



**DIEP/Lazio**

Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale - Regione Lazio

# Progetto di ricerca sul Disturbo da Gioco d'Azzardo nella Regione Lazio

Finanziamento Regione Lazio, Direzione INCLUSIONE SOCIALE, Area FAMIGLIA, MINORI E PERSONE  
FRAGILI, Determinazione Nr G13449 del 13/11/2020

**Report finale**

**A cura di:** Antonella Camposeragna, Francesca Mataloni, Fulvia Pasqualini, Luca Orlando,  
Alessandro C. Rosa e Marina Davoli

### **Ringraziamenti**

Si ringraziano i seguenti **operatori SerD** che hanno contribuito alla definizione di nuovi indicatori sviluppati sul Sistema Informativo Regionale per le Dipendenze: Onofrio Casciani, Vincenzo Chiriaco, Dina Pero, Giuseppe Anastasi, Emma Di Loreto, Federico Trobia, Patrizia Caviezel, Simonetta Della Scala, Paola Boscacci, Carlo Piredda, Tatiana Danieli, Marina Zainni, Daniela Sardi, Elisabetta Caldarelli, Rossella Pacifico.

Si ringraziano infine i seguenti **operatori del DSM**, senza i quali non sarebbe stato possibile realizzare la sperimentazione dello screening: Vincenzo Panella, Benilde Mauri, Manuela Cipolat, Carlo Foddis, Vittoria Rotunno, Silvia Torge, Piero Petti, Nicoletta Lucchi, Veronica Santori, Giancarlo Vinci, Irene Presutti, Viviana Muccini, Salvatore Rizzato, Gloria Minasi, Federico Trobia, Alessia Nicita, Giuseppe Vitali, Gianuario Buono, Fausto Russo, Marina Zainni, Antonio Bisogno, Fabio Maurelli, Umberto Caraccia, Anna Di Lelio.

# Sommario

<a href="#">Executive Summary</a>	4
<a href="#">Razionale</a>	12
<a href="#">I. <u>Georeferenziazione dei siti di gioco e stima della densità degli apparecchi sul territorio; correlazione tra stato socio-economico e densità di apparecchi</u></a>	13
<a href="#">Premessa</a>	13
<a href="#">Materiali e metodi</a>	13
<a href="#">Risultati</a>	14
<a href="#">II. <u>Stima dei determinanti sanitari, sociali ed economici del DGA</u></a>	26
<a href="#">Premessa</a>	26
<a href="#">Materiali e Metodi</a>	26
<a href="#">Risultati</a>	27
<a href="#">Scoping Review</a>	27
<a href="#">Pazienti in trattamento per DGA</a>	33
<a href="#">III. <u>Screening sulla popolazione che affrisce ai centri di cura</u></a>	43
<a href="#">Premessa</a>	43
<a href="#">Materiali e metodi</a>	43
<a href="#">Risultati</a>	45
<a href="#">Conclusioni</a>	50
<a href="#">Bibliografia</a>	52
<a href="#">Allegato 1. Guida alla Compilazione sezione aggiunta al SIRD sul DGA</a>	55
<a href="#">Allegato 2. Protocollo di studio sperimentazione dello screening nella popolazione che affrisce ai centri per la salute mentale</a>	58

## Executive Summary

### Razionale

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo rappresenta una forma di dipendenza che evidenzia le principali caratteristiche dell'addiction: l'intenso e persistente desiderio di giocare e la difficoltà a resistervi (craving); l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, quando si è impossibilitati a giocare (astinenza); infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza).

A seguito dell'introduzione del Disturbo da Gioco d'Azzardo nella categoria delle dipendenze patologiche nel DSM 5 (anno 2013), e in seguito alla Legge di Stabilità del 2016, con il conseguente aggiornamento nel 2017 dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitari, è sancito che i Servizi delle Dipendenze (SerD) del SSN siano i luoghi deputati al trattamento di questo disturbo.

La relazione tra offerta di gioco e sviluppo di problematicità costituisce un elemento di straordinaria importanza sia per quanto riguarda la ricerca che per la definizione delle politiche pubbliche. Si tratta tuttavia di un tema che in Italia rischia di essere affrontato su basi ideologiche, schieramenti ed interessi vari, anziché da risultati ed evidenze scientifiche.

Il progetto di ricerca del DEP della durata di 18 mesi è stato avviato nel mese di febbraio 2021 e si è concluso nel mese di luglio 2022. Intende essere un primo lavoro di ricerca che possa contribuire a conoscere i possibili determinanti del DGA e al tempo stesso stimarne la prevalenza in una popolazione vulnerabile.

In particolare, l'obiettivo generale del progetto è quello di condurre uno studio ecologico per misurare la potenziale esposizione al gioco d'azzardo, associando l'offerta di gioco sul territorio alle aree di deprivazione socioeconomica. Lo studio si propone anche di misurare la possibile associazione tra DGA e disponibilità di offerta di gioco. Infine si intende compiere una stima della prevalenza di potenziale rischio di DGA nella popolazione che afferisce ai servizi della salute mentale.

Gli obiettivi specifici, declinati in tre distinte linee di attività, sono i seguenti:

- I. Misura dell'offerta di gioco nella Regione e stima dell'esposizione al DGA, correlando tale offerta alle condizioni socio-economiche dell'area in cui sono ubicate le offerte di gioco e in particolare le New Slot e le VLT.
- II. Descrizione dei pazienti in trattamento per DGA nei SerD del Lazio. Stima dei determinanti sanitari, sociali ed economici, includendo anche aree di residenza ad alta densità di offerta di gioco.
- III. Screening nella popolazione generale vulnerabile, attraverso il coinvolgimento dei centri territoriali per la salute mentale nella Regione Lazio

Di seguito quindi si esplicitano i principali risultati raggiunti per ciascun obiettivo.

## **Georeferenziazione dei siti di gioco e stima della densità degli apparecchi sul territorio**

### **Premessa**

Vari studi ecologici condotti in realtà diverse da quella italiana [1,2] hanno evidenziato un'associazione tra densità di New Slot/VLT e aree di deprivazione socioeconomica, sottolineando come la scelta di dove collocare le New Slot/VLT possa non essere casuale da parte dei gestori. L'obiettivo primario è quindi stimare quanto l'esposizione, ovvero la quantità dell'offerta di apparecchi sul territorio, sia associabile ad aree caratterizzate da stato socioeconomico basso.

## Materiali e metodi

La georeferenziazione dell'offerta di gioco nella Regione è stata eseguita dal DEP, utilizzando l'indirizzario (elenco Ries) presente sul sito governativo delle Dogane e dei Monopoli di Stato [https://www.adm.gov.it/portale/monopoli/giochi/apparecchi\\_intr/elenco\\_soggetti\\_ries?el=2](https://www.adm.gov.it/portale/monopoli/giochi/apparecchi_intr/elenco_soggetti_ries?el=2), che contiene gli indirizzi degli esercizi commerciali autorizzati a gestire apparecchi di intrattenimento quali New Slot/VLT.

Mediante la procedura di geocoding (attribuzione di longitudine e latitudine) degli indirizzi, sono stati proiettati i singoli punti sulla mappa della regione Lazio.

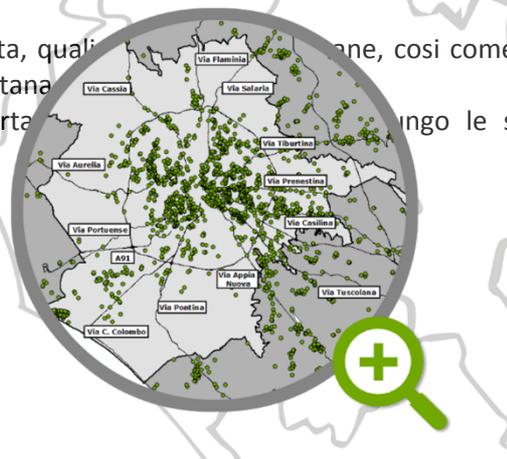
Utilizzando il numero di apparecchi da gioco presenti per punto vendita, sono state individuate le aree territoriali di maggior offerta di gioco e quindi potenzialmente più a rischio di DGA. La densità di apparecchi di intrattenimento–slot machines è stata stimata per km<sup>2</sup> e popolazione residente. In particolare, intorno agli esercizi opportunamente geolocalizzati sono state definite delle aree circolari (buffer) di ampiezza variabile in base all'area di localizzazione (area urbana, suburbana o rurale).

Al fine di stimare la correlazione tra il numero di apparecchi di offerta di gioco e la deprivazione socioeconomica dell'area dove sono posizionate le EGM, è stato utilizzato l'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento [3].

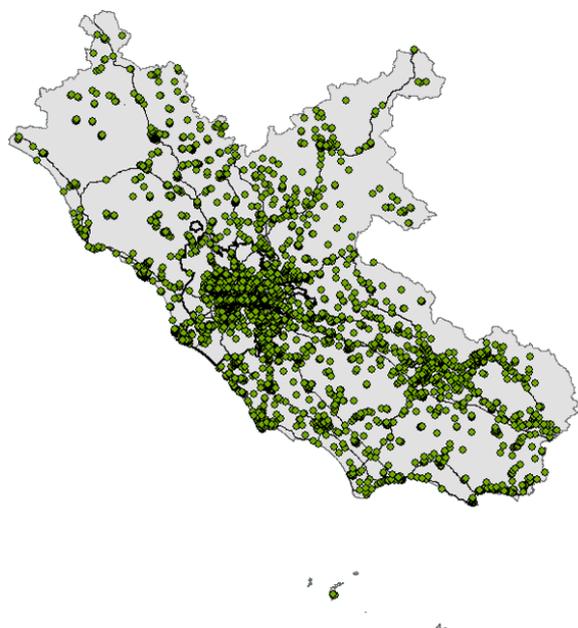
## Risultati

Si presentano di seguito alcune mappe e i commenti relativi. Nella fig. 1 sono localizzati i punti di offerta di gioco nel Lazio: è particolarmente visibile il loro posizionamento lungo le principali strade statali, quali Aurelia, Flaminia, Cassia, Casilina, Appia e Pontina, al fine di facilitarne il raggiungimento.

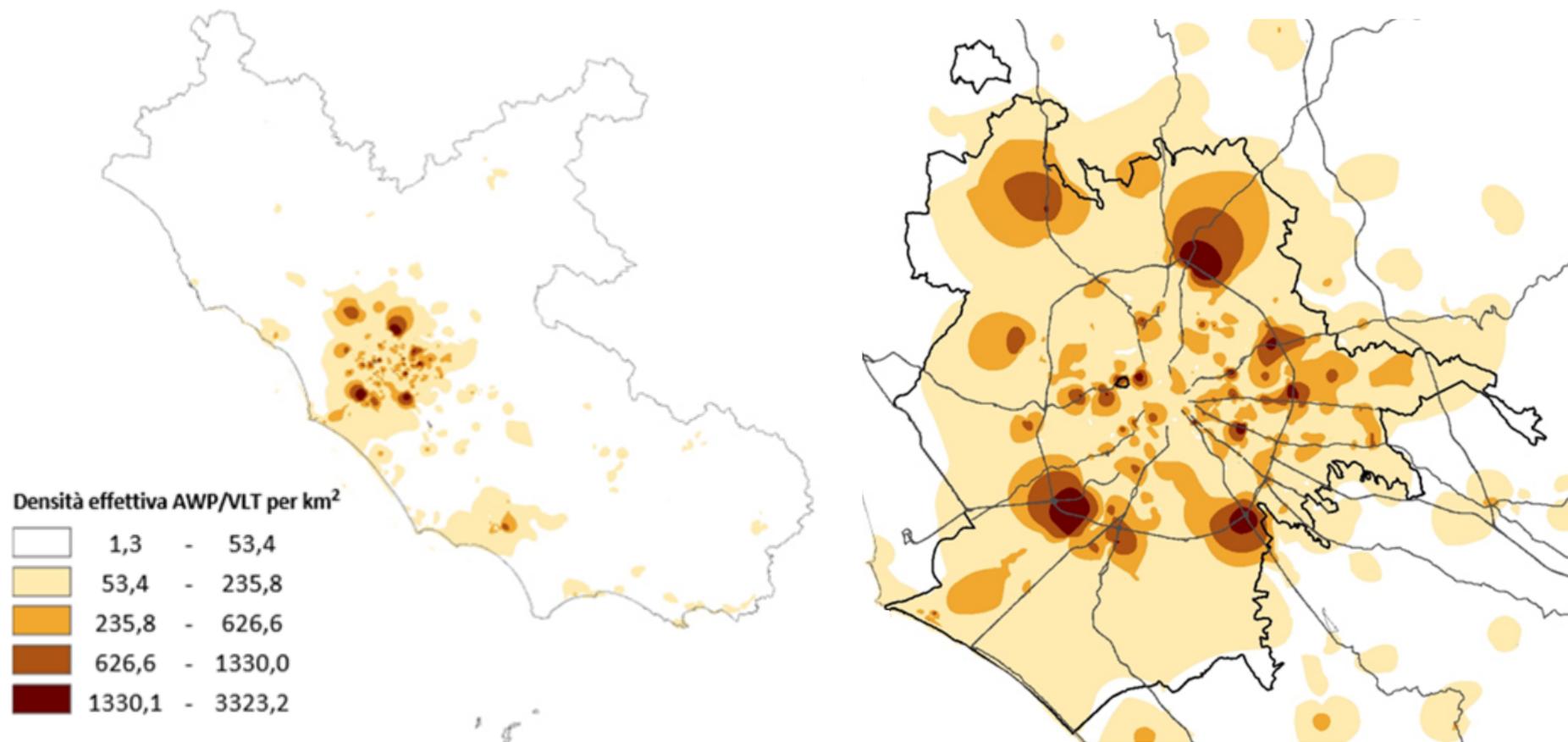
Nel Lazio sono presenti aree caratterizzate da bassa offerta, quali le zone rurali, così come aree cittadine con elevata offerta. In particolare l'area metropolitana di Roma Capitale, dove, analogamente alla regione, l'offerta è concentrata lungo le strade consolari (fig 1a).



**Fig. 1 Georeferenziazione dei luoghi di offerta nella regione**



**Fig 2 Densità New Slot/VLT per km<sup>2</sup> nella Regione**



Le figure 2 e 2a riportano rispettivamente la densità di macchine da gioco nella Regione e a Roma: si conferma il loro posizionamento lungo le arterie principali e il litorale laziale e romano. Particolarmente rilevante risulta inoltre la concentrazione nell'area corrispondente alla città di Latina.

E' stata quindi misurata la distribuzione del numero di apparecchi (la media, la mediana e altri indici di posizione) per livello socio economico.

**Tab. 1 Distribuzione del numero di apparecchi AWP/VLT per livello socioeconomico. Lazio**

Livello socio-economico	Numero totale apparecchi									Esercizi	
	n	Media	Mediana	p25	p75	p90	p95	p99	Max	n	con almeno 46* apparecchi
<b>Alto</b>	2,770	5.9	3	2	5	11	24	51	81	472	7
<b>Medio-alto</b>	4,458	4.9	3	2	4	8	15	44	103	910	8
<b>Medio</b>	5,802	4.9	3	2	5	8	16	40	82	1,176	7
<b>Medio-basso</b>	6,808	5.1	3	2	5	9	16	34	94	1,343	7
<b>Basso</b>	5,917	6.0	3	2	6	10	19	60	126	984	13
<b>Totale</b>	25,755	5.3	3	2	5	9	16	45	126	4,885	42

Coefficiente di correlazione di Pearson  $\rho=0.046$

\*99° percentile

Sebbene non vi sia una correlazione lineare tra numero di apparecchi e il livello socioeconomico sia a livello regionale che comunale (Roma), si evidenzia un numero più elevato di esercizi ad alta concentrazione di apparecchi nelle zone ad alta deprivazione. Se ne deduce che gli esercizi sono distribuiti in maniera uniforme sul territorio, ma quelli più grandi (bingo e sala giochi) si trovano per lo più nelle zone deprivate e vicino alle vie ad alta percorrenza.

## Stima dei determinanti sanitari, sociali ed economici del DGA

### Premessa

Presso il DEP è istituito il Sistema di Sorveglianza regionale sulle Dipendenze (Deliberazione della Giunta Regionale n° 6907/91). terapeutici farmacologici e psicosociali effettuati nei servizi. I dati relativi ai pazienti con DGA sono disponibili dal 2016.

Oltre alle informazioni sociodemografiche (genere, età, residenza, titolo di studio, condizione occupazionale, situazione abitativa, etc.) dei pazienti, il SIRD permette di raccogliere altre informazioni specifiche per i pazienti in trattamento per DGA, quali:

- Modalità di gioco prevalente
- Tempo di vita dedicato al gioco
- Proporzione di denaro speso in rapporto al reddito mensile

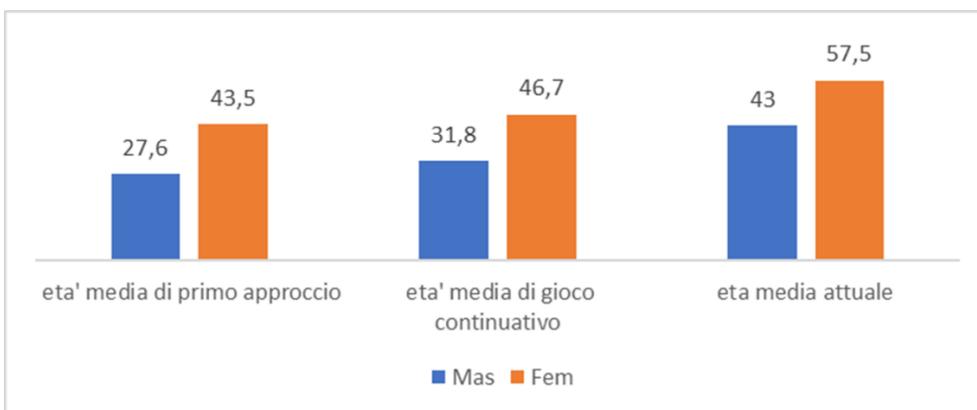
- Situazione debitoria

Al fine di ottimizzare il SIRD per la raccolta di dati specifici sul DGA sono stati effettuati degli incontri con i clinici dei SERD che si occupano di DGA per aggiungere delle variabili maggiormente informative.

### Risultati

Il campione analizzato è composto da 771 pazienti, di cui gli uomini rappresentano l'82% (n=631). Tra uomini e donne sono marcate le differenze di età e soprattutto di età tra il primo comportamento di gioco come riportato nella fig. 3

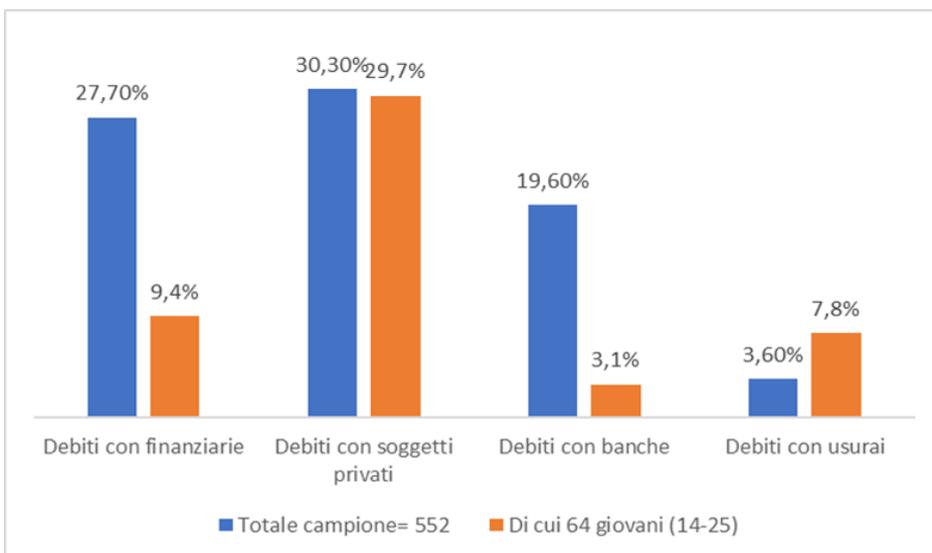
**Fig. 3 . Distribuzione per genere per età di primo comportamento di gioco, gioco continuativo ed età di accesso al SerD**



Le donne inoltre risultano utilizzare meno le NewSlot/VLT ma piuttosto giocare con lotterie istantanee e gratta e vinci. La proporzione di donne sole (vedove o separate) è quasi doppia rispetto agli uomini.

Un ulteriore aspetto interessante è la situazione debitoria in cui versa il 77% del campione. In particolare risalta la proporzione di giovani che dichiara di aver contratto debiti con usurai, come riportato in fig. 4

**Fig. 4 Distribuzione percentuale (dati validi) dei pazienti che hanno debiti per il gioco per tipo di soggetto debitore**



## **Screening sulla popolazione che afferrisce ai centri di cura**

### **Premessa**

Alcune revisioni sistematiche [4,5] hanno riportato l'associazione tra DGA e disturbi psichiatrici. Tali comorbidità riguardano prevalentemente il disturbo da uso di sostanze (58%), disturbi dell'umore (38%), disturbi di ansia (37%). Pertanto si ritiene che qualora una persona acceda per una diagnosi ad un centro di trattamento per la salute mentale (SerD, DSM), all'interno della fase di valutazione e diagnosi, possa essere incluso uno screening per il DGA.

Questa linea di ricerca, ha visto il coinvolgimento dei DSM e dei centri di salute mentale (CSM) a partire dal mese di settembre 2021. Al fine di procedere con la selezione del campione di CSM da coinvolgere, è stato richiesto alla regione Lazio, Area Rete Integrata del Territorio-Ufficio Salute Mentale, dipendenze e minori, di fornire l'elenco dei CSM operanti nella regione e della loro utenza sia prevalente che incidente (dati più recenti disponibili).

### **Materiali e metodi**

E' stato quindi selezionato un campione di 1850 soggetti dei servizi della salute mentale, stratificato per ASL, stimato in base ad una prevalenza attesa di DGA pari al 2%, facendo riferimento alla survey condotta dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2018 [6]. Tale indagine ha stimato, attraverso lo strumento di screening PGSI, che la proporzione di giocatori a rischio di DGA sia del 1.7% nella popolazione generale residenti nel Centro Italia. A tutti i pazienti in carico afferenti ai centri nel periodo novembre-marzo, e che rispondessero ai criteri di inclusione, è stato somministrato il PGSI.

### **Risultati**

Sono stati raccolti i risultati del test di screening di 1780 pazienti, pari al 96.2% del campione. Di questi è stata raccolta anche la diagnosi psichiatrica ICD IX-CM per 1625 persone (91.3% del campione rispondente).

La prevalenza del punteggio critico al PGSI (ovvero un rischio di DGA) è stata pari all'8.8% (n=157).

