Pertanto è lecito assumere che i sistemi trentino e lombardo possano costituire benchmark verso cui le altre regioni dovrebbero teoricamente tendere, con relativa rimodulazione della spesa sanitaria (Demoskopika, 2017).

A tal proposito, come notano Lovaste et al. (2016), è auspicabile per i Ser.D. rendere evidente la relazione esistente tra il denaro speso e gli esiti dei trattamenti erogati alle persone con dipendenza, per comprendere se e in che misura essi siano realmente utili ed efficaci. Serve pertanto uno sforzo condiviso degli operatori del settore per intraprendere un percorso che, rendendo visibili le risorse utilizzate e condividendo gli indicatori d'esito impiegati, conduca a una standardizzazione dei trattamenti e dei costi associati e a un allineamento dei livelli minimi di densità assistenziale.

Un'altra riflessione riguarda l'individuazione di best practice per modulare sia le ore di lavoro dedicate agli utenti sia la tipologia di prestazioni specifiche erogate nei Servizi per le Dipendenze. Alcune suggestioni sono state avanzate, ma ancora non si è giunti a una definizione analitica valida e condivisa alla livello nazionale¹⁵.

3.1 Stima dei costi sanitari: l'analisi di due casi

Dal 2010 al 2014 i pazienti con diagnosi di dipendenza da gioco d'azzardo in carico al Ser.D. di Trento – Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari della Provincia Autonoma di Trento (APPS) – sono progressivamente aumentati per poi stabilizzarsi: in quattro anni il numero dei pazienti è più

¹⁵Il Dipartimento Politiche Antidrogaha suggerito(2013) di inserire le seguenti prestazioni nei LEA per il gioco d'azzardo patologico e problematico: diagnosi precoce dei comportamenti a rischio e dei fattori di vulnerabilità dei giocatori d'azzardo; assessment iniziale multidisciplinare (medico, psicologico, sociale, educativo, legale) e successiva diagnosi specialistica mediante strumenti standard e tecniche validate; diagnosi delle patologie eventualmente correlate (psicologiche, psichiatriche, internistiche); supporto generale mediante colloqui di counselling motivazionale; terapie individuali e/o di gruppo in associazione con interventi di auto aiuto; trattamenti farmacologici specialistici per le comorbidità associate; supporto di counselling alla famiglia; diagnosi e trattamenti per la dipendenza da sostanze stupefacenti e alcol; prevenzione e gestione delle recidive; valutazione e prevenzione del rischio suicidario. Recentemente, l'*Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave*, costituito presso il ministero della Salute (2017), ha a sua volta suggerito gli interventi specifici e integrativi che dovrebbero far parte di un trattamento: colloqui motivazionali individuali e gruppi motivazionali; psicoterapie (individuali, famigliari e di gruppo); valutazione di trattamenti farmacologici per comorbidità; tutoraggio economico; psico-educazione (individuale e/o di gruppo); counselling al giocatore e/o ai famigliari; attivazione di programmi terapeutici residenziali e semi-residenziali riconosciuti dal SSN; attività di supporto sociale al paziente (gestione debiti, inserimento o reinserimento lavorativo, supporto alla genitorialità ecc.); consulenze legali e finanziarie; collaborazione con associazioni di tutela economica (es. centri anti-usura); collaborazione con centri di auto aiuto; attivazione della procedura dell'amministrazione di sostegno; presa in carico del solo famigliare, qualora il paziente fosse indisponibile al trattamento.

che quadruplicato, nel 2014 v'è stata una leggera flessione (Lovaste et al., 2016). Il tempo dedicato a ogni paziente è un indicatore della densità assistenziale quantitativa. In media a ogni paziente, in un anno, sono state dedicate dalle 22 alle 27 ore. L'analisi della tipologia delle prestazioni maggiormente erogate è un indice qualitativo perché descrive le prestazioni maggiormente utilizzate nella strutturazione dei progetti terapeutici: in questo caso, i colloqui clinici, individuali e di coppia, le relazioni su casi specifici e le attività telefoniche sono state le prestazioni maggiormente offerte all'utenza. Il costo medio di un paziente è oscillato fra 889 e 979 euro/anno, nel dettaglio:

Tab. 3 Ser.D. Trento: ore dedicate e costo medio per paziente (2010-14)

Paziente/Anno	2010	2011	2012	2013	2014
<i>Pazienti in carico</i>	22	50	82	105	85
<i>Media ore/paziente</i>	24 h	23 h	27 h	22 h	22 h
<i>Costo medio/paziente</i>	979 €	937,4 €	915,3 €	909,3 €	889,4 €

Adattamento da Lovaste et al. (2016)

I pazienti con diagnosi di dipendenza da gioco d'azzardo in carico ai Servizi Territoriali per la cura delle Dipendenze Patologiche dell'Azienda socio sanitaria territoriale (A.S.S.T.) Melegnano e della Martesana (già ASL Milano 2) – che comprende i Servizi di Gorgonzola, Pieve Emanuele, Rozzano, Trezzo sull'Adda, Vizzolo Predabissi – sono progressivamente aumentati fino al 2013, per poi stabilizzarsi nel 2014-15 e aumentare significativamente nel 2016. In media ad ogni paziente, in un anno, sono state dedicate dalle 8 alle 9 ore. I colloqui clinici (individuali, di coppia/famigliari), le attività telefoniche, il counselling psico-socio-educativo e la psicoterapia di gruppo sono state le prestazioni maggiormente erogate nel periodo preso in considerazione. Il costo medio di un paziente è oscillato fra 560 e 644 euro/anno, nel dettaglio:

Tab. 4 ASST Melegnano e Martesana: ore dedicate e costo medio per paziente (2011-16)

Paziente/Anno	2011	2012	2013	2014	2015	2016
<i>Pazienti in carico</i>	38	64	94	78	79	107
<i>Media ore/paziente</i>	9 h	8 h	9 h	8 h	9 h	9 h

Costo medio/paziente	585,7 €	560,3 €	644,5 €	551,4 €	601,3 €	620,1 €
-----------------------------	---------	---------	---------	---------	---------	---------

3.2 Considerazioni sulla variabilità nell'offerta di trattamento

Al momento, la disponibilità di dati di simile dettaglio è limitata a poche realtà territoriali, ma consente comunque di effettuare una prima stima dei costi sanitari legati al PG, generalizzabile, previa alcune precisazioni, all'intero contesto nazionale. Prima di procedere alla stima, è opportuno ricordare che sul piano legislativo il Ministero della Salute è intervenuto sulla materia, facendosi promotore del decreto legge 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute (GU n. 263 del 10-11-2012 convertito con legge 8 novembre 2012 n.189), il cosiddetto *Decreto Balduzzi*. L'articolo 5 del decreto legge sopra menzionato prevede l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza (LEA) per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da PG. Tuttavia, come noto, già da diversi anni le Regioni avevano preso in carico i soggetti affetti, compatibilmente con le risorse esistenti, attraverso i propri Servizi per le Dipendenze, fornendo assistenza e trattamenti. Con particolare riferimento all'anno 2014¹⁶ e ai primi otto mesi del 2015, è stata condotta una inchiesta da parte dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2017), che ha previsto la raccolta dei dati sul numero di utenti presi in carico da ciascun centro rispondente, sia del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) che del privato sociale, dall'inizio della attività dedicata ai problemi legati al gioco d'azzardo. I Ser.D. hanno indicato un totale di 17.688 utenti presi in carico dall'inizio dell'attività¹⁷. Durante il 2014 il numero totale dei pazienti in trattamento era 6.297, mentre i nuovi casi per lo stesso anno erano stati 2.924. I Centri del privato sociale hanno indicato un numero totale di utenti presi in carico dall'inizio attività pari a 6.195 unità¹⁸. Mentre i pazienti in trattamento durante il 2014 erano 1.223 e i nuovi accessi per lo stesso anno 697¹⁹.

¹⁶ Considerato che il dataset CIRMPA, utilizzato per definire la prevalenza del PG nella popolazione italiana, si riferisce al 2014, si è ritenuto corretto, quando possibile, produrre tutte le stime significative per il presente lavoro con riferimento allo stesso anno solare.

¹⁷ I Ser.D. presenti nel territorio nazionale da oltre un decennio hanno attivato la presa in carico dei soggetti con Disturbo da gioco d'azzardo. Il fenomeno è sottostimato e i soggetti che si rivolgono ai servizi preposti sono solo una modesta percentuale rispetto al reale bisogno. Negli ultimi anni, si rileva un costante aumento di richiesta di presa in carico.

¹⁸ Da rilevare che, per mancanza di record identificativi specifici, non è possibile discriminare i soggetti in carico in entrambe le tipologie di servizio (in contemporanea o in successione).

¹⁹ Dei 612 Ser.D. cui è stato inviato il *link* per l'indagine online, 343 (56,0%) hanno fornito una qualche forma di risposta mediante una e-mail, una telefonata o la diretta compilazione della scheda di indagine. Parallelamente dai 769 centri del Privato sociale, è stata ricevuta una qualche forma di risposta da 137 (17,2%). Tra i centri rispondenti 184 Ser.D. e 95 strutture del privato sociale hanno dichiarato di prevedere attività cliniche specifiche per il gioco d'azzardo. Tra i servizi che hanno fornito informazioni sulla regione di appartenenza, 81 Ser.T/Ser.D hanno dichiarato di essere ubicati nel Nord Italia, 44 nel Centro Italia e 59 nel Sud ed Isole. La distribuzione delle strutture sul territorio nazionale afferenti al privato sociale è risultata molto disomogenea con molte regioni senza strutture o con un numero esiguo di queste.

Posto che il citato censimento dell'ISS è di natura preliminare e verrà presto integrato da una più corposa attività di ricerca da parte dell'Istituto, è opportuno prendere in considerazione le risultanze relative alla presa in carico in Italia riportate nella Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze (Dipartimento Politiche Antidroga, 2016), secondo la quale nel 2015 in Italia i soggetti che hanno fatto domanda di trattamento presso i Ser.D. per gioco d'azzardo problematico sono stati 13.136.