Il rapporto di prevalenza per patologia psichiatrica rispetto alla media del campione non riporta dei rischi associati a particolari patologie psichiatriche, come riportato in tab. 2

**Tab. 2 Punteggi critici al PGSI per diagnosi psichiatrica, rispetto alla media del campione(riferimento)**

Diagnosi	Pazienti	Critico				Intervallo di confidenza		RR	p value
		SI	NO	% SI	% NO	INF	SUP		
Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	454	30	424	6,61	93,39	4,67	9,28	0,75	0,129
Disturbi episodici dell'umore	442	38	404	8,60	91,40	6,33	11,58	0,97	0,882
Psicosi schizofreniche	229	22	207	9,61	90,39	6,43	14,12	1,09	0,694
Disturbi di personalità	209	24	185	11,48	88,52	7,84	16,52	1,3	0,205
Altre psicosi non organiche	101	8	93	7,92	92,08	4,07	14,86	0,9	0,756
Reazione di adattamento	93	5	88	5,38	94,62	2,32	11,97	0,61	0,249
Disturbo depressivo	13	1	12	7,69	92,31	1,37	33,31	0,87	0,886
Disturbi del controllo degli impulsi	3	1	2	33,33	66,67	6,15	79,23	3,78	0,136
Disturbo delle emozioni specifico dell'infanzia e	1	0	1	0,00	100,00				
Missing	155	15	140	9,68	90,32	5,95	15,35	1,1	0,719
Altro disturbo	80	13	67	16,25	83,75	9,75	25,84	1,84	0,024
<b>Totale complessivo</b>	<b>1780</b>	<b>157</b>	<b>1623</b>	<b>8,82</b>	<b>91,18</b>				

Tuttavia utilizzando come riferimento la popolazione generale, dove tale rischio è pari all'1.7%, si vince che la popolazione psichiatrica ha un rischio 5 volte maggiore di DGA (tab.3)

**Tab.3 Punteggi critici al PGSI per diagnosi psichiatrica, rispetto alla popolazione generale (riferimento)**

Diagnosi	Pazienti	Critico				Intervallo di confidenza		RR_popolazione	p value
		SI	NO	% SI	% NO	INF	SUP		
Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	454	30	424	6,61	93,39	4,67	9,28	3,89	<0.001
Disturbi episodici dell'umore	442	38	404	8,60	91,40	6,33	11,58	5,06	<0.001
Psicosi schizofreniche	229	22	207	9,61	90,39	6,43	14,12	5,65	<0.001
Disturbi di personalità	209	24	185	11,48	88,52	7,84	16,52	6,75	<0.001
Altre psicosi non organiche	101	8	93	7,92	92,08	4,07	14,86	4,66	<0.001
Reazione di adattamento	93	5	88	5,38	94,62	2,32	11,97	3,16	0,006
Disturbo depressivo	13	1	12	7,69	92,31	1,37	33,31	4,52	0,095
Disturbi del controllo degli impulsi	3	1	2	33,33	66,67	6,15	79,23	19,61	<0.001
Disturbo delle emozioni specifico dell'infanzia e	1	0	1	0,00	100,00				
Missing	155	15	140	9,68	90,32	5,95	15,35	5,69	<0.001
Altro disturbo	80	13	67	16,25	83,75	9,75	25,84	9,56	<0.001
<b>Totale complessivo</b>	<b>1780</b>	<b>157</b>	<b>1623</b>	<b>8,82</b>	<b>91,18</b>	<b>7,59</b>	<b>10,23</b>	<b>5,19</b>	<b>&lt;0.001</b>

In sintesi riteniamo che lo screening nei DSM sia fattibile, considerato il 96,2% di risposte e sebbene non emergono associazioni tra diagnosi e punteggio critico, la popolazione in carico ai DSM ha un **rischio 5 volte maggiore** rispetto alla popolazione generale di necessitare un assessment per DGA.

## Conclusioni

- Non vi è una correlazione lineare tra numero di apparecchi e il livello socioeconomico sia a livello regionale che a Roma
- Tuttavia si registra un numero più elevato di esercizi ad alta concentrazione di apparecchi nelle zone ad alta deprivazione
- La popolazione in carico ai SerD è la punta dell'iceberg del problema
- Le donne in carico ai SerD sono più fragili (per età e condizioni di vita)
- La situazione debitoria dei giocatori in trattamento è un problema sociale rilevante (e forse è un determinante per il trattamento nel servizio pubblico)
- È fattibile e utile che tutti i DSM sottopongano a screening i loro pazienti
- Sarebbero necessari accordi all'interno dei DSM tra i centri di salute mentale e i SerD
- Sarebbe necessario monitorare anche altri servizi che si occupano di assessment e/o trattamento del DGA, al fine di avere una misura più robusta del fenomeno

## Riferimenti bibliografici

1. Pearce, J., Mason, K., Hiscock, R., & Day, P. (2008). A national study of neighbourhood access to gambling opportunities and individual gambling behaviour. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 862–868. doi:10.1136/jech.2007.068114
2. Xouridas, S., Jasny, J., & Becker, T. (2016). An ecological approach to Electronic gambling machines and socioeconomic deprivation in Germany. *Journal of Gambling Issues*, (33), 82-102.
3. Rosano, A., Pacelli, B., Zengarini, N., Costa, G., Cislighi, C., & Caranci, N. (2020). Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento. *Epidemiol Prev*, 44(2-3), 162-70.
4. Lorains, F. K., Cowlshaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
5. Sharman, S., et al. (2019). "Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations." *Addict Behav* 99: 106071.
6. Ufficio Stampa Istituto Superiore di Sanità. CS N° 30/2018 – Gioco d'azzardo. Disponibile su <https://ufficiostampa.iss.it/?p=1335>

## Razionale

Il Disturbo da Gioco d'Azzardo rappresenta una forma di dipendenza che evidenzia le principali caratteristiche dell'addiction: l'intenso e persistente desiderio di giocare e la difficoltà di resistervi (craving); l'insorgenza di una serie di sintomi quali irrequietezza, ansia, disforia, disturbi del sonno, quando si è impossibilitati a giocare (astinenza); infine la necessità di giocare somme di denaro sempre più ingenti e con maggiore frequenza per riprodurre il medesimo vissuto di euforia e gratificazione (tolleranza).

A seguito dell'introduzione del Disturbo da Gioco d'Azzardo nella categoria delle dipendenze patologiche nel DSM 5 (anno 2013), e in seguito alla Legge di Stabilità del 2016, con il conseguente aggiornamento nel 2017 dei Livelli Essenziali di Assistenza socio-sanitari, è sancito che i Servizi delle Dipendenze (SerD) del SSN siano i luoghi deputati al trattamento di questo disturbo.

La relazione tra offerta di gioco e sviluppo di problematicità costituisce un elemento di straordinaria importanza sia per quanto riguarda la ricerca, che per la definizione delle politiche pubbliche. Si tratta tuttavia di un tema che in Italia rischia di essere affrontato su basi ideologiche, schieramenti ed interessi vari, anziché da risultati ed evidenze scientifiche.

In un recente lavoro di Sulkunen [1] è stato notato che "i livelli di gioco d'azzardo nella popolazione tendono a salire o scendere con la disponibilità [dell'offerta, NdR], ed è possibile che anche i problemi di gioco seguano queste variazioni". Secondo gli autori se la disponibilità aumenta nel tempo, la prevalenza di DGA aumenta inizialmente linearmente per poi rimanere stabile o diminuire nel tempo, mentre "l'incidenza dei nuovi casi potrebbe addirittura diminuire a causa delle persone più a rischio che hanno smesso di giocare, in quanto hanno subito le conseguenze peggiori, dalla bancarotta al suicidio" (Sulkunen et al., 2021 pag.115).

Una revisione della letteratura, che ha incluso 39 studi [2], ha riscontrato una correlazione tra disponibilità fisica di "electronic gaming machines (EGMs)" e comportamenti di gioco, problematiche correlate al gioco e "gambling-related treatment seeking". Tuttavia, per quanto di grande importanza, le variabili densità e prossimità non sono sufficienti a descrivere il fenomeno e andrebbero correlate con altre variabili, come ad esempio quelle di tipo ecologico, al fine di poter investigare il diverso effetto dell'ubicazione di EGM in zone deprivate rispetto a zone con altre caratteristiche socio demografiche.

Il progetto di ricerca del DEP ha lo scopo di contribuire a conoscere i possibili determinanti del DGA e al tempo stesso stimarne la prevalenza in una popolazione vulnerabile.

In particolare, l'obiettivo generale del progetto è quello di condurre uno studio ecologico per misurare la potenziale esposizione al gioco d'azzardo, associando l'offerta di gioco sul territorio alle aree di deprivazione socioeconomica. Lo studio si propone anche di misurare la possibile associazione tra DGA e disponibilità di offerta di gioco. Infine si intende compiere una stima della prevalenza di potenziale rischio di DGA nella popolazione che affrisce ai servizi della salute mentale.

Gli obiettivi specifici del progetto, declinati in tre distinte linee di attività, sono i seguenti:

- I. Misura dell'offerta di gioco d'azzardo nella Regione e stima della densità di apparecchi sul territorio; stima della correlazione tra numero di apparecchi (in particolare le New Slot e le Videolottery) e stato socioeconomico dell'area in cui sono ubicati gli esercizi
- II. Descrizione dei pazienti in trattamento per DGA nei SerD del Lazio. Stima dei determinanti sanitari, sociali ed economici, includendo anche aree di residenza ad alta densità di offerta di gioco.
- III. Screening nella popolazione generale vulnerabile, attraverso il coinvolgimento dei centri territoriali per la salute mentale nella Regione Lazio

## I. Georeferenziazione dei siti di gioco e stima della densità degli apparecchi sul territorio; correlazione tra stato socio-economico e densità di apparecchi

### Premessa

Vari studi ecologici, condotti in realtà diverse da quella italiana [3,4], hanno evidenziato un'associazione tra densità di New Slot/VLT e aree di deprivazione socioeconomica, sottolineando come la scelta di dove collocare le New Slot/VLT possa non essere casuale da parte dei gestori. L'obiettivo primario è quindi stimare quanto l'esposizione, ovvero la quantità dell'offerta di apparecchi sul territorio, sia associabile ad aree caratterizzate da stato socioeconomico basso.

La georeferenziazione dell'offerta di gioco nella Regione è stata già eseguita dal DEP, utilizzando l'indirizzario (elenco Ries) presente sul sito governativo delle Dogane e dei Monopoli di Stato [https://www.adm.gov.it/portale/monopoli/giochi/apparecchi\\_intr/elenco\\_soggetti\\_ries?el=2](https://www.adm.gov.it/portale/monopoli/giochi/apparecchi_intr/elenco_soggetti_ries?el=2), che contiene gli indirizzi degli esercizi commerciali autorizzati a gestire apparecchi di intrattenimento quali New Slot/VLT. Successivamente, mediante il servizio di geocoding di Google Maps, è stato possibile associare alla quasi totalità degli indirizzi le coordinate geografiche e quindi localizzare su una mappa i singoli esercizi commerciali autorizzati. In particolare nel Lazio, a dicembre 2018, risultano essere presenti 8404 esercizi commerciali in cui che offrono diverse modalità di gioco.

## Materiali e metodi

L'elenco RIES, di cui sopra, già georeferenziato, è stato ampliato e aggiornato al giugno 2021. Dopo varie difficoltà, si è riusciti ad ottenere, dall'Agenzia dei Monopoli e delle Dogane, l'elenco completo dei siti e degli indirizzi dei soggetti (di cui all'articolo 1, comma 533, della legge n. 266/2005, come sostituito dall'articolo 1, comma 82, della legge 13 dicembre 2010, n 220).

Tale elenco, disponibile in chiaro sul sito suindicato, non è però scaricabile direttamente da sito. Al fine di poter quindi posizionare gli esercizi abilitati alle attività connesse agli apparecchi da intrattenimento–slot machines (RIES) su una mappa si è reso necessario poter disporre di un file processabile al fine di misurare i differenziali territoriali dell'offerta di gioco.

Mediante la procedura di *geocoding* (attribuzione di longitudine e latitudine) degli indirizzi, sono stati proiettati i singoli punti sulla mappa della regione Lazio.

Utilizzando il numero di apparecchi da gioco presenti per punto vendita, sono state individuate le aree territoriali di maggior offerta di gioco e quindi potenzialmente più a rischio di DGA. La densità di apparecchi di intrattenimento–slot machines è stata stimata per km<sup>2</sup> e popolazione residente. In particolare, intorno agli esercizi opportunamente geolocalizzati sono state definite delle aree circolari (buffer) di ampiezza variabile in base all'area di localizzazione (area urbana, suburbana o rurale). Tali aree hanno un raggio 100 m per le aree urbane, 200 per le aree intermedie (città minori e aree suburbane) e 500 per aree rurali, sulla base della classificazione EUROSTAT<sup>1</sup>, che tiene conto di diversi parametri, tra cui la densità abitativa.

All'interno delle suddette aree (che potranno contenere più di un esercizio, se gli stessi sono ubicati in prossimità), è stata quindi calcolata la densità complessiva di offerta di gioco ed è stato utilizzato il metodo dei Natural Breaks per la definizione delle classi di densità.

Al fine di stimare la correlazione tra il numero di apparecchi di offerta di gioco e la deprivazione socioeconomica dell'area dove sono posizionate le EGM, è stato utilizzato l'indice di deprivazione italiano a livello di sezione di censimento [Rosano et al, 2020]. Gli indici di deprivazione costituiscono misure multidimensionali di risorse materiali e sociali. In Italia e sul territorio regionale sono disponibili indici di deprivazione, per sezione di censimento, comunemente utilizzati in ambito epidemiologico sia come proxy dello status socioeconomico individuale sia come indicatore di condizioni socioeconomiche di contesto. L'indice è costruito con i dati del 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni del 2011. Tale indicatore è stato definito sulla base fattori contestuali, quali istruzione, occupazione, condizione professionale, struttura familiare e condizione abitativa.

## Risultati

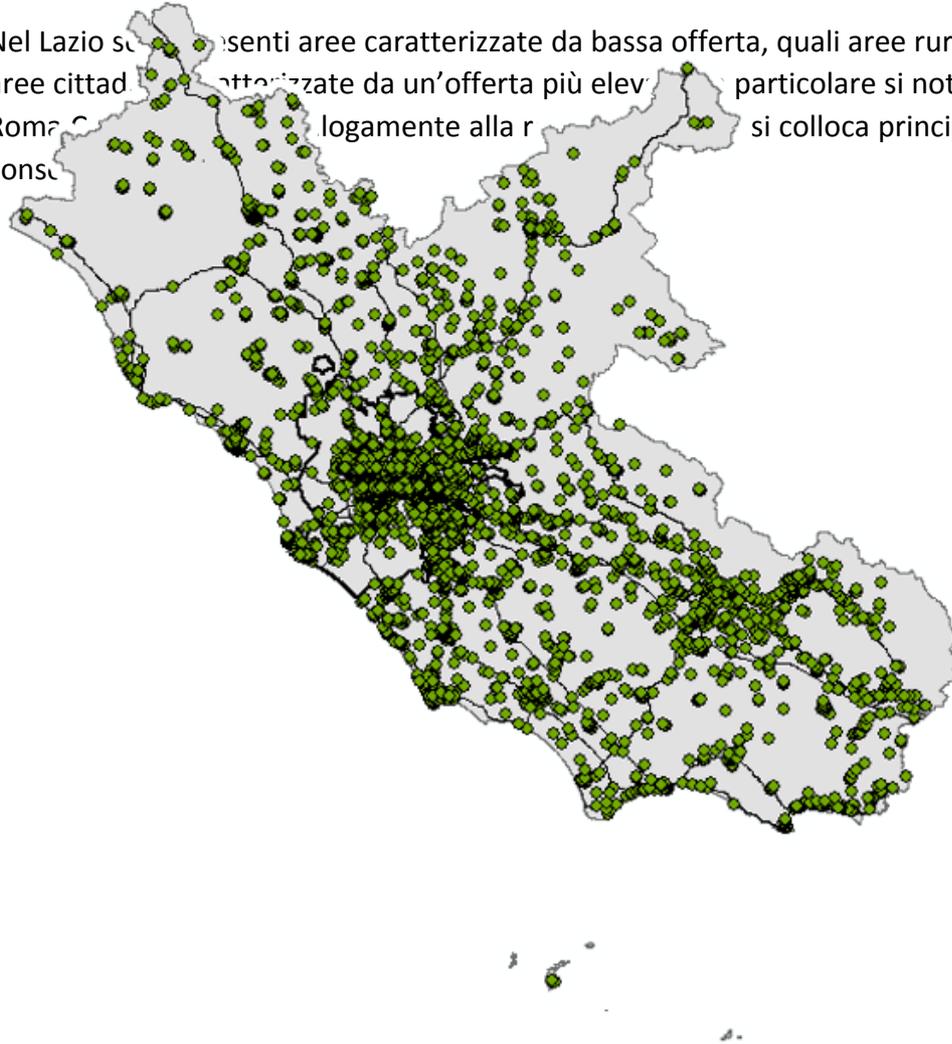
---

<sup>1</sup> Eurostat. Degree of urbanisation. Background. Disponibile all'indirizzo: [https:// ec.europa.eu/eurostat/web/degree-of-urbanisation/background](https://ec.europa.eu/eurostat/web/degree-of-urbanisation/background)

Si presentano di seguito alcune mappe e i commenti relativi.

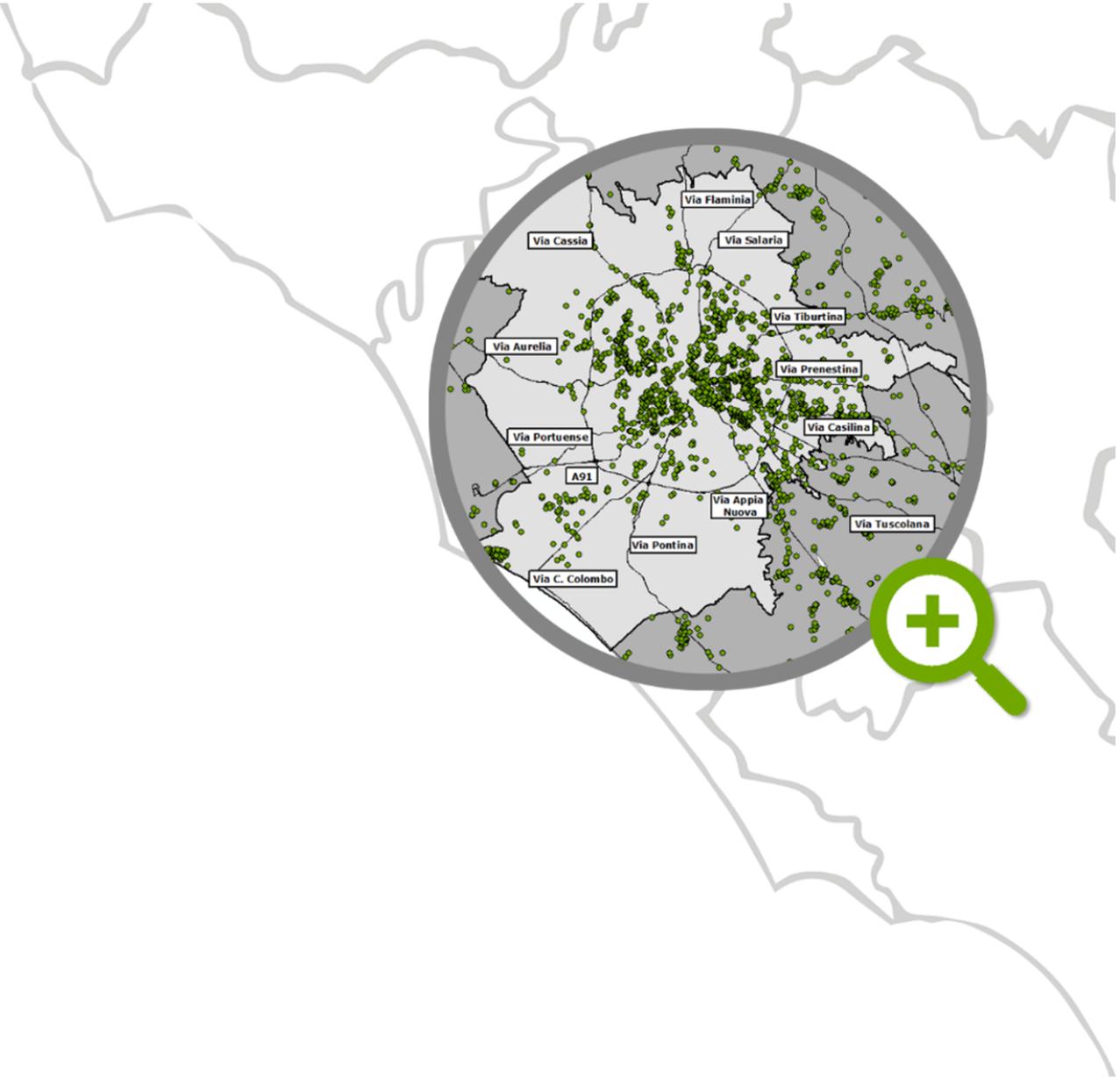
Nella fig. 1 sono mappati gli esercizi commerciali adibiti al gioco d'azzardo nel Lazio: è particolarmente riscontrabile il loro posizionamento lungo le principali strade statali, quali Aurelia, Flaminia, Cassia, Casilina, Appia e Pontina.

Nel Lazio sono presenti aree caratterizzate da bassa offerta, quali aree rurali o montane, così come aree cittadine caratterizzate da un'offerta più elevata. In particolare si nota l'area metropolitana di Roma. Il posizionamento alla regione si colloca principalmente lungo le strade consolari.



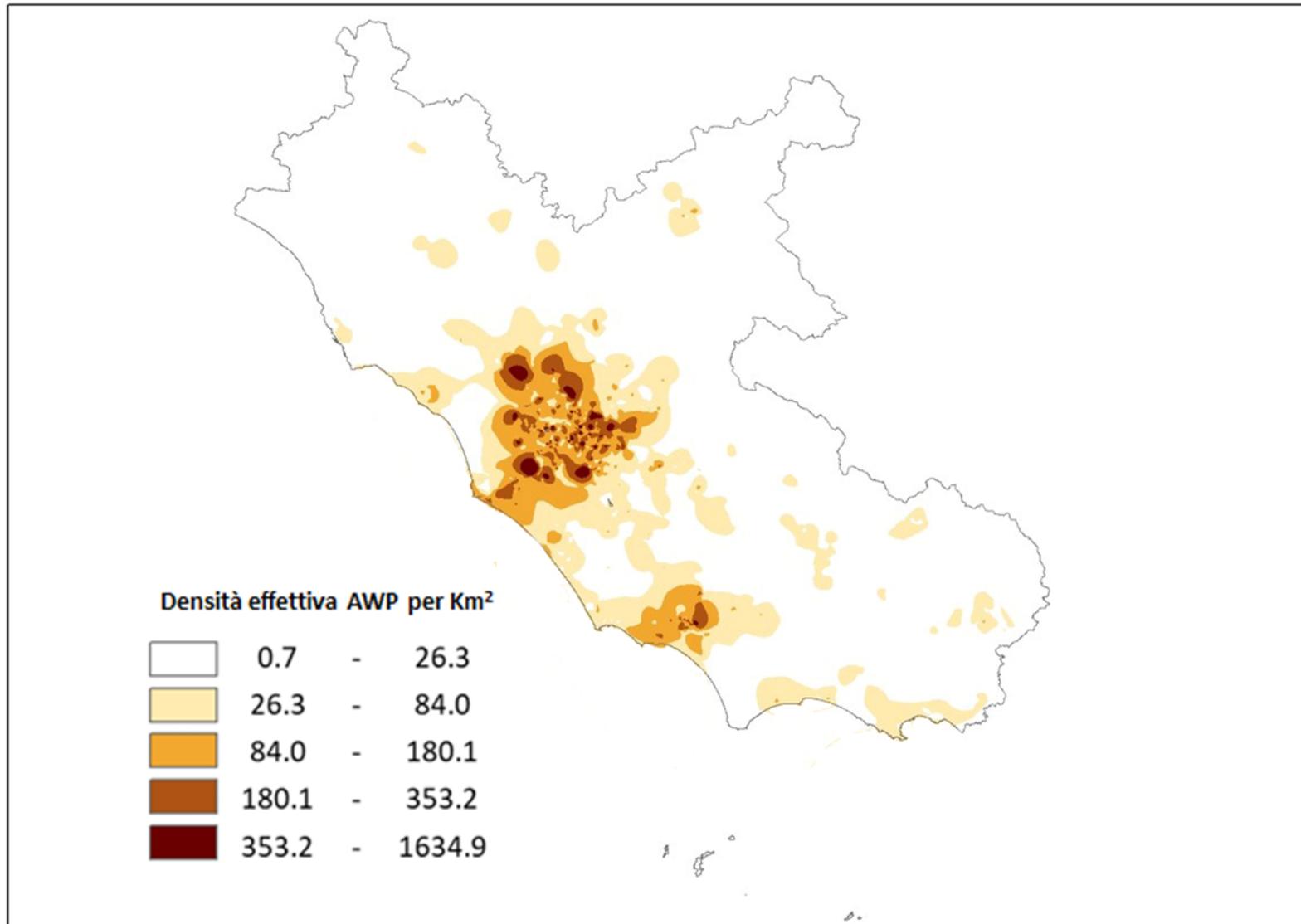
**Fig. 1**  
**Georeferenziazione**  
**dei luoghi di offerta**  
**nella regione**

**Fig. 1a** Ingrandimento mappa precedente per il Comune di Roma

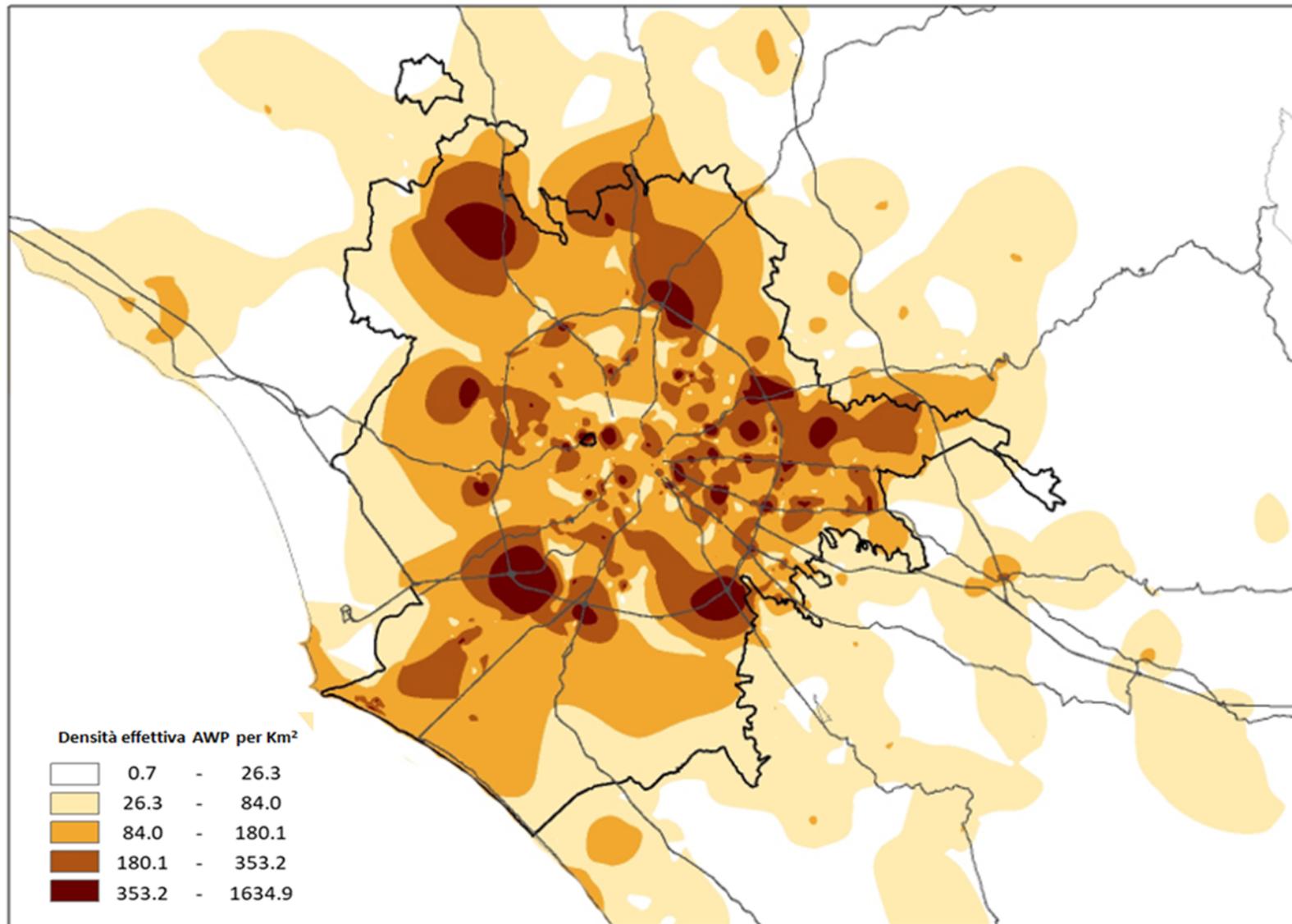




**Fig 2 Densità AWP per km<sup>2</sup> nella Regione**



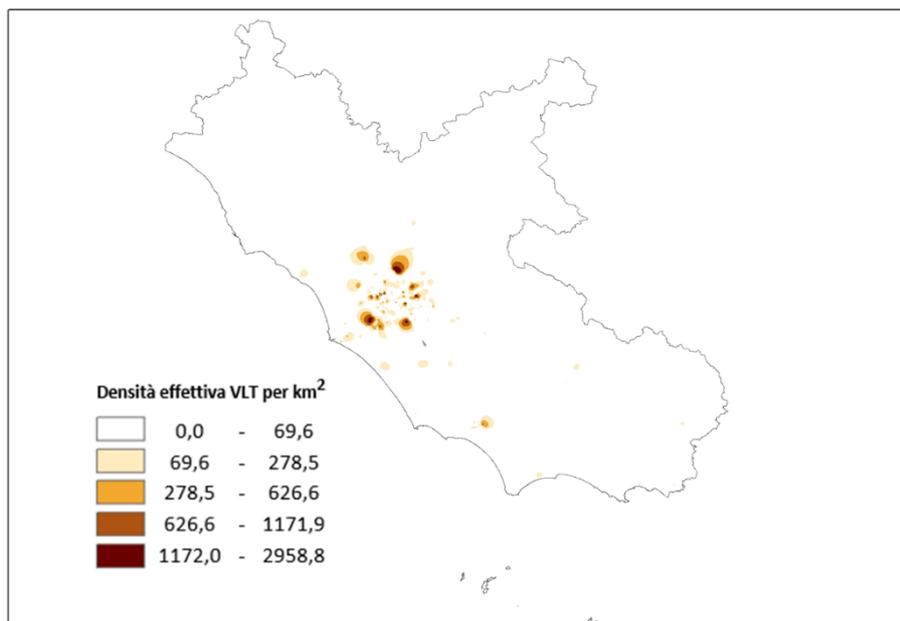
**Fig 2a Densità AWP per km<sup>2</sup> nel Comune di Roma**



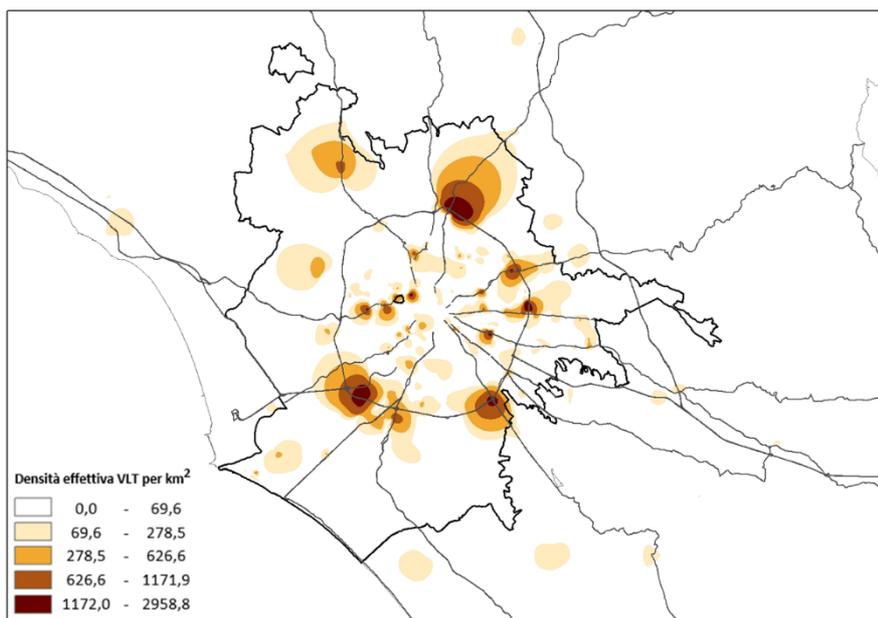
Le figure 2 e 2a riportano rispettivamente la densità di apparecchi AWP nella Regione e all'interno del comune di Roma. A livello territoriale, si evidenzia una più alta densità lungo le arterie principali e il litorale laziale e romano. Particolarmente rilevante risulta inoltre la concentrazione nell'area corrispondente alla città di Latina.

Distribuzioni analoghe sono relative a punti vendita con disponibilità di VLT (figg. 3 e 3a) per cui risulta ancora più marcato il posizionamento nella città di Latina e lungo le strade consolari intorno al Grande Raccordo Anulare di Roma.

**Fig 3 Densità VLT per km<sup>2</sup> nella Regione**

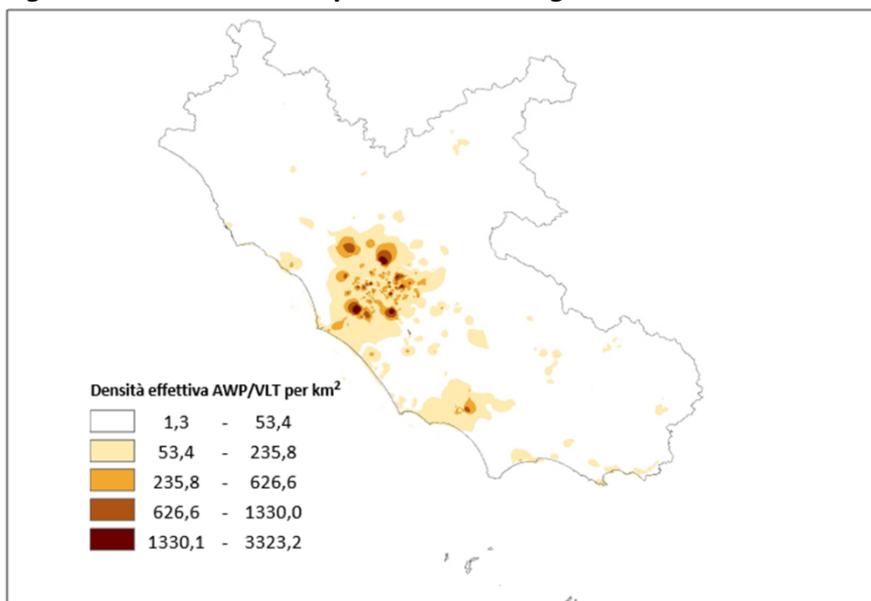


**Fig. 3a Densità VLT per km<sup>2</sup> nel Comune di Roma**

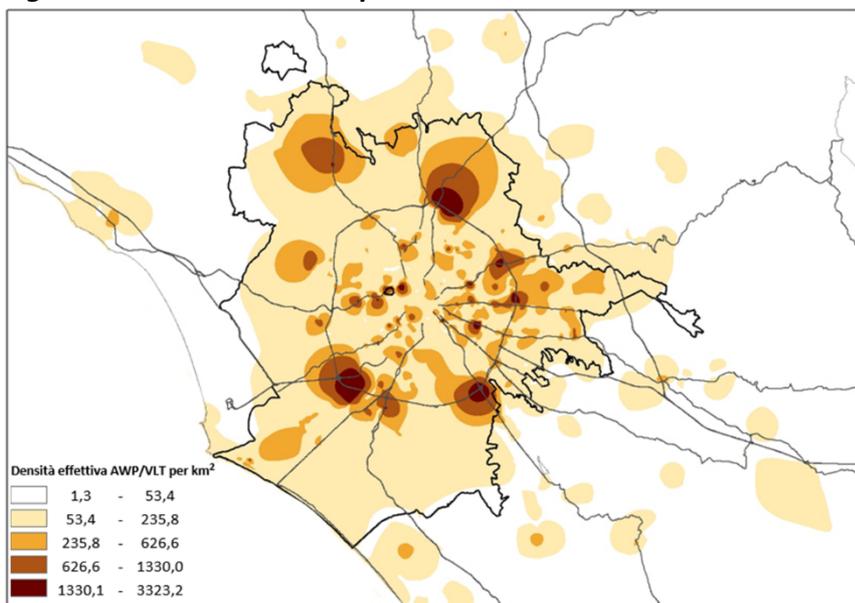


Nelle figure 4 e 4a si riporta inoltre la densità complessiva di tutte le tipologie d'apparecchio (AWP e VLT ) per il gioco d'azzardo.

**Fig 4 Densità AWP e VLT per km<sup>2</sup> nella Regione**



**Fig. 4a Densità AWP e VLT per km<sup>2</sup> nel Comune di Roma**

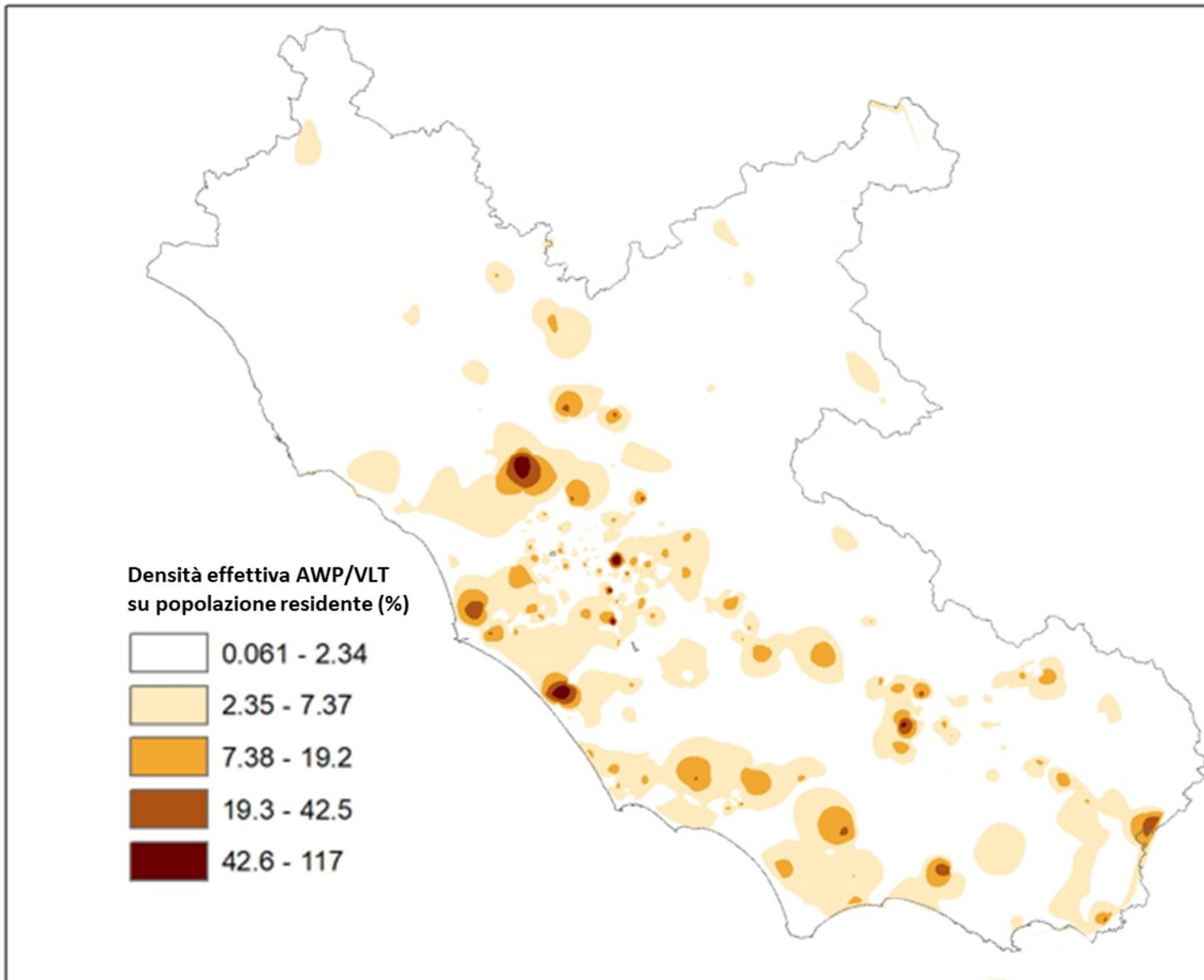


La densità di slot machine è stata poi calcolata in riferimento alla popolazione residente nelle aree di interesse.

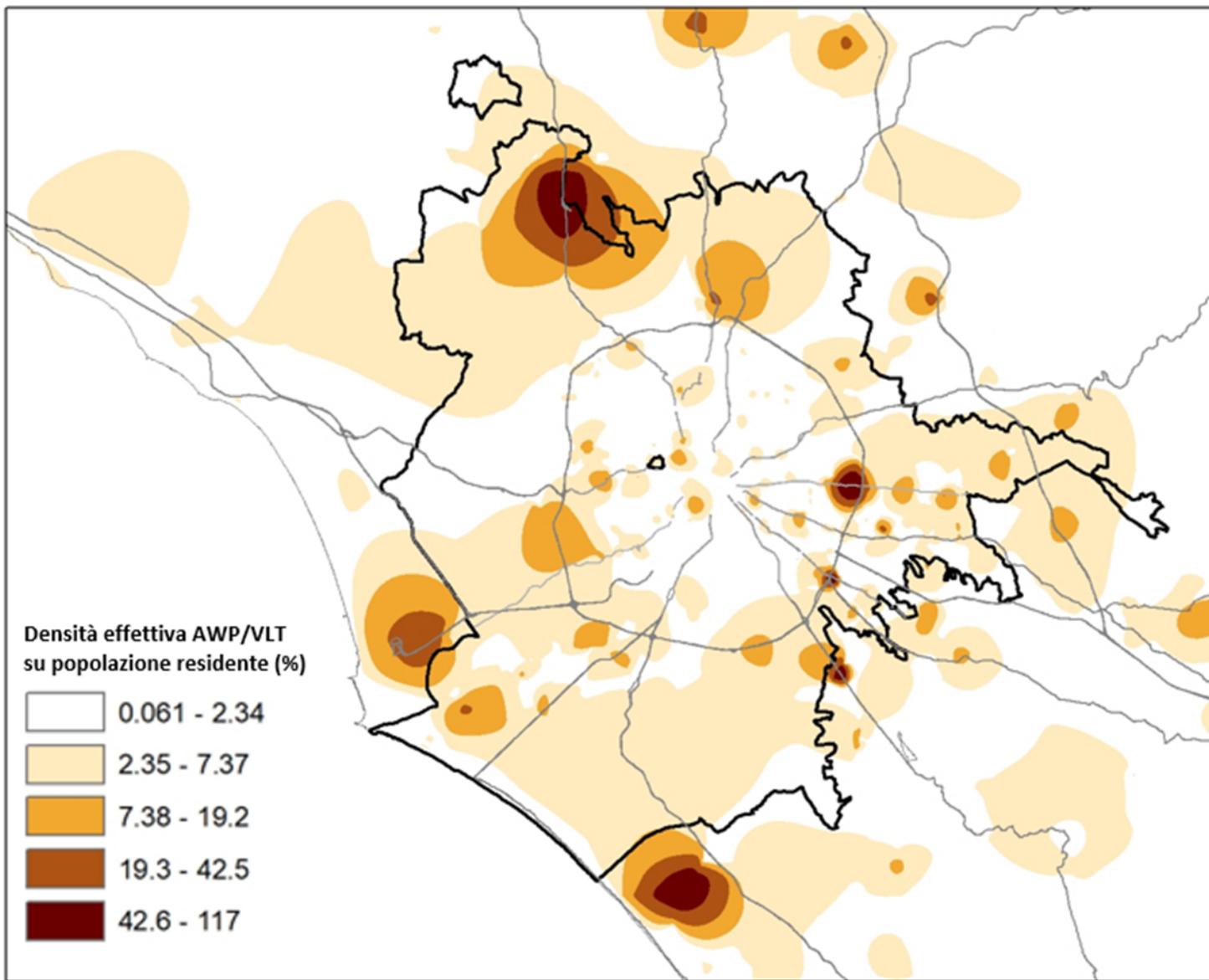
Per semplificare la lettura si riportano solo le distribuzioni delle densità totali di AWP e VLT ogni 100 abitanti (si utilizza la distribuzione percentuale al fine di rendere comparabili le aree) rispettivamente per l'intera regione (fig. 5) e l'area di Roma Capitale (fig. 6).

In particolare, nel Lazio risulta una maggiore concentrazione, rispetto alla popolazione residente, nelle aree che vanno dalla città di Roma al litorale pontino, l'area lungo la Casilina e la zona a nord est di Roma (Monterotondo, Tivoli, Guidonia)

**Fig 5 Distribuzione della densità AWP e VLT sulla popolazione residente nella Regione**



**Fig.6 Distribuzione della densità AWP e VLT sulla popolazione residente a Roma Capitale**



Nella fig. 6 è evidente una maggiore densità nelle zone di Roma Nord, nella zona Flaminia-Saxa Rubra, lungo la Casilina vicino al GRA (Tor Bella Monaca), ad Ostia, nella zona nei pressi di Ciampino, e nelle aree limitrofe di Fiumicino, Pomezia, ma anche nei Castelli Romani.

Il fatto che queste aree, caratterizzate da un basso livello socioeconomico, risultassero quelle con alta densità, ci ha suggerito di verificare l'esistenza di una correlazione (ovvero una relazione lineare) tra il numero di apparecchi da gioco sul territorio e l'indice di deprivazione economica di area.

Nelle tabelle seguenti (Tabb. 1, 2, 3, 4, 5, 6) viene riportata la distribuzione del numero di apparecchi (la media, la mediana e altri indici di posizione) per livello socio economico della zona in cui sono ubicati gli esercizi e il coefficiente di Pearson. Il valore dell'indice può assumere valori compresi tra -1 (correlazione inversa) e 1 (correlazione diretta), un valore dell'indice pari a 0 comporta l'assenza di correlazione. Inoltre, per ogni livello socioeconomico, viene riportato anche il numero di esercizi totale e quello con alta concentrazione di apparecchi ( $\geq 46$ , valore a cui corrisponde il 99° percentile della distribuzione).

**Tab.1 Distribuzione del numero di apparecchi AWP/VLT per livello socioeconomico. Lazio**

Livello socio-economico	Numero totale apparecchi										Esercizi	
	n	Media	Mediana	p25	p75	p90	p95	p99	Max	n	con almeno 46* apparecchi	
Alto	2,770	5.9	3	2	5	11	24	51	81	472	7	
Medio-alto	4,458	4.9	3	2	4	8	15	44	103	910	8	
Medio	5,802	4.9	3	2	5	8	16	40	82	1,176	7	
Medio-basso	6,808	5.1	3	2	5	9	16	34	94	1,343	7	
Basso	5,917	6.0	3	2	6	10	19	60	126	984	13	
Totale	25,755	5.3	3	2	5	9	16	45	126	4,885	42	

Coefficiente di correlazione di Pearson  $\rho=0.046$

\*99° percentile

**Tab.2 Distribuzione del numero di apparecchi AWP/VLT per livello socioeconomico. Roma**

Livello socio-economico	Numero totale apparecchi										Esercizi	
	n	Media	Mediana	p25	p75	p90	p95	p99	Max	n	con almeno 66* apparecchi	
Alto	1,547	6.2	3	2	5	12	26	54	81	248	2	
Medio-alto	2,284	5.6	3	2	5	8	20	47	103	407	3	
Medio	2,080	6.1	3	2	6	12	22	47	82	342	2	
Medio-basso	2,124	6.3	3	2	6	14	22	43	94	339	2	
Basso	2,648	8.7	4	2	6	16	40	97	126	303	7	
Totale	10,683	6.5	3	2	6	13	23	65	126	1,639	16	

Coefficiente di correlazione di Pearson  $\rho=0.095$

\*99° percentile

Nella tabella 1 è riportata la distribuzione di tutte le tipologia di apparecchio (AWP e VLT) per livello socioeconomico nel Lazio. Nonostante in termini assoluti e relativi il numero di apparecchi da gioco nelle zone ad alto livello socioeconomico sia inferiore (n=1,547, pari al 10,8% sul totale della Regione) rispetto a quelle caratterizzate da basso livello (n=5,917, pari al 23%), il coefficiente di correlazione non evidenzia una relazione in tal senso ( $\rho=0.046$ ). È importante sottolineare che non emerge una relazione tra le due variabili in quanto il numero di apparecchi presenti nelle zone a basso livello socioeconomico non si discosta dalle zone con livello socioeconomico intermedio (Medio-alto, Medio e Medio-basso). D'altra parte, se si osserva il numero di esercizi ad alta concentrazione di apparecchi, è evidente che questi sono in numero maggiore nelle zone a basso livello socioeconomico (dove mediamente vi sono 13 esercizi, ovvero quasi il doppio di quelle con livello alto-medio, dove sono ubicati circa 7/8 esercizi).