E' importante inoltre ricordare che legge di stabilità n. 208 del 2015, art. 1, comma 946 ha istituito presso il Ministero della salute il *Fondo per il gioco d'azzardo patologico*, al fine di garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione delle persone affette. Il Fondo è ripartito tra le Regioni e le Province autonome sulla base di criteri determinati con decreto del Ministro della salute, sentita la Conferenza Stato regioni e enti locali. Per la dotazione del fondo è autorizzata la spesa di 50 milioni di euro annui a decorrere dal 2016 (Camera dei Deputati, 2016)²⁰.

Pertanto, con riferimento al 2014, considerando i servizi (Ser.D. Trento e Melegnano/Martesana) per cui è disponibile un dettagliato resoconto delle prestazioni offerte ai pazienti, in primo luogo, si è calcolato, in base alle ore dedicate a ciascun paziente in carico, il valor medio del costo orario per paziente:

Trento: $889,4\text{€}/22\text{h} = 40,4 \text{ €/h}$

Melegnano/Martesana: $551,4\text{€}/8\text{h} = 62,7 \text{ €/h}$

Trento e Melegnano/Martesana = $(40,4 \text{ €/h} + 62,7 \text{ €/h})/2 = 51,6 \text{ €/h}$

In secondo luogo, dopo aver moltiplicato il valor medio così ricavato per 10/15/20 ore, ossia il numero di ore che si assume i servizi di cura possano offrire annualmente agli utenti sul territorio, si ottiene la stima del costo medio per utente nel 2014 (rispettivamente, 516, 774 e 1.032 €). Moltiplicando tale valore per il numero dei pazienti in trattamento in quell'anno (ossia 13.136 nei Ser.D.), si ottiene la seguente stima del costo sanitario:

$516 \text{ €} * 13.136 = 6.778.176\text{€}$

$774 \text{ €} * 13.136 = 10.167.264\text{€}$

$1.032 \text{ €} * 13.136 = 13.556.352 \text{ €}$

Tab. 5 Costo per trattamento (10,15, 20h)

²⁰Per il 2017, gli stanziati 50 milioni, ripartiti in ragione delle quote di accesso al finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard 2016 con il vincolo che la somma fosse impegnata entro l'anno, hanno subito una riduzione: con nota del 26 ottobre 2017, il Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato ha comunicato che è stato operato un accantonamento in base alle riduzioni delle dotazioni finanziarie previste pari a 5 milioni e, quindi, la disponibilità di bilancio è di 45 milioni (Quotidiano Sanità, 2017).

Costo orario/Ore	10h	15h	20h
Ser.D Trento	404 €	606 €	988 €
ASST Martesana	627 €	940,5 €	1.254€
Costo medio/paziente	516 €	774 €	1.032 €

Una stima alla quale è opportuno aggiungere, benché siano stati stanziati successivamente all'anno solare 2014, e tenendo presente le vertenze attualmente sollevate in proposito²¹, i 50 milioni del suddetto fondo annuo per la prevenzione e il trattamento²². Pertanto, riconoscendo le limitazioni legate ai dati disponibili e ricorrendo alle premesse assunzioni, è stimabile un costo sanitario per il PG variabile tra i **56.778.176**, i **60.167.264**e i **63.556.352euro**.

Pare opportuno sottolineare che la differenza nel costo orario tra i due servizi presi in esame (+ 22,3 €/h per Melegnano/Martesana) può essere verosimilmente ricondotta anche alla parziale differenza nelle tipologie di prestazioni offerte nei due servizi. Ad esempio, considerando le più ricorrenti prestazioni aggregate per tipologia, se l'attività telefonica – meno costosa – è maggiormente utilizzata in Trentino (+ 5%), i colloqui di accoglienza, consultazione, riabilitazione e valutazione clinica incidono di più in Martesana (+ 5%), così come psicoterapia individuale/visita medico-psichiatrica (+ 4%). Senza dimenticare che il numero di operatori dedicati è influente e anche il contesto normativo e di remunerazione delle prestazioni condiziona. Ad esempio, in Lombardia l'introduzione della Deliberazione Giunta Regionale (DGR) 856/2013 potrebbe spiegare almeno in parte la differenza di ore dedicate al paziente rispetto alla situazione trentina²³.

²¹ Il Tribunale amministrativo regionale (TAR) del Lazio ha recentemente disposto il blocco all'erogazione dei fondi stanziati dalla Legge di stabilità 2015, che sarebbero da ripartire a seconda dei progetti presentati da Regioni e Province autonome.

²² In particolare, secondo l'articolo 2.1 del decreto del Ministro della Salute 6 ottobre 2016: Entro novanta giorni dalla data di emanazione del presente Decreto, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano presentano al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - uno specifico Piano di Attività per il contrasto al gioco d'azzardo, che includa sia interventi di prevenzione che di cura e riabilitazione, con una particolare attenzione agli interventi di prevenzione, con il coinvolgimento degli Enti locali e del setting scolastico, familiare e lavorativo, in coerenza con l'impianto del Piano Nazionale della Prevenzione. Il Piano di Attività dovrà riportare sia le azioni finanziate con il Fondo (per il gioco d'azzardo patologico, ndr) di cui all'articolo 1, sia quelle poste in essere, o programmate, utilizzando risorse del Fondo sanitario regionale indistinto.

²³ La DGR 856 del 25/10/2013 prevedeva la presa in carico ambulatoriale delle persone affette da Disturbo da gioco d'azzardo e l'erogazione di un voucher mensile di 200€ per la durata massima di 6 mesi (Zita, 2014).

4.COSTI DI DISOCCUPAZIONE E MANCATA PRODUTTIVITÀ

Come anticipato, tra i principali costi sociali associati al PG vi sono la perdita del posto di lavoro e la diminuzione della produttività sul lavoro del giocatore (Walker e Barnett 1999; Anielski e Braaten, 2008). Le criticità legate al gioco possono innescare una pericolosa spirale sul piano lavorativo, attraverso le frequenti assenze, le trascuratezze e le richieste di anticipo sulle retribuzioni, che spesso amplificano un percorso di progressiva discesa sociale²⁴.

4.1 Costi di disoccupazione

Secondo le proiezioni ricavate dalla citata ricerca del CIRMPA, i giocatori problematici potenzialmente problematici nel 2014 ammonterebbero al 2,43% della popolazione. Pertanto, per stimare il costo sociale della disoccupazione legata al PG, si è applicato ai dati riferiti alla fascia di età compresa tra i 25 e i 70 anni un modello di regressione a due stadi di Heckman; nel modello è stata prima corretta la distribuzione degli individui attivi per tener conto della probabilità di partecipazione al mercato del lavoro e, in un secondo stadio, è stata stimata la probabilità di essere disoccupati. Le variabili di controllo utilizzate per l'analisi sono: genere, classe di età, numero di componenti del nucleo familiare, stato civile, area geografica, ampiezza del centro urbano, titolo di studio e condizione occupazionale. Mediante la stima degli effetti marginali medi si è inteso calcolare il differenziale nel tasso di disoccupazione tra giocatori problematici e giocatori sociali a parità di tutte le altre condizioni individuali.

Dall'analisi econometrica sviluppata risulta un differenziale di disoccupazione tra giocatori problematici e giocatori non problematici pari al 6%. Assumendo che non ci siano differenze nello stato di disoccupazione tra giocatori e non giocatori, è possibile applicare questo differenziale all'intera popolazione nazionale. Si arriva quindi a una stima pari a 73.811 individui il cui stato di disoccupazione nel 2014 è associato al gioco problematico. Moltiplicando il numero complessivo di individui che si assume versino in stato di disoccupazione per problemi con il gioco d'azzardo per il valore dei sussidi di disoccupazione previsti dall'ordinamento italiano, è possibile quindi addivenire a una stima del costo della disoccupazione legata al PG²⁵.

Dalla consultazione del sito web dell'Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS), emerge che l'indennità Assicurazione Sociale per l'Impiego (ASpI) è stata istituita per gli eventi di disoccupazione verificatisi a partire dal 1° gennaio 2013 in sostituzione dell'indennità di disoccupazione ordinaria non agricola. Viene erogata, su richiesta, per gli eventi di disoccupazione verificatisi fino al 30 aprile 2015, ai lavoratori dipendenti che hanno perso involontariamente

²⁴ Tuttavia è anche da segnalare che la necessità impellente di avere denaro può indurre il giocatore a accettare ritmi lavorativi molto intensi, mansioni rischiose e prive di garanzie, trovandosi a lavorare in condizioni di stanchezza ove i momenti di pausa sono spesso sostituiti dall'esigenza di giocare.

²⁵ E' bene in questa sede accennare soltanto a quanto sia insidioso il tema della causalità nella ricerca sociale (per approfondimenti si rimanda a Lucchini, 2013).

l'occupazione²⁶. Come riporta il Rapporto annuale 2014 dell'Istituto (INPS, 2015), la spesa per la prestazione di ASpI, MiniASpI, Disoccupazione ordinaria e non ordinaria nel 2014 è risultata pari a 8.628 milioni di euro, mentre la copertura per la contribuzione figurativa è stata di 5.155 milioni di euro. Per quanto riguarda i beneficiari delle prestazioni, i soggetti che ne hanno fruito almeno per un giorno nel 2014 (dato cosiddetto di flusso annuo) sono stati 2.123.303.

Tipologia ammortizzatore sociale /spesa (milioni di euro)	Prestazione	Contribuzione figurativa	N° beneficiari (flusso annuo)
<i>ASpI</i>	5.755	3.883	1.493.099
<i>MiniASpI</i>	1.111	585	611.288
<i>Disoccupazione ordinaria e non ordinaria</i>	1.762	687	18.916
<i>Totale</i>	8.628	5.155	2.123.303
<i>Spesa totale</i>	13.783		

Alla luce di queste informazioni, si ricava il rapporto tra spesa complessiva per la prestazione e la contribuzione figurativa di ASpI, MiniASpI, Disoccupazione ordinaria e non ordinaria, da un lato, e i beneficiari dall'altro. Con queste informazioni è possibile calcolare il costo medio lordo per disoccupato. Pertanto:

$$13.783.000.000 / 2.123.303 = 6.491 \text{ euro}$$

In seguito, si moltiplica la cifra ottenuta per il differenziale del 6% (73.811) di individui che, rispetto ai giocatori non problematici, versa in stato di disoccupazione:

$$6.491 \text{ euro} * 73.811 \text{ individui} = \mathbf{479.129.456 \text{ euro}}$$

4.2 Costi di mancata produttività

Per stimare la perdita di produttività si ritiene di utilizzare come proxy la perdita di reddito. In particolare, è possibile inferire che il 6% in più di individui che versano in stato di disoccupazione in relazione a problemi con il gioco d'azzardo non produca reddito e pertanto non contribuisca al Prodotto Interno Lordo (PIL). Volendo mantenere un approccio prudentiale, in riferimento all'anno

²⁶ L'indennità è pari al 75% della retribuzione media mensile imponibile ai fini previdenziali degli ultimi due anni, se non supera l'importo stabilito dalla legge e rivalutato annualmente dalla variazione dell'indice ISTAT (per il 2014 di 1.192,98 euro e per il 2015 di 1.195,37 euro). L'importo della prestazione non può comunque mai superare un limite massimo stabilito ogni anno per legge. La durata dell'indennità mensile dipende dall'età del lavoratore, aumenta gradualmente nel triennio 2013-2015 (periodo transitorio) e viene definita a regime a partire dal 1° gennaio 2016.

solare 2014, seguendo le tabelle INPS, si moltiplicaper dodici mensilità l'importo stabilito dalla legge per il calcolo dell'indennità di disoccupazione (1.192,98 euro). La stima si ottiene dal prodotto della cifra così ottenuta e del differenziale del 6% (73.811) di individui che, rispetto ai giocatori non problematici, versa in stato di disoccupazione:

$$12 \text{ mesi} * 1.192,98 \text{ euro} * 73.811 \text{ individui} = \mathbf{1.056.660.561 \text{ euro}}$$

Pertanto i costi sociali legati complessivamente a disoccupazione e perdita di produttività lavorativa si stimano in:

$$\mathbf{479.129.456 \text{ euro} + 1.056.660.561 \text{ euro} = 1.535.790.017 \text{ euro}}$$

5. COSTI ASSOCIATI A SUICIDI E ROTTURE FAMILIARI

Tra le conseguenze del gioco d'azzardo problematico si segnalano indubbiamente il manifestarsi e l'aggravarsi del disagio psichico del soggetto e la sofferenza dell'intorno familiare, che possono condurre, rispettivamente a ideazione suicidaria/suicidio e a separazione/divorzio (Custer, 1982; Grant e Potenza, 2004/2010; Productivity Commission, 2010).

5.1 Suicidalità e suicidio

Vasta la letteratura scientifica relativa all'associazione tra PG e suicidalità. Partendo dal presupposto che il PG è associato a una insoddisfacente qualità della vita (Shaw et al., 2007), numerosi studi hanno evidenziato che esiste una forte relazione tra PG e pensieri suicidari/tentato suicidio/suicidio riuscito tra i giocatori. Nella maggior parte dei casi, in questa relazione rientrano profondi problemi di tipo psichiatrico e grave depressione, spesso legati alla perdita di denaro, all'indebitamento e ai conseguenti problemi che il giocatore ha incontrato nella vita (Serpelloni, 2013). Newman e Thompson (2003) evidenziano che una storia di gioco d'azzardo problematico è associata a tentativi di suicidio in un campione di oltre 7.000 soggetti, con un odds ratio (OR) di 4,91 quando la depressione maggiore è il solo disordine mentale presente (all'aumentare dei disturbi mentali, il peso del PG diminuisce la sua significatività statistica). Il rapporto di probabilità grezzo scende invece a 3,95. Ciò è confermato anche dallo studio di Park e colleghi (2010), che hanno esaminato la prevalenza, le correlazioni cliniche, le comorbilità e le tendenze suicidarie nei giocatori d'azzardo problematici in una popolazione di 5.333 soggetti adulti.

Wong et al. (2010), con lo scopo di determinare la prevalenza di comportamenti di gioco d'azzardo tra coloro che avevano commesso suicidio e la presenza o meno di debiti contratti dalla persona in relazione al proprio comportamento di gioco, notano che tra le 1.201 vittime di suicidio incluse nello studio, 233 (19,4%) avevano mostrato di avere avuto comportamenti di gioco d'azzardo prima di morire: di questi, il 47,2%—perlopiù maschi, 30-49 anni, sposati, disoccupati, senza particolari problemi medico-psicologici—aveva contratto debiti in relazione al gioco d'azzardo.

Nell'ambito di una indagine sui fattori di rischio per l'ideazione o il tentativo di suicidio tra i giocatori d'azzardo problematici, una storia di uso di sostanze stupefacenti rappresenta l'unica discriminante tra coloro che hanno solo pensato al suicidio e coloro che, invece, lo hanno tentato: chi dichiara un uso di sostanze, infatti, mostra probabilità sei volte maggiori di tentare il suicidio rispetto a chi non ne dichiara l'uso (Hodgins, 2006). La letteratura quindi suggerisce che ideazione suicidaria e tentativi di suicidio sono comuni nei giocatori problematici, mentre risulta meno chiaro se l'associazione sia resa spuria da altri fattori, quali abuso di sostanze stupefacenti o disturbi psichiatrici. Risultanze confermate anche dalla rilevazione CIRMPA che, applicando l'analisi della

varianza one-way, confronta giocatori problematici e non problematici riguardo la tendenza al suicidio, ottenendo, rispettivamente, i punteggi standardizzati di 0,58 e - 0,03.

Allargando la visuale, Black et al. (2015), hanno esaminato la prevalenza suicidaria nei giocatori problematici e nei loro parenti di primo grado (genitori e figli), analizzando 95 giocatori problematici e 1.075 famigliari (e un gruppo di controllo di 91 soggetti)²⁷. Vi sono significative differenze nell'ideazione suicidaria tra giocatori problematici (dove è più diffusa) e gruppo di controllo (OR = 3.91), così come nei tentativi di suicidio nella vita (OR = 12.12). Ben il 63% dei giocatori ha ideazione suicidaria o tentato suicidio rispetto al 13% del gruppo di controllo (OR = 11.29). I tentativi di suicidio son più frequenti tra i famigliari dei giocatori problematici rispetto al gruppo di controllo di famigliari (OR =1.97) e risultati simili, anche se meno consistenti, si ottengono se si aggiungono i suicidi completati (OR = 1.86)²⁸.

Da segnalare infine anche un recentissimo studio (Ronzitti et al., 2017) dedicato all'associazione tra suicidalità e variabili socio-demografiche, cliniche e legate al gioco. Sono stati considerati 903 individui alla ricerca di trattamento per problemi di gioco d'azzardo. Il 46% del campione riferisce di avere attuali ideazioni suicidarie e i soggetti che ammettono tali pensieri presentano anche maggiore severità nel gioco problematico, nei livelli di depressione e di ansia. Inoltre, passate ideazioni suicidarie e alti livelli di ansia risultano predittori significativi di suicidalità attuale.

I dati statistici più recenti e generali sui suicidi (3.048) e sui tentativi di suicidio (3.101) nella popolazione adulta si riferiscono alla rilevazione condotta dall'ISTAT (2012) rispetto all'anno 2010. La rilevazione statistica dei suicidi e dei tentativi di suicidio riguarda i dati accertati dalla Polizia di Stato, dall'Arma dei Carabinieri e dalla Guardia di Finanza in base alle notizie contenute nella scheda individuale di denuncia di suicidio o tentativo di suicidio trasmessa all'atto della comunicazione all'Autorità giudiziaria.

Un aspetto rilevante dal punto di vista dei costi collettivi è la valutazione economica della vita umana. In letteratura esistono diversi metodi, più o meno opinabili, per stimare il valore della vita umana (Viscusi e Aldy, 2003; Robinson e Hammit, 2017). Nell'ambito della teoria economica, più propriamente dell'economia pubblica e del *welfare* nell'analisi costi/benefici delle politiche pubbliche, è prassi utilizzare metodi che includono tanto il valore che la collettività assegna indirettamente alla vita e alla buona salute di ciascun cittadino, quanto il contributo del singolo lavoratore alla crescita economica del paese. Tali metodi consistono quindi nell'imputare al valore della vita di ogni individuo la spesa che lo Stato ha sostenuto per mantenerlo in salute per tutti gli

²⁷ Il 37% dei giocatori problematici non ha una storia di ideazione suicidaria o di tentativi, il 27% ha avuto ideazioni suicidarie, il 36% ha tentato il suicidio, anche se il tentativo/i hanno preceduto l'esordio del PG nel 38,2%, mentre per il 41,2% i tentativi sono avvenuti durante il PG e nel 20,6% dei casi prima e durante il PG.

²⁸ Lo studio pertanto, pur riconoscendo il ruolo dei disturbi psichiatrici e dell'abuso di sostanze, corrobora l'associazione tra PG e suicidalità ed evidenzia rischi in tal senso anche per i famigliari stretti dei giocatori, che dovrebbero quindi essere considerati soggetti similmente vulnerabili e oggetto di attenzione da parte del sistema di prevenzione e cura.

anni in cui è vissuto e il contributo che il singolo darà al valore aggiunto del paese attraverso la propria attività produttiva. Nella pratica delle analisi costi/benefici si usa prendere i valori prodotti dalle compagnie di assicurazione, oppure si usa valutare la vita umana con una somma pari all'incirca a un milione di euro, valore direttamente derivato dall'equivalente importo in lire utilizzato qualche anno fa nella maggior parte degli studi trasportistici.