Dalla tabella 2 emerge un quadro analogo per il comune di Roma. Su un totale di 10,683 apparecchi, circa il 14% si trova in zone ad alto livello socioeconomico, circa il 20% nelle classi intermedie e quasi il 25% in quelle caratterizzate da alta deprivazione. L'indice di Pearson rileva l'assenza di correlazione ( $\rho=0.095$ ). Anche nel comune di Roma il numero di esercizi con alta concentrazione di apparecchi è più elevato nelle zone a basso livello socioeconomico (7 rispetto a 2/3).

**Tab.3 Distribuzione del numero di apparecchi AWP per livello socioeconomico. Lazio**

Livello socio-economico	Numero apparecchi AWP									Esercizi	
	n	Media	Mediana	p25	p75	p90	p95	p99	Max	n	con almeno 20* apparecchi
Alto	1,989	4.3	3	2	5	8	10	23	35	468	6
Medio-alto	3,475	3.8	3	2	4	7	8	17	44	907	8
Medio	4,602	4.0	3	2	5	7	10	20	33	1,163	10
Medio-basso	5,504	4.1	3	2	5	7	10	18	34	1,332	10
Basso	4,396	4.5	3	2	5	8	12	25	53	981	14
Totale	19,966	4.1	3	2	5	7	10	20	53	4,851	48

Coefficiente di correlazione di Pearson  $\rho=0.048$

\*99° percentile

**Tab.4 Distribuzione del numero di apparecchi AWP per livello socioeconomico. Roma**

Livello socio-economico	Numero apparecchi AWP									Esercizi	
	n	Media	Mediana	p25	p75	p90	p95	p99	Max	n	con almeno 26* apparecchi
Alto	1,052	4.3	3	2	5	7	10	23	35	245	1
Medio-alto	1,659	4.1	3	2	5	7	10	21	44	404	1
Medio	1,504	4.5	3	2	5	8	12	23	33	336	1
Medio-basso	1,607	4.8	3	2	6	9	14	26	34	333	3
Basso	1,656	5.5	4	2	6	10	18	36	53	300	5
Totale	7,478	4.6	3	2	5	8	13	26	53	1,618	11

Coefficiente di correlazione di Pearson  $\rho=0.096$

\*99° percentile

Nelle tabelle 3 e 4 è riportata la distribuzione degli apparecchi AWP per livello socioeconomico nel Lazio e nel comune di Roma. Anche in questo caso i risultati sono conformi a quanto osservato sul totale degli apparecchi. È importante sottolineare che rispetto alle zone ad alto o medio livello socioeconomico, nelle zone a Medio-basso e Basso livello ci sono più esercizi ad alta offerta di apparecchi.

**Tab.5 Distribuzione del numero di apparecchi VLT per livello socioeconomico. Lazio**

Livello socio-economico	Numero apparecchi VLT									Esercizi	
	n	Media	Mediana	p25	p75	p90	p95	p99	Max	n	con almeno 66* apparecchi
Alto	781	13.9	11	6	19	28	35	51	51	56	0
Medio-alto	983	13.7	8	6	16	29	59	66	66	72	0
Medio	1,200	10.7	7	4	14	24	32	44	56	112	0
Medio-basso	1,304	10.0	7	4	13	18	27	42	60	131	0
Basso	1,521	15.4	8	5	18	41	64	99	99	99	4
Totale	5,789	12.3	8	5	14	26	38	65	99	470	4

Coefficiente di correlazione di Pearson  $\rho=0.002$

\*99° percentile

**Tab.6 Distribuzione del numero di apparecchi VLT per livello socioeconomico. Roma**

Livello socio-economico	Numero apparecchi VLT									Esercizi	
	n	Media	Mediana	p25	p75	p90	p95	p99	Max	n	con almeno 68* apparecchi
Alto	495	13.4	9	6	16	31	46	51	51	37	0
Medio-alto	625	14.2	8	6	17	32	59	66	66	44	0
Medio	576	12.5	8	6	14	32	42	56	56	46	0
Medio-basso	517	9.9	7	4	13	17	23	60	60	52	0
Basso	992	20.7	10	5	26	60	68	99	99	48	2
Totale	3,205	14.1	8	5	17	34	51	67	99	227	2

Coefficiente di correlazione di Pearson  $\rho=0.002$

\*99° percentile

Le tabelle 5 e 6 riportano la distribuzione degli apparecchi VLT per livello socioeconomico nel Lazio e nel comune di Roma. Anche per questa tipologia di offerta la differenza tra i livelli di deprivazione si riscontra solo se si confrontano gli esercizi con numero elevato di VLT; a livello regionale vengono rilevati 4 esercizi, di cui 2 a Roma, con almeno 66 apparecchi ubicati nelle zone a basso livello socioeconomico e nessun punto vendita ad alta concentrazione nel resto della regione.

## II. Stima dei determinanti sanitari, sociali ed economici del DGA

### Premessa

Presso il DEP è istituito il Sistema di Sorveglianza regionale sulle Dipendenze, con Deliberazione della Giunta Regionale n° 6907 del 1991. Il sistema è stato poi aggiornato nel 2007 (Delibera della Giunta Regionale n°136) e registra informazioni socio-demografiche individuali sulle persone in trattamento presso i servizi per le dipendenze patologiche pubblici e del privato sociale del Lazio. Le informazioni raccolte riguardano: la tipologia di dipendenza, le sostanze utilizzate o altri comportamenti additivi e la storia di uso, i pattern d'uso o comportamento, i risultati degli esami sierologici relativi alle principali malattie infettive correlate all'uso di droga e gli interventi terapeutici farmacologici e psicosociali effettuati nei servizi. I dati relativi ai pazienti con DGA sono disponibili dal 2016.

La raccolta di queste informazioni avviene attraverso la cartella informatizzata SIRD, che permette di seguire nel tempo l'evoluzione diagnostica del paziente, sia rispetto alla dipendenza che ad eventuali altre patologie fisiche e psichiatriche (DSM IV o ICD IX CM), nonché di registrare i piani terapeutici integrati e registrare le singole prestazioni erogate al paziente.

Oltre alle informazioni sociodemografiche (genere, età, residenza, titolo di studio, condizione occupazionale, situazione abitativa, etc.) dei pazienti, il SIRD permette di raccogliere altre informazioni specifiche per i pazienti in trattamento per DGA, quali:

- Modalità di gioco prevalente
- Tempo di vita dedicato al gioco
- Proporzioni di denaro speso in rapporto al reddito mensile
- Situazione debitoria

### Materiali e Metodi

Questa attività è stata avviata nel mese di aprile 2021 e si è conclusa a giugno 2022.

L'inizio di tale attività è stata preceduta da due riunioni con la Regione Lazio e con il Presidente dell'Osservatorio Regionale sul Gioco d'azzardo, al fine di condividere quanto già presente nel SIRD e concordare la necessità di inserire ulteriori variabili informative che descrivessero meglio il fenomeno.

Propedeuticamente alla conduzione di un'analisi descrittiva dei pazienti in trattamento, finalizzata anche all'individuazione di determinanti associati al DGA, sia in termini di fattori predittivi che prognostici dell'esito dei trattamenti, è stata realizzata una scoping review; la scoping review è una revisione finalizzata a determinare la rilevanza in letteratura sull'argomento e fornire una chiara indicazione della quantità di studi disponibili, nonché una panoramica della letteratura disponibile, indentificando e mappando le evidenze. La finalità di questa scoping overview è stata quella di illustrare i possibili determinanti o fattori di rischio che concorrono allo sviluppo del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA).

Contemporaneamente, si è costituito un gruppo di lavoro composto da un rappresentante SerD per ciascuna ASL del Lazio, individuato quale referente per i servizi per le dipendenze in ambito di trattamento dei pazienti con disturbo da gioco d'azzardo.

Il gruppo<sup>2</sup>, composto da psicologi, medici e assistenti sociali, ha avuto il mandato di lavorare alla individuazione dei determinanti da considerare e da implementare nella cartella SIRD e quello di coordinare il lavoro di condivisione degli obiettivi del progetto con i propri colleghi operanti nei servizi per le dipendenze del Lazio.

Nel corso dei primi 6 mesi dall'avvio del progetto sono stati realizzati 4 incontri che hanno avuto come oggetto, in primis una discussione sui determinanti agevolata dalla scoping review e, quindi, la discussione di una serie di proposte espresse dal gruppo stesso. Queste proposte si sono concretizzate nell'implementazione di una nuova sezione all'interno della cartella di gestione del sistema informativo regionale dipendenze (SIRD), denominata Focus DGA.

Dal mese di giugno 2021 è stato possibile utilizzare la cartella Focus DGA ad integrazione delle informazioni anamnestiche e diagnostiche già rilevate dal SIRD sui pazienti con DGA ed è stato richiesto ai servizi di recuperare le informazioni per tutti i pazienti in carico dal primo gennaio 2021.

A distanza di 3 e 6 mesi dalla implementazione della cartella Focus DGA si sono tenute ulteriori 2 incontri con il gruppo di lavoro per una verifica dello stato di avanzamento e messa a regime della cartella da parte degli operatori dei servizi per il trattamento del disturbo da gioco d'azzardo.

Per facilitare il monitoraggio sulla completezza del dato da parte dei componenti del gruppo e della corretta compilazione della nuova cartella, il DEP ha implementato due nuove funzionalità di estrazione dati nel SIRD:

- proporzione di pazienti DGA con scheda 'Focus DGA' compilata per singolo servizio.
- Estrazione dei dati della scheda 'Focus Dga'

Come previsto dal questo secondo obiettivo della ricerca, l'attività si è conclusa con l'analisi descrittiva dei pazienti in trattamento ai servizi pubblici per le dipendenze a partire dal 1° gennaio 2021 fino al 30 giugno 2022.

L'analisi descrittiva ha avuto come oggetto un confronto tra pazienti maschi e femmine che ha messo in risalto i diversi determinanti sociali che differenziano il DGA tra i due generi.

## Risultati

### Scoping Review

Abbiamo condotto una ricerca bibliografica per individuare le revisioni di letteratura utili a sviluppare una scoping overview per illustrare i possibili determinanti o fattori di rischio che concorrono allo sviluppo del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA). Abbiamo reperito circa 109

---

<sup>2</sup> I membri del gruppo sono i seguenti: Onofrio Casciani, Vincenzo Chiriaco, Dina Pero, Giuseppe Anastasi, Emma Di Loreto, Federico Trobia, Patrizia Caviezel, Simonetta Della Scala, Paola Boscacci, Carlo Piredda, Tatiana Danieli, Marina Zainni, Daniela Sardi, Elisabetta Caldarelli, Rossella Pacifico

revisioni pubblicate a partire dal 2010, sia sistematiche che narrative. Abbiamo selezionato le revisioni più recenti, pubblicate a partire dal 2010, vista la sovrapposizione con quelle pubblicate in precedenza, ed incluso 11 revisioni che trattavano specificatamente il tema dei determinati, dei fattori di rischio o degli elementi comuni tra patologie neurologiche o psichiatriche e il DGA.

Di seguito sono riportati schematicamente le caratteristiche ed i risultati delle revisioni incluse.

**Tab. 7 Tabella sinottica descrittiva degli studi inclusi nella scoping review per tipologia di popolazione analizzata**

<b>Popolazione anziana</b>		
<b>REVISIONE/I</b>	<b>PARTECIPANTI</b>	<b>DETERMINATI/FATTORI DI RISCHIO</b>
Guillou Landreat 2019;  Subramaniam 2015;  Tse 2012	partecipanti con DGA o gioco problematico, età ≥ 60 anni	<p><b>SOClODEMOGRAFICI e CULTURALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- genere (maggior parte maschile),</li> <li>- età inizio del gioco d'azzardo (maggior parte degli studi inizio in età avanzata),</li> <li>- livello di istruzione:</li> <li>- minoranze etniche (afro-americana studi condotti negli Stati Uniti)</li> </ul> <p><b>COMORBIDITÀ E CONDIZIONI DI SALUTE:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disturbi medici (es. angina e artriti),</li> <li>- cambiamenti neurofisiologici o neurochimici.</li> </ul> <p><i>uso di sostanze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abuso alcol</li> <li>- dipendenza da nicotina,</li> </ul> <p><i>Disturbi psicologici e psichiatrici:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- disturbi dell'umore,</li> <li>- disturbi d'ansia,</li> <li>- ossessioni-compulsioni,</li> <li>- disturbo evitante di personalità;</li> </ul> <p><b>SOCIO-ECONOMICI e AMBIENTALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eventi di vita stressanti,</li> <li>- perdita di ruolo sociale</li> <li>- solitudine</li> <li>- isolamento sociale,</li> <li>- un reddito più basso (es. il pensionamento può avere un'influenza diretta sul comportamento di un giocatore d'azzardo),</li> <li>- scarsa qualità della rete di supporto sociale,</li> <li>- visite alle sale giochi</li> </ul> <p><b>COSTRUTTI COGNITIVI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- i giocatori prendono la quasi vittoria (near miss) come un'indicazione del miglioramento delle loro abilità, il che porta a sostenere il comportamento di gioco</li> <li>- concetto di fortuna,</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>- credenze superstiziose,</li> <li>- fallacia del giocatore (inseguire le vittorie, inseguire le perdite, e la convinzione che le vittorie superino le perdite)</li> </ul> <p><b>MOTIVAZIONI AL GIOCO:</b> Vivere da soli e/o essere separati, divorziati o socialmente isolati sono fattori associati al gioco d'azzardo problematico.</p> <p><b>ALTRI FATTORI:</b> Più bassa qualità della vita, in termini medici, sociali ed emotivi. Il deterioramento cognitivo può ridurre la capacità di decidere di smettere di giocare.</p>
<b>Popolazione adolescente e bambini</b>		
Calado 2017;  Dowling 2017;  Kourgiantakis 2016  Lane 2016  McComb 2010	adolescenti e bambini età ≤25 anni*	<p><b>SOCIODEMOGRAFICI e CULTURALI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- genere maschile (maggiore probabilità rispetto alle femmine);</li> <li>- età inizio del gioco d'azzardo,</li> <li>- numero di attività di gioco nei 12 mesi precedenti,</li> <li>- scarso rendimento scolastico.</li> </ul> <p><b>COMORBIDITA' E CONDIZIONI DI SALUTE:</b> <i>disturbi psichiatrici e psicologici:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sintomi depressivi,</li> <li>- impulsività,</li> <li>- comportamenti antisociali (inclusi devianza e furto),</li> <li>- comportamenti antisociali tra pari (compresa la devianza)</li> <li>- gravi problemi di condotta</li> </ul> <p><i>uso di sostanze:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- abuso di alcol</li> <li>- abuso di cannabis</li> <li>- abuso di tabacco</li> </ul> <p><b>MOTIVAZIONI AL GIOCO:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- divertimento/intrattenimento,</li> <li>- socializzazione con la famiglia e gli amici,</li> <li>- sfuggire ai problemi</li> <li>- l'incapacità di resistere alla tentazione.</li> </ul> <p><b>FAMILIARI e AMBIENTALI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- protezione genitoriale (livelli più alti di iperprotezione erano associati a punteggi più alti di DSM-IV-J per la diagnosi di DGA)</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"><li>- trasmissione intergenerazionale di DGA (i bambini con genitori con DGA hanno più probabilità di sviluppare il disturbo rispetto ai figli di genitori non-DGA)</li><li>- fattori sociodemografici della famiglia (divorzio/separazione dei genitori, struttura familiare, stato socioeconomico della famiglia e avere fratelli maggiori),</li><li>- clima familiare generale (sostegno della famiglia, coesione familiare e funzionamento della famiglia),</li><li>- atteggiamenti e comportamenti dei membri della famiglia (i genitori spesso approvano e sono coinvolti nelle attività di gioco dei loro figli, Abuso di sostanze da parte dei genitori),</li><li>- pratiche genitoriali,</li><li>- caratteristiche delle relazioni familiari (tra genitori e adolescenti, tra adolescenti e fratelli)</li></ul> <p><b>ALTRI FATTORI:</b> l'abuso sessuale infantile, l'abuso fisico, il maltrattamento psicologico e la trascuratezza/abbandono significativa associazione con i successivi problemi di gioco</p> <p><b>PREDITTORI:</b> - esperienza di vincere una grande quantità di denaro, - la continuazione del gioco dopo aver vinto denaro, - la frequenza del gioco.</p>
<b>Popolazione adulta</b>		
Anja Kräplin 2018  Browne-2020  Callan 2015	adulti	<p><b>FATTORI DI RISCHIO:</b></p> <p><b>SOCIODEMOGRAFICI</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- sesso maschile</li><li>- giovane età (indipendentemente se uomini o donne)</li><li>- scarso rendimento scolastico e livello di istruzione inferiore</li><li>-disoccupazione</li><li>-nessuno stato professionale</li><li>-basso stato socio-economico e basso reddito (alto reddito: fattore protettivo rilevante)</li><li>-stato civile: single e divorziati sono a rischio più elevato</li><li>-deprivazione personale</li></ul> <p><b>AMBIENTALI E GEOGRAFICI</b></p>

		<p>-Maggiore disponibilità, possibilità e opportunità di gioco</p> <p>-Vivere in una grande città è stato identificato come un fattore di rischio nonché una minore distanza tra la propria residenza e la sede del gioco d'azzardo</p> <p>-Uso di sostanze da parte dei genitori è un importante correlato del GD</p> <p>-Famiglia e i pari che possono agire come modelli di apprendimento sociale significativi per il gioco d'azzardo: il gioco d'azzardo dei genitori e dei pari è un fattore di rischio</p> <p>-l'esposizione da bambini al gioco d'azzardo dei genitori è un fattore di rischio di GD da adulti</p> <p>-il comportamento in genere dei pari, il comportamento antisociale e il gioco d'azzardo dei pari è un fattore di rischio</p> <p>-Famiglie monoparentali e livelli più bassi di supervisione da parte dei genitori. Comportamento antisociale da bambini e ADHD</p> <p><b>COMORBIDITA' E CONDIZIONI DI SALUTE</b></p> <p>-Il problema del gioco d'azzardo è otto volte più elevato nelle persone con problemi di salute mentale rispetto a quello osservato nella comunità generale</p> <p><i>Disturbi Psichiatrici e Psicologici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-disturbi della personalità</li> <li>-disturbi dell'umore</li> <li>-distimia e disturbo bipolare</li> <li>-disturbi depressivi</li> <li>-ansia e nello specifico -disturbi da panico, disturbi ossessivi-compulsivi</li> <li>-disturbi del controllo degli impulsi</li> <li>-disturbo di personalità istrionica</li> </ul> <p><i>Uso di sostanze</i></p> <p>disturbo da uso di tabacco, cannabis, alcol o altre droghe</p> <p>Altro:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- impulsività</li> <li>-distorsioni cognitive (Es. l'illusione del controllo)</li> </ul>
--	--	--

\*: 1 revisione non riportava l'età tra i criteri di inclusione

### Bibliografia degli studi inclusi

- Calado F, Alexandre J, Griffiths MD. Prevalence of Adolescent Problem Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of gambling studies*. 2017;33(2):397-424.
- Dowling NA, Merkouris SS, Greenwood CJ, Oldenhof E, Toumbourou JW, Youssef GJ. Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*. 2017;51:109-24.
- Guillou Landreat M, Cholet J, Grall Bronnec M, Lalande S, Le Reste JY. Determinants of Gambling Disorders in Elderly People-A Systematic Review. *Frontiers in psychiatry*. 2019;10:837.
- Kourgiantakis T, Stark S, Lobo DSS, Tepperman L. Parent problem gambling: A systematic review of prevention programs for children. *Journal of Gambling Issues*. 2016;33:8-29.
- Lane W, Sacco P, Downton K, Ludeman E, Levy L, Tracy JK. Child maltreatment and problem gambling: A systematic review. *Child abuse & neglect*. 2016;58:24-38.
- McComb JL, Sabiston CM. Family influences on adolescent gambling behavior: a review of the literature. *Journal of gambling studies*. 2010;26(4):503-20.
- Subramaniam M, Wang P, Soh P, Vaingankar JA, Chong SA, Browning CJ, et al. Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: a systematic review. *Addictive behaviors*. 2015;41:199-209.
- Tse S, Hong S-I, Wang C-W, Cunningham-Williams RM. Gambling behavior and problems among older adults: a systematic review of empirical studies. *The journals of gerontology Series B, Psychological sciences and social sciences*. 2012;67(5):639-52.
- Anja Kräplin and Anna E. Goudriaa. Characteristics and risk factors of gambling disorder as basis for responsible gambling strategies. *SUCHT*, 64, 5-6 © 2018 Hogrefe AG. DOI: 10.1024/0939-5911/a000559.
- Browne, M., Rawat, V., Newall, P. *et al.* A framework for indirect elicitation of the public health impact of gambling problems. *BMC Public Health* **20**, 1717 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09813-z>
- Callan MJ, Shead NW, Olson JM. The relation between personal relative deprivation and the urge to gamble among gamblers is moderated by problem gambling severity: a meta-analysis. *Addict Behav*. 2015 Jun;45:146-9. doi: 10.1016/j.addbeh.2015.01.031. Epub 2015 Jan 29. PMID: 25665918.

A seguito della revisione e dal confronto con il gruppo di operatori SerD, sul SIRD è stato ampliata la sezione relativa al DGA con la costruzione di un focus specifico (<https://www.sirdlazio.it/SIRD3/doc/guida%20focus%20DGA.pdf>)

In particolare sono state inserite le seguenti nuove variabili:

- ✓ Entrate mensili [denaro su cui una persona può disporre su base mensile: classi <100€, 101-500; 501-1000; 1001-2000; 2001-5000; +5000]
- ✓ % spesa per il gioco (rispetto al dato precedente ( secondo quanto richiede il ministero salute)
- ✓ Max cifra di denaro giocato in un giorno rispetto all'ultimo mese.
- ✓ Tempo max giornaliero dedicato rispetto all'ultimo mese
- ✓ Quanto tempo dedica mediamente al gioco nell'arco di una settimana?
- ✓ Di solito si allontana dal proprio quartiere/comune per giocare alle slot, VTL o altro?
- ✓ Situazione debitoria attuale ( secondo quanto richiede il ministero salute)
- ✓ Ha attuato uno o più di questi comportamenti per procurarsi denaro?
  - Bugie sulla necessità di soldi con amici o familiari
  - Bugie circa il motivo di uso del denaro
  - Furti in casa
  - Piccole "truffe"

- ✓ In genere passa del tempo utilizzando giochi non d'azzardo su internet (es. candy crush saga, fortnite, etc) ?