Secondo l'impostazione di Falvo e Marabucci(2008) la stima andrebbe condotta considerando la spesa sostenuta dallo Stato per la tutela della cittadinanza e la perdita per la collettività in termini di Valore Aggiunto Totale (VAT) e valutando la distinzione tra soggetti che lavorano e quelli che non lavorano, il periodo di attività lavorativa, la durata media della vita e la frequenza dei morti per una determinata causa e le relative classi d'età di appartenenza. La somma tra la spesa sostenuta annualmente dallo Stato per la sicurezza e la salute in generale e il contributo annuale al Valore Aggiunto Totale(VAT) perduto a seguito della morte del soggetto, rappresenta così il valore attribuito dalla collettività a una vita umana²⁹.

Pertanto, per abbozzare una stima dei costi dovuti alla perdita di vite umane, è necessario proiettare sulla popolazione generale il differenziale nella propensione suicidaria dei giocatori problematici.

Utilizzando un approccio prudenziale e dunque considerando una propensione quasi quadrupla (3,95) da parte dei giocatori d'azzardo problematici al tentativo di suicidio, essendo in Italia 6.149 le persone adulte che tentano il suicidio (con 3.048 di questi tentativi – pari al 49,57% del totale – conclusi effettivamente con il suicidio) valutando in 1 milione di euro il valore di una vita umana, è possibile stimare il costo complessivo annuo della perdita di vite umane come segue:

$$(6149/50.624.663) * 3,95 * 1.230.179 * 0,4957 * 1.000.000 = \mathbf{292.567.898 \text{ euro}}$$

5.2 Separazioni e divorzi

Afifi et al. (2010) evidenziano una maggiore propensione al gioco problematico tra i maschi separati/divorziati e vedovi con scarso supporto sociale. In accordo con l'ipotesi che gioco eccessivo e stato civile siano associati, la maggior parte dei soggetti problematici individuati da Lyk-

²⁹Tipicamente, nel caso della vita umana si usa attribuire un valore standard, derivato dalla letteratura disponibile. Il valore monetario di tale voce di costo andrebbe calcolato distinguendo la spesa a carico del sistema ospedaliero, la spesa generale a carico del Sistema Sanitario Nazionale, il contributo al VAT da parte dei soggetti lavoratori, o la spesa per la protezione sociale che lo Stato sostiene nel caso dei non lavoratori. Ad esempio, per la linea D della metropolitana di Roma, partendo dalla produttività media del lavoro, dalla speranza di vita alla nascita per l'individuo medio, per la probabilità di sopravvivenza anno per anno e tenendo anche conto della condizione di occupato e non occupato del generico soggetto, il valore della vita umana è stato quantificato in circa 1.300.000 euro (Falvo e Marabucci, 2008). Nel presente lavoro viene adottato un approccio prudenziale.

Jensen (2010) è rappresentata da celibi, separati e divorziati. Anche lavori più recenti riconoscono correlazioni tra PG e il profilo del giocatore maschio divorziato (Illiceto et al., 2016).

A riprova di ciò, nella ricerca CIRMPA sono riportate le percentuali di endorsement rispetto agli eventi importanti accaduti negli ultimi 12 mesi con specifico riferimento a divorzio/separazione³⁰, da cui si evince che la percentuale di endorsement dei giocatori non problematici rispetto all'evento divorzio/separazione negli ultimi 12 mesi è uguale a 2,2, mentre la percentuale di endorsement dei problematici con divorzio/separazione negli ultimi 12 mesi è uguale a 8,9.

Assumendo la medesima propensione a divorzio/separazione tra i giocatori non problematici (o sociali) e la popolazione dei non giocatori, per poter risalire al costo medio annuo di una procedura di divorzio/separazione per lo Stato, si ricorre ai relativi dati del Ministero della Giustizia. Nell'anno 2014 il bilancio ministeriale presenta uno stanziamento iniziale complessivo di circa 7.553.000.000 euro (Ministero della Giustizia, 2017). I procedimenti civili iscritti, rilevati presso gli uffici giudiziari nel 2014 sono 3.334.365, di cui 61.229 separazioni consensuali, 33.767 divorzi consensuali, 40.174 separazioni giudiziali e 25.689 divorzi giudiziali, per un totale complessivo di 160.859. Invece i procedimenti penali con autore noto iscritti, rilevati presso gli uffici giudicanti e requirenti, sono 3.232.638. Il totale dei procedimenti è dunque 6.567.003.

Pertanto, ricavato un rapporto tra la propensione a divorzio/separazione di giocatori problematici e resto della popolazione pari a 4,05 (ossia 8,9/2,2) e parimenti ricavato il costo annuo di ogni singolo procedimento pari 1.150 euro (7.553.000.000 euro / 6.567.003)³¹:

$$(160.859/50.624.663) * 4,05 * 1.230.179 * 1.150 \text{ euro} = \mathbf{18.207.790 \text{ euro}}$$

Pertanto, i costi annui legati a suicidi e divorzi/separazioni sono stimabili in :

$$292.567.898 + 18.207.790 = \mathbf{310.775.688 \text{ euro}}$$

³⁰ *Negli ultimi 12 mesi quale dei seguenti eventi le è accaduto? Divorzio/Separazione: Sì/No* (Barbaranelli, 2015).

³¹ Si assume qui che il costo di un procedimento civile non si discosti sostanzialmente da quello di un procedimento penale.

6. COSTI ASSOCIATI A PROBLEMI LEGALI

Sostanziali evidenze empiriche mostrano che in diversi individui coesistono la tendenza ad accettare il rischio e a mettere in atto comportamenti potenzialmente dannosi, quali, tra gli altri, consumo di sostanze stupefacenti, atti delinquenti contro la persona e/o la proprietà, guida pericolosa e gioco d'azzardo (Johansson et al., 2009; Mishra et al., 2016). Significative sono in particolare le potenzialità criminogene del gioco d'azzardo, sia di natura diretta che indiretta, e ciò sarebbe anche dimostrato dalla superiore incidenza di arresti e carcerazioni tra i giocatori problematici rispetto ai giocatori non problematici o a persone che mai hanno giocato nel corso della propria vita (Lesieur, 1998). Il fenomeno delinquenziale legato al gambling è dovuto al bisogno di denaro per continuare a giocare e presenta un numero oscuro di reati superiore a quelli identificati, in relazione alla tipologia del reato, alla reazione della vittima, alla qualità dell'autore e all'atteggiamento degli organi istituzionali. Ad esempio, posto che spesso i reati commessi dai giocatori si consumano nell'ambiente di lavoro o nella cerchia dei conoscenti, è possibile ipotizzare che, in tali contesti, in considerazione della situazione, del rapporto personale e della sfiducia nelle possibilità di recuperare i beni sottratti, si preferisca non ricorrere a un procedimento giudiziario (Bianchetti e Croce, 2007).

E' noto che il gioco problematico severo è associato alla criminalità economica, per esempio, furto, contraffazione, frode. Numerosi studi hanno trovato che tra il 10 e il 50% dei giocatori problematici ha commesso reati legati al proprio giocare. Sebbene alcuni delinquenti abituali diventino giocatori problematici nel corso della loro vita, è più comune che i giocatori problematici inizino a delinquere, commettendo atti illegali per finanziare il proprio giocare (Lind et al., 2015). In particolare, risulta piuttosto comune tra i giocatori problematici severi macchiarsi di appropriazione indebita sul posto di lavoro, come dimostra uno studio classico di Lesieur (1984), secondo cui circa un giocatore problematico su tre avrebbe commesso il reato. Risultati confermati dalla letteratura successiva³².

³² Una ricerca norvegese (Buvik, 2009) mostra che il 10% dei giocatori problematici ha sottratto denaro ai colleghi, il 20% 'ha preso in prestito' denaro del datore di lavoro e l'11% rubato denaro sul posto di lavoro. In un ancor più recente studio statunitense dedicato a 448 casi rilevanti di appropriazione indebita (periodo 2008-2012), quasi un terzo aveva cause legate al gambling (Marquet International, 2013). Anche lavori di impronta marcatamente criminologica evidenziano che il PG è una motivazione addotta per l'appropriazione indebita e frode sul posto di lavoro. In Australia, il 15% dei condannati per frodi maggiori ha citato il gambling come ragione per la commissione del reato (Sakurai & Smith, 2003), così come il 15-20% dei casi di furto commesso da lavoratori dipendenti sul luogo di lavoro risulta legata a comportamenti di gioco (Crofts, 2003). Da ultimo, uno studio svedese (Binde, 2017) si occupa dell'appropriazione indebita commessa dai giocatori problematici sul posto di lavoro, reato che si verifica in tutti i settori economici dove dipendenti e lavoratori hanno accesso al denaro e può riguardare notevoli somme di denaro per periodi prolungati di tempo. In Svezia, si stimano circa 120 casi in un anno.

Una caratteristica dell'appropriazione indebita sul posto di lavoro è che essa non può verificarsi a meno che l'autore non abbia acquisito una posizione stabile e consolidata, con l'affidamento di incarichi di responsabilità. Il profilo rimanda a un soggetto degno di fiducia da parte dei superiori, ma che, avendo sviluppato un problema di gioco severo, duraturo e nascosto, e vivendo una situazione economica difficile, sottrae denaro nella speranza di recuperare quanto perso ed eventualmente restituire il maltolto, persistendo nel comportamento sino alla flagranza.

La commissione di simili reati costituisce indubbiamente un tema rilevante, poiché non solo arreca danni economici al datore di lavoro, ma anche alla reputazione dell'azienda e implica costi aggiuntivi per intensificare il controllo sui dipendenti. Senza contare, una volta scoperto il reato, gli effetti negativi a livello emotivo sui colleghi dell'autore.

6.1 Costi del sistema giudiziario

Nella ricerca CIRMPA sono riportate le percentuali di endorsement rispetto agli eventi importanti accaduti negli ultimi 12 mesi con specifico riferimento ai problemi legali³³, da cui si evince che la percentuale di endorsement dei giocatori non problematici rispetto all'evento 'problemi legali negli ultimi 12 mesi' è uguale a 5 mentre la percentuale di endorsement da parte dei giocatori problematici con problemi legali negli ultimi 12 mesi è uguale a 10,9.