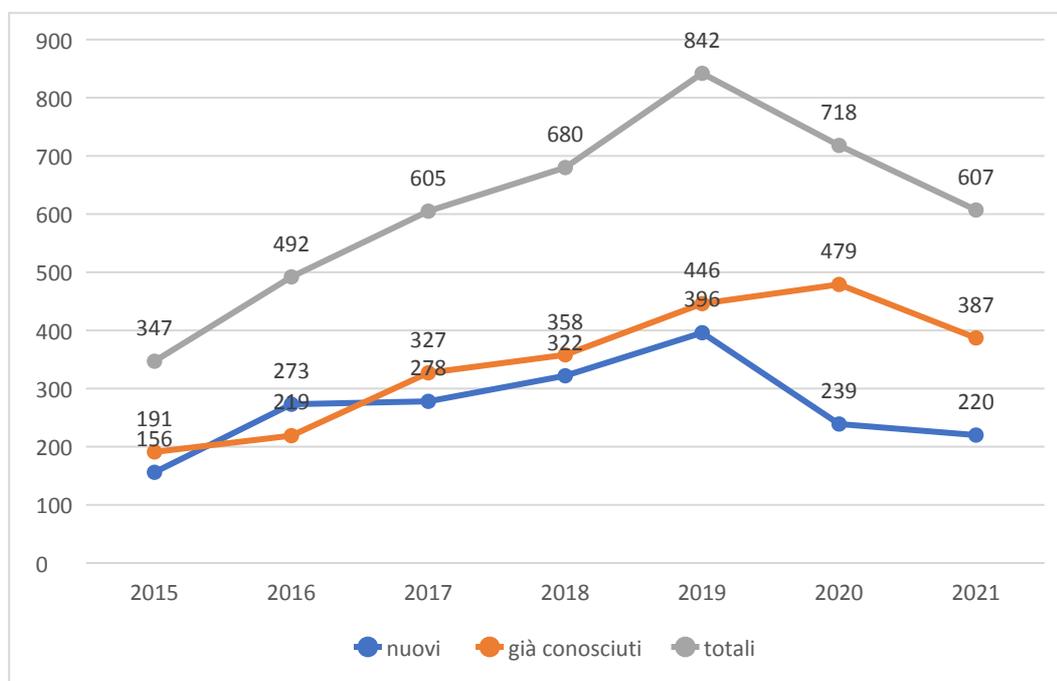
### Pazienti in trattamento per DGA

Dal 1 Gennaio 2021 al 30 Giugno 2022 (periodo in cui è stata applicata, anche in senso retrospettivo, la scheda Focus DGA sui pazienti in carico ai SerD) i pazienti in trattamento per DGA nei servizi pubblici e del privato sociale accreditato del Lazio sono stati 771; per 71% di essi è stata compilata la scheda con le informazioni integrative.

In questo report, la relazione descrittiva sul complesso dell'utenza in trattamento viene integrata da una analisi del campione di pazienti (n=552) completo delle informazioni sui nuovi indicatori, con uno sguardo specifico al confronto di genere.

E' necessario premettere che guardando al trend per anno solare completo si conferma, anche per il periodo della nostra osservazione, la diminuzione del numero delle persone con DGA che accedono ai servizi, già manifestatosi nel corso del 2020 (Fig. 7).

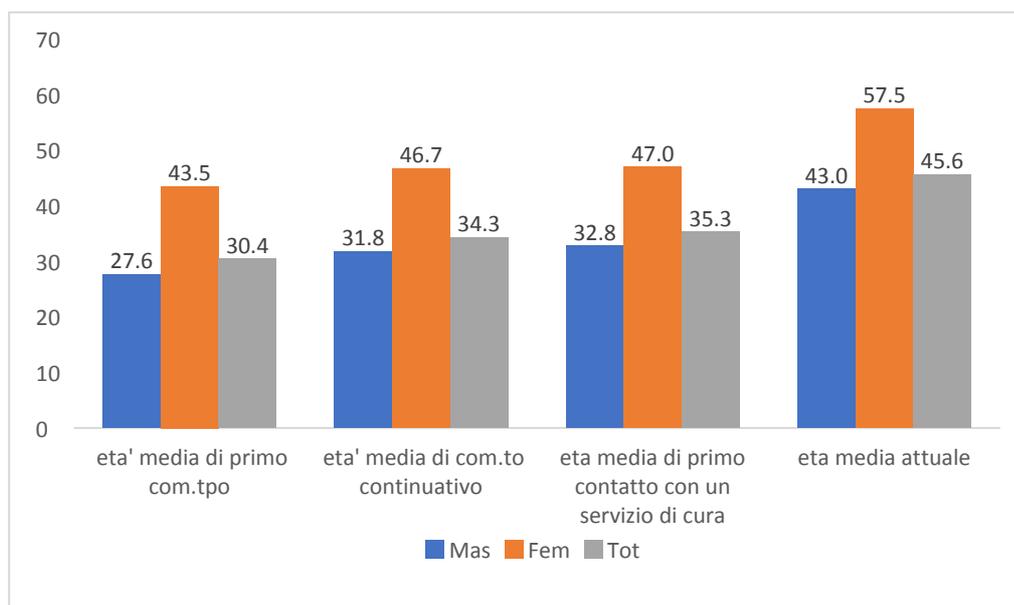
**Fig. 7 Andamento nel tempo numerosità utenti DGA nel Lazio, totali, nuovi e già conosciuti nel periodo precedente**



### Analisi Descrittiva dei pazienti in carico ai servizi (n=771)

I maschi rappresentano 85,7 % (N=671). L'età media delle persone in trattamento è di 45,6 (sd  $\pm 15.4$ ) anni, con la mediana della distribuzione nella classe 45-49; l'età dichiarata di primo comportamento di gioco d'azzardo differisce tra i generi come riportato nella fig.8.

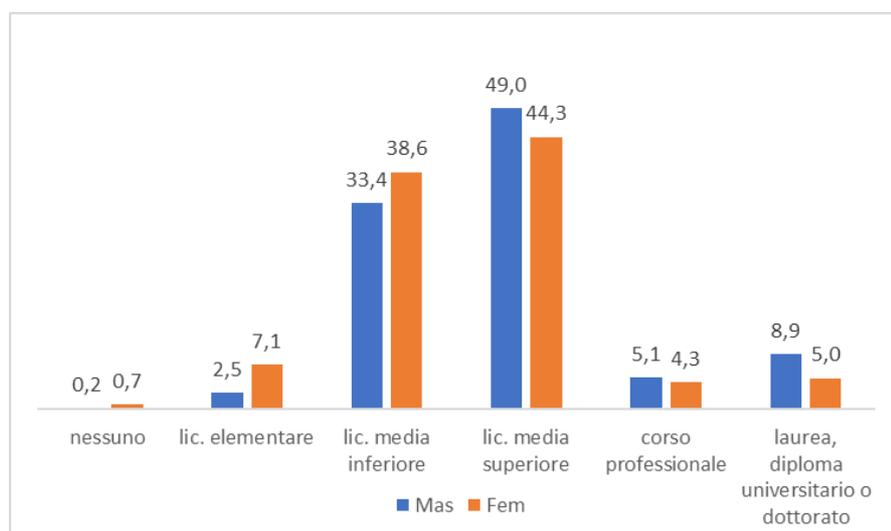
**Fig.8 Età media per genere del primo comportamento di gioco, del comportamento continuativo, di primo contatto con i servizi di trattamento ed età attuale. Lazio 1 Gennaio 2021 - 30 Giugno 2022**



I dati, relativi alle classi di età indagate, mostrano che le donne in trattamento hanno mediamente quasi 15 anni in più degli uomini (57,5 anni vs i 43) e hanno iniziato a giocare d'azzardo più tardi (a 43 anni vs i 27); il periodo medio intercorso tra il primo comportamento di gioco e il comportamento continuativo risulta di circa 3 anni per entrambi i sessi.

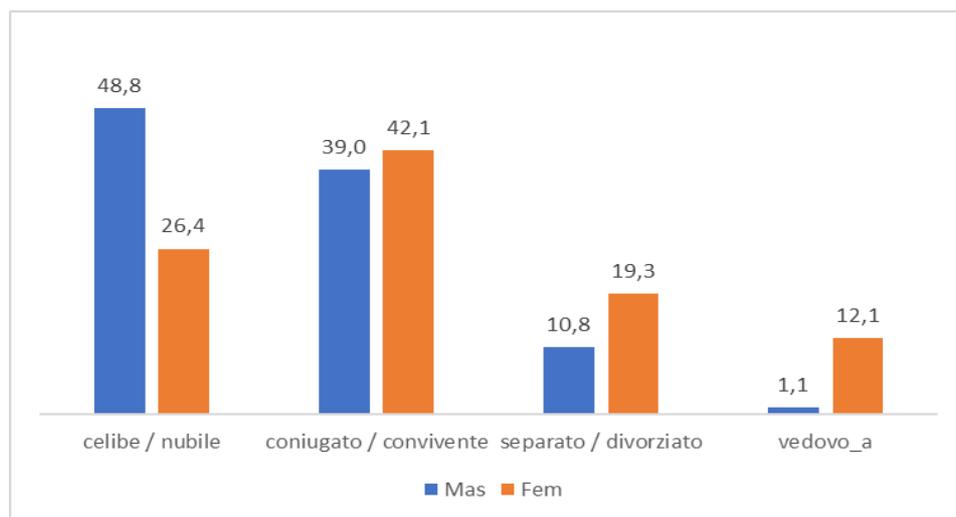
Per quanto riguarda il titolo di studio, poco meno della metà (48%) della popolazione totale in trattamento (N=371) risulta possedere un diploma di scuola media superiore; nel confronto di genere, si evidenzia una maggior proporzione di donne con la sola licenza elementare (7,1% vs il 2,5% dei maschi) e una maggiore proporzione di laureati (8,9%) che di laureate (5%).

**Fig. 9 Distribuzione per titolo di studio degli utenti distinti per genere. Lazio 1 Gennaio 2021-30 Giugno 2022**



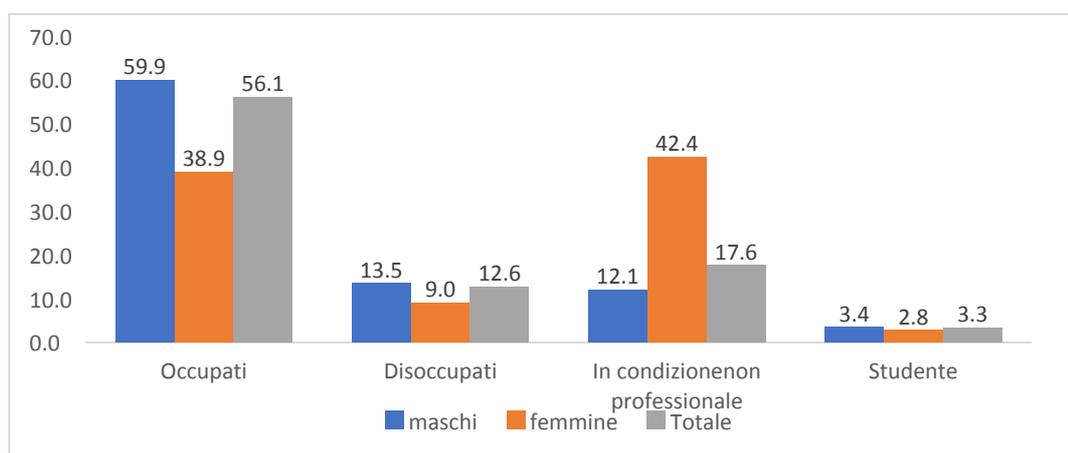
L'informazione sullo stato civile mostra che se i maschi, più giovani di età, in circa la metà dei casi (49%) sono celibi vs il 26% di donne nubili, tra le donne risulta una maggiore percentuale di persone divorziate e molte vedove (12% vs 1%).

**Fig. 10 Stato civile degli utenti distinti per genere. Lazio 1 Gennaio 2021-30 Giugno 2022**



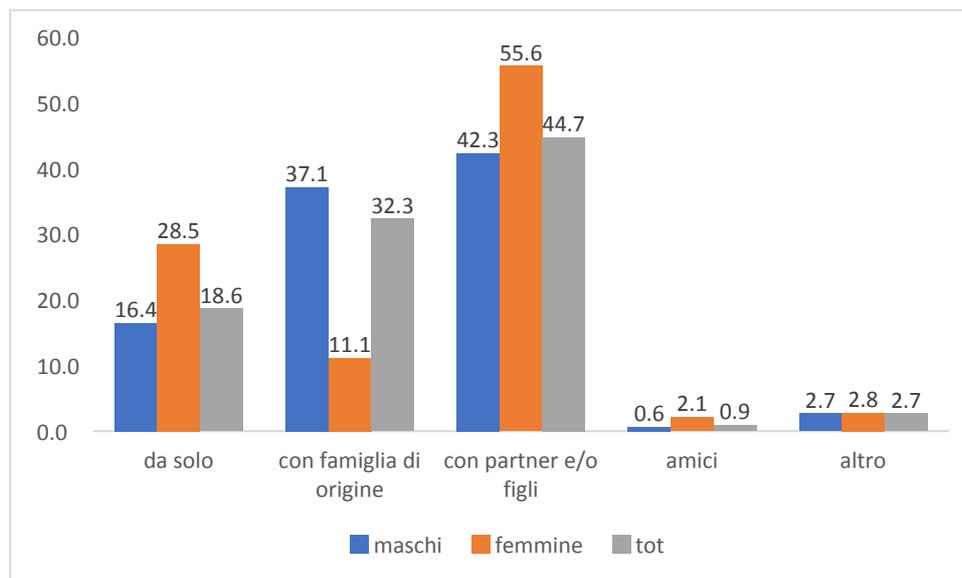
Per quanto riguarda la situazione occupazionale, sebbene il 56% dei pazienti in trattamento risulti occupato, si riscontra un 17,6% di persone in condizione non professionale, ovvero pensionati e casalinghe. La figura 11 mostra le evidenti differenze di condizione professionale per genere (fig.11).

**Fig.11 Distribuzione per situazione occupazionale e genere degli utenti. Lazio 1 Gennaio 2021-30 Giugno 2022**



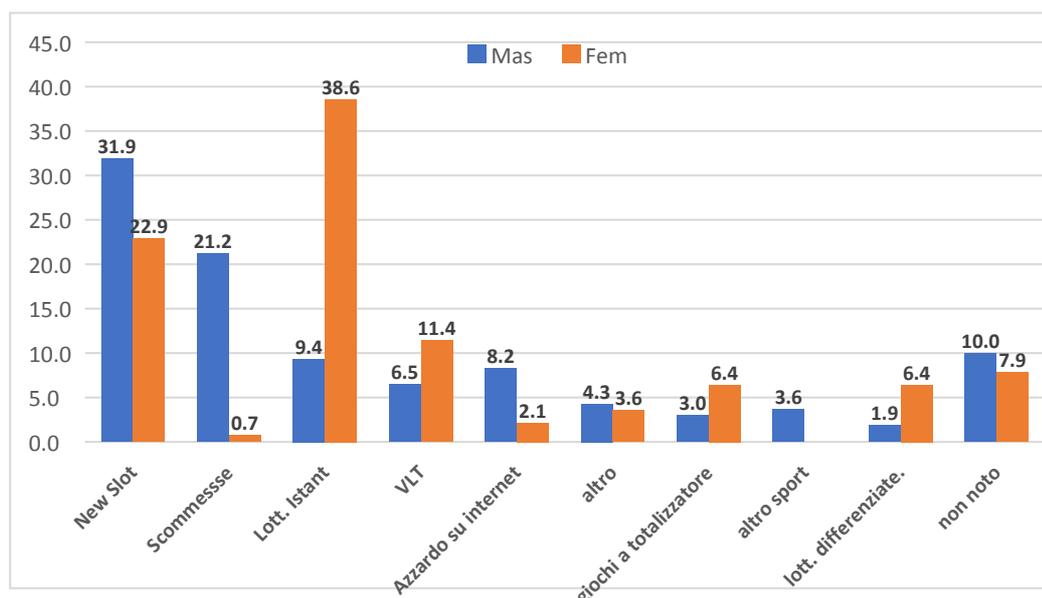
Il 96.7% (n=757) degli utenti ha una dimora e il 43.1% (n=260) vive con la famiglia (partner e/o partner e figli); la proporzione di donne che vivono sole è del 28.5% mentre quelle degli uomini è del 16.4%.

**Fig.12 Distribuzione per situazione di convivenza e genere degli utenti. Lazio 1 Gennaio 2021-30 Giugno 2022**



Differenze di genere si riscontrano in modo evidente anche nelle tipologie di gioco della intera popolazione in trattamento nei 18 mesi considerati.

**Fig. 13 Distribuzione per tipo di gioco e per genere di utenti in carico. Lazio 1 Gennaio 2021-30 Giugno 2022**

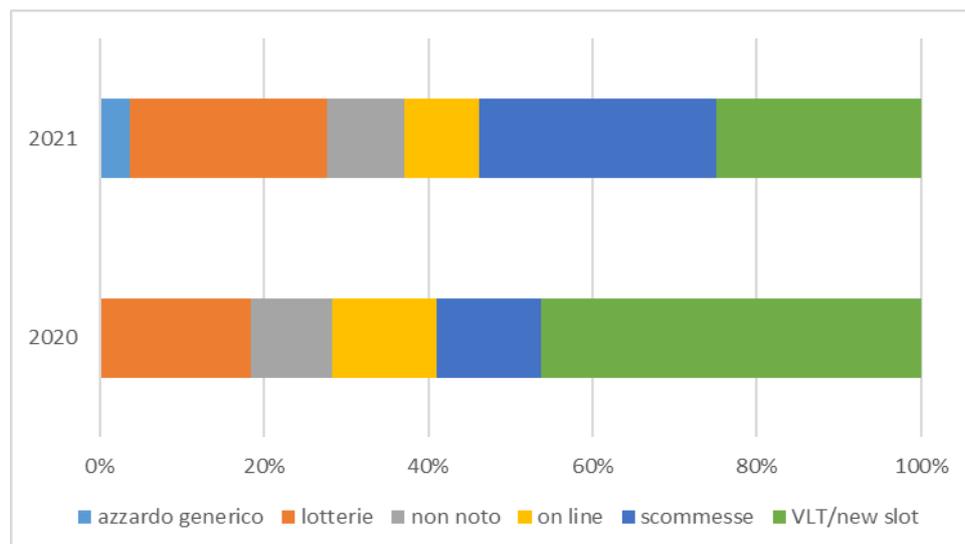


Si evidenzia che le donne prediligono le lotterie, istantanee o differenziate, mentre gli uomini le new slot, le scommesse sportive ed il gioco su internet.

Per misurare l'impatto della chiusura delle sale gioco sulle abitudini di gioco sulle persone con disturbo da gioco d'azzardo, è stato effettuato un confronto sulla tipologia di gioco d'azzardo dei nuovi utenti (utenti per i quali l'anamnesi sul comportamento agito è relativo ai 30 giorni

precedenti l'ingresso in trattamento e pertanto più vicino all'anno di riferimento) negli anni 2020 e 2021: il confronto mostra che sono aumentati rispetto all'anno precedente i nuovi utenti che riportano un gioco problematico dovuto a lotterie e/o giochi numerici (fig. 14), mentre sono diminuiti coloro che utilizzavano VLT e AWP.

**Fig. 14 Distribuzione percentuale per tipologia di gioco nuovi utenti nel Lazio. Anni 2020-2021**



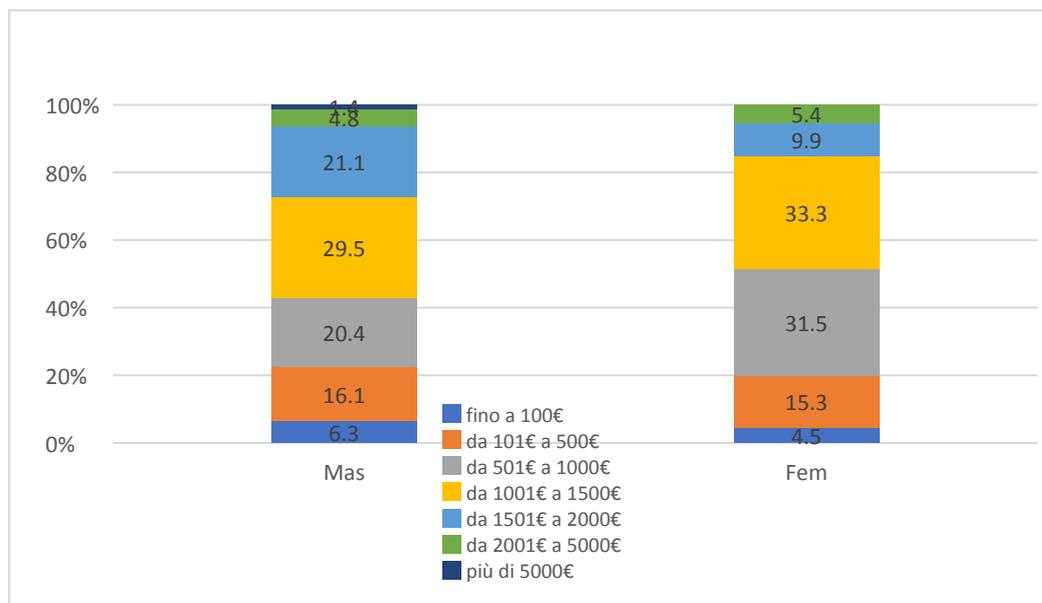
### **Analisi dei nuovi indicatori indagati attraverso la scheda Focus DGA ( N=552 pazienti)**

Al fine di comprendere ed approfondire il contributo alla conoscenza sulle caratteristiche dei pazienti e sui determinanti di gioco è stata fatta una analisi specifica su un campione di 552 persone per le quali tra il 1 gennaio 2021 e il 31 giugno 2022 è stata compilata la scheda Focus DGA. La scheda Focus DGA ha permesso la raccolta di informazioni aggiuntive che la ricerca regionale ha individuato utili per completare la conoscenza delle condizioni di gioco e i determinanti associati.

Come abbiamo già sottolineato la scheda è stata compilata per 552 pazienti, 441 uomini ( 69% del totale) e 111 donne (79% di tutte le pazienti in carico).

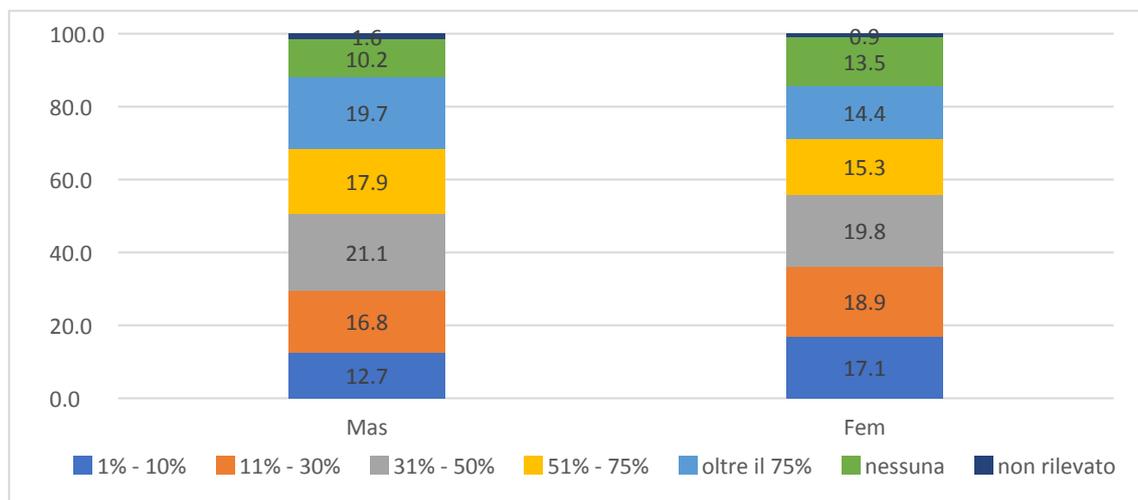
Uno degli indicatori fondamentali indagati è la disponibilità di danaro dei giocatori in trattamento, che viene evidenziata dalla figura sottostante e che mostra sostanzialmente che oltre il 51% dei pazienti ha un reddito compreso tra i 500 e i 1500 euro mensili mentre il 18,8% raggiunge i 2000€ (21% di maschi e il 10% delle femmine).