Assumendo la medesima propensione ad avere problemi legali tra i giocatori non problematici e la popolazione dei non giocatori, per poter risalire al costo medio annuo di un procedimento giudiziario per lo Stato, si ricorre ai relativi dati del Ministero della Giustizia.

Come anticipato, nell'anno 2014 il bilancio ministeriale presentava uno stanziamento iniziale complessivo di circa 7.553.000.000 euro (Ministero della Giustizia, 2017). Il totale dei procedimenti è dunque 6.567.003, al quale vanno sottratti le separazioni e i divorzi (già considerati nel paragrafo 5.2) e i procedimenti relativi ai minorenni (che sono al di fuori della popolazione di interesse del presente studio), per un totale di 6.275.722 procedimenti giudiziari.

Pertanto, ricavato un rapporto tra la propensione ad avere problemi legali di giocatori problematici e resto della popolazione pari a 2,18 (ossia $10,9 / 5$) e parimenti ricavato il costo medio annuo di ogni singolo procedimento pari a 1.150 euro ($7.553.000.000 \text{ euro} / 6.567.003$):

$$(6.275.722 / 50.624.663) * 2,18 * 1.230.179 * 1.150 \text{ euro} = \mathbf{328.364.057 \text{ euro}}$$

³³*Negli ultimi 12 mesi quale dei seguenti eventi le è accaduto? Problemi legali: Sì/No* (Barbaranelli, 2015).

6.2 Costi sostenuti dal sistema penitenziario

Diversi studi evidenziano come la popolazione carceraria sia decisamente vulnerabile al gioco d'azzardo problematico. Una associazione che, confermata nei diversi paesi dove sono state effettuate ricerche specifiche, ha spinto un gruppo di studiosi (May-Chahalet al., 2017) a indagare la relazione tra carriere criminali e gambling, analizzando un campione di 1057 detenuti, maschi e femmine, delle prigioni inglesi e scozzesi. In linea con i risultati emersi in letteratura (Wardle et al. 2011), la prevalenza di gioco problematico nel campione, nei dodici mesi precedenti l'ingresso in carcere, è risultata significativamente più elevata rispetto alla popolazione generale (12% vs 0,7%). In particolare, se una larga percentuale di detenuti non ha giocato nell'anno precedente all'incarcerazione (42,7% vs. 26,9% della popolazione generale), una proporzione minore dei giocatori poi detenuti entro 12 mesi lo ha fatto senza problemi (23% vs 64,9% della popolazione generale). Inoltre, è da notare che i reati che hanno condotto all'incarcerazione i detenuti con i più seri problemi di gioco sono il possesso e lo spaccio di stupefacenti (26,7%), la frode e la contraffazione (entrambe al 20%), ma non i crimini violenti³⁴. Le raccomandazioni finali dei ricercatori si differenziano a seconda della severità dei problemi di gioco riscontrati. Si suggeriscono programmi educativi e di sensibilizzazione rivolti a giocatori a rischio moderato, che costituiscono grosso modo un quinto della popolazione carceraria del Regno Unito (circa 18.000 individui), mentre per le situazioni più critiche vengono proposti interventi terapeutici intensivi, che dovrebbero riguardare i 6.000 detenuti con comportamenti di gioco problematico grave (il 6,8% del totale).

La ricerca si inserisce nella specifica letteratura che associa i profili di personalità antisociale con gambling e delinquenza (Potenza et al., 2001; Slutske et al., 2001) e indaga l'associazione tra gioco d'azzardo e detenzione, riconoscendo come gli individui incarcerati siano a rischio accresciuto di PG (Walters, 2005). Analisi derivate da studi di prevalenza in campioni di popolazione carceraria indicano che più severi sono i problemi di gioco, più ampia è la proporzione di individui che delinquono (Turner et al., 2016). I tassi di PG nella popolazione carceraria variano in letteratura dal 5,2% (Walters, 1997) al 38% (Anderson, 1999), oscillando da tre a diciannove volte tanto la popolazione generale (Hickey et al., 2014). Turner et al. (2009), lavorando su un campione di 254 soggetti incarcerati, hanno evidenziato che, rispetto alla popolazione generale canadese dove il PG si attesta all'1,14%, il 13% dei detenuti risulta ad altaprobabilità di PG secondo il SOGS, il 6,3% patologico secondo i criteri del *DSM-IV-TR* e il 9,4% problematico severo al PGSI. Di questi ultimi,

³⁴ Dalla ricerca emerge comunque una relazione complessa tra gioco d'azzardo e crimine. Da un lato, si evidenzia come i soggetti definiti dagli autori 'high rate offenders' (ossia individui la cui carriera criminale ha avuto un picco nella prima età adulta per poi mantenersi su livelli comunque cronici) siano i più propensi a subire frequenti perdite al gioco con conseguenze dannose di natura economica e psicologica. Dall'altro, i detenuti con più severi problemi di gioco hanno avuto carriere criminali variegata, sia per quanto riguarda la frequenza nella commissione di reati sia per quanto riguarda l'età di esordio e la durata nel tempo dell'attività delinquenziale.

il 65% riferisce di aver commesso attività illegali come conseguenza del gioco, in particolare per ripagare i debiti legati all'azzardo. Inoltre, la letteratura mette in luce come spesso i soggetti in carcere non siano consapevoli dei propri problemi con il gioco e della necessità di un trattamento (Abbott & McKenna, 2005a, 2005b).

Per quanto riguarda il caso italiano, con l'obiettivo di raggiungere l'intera popolazione allora detenuta negli istituti penitenziari di Bollate, Opera e San Vittore (rispettivamente, circa 1.100, 1.300 e 1.600 detenuti) (Zerbetto e Foglia, 2012) sono stati distribuiti 3.560 questionari, 1780 SOGS e 1780 Questiongap. Sono stati riconsegnati compilati 984 Questiongap, il 55% del totale³⁵. Considerato che la presa in carico dei detenuti-giocatori era prevista attraverso auto segnalazione degli stessi dopo la compilazione del SOGS, a Bollate sono risultati problematici 8 detenuti, 22 nel carcere di Opera e 18 a San Vittore.

Adottando anche in questo caso un approccio prudenziale e considerando che nelle carceri italiane il costo medio giornaliero del mantenimento e delle spese derivanti da ogni singolo detenuto è variato negli anni 2001-2013 tra 116,67 e 190,21 euro (Ministero della Giustizia, 2014) e che il numero di detenuti adulti presenti a dicembre 2014 era di 53.623 (ISTAT), è possibile procedere alla stima dei costi riferendosi allo studio di Turner et al. (2009), che risulta essere il più completo di informazioni per le finalità che ci si propone.

Pertanto, calcolando preliminarmente il rapporto tra popolazione carceraria e popolazione generale con gioco d'azzardo problematico ($9,4/1,14 = 8,25$) e sapendo che il 65% dei detenuti con gioco problematico severo ha commesso reati legati al gioco, si ricava quanto segue:

$$(53.623/50.624.663) * 8,25 * 0,65 * 1.230.179 * (190,21 \text{ euro} * 365) = \mathbf{485.121.795 \text{ euro}}$$

Pertanto, i costi annui sostenuti dal sistema giudiziario e penitenziario sono stimabili in :

$$328.364.057 + 485.121.795 = \mathbf{813.485.852 \text{ euro}}$$

³⁵ In particolare a Bollate sono stati distribuiti 400 questionari Questiongap e ritirati compilati 298 (il 74,5%), ad Opera ne sono stati distribuiti 730 e ritirati compilati 329 (il 45%), a San Vittore ne sono stati distribuiti 650 e ritirati compilati 357 (il 55%).

7. LA STIMA DEI COSTI

Considerando quanto stimato nel presente lavoro, e nella consapevolezza delle diverse limitazioni indicate, i costi sociali complessivi del gioco d'azzardo problematico in Italia possono essere riassunti nella tabella 6 e risultano pari a 2.720.218.821 euro, con un costo per giocatore di 2.211 euro.

**Tab. 6 Costi sociali annui del gioco d'azzardo problematico
(Stima riferita a 1.230.179 giocatori problematici/potenzialmente problematici)**

	<i>Trattamento</i>	<i>Altri costi associati al fenomeno*</i>	Totale
Costi sanitari	10.167.264 €**	50.000.000€	60.167.264€
Costi disoccupazione/ mancata produttività	<i>Perdita lavoro</i> 479.129.456€	<i>Mancata produtt.</i> 1.056.660.561€	1.535.790.017€
Costi suicidi/ rotture familiari	<i>Suicidi</i> 292.567.898€	<i>Divorzi/separazioni</i> 18.207.790€	310.775.688€
Costi problemi legali	<i>Sist. giudiziario</i> 328.364.057€	<i>Sist. penitenziario</i> 485.121.795€	813.485.852€
<u>Gran totale</u>			<u>2.720.218.821€</u>

* Considerando la natura dei dati a disposizione, non è possibile distinguere con precisione tra costi del trattamento e della prevenzione. In realtà il *Fondo per il gioco d'azzardo patologico* stanziato non si riferisce solo alla prevenzione ma comprende anche i costi del trattamento, lasciando alle Regioni l'autonomia di disporre l'utilizzo con alcune raccomandazioni e vincoli. Motivo per cui, pur sapendo che vi sono incluse anche risorse destinate al trattamento, si è deciso di inserire il suddetto fondo nella voce "Altri costi associati al fenomeno".

** Si è scelto di utilizzare il valore mediano, relativo a 15 ore di trattamento per paziente

Mantenendo sempre come punto di riferimento la ricerca CIRMPA e adottando un approccio più restrittivo – ossia considerare come effettivamente problematico l'1,54% della popolazione adulta (779.620 individui) – si ottengono le seguenti stime di costo (tab. 7)³⁶:

³⁶ 6491 euro * 6% di 779.620 individui (46.777 individui) = 303.629.507 euro

12 mesi * 1.192,98 euro * 46.777 individui = 669.648.306 euro

(6149/50.624.663) * 3,95 * 779.620 * 0,4957 * 1.000.000 = 185.413.436 euro

(160.859/50.624.663) * 4,05 * 779.620 * 1.150 euro = 11.537.695 euro

(6.275.722/50.624.663) * 2,18 * 779.620 * 1150 euro = 242.291.879 euro

(53.623/50.624.663) * 8,25 * 0,65 * 779.620 * (190,21 euro * 365) = 307.443.593 euro

Ricordando che la stima dei costi sanitari del gioco d'azzardo problematico utilizzata è pari a 60.167.264 euro, la stima complessiva dello scenario risulta 1.780.131.680 euro.

Tab. 7 Costi sociali annui del gioco d'azzardo problematico (CIRMPA bis)

	<i>Trattamento</i>	<i>Altri costi</i>	Totale
Costi sanitari	10.167.264 €	50.000.000 €	60.167.264 €
Costi disoccupazione/ mancata produttività	<i>Perdita lavoro</i> 303.629.507 €	<i>Mancata produtt.</i> 669.648.306€	973.277.813€
Costi suicidi/ rotture familiari	<i>Suicidi</i> 185.413.436 €	<i>Divorzi/separazioni</i> 11.537.695 €	196.951.131€
Costi problemi legali	<i>Sist. giudiziario</i> 242.291.879 €	<i>Sist. penitenziario</i> 307.443.593 €	549.735.472€
<u>Gran totale</u>			<u>1.780.131.680 €</u>

8. CONCLUSIONI

I risultati della ricerca, con i limiti derivanti dalla incompletezza delle fonti informative e i margini piuttosto ampi di relatività degli studi di prevalenza, sembrano indicare che in passato vi sia stata una sopravvalutazione, poco documentata, dei costi sociali e sanitari prodotti dal gioco d'azzardo. Sulla base unicamente del bilancio economico, si potrebbe ipotizzare che vi sia un vantaggio da parte dello Stato nel perseguire politiche espansive di questo mercato: infatti, i margini di guadagno per l'Erario sono molto superiori alle spese generate a carico del sistema sanitario e del welfare per compensare le esternalità negative del commercio e uso di questi prodotti. Tuttavia, due avvertenze si impongono.

In primo luogo, vi sono alcuni limiti nella presente ricerca. Molti dei dati utilizzati si riferiscono solo ai giocatori (escludendo peraltro i minorenni), altri sono relativi alla popolazione generale e ciò crea distorsioni nell'esercizio di stima, imponendo di considerare un numero limitato di voci di costo. I costi sono dunque stati nel complesso sottostimati, limitandosi inoltre a quelli di natura pubblica e non prendendo in esame, ad esempio, i costi esterni privati, quelle esternalità che colpiscono anche i privati, come i famigliari coinvolti per ciascun giocatore problematico. In altre parole, sono stati considerati solo gli effetti sulla finanza pubblica e in maniera non esaustiva. Si pensi al mancato utilizzo alternativo di risorse che avrebbero potuto essere impiegate in attività produttive e investite in consumi, agli effetti prodotti sulle finanze pubbliche da usura e fenomeni di illegalità e a quei costi sanitari indiretti che impattano su altre dimensioni della salute e della spesa sanitaria, che vanno aldilà di quanto il trattamento dei giocatori problematici gravi sulle finanze pubbliche.

In secondo luogo, è evidente, e condiviso anche da buona parte degli esperti, che il benessere di una popolazione e di una nazione non si misura soltanto con indicatori di carattere economico, come mostrano le ricerche sempre più consistenti orientate a sostituire il Pil come indicatore di benessere e crescita di uno stato. A maggior ragione, una riflessione correlata a questa ricerca è che la diffusione del gioco d'azzardo produce anche effetti di tipo culturale, etico, sociale molto difficili da misurare e quantificare attualmente, ma soprattutto destinati a propagarsi nel medio e lungo periodo e a incidere sui modelli culturali e biologici di sviluppo individuali e collettivi (Fea 2016; 2017).

'Fare i conti giusti' dovrebbe quindi servire innanzitutto a quantificare l'impegno di risorse da impiegare, indicare e far rispettare i criteri e gli indicatori di efficacia di utilizzo delle risorse stesse, disporre di punti di riferimento per l'orientamento e il monitoraggio delle policy che si intendono applicare.

APPENDICE. SCENARI ALTERNATIVI

Alla luce della variabilità dei dati epidemiologici a disposizione, è possibile ipotizzare alcuni scenari alternativi. Ricorrendo alla sintesi delle ricerche di prevalenza sulla popolazione italiana (Dipartimento Politiche Antidroga, 2015), emerge un quadro diversificato, secondo cui: “la stima dei giocatori d’azzardo ‘problematici’ (cioè di coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica pur essendo a forte rischio evolutivo) varia dall’1,3% al 3,8% della popolazione generale (da 767.000 a 2.296.000 italiani adulti) mentre la stima dei giocatori d’azzardo ‘patologici’ (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (da 302.000 a 1.329.00 italiani adulti)” (Ibidem, p. 669).

Prendendo in considerazione la quota di soggetti valutata come patologica, ovvero lo 0,5% della popolazione adulta (302.000 individui), si ottengono le seguenti stime di costo (tab. 8)³⁷:

Tab. 8 Costi sociali annui del gioco d’azzardo problematico (Relazione Parlamento)

	<i>Trattamento</i>	<i>Altri costi</i>	Totale
Costi sanitari	10.167.264 €	50.000.000 €	60.167.264 €
Costi disoccupazione/ mancata produttività	<i>Perdita lavoro</i> 117.616.920 €	<i>Mancata produtt.</i> 259.401.571 €	377.018.491 €
Costi suicidi/ rottture familiari	<i>Suicidi</i> 71.823.270 €	<i>Divorzi/separazioni</i> 4.469.336 €	76.292.606 €
Costi problemi legali	<i>Sist. giudiziario</i> 93.856.170 €	<i>Sist. penitenziario</i> 119.093.873€	212.950.043 €
<u>Gran totale</u>			<u>726.428.404 €</u>

Considerando invece i giocatori problematici come lo 3,8% della popolazione adulta (2.296.000 individui), si ottengono le seguenti stime di costo (tab. 9)³⁸:

³⁷ 6491 euro * 6% di 302.000 individui (18.120 individui) = 117.616.920 euro

12 mesi * 1.192,98 euro * 18.120 individui = 259.401.571 euro

(6149/50.624.663) * 3,95 * 302.000 * 0,4957 * 1.000.000 = 71.823.270 euro

(160.859/50.624.663) * 4,05 * 302.000 * 1.150 euro = 4.469.336 euro

(6.275.722/50.624.663) * 2,18 * 302.000 * 1150 euro = 93.856.170 euro

(53.623/50.624.663) * 8,25 * 0,65 * 302.000 * (190,21 euro * 365) = 119.093.873 euro

Ricordando che la stima dei costi sanitari del gioco d’azzardo problematico utilizzata è pari a 60.167.264 euro, la stima complessiva dello scenario risulta 726.428.404 euro.

³⁸ 6491 euro * 6% di 2.296.000 individui (137.760 individui) = 894.200.160 euro

12 mesi * 1.192,98 euro * 137.760 individui = 1.972.139.098 euro

Tab. 9 Costi sociali annui del gioco d'azzardo problematico (Rel. Par. bis)

	<i>Trattamento</i>	<i>Altri costi</i>	Totale
Costi sanitari	10.167.264 €	50.000.000 €	60.167.264 €
Costi disoccupazione/ mancata produttività	<i>Perdita lavoro</i> 894.200.160€	<i>Mancata produtt.</i> 1.972.139.098 €	2.866.339.258 €
Costi suicidi/ rotture familiari	<i>Suicidi</i> 546.047.111 €	<i>Divorzi/separazioni</i> 33.978.794 €	580.025.905 €
Costi problemi legali	<i>Sist. giudiziario</i> 711.508.902 €	<i>Sist. penitenziario</i> 905.428.915 €	1.616.937.817 €
<u>Gran totale</u>			<u>5.123.470.244 €</u>

$(6149/50.624.663) * 3,95 * 2.296.000 * 0,4957 * 1.000.000 = 546.047.111$ euro

$(160.859/50.624.663) * 4,05 * 2.296.000 * 1.150$ euro = 33.978.794 euro

$(6.275.722/50.624.663) * 2,18 * 2.296.000 * 1150$ euro = 711.508.902 euro

$(53.623/50.624.663) * 8,25 * 0,65 * 2.296.000 * (190,21 \text{ euro} * 365) = 905.428.915$ euro

Ricordando che la stima dei costi sanitari del gioco d'azzardo problematico utilizzata è pari a 60.167.264 euro, la stima complessiva dello scenario risulta 5.123.470.2444 euro.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

Abbott M.W., & McKenna B.G. (2005). Gambling and problem gambling among recently sentenced women in New Zealand prisons. *Journal of Gambling Studies*, 21(4), 558–581.

Abbott M.W., McKenna B.G., & Giles, L. C. (2005). Gambling and problem gambling among recently sentenced male prisoners in four New Zealand prisons. *Journal of Gambling Studies*, 21(4), 537–558.

Afifi T.O., Cox B.J., Martens P.J., Sareen J., & Enns M.W. (2010b). The relation between types and frequency of gambling activities and problem gambling among women in Canada. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55 (1), 21–28.

Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Adm/Aams – (2018), Il Bilancio d’esercizio 2017, <https://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/portale/documents/20182/4025137/pas-a-20180507-bilancioesercizio2017.pdf/2a596b7b-bf4d-4d03-b7c0-c1aa5816bb40>, accesso 8 maggio 2018.

Agenzia delle Dogane e dei Monopoli – Adm/Aams – (2015), Organizzazione, attività e statistica. Anno 2014, <http://www.agenziadoganemonopoli.gov.it/>.

Agostino V. & Caneppele S. (2015). I costi sociali del gioco patologico, in Caneppele S., Marchiaro M. (a cura di), *Gioco d'azzardo patologico: Monitoraggio e prevenzione in Trentino*, Transcrime – Università degli Studi di Trento, Trento.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-V*, American Psychiatric Publication.