**Fig. 15 Entrate mensili distinte per genere. Lazio 1 Gennaio 2021-30 Giugno 2022**



La spesa rispetto alle proprie entrate differisce tra uomini e donne, mostrando una minore incidenza della spesa per il gioco tra le donne (fig.16)

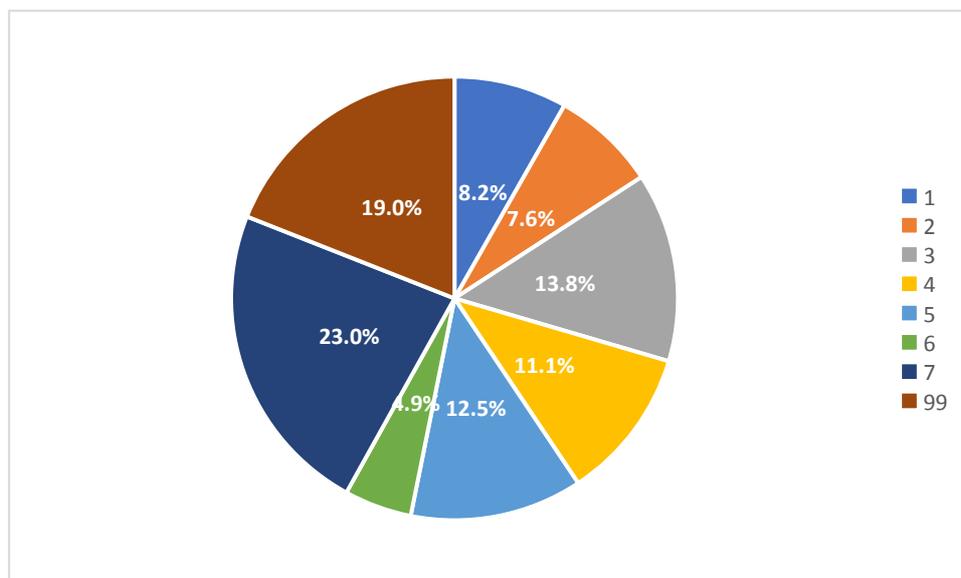
**Fig. 16 Percentuale della spesa per il gioco rispetto alle entrate per genere. Lazio 1 Gennaio 2021-30 Giugno 2022**



Rispetto al denaro speso, il gruppo di lavoro ha ritenuto che un aspetto particolarmente importante sarebbe stato rilevare la massima cifra giocata in un unico giorno. Questa informazione però riporta una percentuale di dato mancante estremamente elevata (oltre il 50%) e non rende possibile utilizzare questo elemento di conoscenza.

Per ciò che concerne i giorni della settimana mediamente dedicati al gioco, escludendo il 19% di dato mancante, si evince che in genere si gioca dai 5 ai 7 giorni a settimana (fig.17).

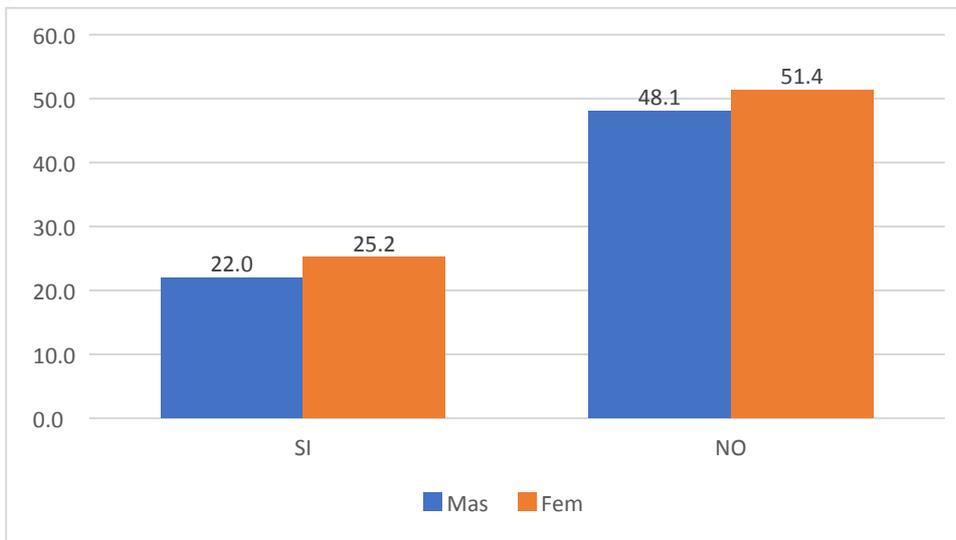
**Fig.17 Percentuale di giorni alla settimana dedicati al gioco.**



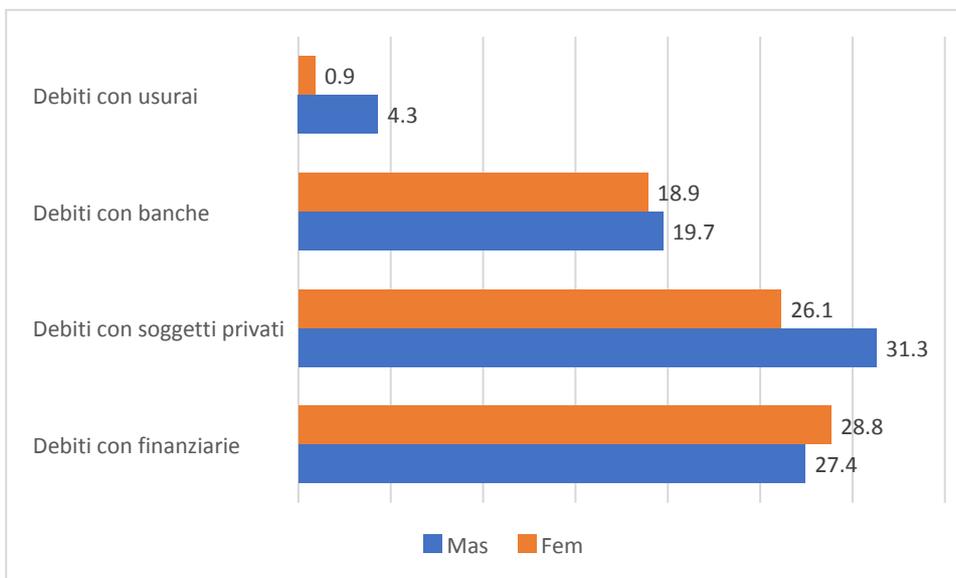
Le informazioni anamnestiche inserite nella scheda Focus DGA, vogliono indagare aspetti e determinanti legati a specifici comportamenti individuali rispetto al gioco, quali l'allontanarsi dal proprio ambiente, mentire riguardo alla richiesta di danaro o circa gli 'espedienti' per procurarsi danaro fino ad indagare la condizione debitoria del paziente.

Dobbiamo rilevare che a tutt'oggi la mancanza di questi dati supera il 20/25% dei casi, pur tuttavia le informazioni che se ne traggono forniscono spunti di riflessione e indicazioni sugli interventi da attivare, in particolar modo in caso di debiti con usurai o con 'privati'.

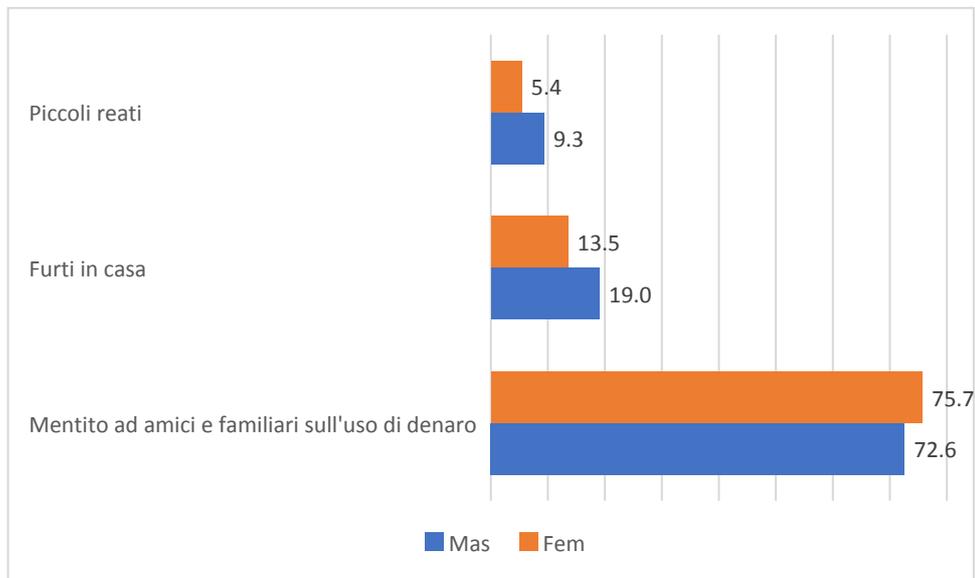
**Fig. 18 Allontanamento dal proprio quartiere/comune per giocare d'azzardo**



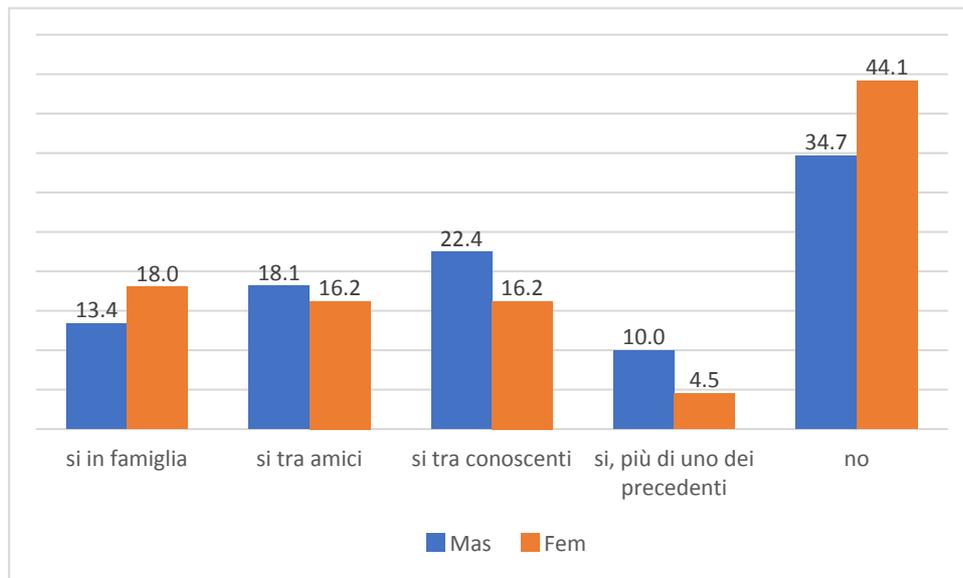
**Fig 19 Situazione debitoria**



**Fig 20 Comportamenti legati al gioco d'azzardo**



**Fig 21** *Persone con problemi dai gioco d'azzardo conosciute prima di iniziare a giocare d'azzardo*



### III. Screening sulla popolazione che afferisce ai centri di cura

#### Premessa

Alcune revisioni sistematiche [6,7] hanno riportato l'associazione tra DGA e disturbi psichiatrici. Tali comorbidità riguardano prevalentemente il disturbo da uso di sostanze (58%), disturbi dell'umore (38%), disturbi di ansia (37%). Pertanto si ritiene che qualora una persona acceda per una diagnosi ad un centro di trattamento per la salute mentale (SerD, DSM), all'interno della fase di valutazione e diagnosi, possa essere incluso uno screening per il DGA.

A seguito dello studio di fattibilità, condotto nella ASL Roma 1 nel periodo 2019-2020, che ha evidenziato come sia accettabile (sia da parte degli operatori che degli utenti) e fattibile somministrare un breve questionario di screening, si è voluto estendere la sperimentazione dell'impiego di uno strumento di screening del DGA nella popolazione psichiatrica nel Lazio. La sperimentazione coinvolge un campione rappresentativo degli ambulatori specialistici pubblici della Regione Lazio che trattano la salute mentale. Lo strumento di screening è stato individuato a seguito della revisione sistematica e della sperimentazione realizzate nell'ambito del precedente progetto in ASL Roma 1 è il Problem Gambling Severity Index (PGSI)[8]. Tale test risulta essere affidabile e agevolmente somministrabile; inoltre è ampiamente utilizzato in letteratura ed è risultato quello maggiormente informativo e fruibile da parte degli operatori e dei pazienti.

#### Materiali e metodi

Questa linea di ricerca, seppur avviata nella primavera del 2021 con la definizione delle procedure di selezione del campione, ha visto il concreto coinvolgimento dei DSM e dei centri di salute mentale (CSM) a partire dalla seconda metà del mese di settembre 2021.

Al fine di procedere con la selezione del campione di CSM da coinvolgere, è stato richiesto alla regione Lazio, Area Rete Integrata del Territorio-Ufficio Salute Mentale, dipendenze e minori, di fornire l'elenco dei CSM operanti nella regione e della loro utenza sia prevalente che incidente (dati più recenti disponibili).

E' stato quindi selezionato un campione di servizi stratificato per ASL di utenza (dati 2019, fonte Regione Lazio) e calcolato in base ad una prevalenza attesa di DGA pari al 2%, facendo riferimento alla survey condotta dall'Istituto Superiore di Sanità nel 2018 [9], che stima pari al 1.7% la proporzione di giocatori a rischio di DGA nella popolazione generale residenti nel Centro Italia. In appendice 2 è riportato il protocollo di studio dove è descritta in dettaglio la procedura di selezione.

È stato quindi individuato un campione di 22 servizi, con eventuali sostituti nel caso in cui uno o più servizi non avessero avuto intenzione o possibilità di aderire allo studio.

Il campione di servizi selezionato e aderente allo studio, con i numeri di test attesi, è quello descritto in tabella 8.

**Tab 8. Servizi partecipanti allo studio e test PGSI validi attesi.**

Asl	Centri di Salute Mentale	Pazienti da reclutare e testare
VT	CSM DI VITERBO	44
	CSM DI CIVITA CASTELLANA	34
	CSM DI VETRALLA	25
Roma 6	C.S.M. AMB. POMEZIA	103
	C.S.M. AMB. ANZIO	95
Roma 5	C.S.M. COLLEFERRO	102
	DISTRETTO DI MONTEROTONDO CON C.S.M.	93
Roma 4	Centro Salute Mentale Distretto 4 - Morlupo	68
	Centro Salute Mentale Distretto 3 - Bracciano	37
Roma 3	CSM -- X MUN. COM. ROMA	103
	CSM XI MUN. COM. ROMA	98
Roma 2	CSM BARDANZELLU	159
	CSM CINECITTA`	150
	CSM EUCALIPTI D5	117
Roma 1	CSM 'SABRATA'	89
	CSM ANTONINO DI GIORGIO	67
	CSM 'LABLACHE'	64
	CSM PLINIO	51
RI	CSM RIETI	135
LT	CENTRO SALUTE MENTALE FONDI	52
FR	CENTRO DI SALUTE MENTALE - CASSINO	82
	CENTRO DI SALUTE MENTALE - CECCANO	81
<b>Totale campione</b>		<b>1850</b>

Dopo aver ricevuto l'accettazione di partecipazione allo studio di tutti i direttori dei DSM regionali e dei referenti dei servizi è stato convocato un incontro nel mese di ottobre per presentare la bozza di protocollo da discutere insieme.

A seguito dei suggerimenti condivisi è stato poi redatto il protocollo allegato. Tale protocollo è stato condiviso e validato dai referenti dei CSM<sup>3</sup> in un secondo incontro a distanza di 15 giorni, dal primo.

Nello specifico è stato stabilito che a tutti gli individui rispondenti ai criteri di inclusione descritti nel protocollo, recantisi nel periodo di osservazione all'ambulatorio per la salute mentale per una visita/colloquio, il referente per il centro ha proposto il test di screening da autocompilare; il PGSI è costituito da 9 item, per un tempo massimo di compilazione di 5/6 minuti.

Il test poteva essere consegnato alle persone prima o dopo la visita/il colloquio, ma in ogni caso al di fuori del setting terapeutico.

<sup>3</sup> I referenti per i CSM delle ASL regionali sono stati: Vincenzo Panella, Benilde Mauri, Manuela Cipolat, Carlo Foddis, Vittoria Rotunno, Silvia Torge, Piero Petti, Nicoletta Lucchi, Veronica Santori, Giancarlo Vinci, Irene Presutti, Viviana Muccini, Salvatore Rizzato, Gloria Minasi, Federico Trobia, Alessia Nicita, Giuseppe Vitali, Gianuario Buono, Fausto Russo, Marina Zainni, Antonio Bisogno, Fabio Maurelli, Umberto Caraccia, Anna di Lelio

I criteri di inclusione dei pazienti da arruolare sono stati i seguenti:

- Tutti pazienti già in trattamento al CSM aventi tutte le seguenti caratteristiche
- Essere in carico al 1/11/2021
- Essere adulti ( $\geq 18$  anni)
- Avere la diagnosi per cui si è in trattamento
- Recarsi ai centri individuati per una visita/colloquio programmati nel periodo di somministrazione
- Essere in grado di leggere e comprendere la lingua italiana
- non aver ricevuto una diagnosi di DGA nei 12 mesi precedenti

Le Informazioni raccolte in modo completamente anonimo hanno riguardato

- Alcune caratteristiche demografiche (genere, età, comune/municipio residenza)
- Patologia psichiatrica (ICD IX CM)
- PGSI

Sono stati poi registrati i pazienti che hanno rifiutato il test, pur essendo eleggibili e il motivo di rifiuto.

I dati sono stati poi raccolti su un database costruito ad hoc. Il DEP non ha raccolto alcun dato anagrafico o riconducibile all'identificazione anagrafica dei rispondenti, ma solo un codice numerico riferito a ciascun paziente, anonimo e associabile ai singoli individui solo da parte degli operatori DSM; in questo modo gli operatori dei DSM, hanno avuto modo di individuare i codici numerici degli individui che hanno ottenuto un punteggio critico al PGSI, e quindi inviarli al SerD competente per una visita di assessment, che potrà esitare anche in una presa in carico.

Per l'analisi dei dati si è utilizzato il test chi quadrato di Pearson (o della bontà dell'adattamento), ovvero un test non parametrico per verificare se le frequenze osservate, per età e genere fossero simili alle frequenze teoriche previste dalla distribuzione ipotizzata.

Per il calcolo dei rischi relativi è stata utilizzata la regressione di Poisson, utilizzando come riferimento il rischio medio osservato nel campione (per il calcolo del rischio per patologia), ovvero il rischio nella popolazione generale.

## Risultati

Tutti i centri selezionati hanno somministrato i test a partire dal 22 novembre 2021 fino al mese di marzo 2022.

Lo screening è stato proposto a 2052 pazienti. Di questi 272(13.3%) lo hanno rifiutato; gli uomini sono stati 161 (59.2%). Il motivo principale di rifiuto è stata la mancanza di interesse (41.9%), mentre solo il 14% ritiene che il CSM non sia un luogo deputato allo screening del DGA.

**Tab. 9 Distribuzione per motivo di rifiuto del test PGSI**

Motivo	N	%
Non mi interessa	114	41,9
Mancanza di tempo	66	24,3
Non è il momento/spazio adatto	38	14,0
Temo per la mia privacy	34	12,5
Lo ritengo inutile	14	5,1
Altro	6	2,2
<b>Totale</b>	<b>272</b>	<b>100</b>

Sono stati raccolti i risultati del test di screening di 1780 pazienti, rispetto al valore atteso di 1850, con una percentuale di risposta del 96.2%. Di questi è stata raccolta anche la diagnosi psichiatrica ICD IX-CM per 1625 persone (91% del campione rispondente).

La risposta per centro è stata complessivamente alta, con una proporzione tra test somministrati (osservati) e attesi compresa tra il 119% (ovvero sono stati compilati il 19% (n=6) di test in più dell'atteso) e il 62 %, ovvero il 38% (n=35) di test previsto non è stato somministrato, come riportato in tabella 10.

**Tab. 10 Distribuzione per centro dei test attesi e osservati, proporzione tra osservati e attesi**

Asl	Centri di Salute Mentale	Test validi attesi	Test osservati	ICD validi	%Osservati /Attesi	% Diagnosi sui test osservati
VT	CSM DI VITERBO	44	42	42	95,8	100,0
	CSM DI CIVITA CASTELLANA	34	40	0	119,4	0,0
	CSM DI VETRALLA	25	21	21	82,4	100,0
Roma 6	C.S.M. AMB. POMEZIA	103	103	101	100,0	98,1
	C.S.M. AMB. ANZIO	95	82	82	86,3	100,0
Roma 5	C.S.M. COLLEFERRO	102	102	102	100,0	100,0
	Distretto di MONTEROTONDO con C.S.M.	93	58	58	62,2	100,0
Roma 4	Centro Salute Mentale Distretto 4 - Morlupo	68	74	72	108,6	97,3
	Centro Salute Mentale Distretto 3 - Bracciano	37	36	36	96,3	100,0
Roma 3	CSM -- X MUN. Delle Sirene Ostia	103	103	102	100,0	99,0
	CSM XI MUN. Portuense	98	99	59	101,1	59,6
Roma 2	CSM BARDANZELLU	159	159	158	100,0	99,4
	CSM CINECITTA`	150	150	100	100,0	66,7
	CSM EUCALIPTI D5	117	117	117	100,0	100,0
Roma 1	CSM 'SABRATA'	89	91	91	102,5	100,0
	CSM ANTONINO DI GIORGIO	67	69	69	103,1	100,0
	CSM 'LABLACHE'	64	64	64	100,0	100,0
	CSM PLINIO	51	52	50	101,8	96,2
RI	CSM RIETI	135	135	133	100,0	98,5
LT	CENTRO SALUTE MENTALE FONDI	52	44	43	84,0	97,7
FR	CENTRO DI SALUTE MENTALE - CASSINO	82	86	73	104,9	84,9
	CENTRO DI SALUTE MENTALE - CECCANO	81	52	52	64,1	100,0
<b>Totale campione</b>		<b>1850</b>	<b>1780</b>	<b>1625</b>	<b>96,2</b>	<b>91,3</b>

La prevalenza del punteggio critico al PGSI (ovvero un rischio di DGA) è stata pari all'8.8% (n=157) (tab. 11). Si ricorda che nell'indagine ISS [cfr. § Materiali e metodi], la prevalenza del punteggio critico (i.e. > 3) nella popolazione generale del Centro Italia è risultato pari a 1.7%, per cui la prevalenza grezza del rischio risulta essere 4 volte maggiore.

**Tab. 11 Distribuzione per punteggio critico (score >3) al test PGSI**

Punteggio totale PGSI	N	%
<= 3	1623	91,2
> 3	157	<b>8,8</b>
Totale	1780	100,0

Nella tabella seguenti sono riportate le distribuzioni per classi di età e genere dei pazienti con patologie psichiatriche che hanno riportato un punteggio critico. La distribuzione per classi di età risulta piuttosto omogenea rispetto al campione, mentre il genere maschile sembra essere un aspetto maggiormente associato al rischio di gioco d'azzardo tra la popolazione psichiatrica.

**Tab. 12 Distribuzione per età e genere per punteggio**

Classi di Età	PGSI>3		PGSI≤3		Totale		p*
	N	%	N	%	N	%	
18-29	20	12,7	258	15,9	278	15,6	0.123
30-39	24	15,3	196	12,1	220	12,4	
40-49	40	25,5	358	22,1	398	22,4	
50-59	46	29,3	468	28,8	514	28,9	
60-69	16	10,2	244	15,0	260	14,6	
70+	4	2,5	66	4,1	70	3,9	
NR	7	4,5	33	2,0	40	2,2	
<b>Totale</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>	<b>1623</b>	<b>100,0</b>	<b>1780</b>	<b>100,0</b>	

\* Chi quadro= 10.04 g.l. 6

Genere	PGSI>3		PGSI≤3		Totale		p*
	N	%	N	%	N	%	
F	47	29,9	896	55,2	943	53,0	<0.001
M	109	<b>69,4</b>	720	44,4	829	46,6	
NR	1	0,6	7	0,4	8	0,4	
<b>TOTALE</b>	<b>157</b>	<b>100</b>	<b>1623</b>	<b>100,0</b>	<b>1780</b>	<b>100,0</b>	

\* Chi quadro= 36.71 g.l. 1

E' stata poi condotta un'analisi sul rischio di DGA per patologia psichiatrica e il rischio relativo ad essa associato.