Anielski M. & Braaten A. (2008). The Socio-Economic Impact of Gambling (SEIG) Framework. An Assessment Framework for Canada: In Search of the Gold Standard, Inter-Provincial Consortium for the Development of Methodology to Assess the Social and Economic Impact of Gambling, February 2008.

Barbaranelli C. (2011). Il gioco, fattori di protezione e di rischio: panorama sugli studi italiani ed internazionali e focus sulla ricerca condotta dal CIRMPA (Sapienza Università di Roma). *Lex and Gaming. European Gaming Law Journal*, 29.

Barbaranelli C. (2015). La realtà italiana. Il gioco problematico in Italia: prevalenza, fattori di protezione e di rischio, Centro Interuniversitario per la Ricerca sulla Genesi e sullo Sviluppo delle Motivazioni Prosociali e Antisociali (CIRMPA) Università La Sapienza di Roma. Presentazione al Convegno *Gioco d'Azzardo, società, istituzioni, servizi*, organizzato dalla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD), Milano 10-11 novembre 2015.

Barrio P., Reynolds J., García-Altés A., Gual A., & Anderson P. (2017). Social costs of illegal drugs, alcohol and tobacco in the European Union: A systematic review. *Drug and Alcohol Review*, Doi: 10.1111/dar.12504.

Baumberg B. (2006). The global economic burden of alcohol: a review and some suggestions. *Drug Alcohol Rev*, 25, 537–551.

Becker T. (2011). *Soziale Kosten des Glücksspiels in Deutschland*, Lang.

- Bertolazzi A. (2016). Il gioco d'azzardo sfida i Ser.T.: uno studio di caso. *Salute e Società*, 15(2), 103-118.
- Bianchetti R., Croce M. (2007). Il crescente mercato del gioco d'azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui... 'legittimi' guadagni. *Sociologia del diritto*, 2(2), 113-158.
- Binde P. (2017). Gambling-related employee embezzlement: A study of Swedish newspaper reports. *Journal of Gambling Issues*, 34.
- Black D.W., Coryell W., Crowe R., McCormick B., Shaw M., & Allen J. (2015). Suicide ideations, suicide attempts, and completed suicide in persons with pathological gambling and their first-degree relatives. *Suicide and life-threatening behavior*, 45(6), 700-709.
- Buvik K. (2009). To gamble with the jobs — Problem gambling in working life, Oslo, Norway: AKAN.
- Calado F. & Griffiths M.D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of Behavioral Addictions*, Accepted 30 September 2016. Doi: 10.1556/2006.5.2016.073.
- Camera dei Deputati (2016). Il gioco d'azzardo patologico e la tutela dei minori, http://www.camera.it/leg17/561?appro=app_tutela_minori, 2 febbraio 2016.
- Campbell F. (1976). Gambling. A Positive View, in Eadington W.R. (a cura di), *Gambling and Society: Interdisciplinary Studies on the Subject of Gambling*, Charles C. Thomas, Springfield.
- Cavataio M. (2016). Il profilo socio-demografico dei giocatori d'azzardo italiani: un'analisi basata su dati di sondaggio. L'importanza dell'approccio pragmatico della gambling social responsibility, in La Rosa F. (a cura di), *Il gioco d'azzardo in Italia. Contributi per un approccio interdisciplinare*, FrancoAngeli, Milano.
- Cheng T.J. (2011). *The Sociology of Gambling in China*, Paths International, Reading, United Kingdom.
- Collins D. & Lapsley H. (2003). The Social Costs and Benefits of Gambling: An Introduction to the Economic Issues. *Journal of Gambling Studies*, 19(2), Summer 2003.
- Conferenza Stato Regioni ed Unificata (2017). Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 936, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016), tra Governo, Regioni ed Enti locali concernente le caratteristiche dei punti di raccolta del gioco pubblico, <http://www.statoregioni.it/dettaglioDoc.asp?idprov=19822&iddoc=60108&tipodoc=2>.
- Cox B., Yu N., Afifi T., & Ladouceur R. (2005). A national survey of gambling problems in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 213-217.
- Croce M. & Nanni W. (2004). Dipendenze senza sostanze in Nanni W., Vecchiato T. (a cura di), *Vuoti a perdere. Rapporto 2004 su esclusione sociale e cittadinanza incompiuta*, Feltrinelli, Milano.
- Croce M., Picone F., & Zerbetto R. (2010). La ricerca empirica nel gioco d'azzardo patologico, in Caretti V., D. La Barbera (a cura di), *Addiction. Aspetti biologici e di ricerca*, Cortina Editore, Milano.

- Crofts P. (2003). Problem gambling and property offences: An analysis of court files. *International Gambling Studies*, 3, 183–197. Doi:10.1080/1356347032000142289.
- Custer R. (1982). An Overview of Compulsive Gambling, in Caron P.A., Yolles S.F., Kieffen S.N. (a cura di), *Addictive Disorders Update: Alcoholism, Drug Abuse, Gambling*, Human Science Press, New York.
- Demoskopika (2017). Indice Performance Sanitaria 2016 (Allegato metodologico), <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2641676.pdf>, 4 gennaio 2017.
- Dipartimento Politiche Antidroga (2015). Relazione annuale al parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.
- Dipartimento Politiche Antidroga (2016). Relazione annuale al parlamento 2016 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.
- Eadington M. (2003). Measuring Costs from Permitted Gaming: Concepts and Categories in Evaluating Gambling's Consequences. *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 185–214.
- Fabiansson C. (2010). *Pathways to Excessive Gambling: A Societal Perspective on Youth and Adult Gambling Pursuits*, Farnham, UK.
- Falvo A. & Marabucci A. (2008). L'analisi costi benefici applicata alle infrastrutture di trasporto (No. 0087), Department of Economics-University Roma Tre.
- Fea M. (2016). Gioco d'azzardo: società, istituzioni, servizi, Gambling newsletter, <http://www.newsletter.federserd.it/>.
- Fea M. (2016). Responsabilità e autoregolazione dei comportamenti di salute. *Sistema Salute*, 60(2) 31-44.
- Fea M. (2017). *Le abitudini da cui piace dipendere. Algoritmi, azzardo, mercato*, web.FrancoAngeli, Milano.
- Fiasco M. (2013). Indebitamento patologico e credito illegale nella crisi attuale. Dimensioni del rischio e prospettive per imprese e famiglie produttrici, Camera di Commercio di Roma. www.ri.camcom.it/download/1139.html.
- Global Betting and and Gaming Consultants – Gbgc - (2017). Global gambling to reach US\$ 500billion”, <http://www.gbgc.com/news/global-gambling-to-reach-us-500-billion>.
- Godfrey C., Hutton S., Bradshaw J., Coles B., Craig G., & Johnson J. (2002). Estimating the Cost of Being “Not in Education, Employment or Training” at Age 16-18, Queen’s Printer, Norwich.
- Govoni R., Frisch G.R., & Stinchfield R. (2001). A Critical Review of Screening and Assessment Instruments for Problem Gambling. Windsor: University of Windsor Problem Gambling Research Group. <http://www.gamblingresearch.org/>.
- Grant J.E. & Potenza M.N. (a cura di), *Pathological Gambling: A Clinical Guide To Treatment*, American Psychiatric Publishing, Washington, (trad. it.) *Il gioco d'azzardo patologico. Una guida clinica al trattamento*, Springer-Verlag, Milano 2010.

Griffiths M.D. (2009). Problem gambling in Europe: An overview, Report prepared for Apex Communications (April 2009).

Grinols E. (2004). *Gambling in America: Costs and Benefits*, Cambridge: Cambridge University Press.

Hickey K., Kerber C., Kim S.A., MyoungJin K., & Schlenker E. (2014). Perceived Health and Gambling Behavior of Inmates: A Review of the Literature. *Nursing Forum*, 49(4), 247-258.

Iliceto P., D'Antuono L., Bowden-Jones H., Giovani E., Giacolini T., Candilera G., Sabatello U., & Panksepp J. (2016). Brain Emotion Systems, Personality, Hopelessness, Self/Other Perception, and Gambling Cognition: A Structural Equation Model. *Journal of Gambling Studies*, 32(1), 157-169.

Istituto nazionale della previdenza sociale (INPS) (2017). <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemDir=50707>, 3 aprile 2017.

Istituto nazionale di statistica (ISTAT) (2012). Suicidi e tentativi di suicidio, accesso 25 luglio 2017.

Istituto nazionale di statistica (ISTAT). <http://demo.istat.it/pop2014/index.html>, accesso 3 ottobre 2017.

Istituto nazionale di statistica (ISTAT). <http://dati.istat.it/index.aspx?queryid=6189>, accesso 18 settembre 2017.

Istituto Superiore di Sanità (ISS) (2017). Indagine sulle caratteristiche e sull'operatività dei servizi e delle strutture per il trattamento del disturbo da gioco di azzardo, <http://www.iss.it/ogap/?lang=1&id=7&tipo=18>, 27 aprile 2017.

Iori M. (2012). I costi sociali del gioco d'azzardo, Presentazione in conferenza Campagna *Mettiamoci in Gioco*, 4 dicembre 2012, Roma.

Jeanrenaud C., Gay M., Kohler D., Besson J., & Simon O. (2012). Le coût social du jeu excessif en Suisse, Institut de recherches économique de Neuchâtel: Centre du jeu excessif, Switzerland.

Johansson A., Grant J. E., Kim S. W., Odlaug B. L., & Gøtestam K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67-92. Doi: <https://doi.org/10.1007/s10899-008-9088-6>.

Kohler D. (2012). Three essays on the socioeconomics of gambling and pathological gambling, PhD thesis submitted to the Faculty of Economics Institute for economic research, University of Neuchâtel (defended 7 May 2012), 94-98.

Kohler D. (2014). A monetary valuation of the quality of life loss associated with pathological gambling: an application using a health utility index. *Journal of Gambling Issues*, 29, 1-23. Doi: <http://jgi.camh.net/doi/abs/10.4309/jgi.2014.29.9>.

Korn D., R. Gibbins, & J. Azmier, (2003). Framing Public Policy Towards a Public Health Paradigm for Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 235-256.