In particolare le patologie psichiatriche più frequenti sono i disturbi d'ansia e di disturbi dell'umore, diagnosi riportate rispettivamente per un quarto del campione (tab.13), mentre la distribuzione per punteggio al PGSI è riportata nella tab 14.

**Tab. 13 Distribuzione per diagnosi psichiatrica (ICD IX-CM)**

Distribuzione per diagnosi psichiatrica	N	%
Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	454	25,5
Disturbi episodici dell'umore	442	24,8
Psicosi schizofreniche	229	12,9
Disturbi di personalità	209	11,7
Altre psicosi non organiche	101	5,7
Reazione di adattamento	93	5,2
Disturbo depressivo	13	0,7
Disturbi del controllo degli impulsi	3	0,2
Disturbo delle emozioni specifico dell'infanzia e dell'adolescenza	1	0,1
Altro disturbo	80	4,5
<b>Totale valido</b>	<b>1625</b>	<b>100,0</b>

**Tab.14 Punteggi critici al PGSI per diagnosi psichiatrica e Rischio Relativo (RR) rispetto alla media del campione(riferimento)**

Distribuzione per diagnosi psichiatrica	PGSI>3		PGSI<=3		IC 95%		RR	p value
	N	%	N	%	INF	SUP		
Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	30	6,6	424	93,4	4,67	9,28	0,75	0,129
Disturbi episodici dell'umore	38	8,6	404	91,4	6,33	11,58	0,97	0,882
Psicosi schizofreniche	22	9,6	207	90,4	6,43	14,12	1,09	0,694
Disturbi di personalità	24	11,5	185	88,5	7,84	16,52	1,3	0,205
Altre psicosi non organiche	8	7,9	93	92,1	4,07	14,86	0,9	0,756
Reazione di adattamento	5	5,4	88	94,6	2,32	11,97	0,61	0,249
Disturbo depressivo	1	7,7	12	92,3	1,37	33,31	0,87	0,886
Disturbi del controllo degli impulsi	1	33,3	2	66,7	6,15	79,23	3,78	0,136
Disturbo delle emozioni specifico infanzia e adolesc.	0	-	1	100,0				
Altro disturbo	13	16,3	67	83,8	5,95	15,35	1,1	0,719
Diagnosi mancante	15	9,7	140	90,3	9,75	25,84	1,84	0,024
<b>Totale valido</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>	<b>1623</b>	<b>100,0</b>				

Il rapporto di prevalenza per patologia psichiatrica rispetto alla media del campione non riporta dei rischi associati a particolari patologie psichiatriche, come riportato nella tabella precedente.

Tuttavia utilizzando come riferimento la popolazione generale, dove tale rischio è pari all'1.7%, si evince che la popolazione psichiatrica ha un rischio 5 volte maggiore di DGA (tab.15) e in particolare tutte le patologie, eccetto i disturbi depressivi e la reazione di adattamento risultano associate al rischio di DGA.

**Tab.15 Punteggi critici al PGSI per diagnosi psichiatrica e rischio relativo, rispetto alla popolazione generale (riferimento)**

Distribuzione per diagnosi psichiatrica	PGSI>3		PGSI<=3		IC 95%		RR	p value
	N	%	N	%	INF	SUP		
Disturbi d'ansia, dissociativi e somatoformi	30	6,6	424	93,4	4,67	9,28	3,89	<0.001
Disturbi episodici dell'umore	38	8,6	404	91,4	6,33	11,58	5,06	<0.001
Psicosi schizofreniche	22	9,6	207	90,4	6,43	14,12	5,65	<0.001
Disturbi di personalità	24	11,5	185	88,5	7,84	16,52	6,75	<0.001
Altre psicosi non organiche	8	7,9	93	92,1	4,07	14,86	4,66	<0.001
Reazione di adattamento	5	5,4	88	94,6	2,32	11,97	3,16	0,006
Disturbo depressivo	1	7,7	12	92,3	1,37	33,31	4,52	0,095
Disturbi del controllo degli impulsi	1	33,3	2	66,7	6,15	79,23	19,61	<0.001
Disturbo delle emozioni specifico infanzia e adolesc.	0	-	1	100,0				
Altro disturbo	13	16,3	67	83,8	5,95	15,35	5,69	<0.001
Diagnosi mancante	15	9,7	140	90,3	9,75	25,84	9,56	<0.001
<b>Totale valido</b>	<b>157</b>	<b>100,0</b>	<b>1623</b>	<b>100,0</b>	<b>7,59</b>	<b>10,23</b>	<b>5,19</b>	<b>&lt;0.001</b>

In sintesi riteniamo che lo screening nei DSM sia fattibile, considerato il 96,2% di risposte e sebbene non emergano associazioni tra diagnosi e punteggio critico, la popolazione in carico ai DSM ha un rischio 5 volte maggiore rispetto alla popolazione generale di necessitare un assessment per DGA.

## Conclusioni

Questo progetto ha permesso di indagare vari aspetti relativi al rischio di DGA e al DGA stesso nella nostra regione.

Il primo aspetto indagato è quello relativo all'offerta di gioco. Vari studi [44,45] indicano che tra i fattori predittori del rischio di DGA, oltre a fattori individuali, quali genere maschile, età, livello di istruzione e salute mentale, vi sia proprio il risiedere in prossimità di un'area caratterizzata da un'alta offerta di sale gioco e slot machine. Nel Lazio, le aree che presentano una maggiore concentrazione rispetto alla popolazione residente sono la città di Roma, il litorale pontino, l'area lungo la Casilina e la zona a nord est di Roma (Monterotondo, Tivoli, Guidonia). In particolare nella città di Roma risulta evidente una maggiore densità nelle zone di Roma Nord, nella zona Flaminia-Saxa Rubra, lungo la Casilina vicino al GRA (Tor Bella Monaca), Ostia, nella zona nei pressi di Ciampino, e nelle aree limitrofe di Fiumicino e Pomezia.

Queste aree sono anche caratterizzate da un basso livello socioeconomico per cui si è voluta verificare l'esistenza di una relazione lineare tra il numero di apparecchi da gioco sul territorio e l'indice di deprivazione economica dell'area. Sebbene non sia risultata una relazione tra le due variabili, è stato tuttavia osservato che il numero di esercizi ad alta concentrazione di apparecchi è ubicato prevalentemente nelle zone a basso livello socioeconomico, sia a Roma che nell'intero Lazio. Questo ci porta a considerare la possibilità che anche nel Lazio, la maggiore offerta di gioco sia più ampia nelle aree a maggior deprivazione economica e quindi una maggior offerta può essere messa in relazione con un maggior rischio, per quanto tale misura non sia robusta. Sarebbero opportuni ulteriori studi per ottenere dei dati che mettano in relazione le persone con diagnosi di DGA e l'area di residenza.

Nel Lazio, nei servizi deputati al trattamento, risultano in carico per DGA solo 607 persone, ovvero 1 persona ogni 10.000 residenti (0.1%); secondo le stime ISS la stima della prevalenza del DGA andrebbe tra lo 0.5% e il 2.3% della popolazione. Si ritiene che i SerD intercettino quindi solo una parte delle persone con DGA, presumibilmente la quota di persone con minori risorse. I dati illustrati in questo report non sono quindi generalizzabili a tutta la popolazione che affronta questa problematica e crediamo sarebbe necessaria un'integrazione tra il SIRD con altri sistemi informativi, ovvero di altri servizi sociosanitari che hanno in carico persone con DGA, anche per avere maggiori informazioni sulle diagnosi.

Nel campione qui analizzato emergono tuttavia alcuni dati peculiari rispetto alla popolazione in trattamento: le donne, rispetto agli uomini, risultano più anziane, spesso vivono sole e hanno una situazione reddituale più sfavorevole. Si ritiene necessaria un'attenzione particolare alla prevenzione per questa sottopopolazione più vulnerabile, che seppur numericamente meno consistente, potrebbe riportare esiti peggiori, soprattutto di tipo sociale.

Inoltre, tra i soggetti in trattamento per DGA nei SerD, la situazione debitoria è un campanello di allarme sociale, che si ripercuote anche sui familiari. La nostra ricerca si è focalizzata sulle persone in trattamento nei servizi pubblici e non ha incluso i familiari o coloro che pur avendo sperimentato le conseguenze negative del gioco, non sono stati diagnosticati come persone con DGA. Tuttavia si ritiene che il danno derivante dal gioco, anche indiretto, per quanto difficilmente misurabile, sia comunque un problema di salute pubblica e che necessiti di azioni specifiche.

La sperimentazione dello screening potrebbe andare in tal senso, ovvero poter misurare la popolazione a rischio, screening che riteniamo possa essere esteso anche in altri contesti. Nel caso dei servizi della salute mentale lo screening attraverso il Problem Gambling Severity Index si è rilevato estremamente fattibile e i risultati mostrati confermano quanto viene riferito in letteratura, ovvero un maggior rischio della popolazione con problematiche psichiatriche rispetto alla popolazione generale.

Inoltre, considerato che ormai la quasi totalità dei servizi per le dipendenze nel Lazio è un'unità operativa del Dipartimento della Salute Mentale, sarebbe opportuno sviluppare ulteriormente le sinergie già in atto tra CSM e SerD, anche per quanto riguarda lo screening e l'assessment del DGA.

Infine riteniamo che questa ricerca, pur con i limiti prima esposti, abbia contribuito a mettere in risalto alcune problematiche riguardo il monitoraggio e gli interventi per il DGA: in primo luogo l'offerta di gioco, che abbiamo visto essere numericamente maggiore nelle aree con maggior deprivazione economica. In secondo luogo la necessità di implementare il monitoraggio dei servizi di trattamento e infine cogliere l'opportunità offerta dallo screening.

## Bibliografia

1. Sulkunen P., Babor T.F., Cisneros Ornberg, J., Egerer, M., Hellman, M., Livingstone, C., Marionneau, V., Nikkinen, J., Orford, J., Room, R., & Rossow, I. (2021). Limitare l'azzardo. Gioco, scienza e politiche pubbliche. (ed. it. a cura di Rolando, S.) Carocci, Roma
2. Vasiliadis, S.D., Jackson, A.C., Christensen, D., & Francis, K. (2013). Physical accessibility of gaming opportunity and its relationship to gaming involvement and problem gambling: a systematic review. *Journal of Gambling Issues*, 28, 1-46
3. Pearce, J., Mason, K., Hiscock, R., & Day, P. (2008). A national study of neighbourhood access to gambling opportunities and individual gambling behaviour. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 62, 862–868. doi:10.1136/jech.2007.068114
4. Xouridas, S., Jasny, J., & Becker, T. (2016). An ecological approach to Electronic gambling machines and socioeconomic deprivation in Germany. *Journal of Gambling Issues*, (33), 82-102.
5. Rosano, A., Pacelli, B., Zengarini, N., Costa, G., Cislighi, C., & Caranci, N. (2020). Aggiornamento e revisione dell'indice di deprivazione italiano 2011 a livello di sezione di censimento. *Epidemiol Prev*, 44(2-3), 162-70.
6. Lorains, F. K., Cowlshaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
7. Sharman, S., et al. (2019). "Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations." *Addict Behav* 99: 106071.
8. Ferris J., Wynne H.J. (2001) The Canadian Problem Gambling Index Final Report. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.
9. Ufficio Stampa Istituto Superiore di Sanità. CS N° 30/2018 – Gioco d'azzardo. Disponibile su <https://ufficiostampa.iss.it/?p=1335>
10. Abdin E, Subramaniam M, Vaingankar JA, Chong S. Reliability and validity of the English version of the South Oaks Gambling Screen in a multiracial Asian community sample in Singapore. *International Gambling Studies* 2012; 12(3):275-293. doi: 10.1080/14459795.2012.669777
11. Arthur D, Tong WL, Chen CP, Hing AY, Sagara-Rosemeyer M, Kua EH, Ignacio J. The validity and reliability of four measures of gambling behaviour in a sample of Singapore University students. *J Gambl Stud* 2008; 24(4):451-62. doi:10.1007/s10899-008-9103-y
12. Back KJ, Lee CK, Ahn J, Schmitt A, Kim HB. A mixed method approach to developing a multidimensional scale for gambling fallacy in the Korean context. *International Gambling Studies* 2015; 19(2):220-240.
13. Bernaldo-de-Quirós M, Labrador FJ, Estupiñá F, Fernández-Arias I, García-Fernández G, Labrador-Méndez M. Psychometric properties of a brief on-line screening instrument to detect at-risk gamblers. *Psicothema*. 2017; 29(4):558-562. doi: 10.7334/psicothema2016.378
14. Blaszczynski A, Ladouceur R, Moodie C. The Sydney Laval Universities Gambling Screen: Preliminary data. *Addiction Research & Theory* 2009; 16(4):401-411.
15. Colasante E, Gori M, Bastiani L, Siciliano V, Giordani P, Grassi M, Molinaro S. An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGL. *J Gambl Stud* 2013;29(4):765-74. doi: 10.1007/s10899-012-9331-z.
16. de Oliveira MP, da Silveira DX, de Carvalho SV, Collakis ST, Bizeto J, Silva MT. Reliability, validity and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen in a Brazilian sample. *J Gambl Stud*. 2009 Dec;25(4):557-68. doi: 10.1007/s10899-009-9152-x.
17. Götestam KG, Johansson A, Wenzel HG, Simonsen IE. Validation of the lie/bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep*. 2004; 95(3 Pt 1):1009-13. PubMed PMID: 15666948.



18. Himelhoch SS, Miles-McLean H, Medoff DR, Kreyenbuhl J, Rugle L, Bailey-Kloch M, Potts W, Welsh C, Brownley J. Evaluation of brief screens for gambling disorder in the substance use treatment setting. *Am J Addict*. 2015 Aug;24(5):460-6. doi: 10.1111/ajad.12241.
19. Holtgraves T. Evaluating the problem gambling severity index. *J Gambl Stud*. 2009; 25(1):105-20. doi: 10.1007/s10899-008-9107-7.
20. Iliceto P, Fino E, Cammarota C, Giovani E, Petrucci F, Desimoni M, Sabatello U, Candilera G, Oei TP. Factor structure and psychometric properties of the Italian version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I). *J Gambl Stud* 2015 Mar;31(1):225-42. doi: 10.1007/s10899-013-9405-6.
21. Loo JM, Oei TP, Raylu N. Psychometric evaluation of the Problem Gambling Severity Index-Chinese version (PGSI-C). *J Gambl Stud*. 2011; 27(3):453-66. doi: 10.1007/s10899-010-9221-1.
22. Lorains, F. K., Cowlshaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
23. Marchetti D, Whelan JP, Verrocchio MC, Ginley MK, Fulcheri M, Relyea GE, Meyers AW. Psychometric evaluation of the Italian translation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *International Gambling Studies* 2016; 16(1): 17-30. doi: 10.1080/14459795.2015.1088560
24. Oei T, Raylu N. The relationship between cultural variables and gambling behavior among Chinese residing in Australia. *J Gambl Stud* 2009; 25(4):433-45. doi: 10.1007/s10899-009-9148-6.
25. Oei TP, Lin J, Raylu N. The relationship between gambling cognitions, psychological states, and gambling - A cross-cultural study of Chinese and Caucasians in Australia. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2008; 39(2):147-161. doi: 10.1177/0022022107312587.
26. Pallanti S, DeCaria CM, Grant JE, Urpe M, Hollander E. Reliability and validity of the pathological gambling adaptation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS). *J Gambl Stud*. 2005;21(4):431-43. PubMed PMID: 16311876.
27. Petruccelli F, Diotaiuti P, Verrastro V, Petruccelli I, Carenti ML, De Berardis D, Iasevoli F, Valchera A, Fornaro M, Martinotti G, Di Giannantonio M, Janiri L. Obsessive-compulsive aspects and pathological gambling in an Italian sample. *Biomed Res Int*. 2014; 2014:167438. doi: 10.1155/2014/167438.
28. Petry NM. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis*. 2003; 191(6):399-407. PubMed PMID: 12826922.
29. Pike CK. Measuring video gambling: Instrument development and validation. *Research on Social Work Practice*, 12(3), 389-407. doi:10.1177/1049731502012003004
30. Pilatti A, Cupani M, Tuzinkievich F, Winfree W. Confirmatory factor analysis of the Spanish version of the Gamblers' Beliefs Questionnaire in a sample of Argentinean gamblers. *Addictive behaviors reports* 2016; 4:44-50. doi: 10.1016/j.abrep.2016.09.001
31. Pilatti A, Tuzinkievich FB. Evaluation of the psychometric properties of the Gambling Motives Questionnaire in Argentinian young people and adults. *Adicciones*. 2015 Mar 1;27(1):17-26.
32. Rockloff MJ, Dyer V. The Four Es 1-year later: a tool for predicting the development of gambling problems. *Journal of gambling studies* 2007; 23(4):467-78.
33. Rockloff MJ, Dyer V. The four Es of problem gambling: a psychological measure of risk. *J Gambl Stud*. 2006; 22(1):101-20.
34. Rockloff MJ, Ehrich J, Themessl-Huber M, Evans LG. Validation of a one item screen for problem gambling. *J Gambl Stud*. 2011 Dec;27(4):701-7. doi:10.1007/s10899-010-9232-y.
35. Ruiz-Perez JI, Echeburua-Odroizola E. Pathological Gambling Short Questionnaire in Colombian students: Psychometrics properties. *Univ. Psychol*. 2017 16(3):1-12.
36. Salinas JM, Roa Venegas JM. The screening of gambling addiction by internet. *Addicciones* 2002; 14(3):303-312.
37. Sharman, S., et al. (2019). "Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations." *Addict Behav* 99: 106071.



38. Sharp C, Steinberg L, Yaroslavsky I, Hofmeyr A, Dellis A, Ross D, Kincaid H. An item response theory analysis of the Problem Gambling Severity Index. *Assessment*. 2012; 19(2):167-75. doi: 10.1177/1073191111418296.
39. Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry*. 2003; 160(1):180-2. PubMed PMID: 12505822.
40. Tanaka, Y., Nomura, K., Shimada, H., Maeda, S., Ohishi, H., & Ohishi, M. Adaptation and validation of the Japanese version of the Gambling Urge Scale. *International Gambling Studies* 2017; 17(2), 192-204. doi:10.1080/14459795.2017.1311355.
41. Ufficio Stampa Istituto Superiore di Sanità. CS N° 30/2018 – Gioco d’azzardo. Disponibile su <https://ufficiostampa.iss.it/?p=1335>
42. Vilella C, Pascucci M, de Waure C, Bellomo A, Conte G. Validation of the Gambling Disorder Screening Questionnaire, a self-administered diagnostic questionnaire for gambling disorder based on the DSM-5 criteria. *Riv Psichiatr*. 2016; 51(5):206-211. doi: 10.1708/2476.25892.
43. Wejbera M, Müller KW, Becker J, Beutel ME. The Berlin Inventory of Gambling behavior - Screening (BIG-S): Validation using a clinical sample. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):188. doi:10.1186/s12888-017-1349-4.
44. Garvey Wilson AL, O’Gallagher KG, Liu X, Greenberg JG, Otto JL, Campbell MS, Belsher BE, Evatt DP. Demographic, Behavioral, and Proximal Risk Factors for Gambling Disorder in the US Military. *Am J Addict*. 2021 Jul;30(4):334-342. doi: 10.1111/ajad.13137. Epub 2021 Mar 24. PMID: 33760292.
45. Williams RJ, Leonard CA, Belanger YD, Christensen DR, El-Guebaly N, Hodgins DC, McGrath DS, Nicoll F, Smith GJ, Stevens RMG. Predictors of gambling and problem gambling in Canada. *Can J Public Health*. 2021 Jun;112(3):521-529. doi: 10.17269/s41997-020-00443-x. Epub 2021 Jan 13. PMID: 33439477; PMCID: PMC8076356.



# Allegato 1. Guida alla Compilazione sezione aggiunta al SIRD sul DGA



## Guida alla compilazione dei dati sui pazienti con disturbo da gioco d'azzardo.

Le principali sezioni SIRD che interessano i pazienti con disturbo da gioco d'azzardo (DGA) sono:

id: 381295 Dollaro Mario nato il: 13-05-1998 in carico dal: 02-01-2021

**ANAGRAFE** Informazioni Attuali Storico degli Accessi

**ACCESSO** DIP. EPIDEMIOLOGIA : VIA CRISTOFORO COLOMBO, 112, ROMA

Info Paziente	data inizio	02-01-2021	data fine	
<b>Dipendenza</b>	area primaria di intervento	Gioco d'Azzardo	status cartella	in carico residente
<b>Focus DGA</b>	canale di invio	familiari o amici	conclusione	in corso
<b>Diagnosi</b>				
Trattamenti				

## Sezione Dipendenza

La sezione dipendenza relativa al gioco d'azzardo permette di selezionare la tipologia di gioco principale e/o secondario tra 9 gruppi

anamnesi effettuata il: 15/06/2021

Principale o Secondaria Principale Secondaria

**TIPOLOGIA** SOSTANZA / COMPORTAMENTI

Gioco d'Azzardo

Giochi numerici a totalizzazione (SuperEnalotto, SuperStar, ecc.)	Lotterie istantanee o in tempo reale (gratta e vinci, Bingo, ecc.)	Lotto e Lotterie ad esito differito (lotto, tradizionali, ecc.)
New Slot (Slot Machine)	Scommesse sportive (a quota fissa, ippiche, ecc.)	VLT (Video Lottery Terminal)
Altri giochi a base sportiva (Totocalcio, Totogol, BigMatch, ecc.)	Altri giochi d'azzardo su internet	Altro gioco d'azzardo

Indicare la tipologia di gioco che il paziente dichiara essere la prevalente ed aggiungere eventuali altre tipologie di gioco secondarie.



Compilare tutte le altre informazioni richieste dal sistema: età, modalità prevalente, frequenza, luogo prevalente, mezzo virtuale prevalente.

Si ricorda che i campi evidenziati in rosso sono obbligatori ed entrano a far parte del flusso informativo del Ministero della Salute: viene richiesta quindi la massima completezza nella loro compilazione.

Indicare se il paziente con DGA ha una dipendenza secondaria anche da sostanze stupefacenti, alcol o altro.

Nel caso in cui il paziente presenti disturbo da uso di sostanze o disturbo da uso di alcol valutare se il DGA è disturbo primario, ovvero dipendenza primaria o secondaria

### Focus DGA

Questa nuova sezione va ad integrare le informazioni anamnestiche rilevate nella sezione precedente e tiene conto di indicatori di specifico interesse nella anamnesi clinica del gioco d'azzardo quali: la disponibilità economica, il denaro speso per il gioco, il tempo dedicato al gioco, la situazione debitoria del paziente ecc.

Anche in questo caso i campi evidenziati in rosso sono obbligatori ed entrano a far parte del flusso informativo del Ministero della Salute, viene richiesta quindi la massima completezza nella loro compilazione.