Kunzi K., Frittschi T., & Egger T. (2004). Glücksspiel und Spielsucht in der Schweiz. Empirische Untersuchung von Spielpraxis, Entwicklung, Sucht und Konsequenzen, Eidgenössische Spielbankenkommission und Bundesamt für Justiz, BASS, Büro für Arbeits- und Sozialpolitische Studien.

Kunzi K., Frittschi T., Oesch T., Gehrig M., & Julien N. (2009). Costi sociali del gioco nelle case da gioco. I costi sociali indotti delle case da gioco in Svizzera, Commissione federale delle case da gioco CFCG, Berna.

Lesieur H.R. (1984). *The chase: Career of the compulsive gambler* (2nd ed.), Rochester, NY: Schenkman.

Lesieur H.R. (1998). Costs and treatment of pathological gambling. *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 556(1), 153-171.

Lesieur H.R., & Blume S.B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1184-1188.

Lind K., Kääriäinen J., & Kuoppamäki S.M. (2015). From problem gambling to crime? Findings from the Finnish National Police Information System. *Journal of Gambling Issues*, 30, 98–123. Doi:10.4309/jgi.2015.30.10.

Lovaste R., Grech M., Pellegrini G., & Molin V. (2016). Procedura per la valutazione costo efficacia dei trattamenti per il gambling, in Lucchini A. (a cura di), *Il gioco d'azzardo patologico. Esperienze cliniche, strategie operative e valutazione degli interventi territoriali*, FrancoAngeli, Milano.

Lovaste R., Porta A., & Marchiaro M. (2015). Linee guida per il territorio provinciale, in Caneppele S., Marchiaro M. (a cura di), *Gioco d'azzardo patologico: Monitoraggio e prevenzione in Trentino*, Transcrime – Università degli Studi di Trento, Trento.

Lucchini M. (2013). Il contributo del modello controfattuale all'irrobustimento della sociologia. *Quaderni di sociologia*, 57(52), 55-76.

Lyk-Jensen S.V. (2010). New Evidence from the Grey Area: Danish Results for at-risk Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 6(3), 455-67. Doi: 10.1007/s10899-009-9173-5.

Markandya A., & Pearce D. (1989). The Social Costs of Tobacco Smoking. *British Journal of Addiction*, 84, 1139–1150.

Marquet International. (2013). The 2012 Marquet report on embezzlement. Marquet International, Ltd., Retrieved from http://www.marquetinternational.com/register.php?target=trackpdfs/the_2012_marquet_report_on_embezzlement.pdf

May-Chahal C., Humphreys L., Clifton A., Francis B., & Reith G. (2017). Gambling harm and crime careers. *Journal of gambling studies*, 33(1), 65-84.

Ministero della Giustizia (2014). Costo medio giornaliero per detenuto - Anni 2001-2013, https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_1_14_1.page?contentId=SST957890&previousPage=mg_14_7, accesso 31 agosto 2017.

- Ministero della Giustizia (2017). Relazione sull'amministrazione della giustizia nell'anno 2017 - Nota di sintesi, https://www.giustizia.it/giustizia/it/mg_2_15_7.page, accesso 11 settembre 2017.
- Ministero della Salute (2016), Decreto del Ministero della Salute. Ripartizione Fondo per il gioco d'azzardo patologico, 6 ottobre 2016, <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2016&codLeg=56900&parte=1%20&serie=null>, accesso 14 dicembre 2017.
- Ministero della Salute (2017).Linee guida su prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico, <http://www.avvisopubblico.it/home/wp-content/uploads/2017/12/linee-guida-dicembre-2017.pdf>, accesso 15 dicembre 2017.
- Mishra S., Lalumière M.L., &Williams R. J. (2016).Gambling, risk-taking, and antisocial behavior: A replication study supporting the generality of deviance.*Journal of Gambling Studies*. Advance online publication: <http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs10899-016-9608-8>. Doi:10.1007/s10899-016-9608-8.
- Neal P., Delfabbro P. & O'Neil, M. (2005). Problem Gambling and Harm: Towards a National Definition, prepared for the national Ministerial Council on Gambling (Gambling Research Australia). South Australian Centre for Economic Studies with the Department of Psychology, University of Adelaide, Victorian Government.
- Newman S.C. & Thompson, A.H. (2003). A population-based study of the association between pathological gambling and attempted suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 80-87.
- Orford J. (2010a). *An Unsafe Bet?: The Dangerous Rise of Gambling and the Debate We Should Be Having*, Wiley, New York.
- Petry N.M., Stinson F.S., & Grant B.F. (2005).Comorbidity of DSM-IV Pathological Gambling and Other Psychiatric Disorders: Results From the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions.*The Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Potenza M.N., Steinberg M.A., McLaughlin S.D., Wu R., Rounsaville B.J. & O'Malley S.S. (2000). Illegal behaviors in problem gambling: Analysis of data from a gambling helpline. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(4), 389-403.
- Productivity Commission (1999). *Australia's gambling industries*. Report no. 10, Canberra, Australia. Available at: <http://www.pc.gov.au/inquiries/completed/gambling/report>.
- Productivity Commission (2010). *Gambling*. Report no. 50, Canberra. Available: <http://www.pc.gov.au/projects/inquiry/gambling-2009/report>.
- Quotidiano Sanità (2017). Alle Regioni 45 milioni contro il gioco d'azzardo patologico. Intesa sul riparto in Conferenza Stato-Regioni, 16 novembre, http://www.quotidianosanita.it/regioni-e-asl/articolo.php?articolo_id=55917.
- Reith G. (2003). *Gambling: Who Wins? Who Loses?*, Prometheus Book, Amherst, New York.
- Robinson L.A. &Hammitt J.K. (2017).Benefit-Cost Analysis in Global Health, Forthcoming as Chapter 7 in: *Global Health Priority-Setting: Beyond Cost-Effectiveness* (O. Norheim et al., eds.), Oxford, UK and New York, NY: Oxford University Press.

Ronzitti S., Soldini E., Smith N., Potenza M.N., Clerici M., & Bowden-Jones H. (2017). "Current suicidal ideation in treatment-seeking individuals in the United Kingdom with gambling problems", *Addictive behaviors*, <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306460317302101>.

Sakurai Y. & Smith, R.G. (2003). Gambling as a motivation for the commission of financial crime. *Trends & Issues in Crime and Criminal Justice* (No. 256), Retrieved from http://www.aic.gov.au/media_library/publications/tandi_pdf/tandi256.pdf

Schüll N.D. (2013). *Addiction by Design: Machine Gambling in Las Vegas*, Princeton University Press.

Serpelloni G. (2013). *Gambling. Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione. Manuale per i Dipartimenti delle Dipendenze, Dipartimento Politiche Antidroga, Roma.*

Siciliano V. (2013). I costi della cura, Presentazione in conferenza La società dipendente, 24 ottobre 2013, Roma.

Single E. (2003). Estimating the Costs of Substance Abuse: Implications to the Estimation of the Costs and Benefits of Gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19(2), 215–234.

Single E., Collins D., Easton B., Harwood H., Lapsley H., Kopp P., & Wilson E. (2003). *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, World Health Organization, Switzerland.

Slutske W.S., Eisen S., Xian H., True W.R., Lyons M. J., Goldberg, J., & Tsuang, M. (2001). A twin study of the association between pathological gambling and antisocial personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(2), 297-308.

Stucki S. & Rihs-Middel M. (2007). Prevalence of adult problem and pathological gambling between 2000 and 2005: An update. *Journal of Gambling Studies*, 23(3), 245-257. Doi:10.1007/s10899-006-9031-7.

Turner, N. E., Preston, D. L., Saunders, C., McAvoy, S., & Jain, U. (2009). The relationship of problem gambling to criminal behavior in a sample of Canadian male federal offenders. *Journal of Gambling Studies*, 25(2), 153–169.

Turner N.E., Stinchfield R., McCreedy J., McAvoy S., & Ferentzy P. (2016). Endorsement of criminal behavior amongst offenders: Implications for DSM-5 gambling disorder. *Journal of Gambling Studies*, 32, 35–45. Doi:10.1007/s10899-015-9540-3.

Vaughan Williams L., Siegel D.S. - a cura di - (2013). *The Oxford Handbook of the Economics of Gambling*, Oxford University Press.

Viscusi W.K. & Aldy J.E. (2003). The Value of a Statistical Life: A Critical Review of Market Estimates Throughout the World. *Journal of Risk and Uncertainty*, 27(1), 5-76.

Walker D.M. (2007). Problems in Quantifying the Social Costs and Benefits of Gambling. *American Journal of Economics and Sociology*, 66(3), (July, 2007), 611-614.

- Walker D.M. & Barnett A. H. (1999). The Social Costs of Gambling: An Economic Perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15(3), 181-185.
- Walker M. & Svetieva, E. (2010). The CPGI and the national definition of problem gambling. *Gambling Research*, 22(1).
- Williams R.J., Rehm J., & Stevens R. (2011). "The Social and Economic Impacts of Gambling", <http://www.uleth.ca/dspace/handle/10133/1286>.
- Williams R.J., Volberg R.A., & Stevens R.M.G. (2012). The Population Prevalence of Problem Gambling: Methodological Influences, Standardized Rates, Jurisdictional Differences, and Worldwide Trends, Guelph, Ontario Problem Gambling Research Centre.
- Winkler P., Bejdová M., Csémy L., & Weissová A. (2017). Social Costs of Gambling in the Czech Republic 2012. *Journal of gambling studies*, 33(4), 1293-1310.
- World Health Organization (1986). Ottawa Charter for Health Promotion, http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2.
- Zerbetto R. & Foglia C. (2012). Gioco d'azzardo e detenzione, una ricerca nelle carceri milanesi. *The Italian Journal on Addiction*, 2(3-4), 103-108.
- Zita G. (2014). Voucherizzazione nel Gap. Presentazione al Convegno *La persona con problematiche di abuso o dipendenza*, organizzato dalla Federazione Italiana degli Operatori dei Dipartimenti e dei Servizi delle Dipendenze (FeDerSerD), Milano, 5-6 giugno 2014.