**Le informazioni richieste in questa sezione devono essere inserite per tutti i pazienti con DGA che risultano in carico al servizio dal 1° gennaio 2021 in poi.**

Aggiungi nuove informazioni

tipo di rilevazione	<input type="text" value=""/>
data di rilevazione delle informazioni <i>(data in cui sono state richieste queste informazioni al paziente)</i>	<input type="text" value="14/04/2011"/>
Entrate mensili di cui la persona dispone	<input type="text" value=""/>
Percentuale di spesa mensile per il gioco rispetto alle entrate	<input type="text" value=""/>
Massima cifra di denaro giocato in un giorno (rispetto all'ultimo mese)	€ <input type="text" value=""/>
Massima cifra giocata nella vita in un unico giorno	€ <input type="text" value=""/>
giorni dedicati mediamente al gioco nell'arco di una settimana	giorni <input type="text" value=""/>
Ore massime dedicate al gioco in un unico giorno durante l'ultimo mese	ore <input type="text" value=""/>
Di solito si allontana dal proprio quartiere/comune per giocare alle slot, VTL o altro?	<input type="button" value="Non noto"/> <input type="button" value="si"/> <input type="button" value="no"/>





Attualmente ha debiti a causa del gioco?

con finanziarie

Non noto Si No

con soggetti privati

Non noto Si No

con banche

Non noto Si No

con usurai

Non noto Si No

Ha mai mentito a amici e/o familiari circa il motivo di uso del denaro

Non noto Si No

Ha mai commesso furti in casa

Non noto Si No

Ha mai commesso piccoli "reati" per procurarsi denaro

Non noto Si No

In genere passa più di un'ora su internet per giochi non d'azzardo (es. candy crush saga, fortnite, etc)

Non noto Si No

Ha speso del denaro per giocare questi giochi?

Non noto mai talvolta spesso

Prima di iniziare a giocare, conoscevi persone con problema di gioco d'azzardo?

## Diagnosi

La diagnosi del disturbo da gioco d'azzardo andrà effettuata utilizzando il DSM 5.

← INDIETRO

### Seleziona la Diagnosi

codifica:

ICD 9 CM

DSM IV

DSM 5

gruppo:

F63 - disturbo da gioco d'azzardo

F.63.0 - disturbo da gioco d'azzardo - lieve

F.63.0 - disturbo da gioco d'azzardo - moderato

F.63.0 - disturbo da gioco d'azzardo - grave

## Allegato 2. Protocollo di studio sperimentazione dello screening nella popolazione che afferisce ai centri per la salute mentale

### **Protocollo studio: 'Screening del Disturbo da Gioco d'Azzardo (DGA) nella popolazione generale vulnerabile, attraverso il coinvolgimento dei centri territoriali per la salute mentale della Regione Lazio'**

#### **Premessa**

Nel biennio 2019-20, il Dipartimento Epidemiologia del SSR Regionale-ASL Roma 1 (DEP) ha condotto un progetto di ricerca sulla stima della prevalenza di DGA in ASL Roma 1. Uno degli obiettivi del progetto era la conduzione di una revisione sistematica della letteratura con lo scopo di individuare, descrivere e valutare in termini di sensibilità e specificità gli strumenti di screening utili per l'identificazione dei casi con potenziale DGA, sia nella popolazione generale che in ambito di cure primarie. La revisione ha incluso 31 studi, che riportavano l'affidabilità, misurata mediante  $\alpha$  di Cronbach per 22 strumenti. Gli strumenti che sono risultati essere maggiormente affidabili e disponibili in lingua italiana sono stati 3: il PGSI- Problem Gambling Severity Index, il GDSQ - Gambling Disorder Screening Questionnaire e il GA-20 Gambling Anonymous.

Poiché il DGA risulta essere spesso associato ad altri disturbi mentali (Lorains et al. 2011), l'idea alla base della sperimentazione era che in fase di accesso per una valutazione diagnostica ad un centro di trattamento per la salute mentale (SerD, DSM), potesse essere incluso anche uno screening per il DGA affidabile e facile da utilizzare.

La sperimentazione effettuata nell'ambito di tale progetto, ha previsto la somministrazione dei tre suddetti strumenti di screening in un campione di servizi per individuare quello che risultasse maggiormente accettabile dalla popolazione target e per verificare se sia possibile implementarne l'uso nei Centri di Salute mentale.

Tra gli strumenti individuati e ritenuti affidabili dalle evidenze disponibili in letteratura, quello che è risultato più fruibile e maggiormente accettato da operatori e utenti è il PGSI.

#### **Obiettivi**

L'obiettivo generale di questo progetto di studio, che coinvolge tutto il territorio regionale, è compiere una stima della prevalenza di potenziale rischio di DGA nella popolazione che afferisce ai servizi della salute mentale; l'obiettivo specifico è quello di utilizzare uno strumento di screening di rischio di DGA nella popolazione generale vulnerabile, attraverso il coinvolgimento dei centri territoriali per la salute mentale nella Regione Lazio.

#### **Disegno dello studio**

Studio descrittivo trasversale per la stima dell'occorrenza di rischio di disturbo di gioco d'azzardo nella popolazione in carico ai servizi di salute mentale del Lazio. Si utilizza un campione di servizi stimato in base ad una prevalenza attesa pari al 2%, facendo riferimento alla survey condotta dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS, 2018), che stima pari al 1.7% la proporzione di giocatori a rischio di DGA nella popolazione generale residenti nel Centro Italia.



La popolazione di riferimento è la popolazione in carico ai DSM del Lazio al 31/12/2019 (Fonte: Regione Lazio) e per calcolare la dimensione del campione si è utilizzata la seguente formula:

$$n = \frac{t^2 P(1-P)}{D^2}$$

dimensione del campione

prevalenza attesa

precisione assoluta desiderata

Per ciascun centro, quindi, in base alla distribuzione per centro dei pazienti già in carico (casi prevalenti), è stata calcolata la numerosità campionaria nel modo più conservativo possibile, tenendo conto di una prevalenza attesa del 2% e di una precisione massima possibile, ovvero dove l'errore massimo era dell'1%. La numerosità del campione totale è risultata pari a 1850 soggetti e la distribuzione per centro è riportata nella tabella 1.

Nel computo dei servizi si è tenuto proporzionalmente conto anche del numero di ambulatori per la salute mentale per singola ASL, per cui, ad esempio, a Viterbo sono stati selezionati 3 centri, rispetto ai 17 presenti sul territorio ASL, mentre a Rieti ne è stato selezionato uno tra i 6 possibili.

**Tab.1 Elenco dei Centri di Salute Mentale e numero di pazienti da reclutare per centro**

<b>Asl</b>	<b>Centri di Salute Mentale</b>	<b>Indirizzo</b>	<b>Pazienti da reclutare e testare</b>
VT	CSM DI VITERBO	Via Enrico Fermi, 15	44
	CSM DI CIVITA CASTELLANA	Via Francesco Petrarca, snc	34
	CSM DI VETRALLA	Via Blera, snc	25
Roma 6	C.S.M. AMB. POMEZIA	Loc. Macchiozza VIA Del Mare km 19	103
	C.S.M. AMB. ANZIO	VIA ALDOBRANDINI 32	95
Roma 5	C.S.M. COLLEFERRO	Via Sant'Agnese snc	102
	DISTRETTO DI MONTEROTONDO CON C.S.M.	VIA DELL'AERONAUTICA, 53/b	93
Roma 4	Centro Salute Mentale Distretto 4 - Morlupo	Via Roncacci 78	68
	Centro Salute Mentale Distretto 3 - Bracciano	Via Trento, n.18	37
Roma 3	CSM -- X MUN. COM. ROMA	VIA ADOLFO COZZA,7	103
	CSM XI MUN. COM. ROMA	VIA PORTUENSE, 571	98
Roma 2	CSM BARDANZELLU	VIA BARDANZELLU, 8	159
	CSM CINECITTA`	PIAZZA DI CINECITTA` 11	150
	CSM EUCALIPTI D5	VIA DEGLI EUCALIPTI,20	117
Roma 1	CSM 'SABRATA'	VIA SABRATA 12	89
	CSM ANTONINO DI GIORGIO	VIA ANTONINO DI GIORGIO 19	67
	CSM 'LABLACHE'	VIA LABLACHE 4	64
	CSM PLINIO	VIA PLINIO 31	51
RI	CSM RIETI	Via Salaria per l'Aquila 36	135
LT	CENTRO SALUTE MENTALE FONDI	VIA San Magno 4	52
FR	CENTRO DI SALUTE MENTALE - CASSINO	VIA DEGLI EROI CASSINO	82
	CENTRO DI SALUTE MENTALE - CECCANO	VIA BORGO S. LUCIA CECCANO	81
<b>Totale campione</b>			<b>1850</b>

## Timing dello studio

Il reclutamento della popolazione avverrà nella quarta settimana del mese di novembre (22-28/11), nella prima e nella terza del mese di dicembre 2021 (29/11-5/12 e 13-19/12) nella terza e quinta del mese di gennaio 2022 (10-16/1 e 24-30/1) nella seconda del mese di febbraio (7-13/2) per un totale di 6 settimane. Lo studio è previsto concludersi nel mese di marzo 2022, con la presentazione report della sperimentazione.

## Criteri di reclutamento

Tutti pazienti già in trattamento al CSM aventi tutte le seguenti caratteristiche

- Essere in carico al 1/11/2021
- Essere adulti (>18 anni)
- Avere la diagnosi per cui è in trattamento
- Recarsi ai centri individuati per una visita/colloquio programmati nei periodi suindicati
- Essere in grado di leggere e comprendere la lingua italiana
- non aver ricevuto una diagnosi di DGA nei 12 mesi precedenti

## Setting e modalità di somministrazione

Gli Ambulatori per la salute mentale sono i luoghi di reclutamento del campione. I test devono essere autosomministrati, previo consenso da parte del paziente (si veda allegato modulo di consenso informato e relativa nota informativa)

L'operatore pertanto presenta il progetto di ricerca e fornisce al paziente la nota informativa e il modulo di consenso informato.

Una volta che il paziente fornisce il consenso l'operatore, compilando e firmando il relativo modulo, che deve essere controfirmato dall'operatore per presa visione, il test può essere consegnato al paziente. L'operatore può decidere se somministrarlo prima o dopo la visita/colloquio, ma in ogni caso **al di fuori del setting terapeutico**.

Importante: Il modulo di consenso informato che viene inviato in file allegato è **un fac simile**.

Ciascun centro dovrà provvedere a trascriverlo su propria carta intestata e ciascun centro dovrà conservarlo fino al termine dello studio e alla pubblicazione dei risultati. Ciascun centro è responsabile dei dati in esso contenuti.

## Procedure di somministrazione e raccolta dei test

Laddove il Centro preveda di individuare più operatori, oltre al referente, che è stato precedentemente indicato dal responsabile DSM al DEP e riportato in tabella 2, questi faranno comunque riferimento al referente per il DEP che coordinerà la sperimentazione nel centro.

A ciascun centro verrà fornito uno o più blocchi da 50 fogli, numerati in ordine progressivo, di cui una parte rimarrà presso il centro e un'altra parte (divisibile) conterrà il test di screening riportato in allegato. L'ordine progressivo del foglio costituirà l'identificativo del paziente. La parte (MATRICE) che rimarrà presso il centro è quella contenente i dati anagrafici del soggetto (nome e cognome), codice cartella clinica e codice diagnostico ICD IX CM; inoltre, nel caso in cui siano stati



individuati più operatori, dovrà essere registrato identificativo “operatore”, al fine di poterlo risalire a chi ha consegnato il test nel caso in cui ve ne fosse necessità. Tale identificativo va precedentemente concordato con il DEP, altrimenti risulterà l’operatore referente.

La seconda parte (TEST) di ciascun foglio, che sarà facilmente staccabile dalla matrice e risulterà anonima ma riportante lo stesso numero progressivo della matrice (codice di linkage), sarà invece quella che verrà consegnata al paziente, il quale lo compilerà in autonomia e, dopo averlo compilato, lo potrà riporre in un contenitore apposito.

A tutti gli individui eleggibili, che nel periodo di osservazione si recano all’ambulatorio DSM, l’operatore/gli operatori individuato/i fornirà dal blocco di 50 fogli quindi il primo TEST disponibile, contenente questionario (cartaceo) di screening e così via. A ciascun centro verranno forniti un numero di matrici e test superiori a quelli attesi, di modo che in caso di errori, non ci siano difficoltà.

A termine della giornata, gli operatori devono registrare sul diario delle somministrazioni, il totale dei pazienti reclutabili, il numero di pazienti che hanno rifiutato la somministrazione (non hanno compilato il consenso informato) ed i motivi di rifiuto.

Il questionario e il diario delle somministrazioni sono riportati in allegato

### **Data management**

I TEST verranno raccolti dagli operatori e verranno settimanalmente inviati al DEP, assieme ai diari giornalieri delle somministrazioni, tramite corriere messo a disposizione dal DEP. Una volta giunti al DEP, il suo personale si occuperà di inserirli in un apposito database elettronico.

Gli operatori del Centro, invece, dovranno a termine di ciascuna giornata compilare un file excel predisposto dal DEP in cui vanno trascritte dal foglio MATRICE due sole informazioni: il numero progressivo paziente (quello stampato nel foglio) e il codice ICD XI CM (2 colonne). Il file risultante dalla matrice verrà linkato con quello dei test, di modo che per ciascun test sia appaiato al codice diagnostico della persona che lo ha compilato.

Inoltre, giornalmente l’operatore del centro compilerà il diario delle somministrazioni.

Le misure che verranno nell’analisi saranno: proporzione di punteggi critici per ciascun test rispetto al totale delle somministrazioni; proporzione di rifiuti rispetto agli individui eleggibili; distribuzione dei motivi di rifiuto, rischio di DGA nel campione, rischio di DGA associato a categorie diagnostiche.

### **Aspetti organizzativi**

Ciascun Centro deve mettere a disposizione almeno un operatore per somministrare i test, possibilmente in uno spazio riservato e precedentemente o successivamente alla visita programmata. Si sottolinea che per ciascun test sono necessari al massimo 5 minuti.

La somministrazione del test e il test stesso non devono in alcun modo interferire con l’attività clinica rivolta al paziente.

### **Tab. 2 Referenti per Centro**



<b>CSM</b>	<b>Referente per il progetto</b>
Lablache	Vincenzo Panella
Plinio	Benilde Mauri
Di Giorgio	Manuela Cipolat
Sabrata	Carlo Foddis
CSM di Via Bardanzellu	Vittoria Rotunno
CSM di Via degli Eucalipti	Silvia Torge
CSM di piazza Cinecitta	Piero Petti
CSM X MUN. COM. Ostia ROMA	Veronica Santori
CSM XI Mun_ Via Portuese	Irene Presutti
CSM - BRACCIANO VIA TRENTO N.18	Salvatore Rizzato
CSM -MORLUPO VIA RONCACCI N. 78	Gloria Minasi
CSM di Monterotondo	Federico Trobia
CSM di Colleferro	Alessia Nicita
C.S.M. AMB. POMEZIA	Giuseppe Vitali
C.S.M. AMB. ANZIO	Gianuario Buono
CSM Ceccano	Fausto Russo
CSM Cassino-Pontecorvo	Marina Zainni
CSM Viterbo	Antonio Bisogno
CSM Civitacastellana	Fabio Maurelli
CSM Vetralla	
CSM RIETI	Umberto Mauro Salvatore Caraccia
CENTRO SALUTE MENTALE FONDI	Antonella Spacca

## Bibliografia

Abdin E, Subramaniam M, Vaingankar JA, Chong S. Reliability and validity of the English version of the South Oaks Gambling Screen in a multiracial Asian community sample in Singapore. *International Gambling Studies* 2012; 12(3):275-293. doi: 10.1080/14459795.2012.669777

Arthur D, Tong WL, Chen CP, Hing AY, Sagara-Rosemeyer M, Kua EH, Ignacio J. The validity and reliability of four measures of gambling behaviour in a sample of Singapore University students. *J Gambl Stud* 2008; 24(4):451-62. doi:10.1007/s10899-008-9103-y

Back KJ, Lee CK, Ahn J, Schmitt A, Kim HB. A mixed method approach to developing a multidimensional scale for gambling fallacy in the Korean context. *International Gambling Studies* 2015; 19(2):220-240.

Bernaldo-de-Quirós M, Labrador FJ, Estupiñá F, Fernández-Arias I, García-Fernández G, Labrador-Méndez M. Psychometric properties of a brief on-line screening instrument to detect at-risk gamblers. *Psicothema*. 2017; 29(4):558-562. doi: 10.7334/psicothema2016.378

Blaszczynski A, Ladouceur R, Moodie C. The Sydney Laval Universities Gambling Screen: Preliminary data. *Addiction Research & Theory* 2009; 16(4):401-411.

Colasante E, Gori M, Bastiani L, Siciliano V, Giordani P, Grassi M, Molinaro S. An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. *J Gambl Stud* 2013;29(4):765-74. doi: 10.1007/s10899-012-9331-z.

de Oliveira MP, da Silveira DX, de Carvalho SV, Collakis ST, Bizeto J, Silva MT. Reliability, validity and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen in a Brazilian sample. *J Gambl Stud*. 2009 Dec;25(4):557-68. doi: 10.1007/s10899-009-9152-x.



- Götestam KG, Johansson A, Wenzel HG, Simonsen IE. Validation of the lie/bet screen for pathological gambling on two normal population data sets. *Psychol Rep.* 2004; 95(3 Pt 1):1009-13. PubMed PMID: 15666948.
- Himmelhoch SS, Miles-McLean H, Medoff DR, Kreyenbuhl J, Rugle L, Bailey-Kloch M, Potts W, Welsh C, Brownley J. Evaluation of brief screens for gambling disorder in the substance use treatment setting. *Am J Addict.* 2015 Aug;24(5):460-6. doi: 10.1111/ajad.12241.
- Holtgraves T. Evaluating the problem gambling severity index. *J Gambl Stud.* 2009; 25(1):105-20. doi: 10.1007/s10899-008-9107-7.
- Iliceto P, Fino E, Cammarota C, Giovani E, Petrucci F, Desimoni M, Sabatello U, Candilera G, Oei TP. Factor structure and psychometric properties of the Italian version of the Gambling Related Cognitions Scale (GRCS-I). *J Gambl Stud* 2015 Mar;31(1):225-42. doi: 10.1007/s10899-013-9405-6.
- Loo JM, Oei TP, Raylu N. Psychometric evaluation of the Problem Gambling Severity Index-Chinese version (PGSI-C). *J Gambl Stud.* 2011; 27(3):453-66. doi: 10.1007/s10899-010-9221-1.
- Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction*, 106(3), 490-498.
- Marchetti D, Whelan JP, Verrocchio MC, Ginley MK, Fulcheri M, Relyea GE, Meyers AW. Psychometric evaluation of the Italian translation of the Gamblers' Beliefs Questionnaire. *International Gambling Studies* 2016; 16(1): 17-30. doi: 10.1080/14459795.2015.1088560
- Oei T, Raylu N. The relationship between cultural variables and gambling behavior among Chinese residing in Australia. *J Gambl Stud* 2009; 25(4):433-45. doi: 10.1007/s10899-009-9148-6.
- Oei TP, Lin J, Raylu N. The relationship between gambling cognitions, psychological states, and gambling - A cross-cultural study of Chinese and Caucasians in Australia. *Journal of Cross-Cultural Psychology* 2008; 39(2):147-161. doi: 10.1177/0022022107312587.
- Pallanti S, DeCaria CM, Grant JE, Urpe M, Hollander E. Reliability and validity of the pathological gambling adaptation of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (PG-YBOCS). *J Gambl Stud.* 2005;21(4):431-43. PubMed PMID: 16311876.
- Petruccelli F, Diotaiuti P, Verrastro V, Petruccelli I, Carenti ML, De Berardis D, Iasevoli F, Valchera A, Fornaro M, Martinotti G, Di Giannantonio M, Janiri L. Obsessive-compulsive aspects and pathological gambling in an Italian sample. *Biomed Res Int.* 2014; 2014:167438. doi: 10.1155/2014/167438.
- Petry NM. Validity of a gambling scale for the addiction severity index. *J Nerv Ment Dis.* 2003; 191(6):399-407. PubMed PMID: 12826922.
- Pike CK. Measuring video gambling: Instrument development and validation. *Research on Social Work Practice*, 12(3), 389-407. doi:10.1177/1049731502012003004
- Pilatti A, Cupani M, Tuzinkievich F, Winfree W. Confirmatory factor analysis of the Spanish version of the Gamblers' Beliefs Questionnaire in a sample of Argentinean gamblers. *Addictive behaviors reports* 2016; 4:44-50. doi: 10.1016/j.abrep.2016.09.001
- Pilatti A, Tuzinkievich FB. Evaluation of the psychometric properties of the Gambling Motives Questionnaire in Argentinian young people and adults. *Adicciones.* 2015 Mar 1;27(1):17-26.
- Rockloff MJ, Dyer V. The Four Es 1-year later: a tool for predicting the development of gambling problems. *Journal of gambling studies* 2007; 23(4):467-78.
- Rockloff MJ, Dyer V. The four Es of problem gambling: a psychological measure of risk. *J Gambl Stud.* 2006; 22(1):101-20.
- Rockloff MJ, Ehrich J, Themessl-Huber M, Evans LG. Validation of a one item screen for problem gambling. *J Gambl Stud.* 2011 Dec;27(4):701-7. doi:10.1007/s10899-010-9232-y.



- Ruiz-Perez JI, Echeburua-Odriozola E. Pathological Gambling Short Questionnaire in Colombian students: Psychometrics properties. *Univ. Psychol.* 2017 16(3):1-12.
- Salinas JM, Roa Venegas JM. The screening of gambling addiction by internet. *Addiciones* 2002; 14(3):303-312.
- Sharman, S., et al. (2019). "Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations." *Addict Behav* 99: 106071.
- Sharp C, Steinberg L, Yaroslavsky I, Hofmeyr A, Dellis A, Ross D, Kincaid H. An item response theory analysis of the Problem Gambling Severity Index. *Assessment.* 2012; 19(2):167-75. doi: 10.1177/1073191111418296.
- Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *Am J Psychiatry.* 2003; 160(1):180-2. PubMed PMID: 12505822.
- Tanaka, Y., Nomura, K., Shimada, H., Maeda, S., Ohishi, H., & Ohishi, M. Adaptation and validation of the Japanese version of the Gambling Urge Scale. *International Gambling Studies* 2017; 17(2), 192-204. doi:10.1080/14459795.2017.1311355.
- Ufficio Stampa Istituto Superiore di Sanità. CS N° 30/2018 – Gioco d'azzardo. Disponibile su <https://ufficiostampa.iss.it/?p=1335>
- Villella C, Pascucci M, de Waure C, Bellomo A, Conte G. Validation of the Gambling Disorder Screening Questionnaire, a self-administered diagnostic questionnaire for gambling disorder based on the DSM-5 criteria. *Riv Psichiatr.* 2016; 51(5):206-211. doi: 10.1708/2476.25892.
- Wejbera M, Müller KW, Becker J, Beutel ME. The Berlin Inventory of Gambling behavior - Screening (BIG-S): Validation using a clinical sample. *BMC Psychiatry.* 2017;17(1):188. doi:10.1186/s12888-017-1349-4.

**Appendice 1 STRUMENTI****PGSI**

Data: \_\_\_\_\_

Genere: Maschio      Femmina      Età: |\_\_|\_\_| anni

Comune di Residenza: \_\_\_\_\_

Se Roma indicare Municipio: |\_\_|\_\_|

*Pensando agli ultimi 12 mesi, diresti che (mai, talvolta, la maggior parte delle volte, quasi sempre):*

		MAI	TALVOLTA	LA MAGGIOR PARTE DELLE VOLTE	QUASI SEMPRE
Q1	Hai scommesso più di quanto potessi realmente permetterti di perdere?	0	1	2	3
Q2	Hai avuto bisogno di giocare più soldi per ottenere la stessa sensazione di eccitazione?	0	1	2	3
Q3	Sei tornato a giocare con il proposito di recuperare il denaro perso, per "rifarti"?	0	1	2	3
Q4	Hai chiesto prestiti o hai venduto qualcosa per avere i soldi per giocare?	0	1	2	3
Q5	Hai pensato di avere un problema con il gioco d'azzardo?	0	1	2	3
Q6	Hai pensato che il gioco ti abbia creato problemi di salute, inclusi stress e ansia?	0	1	2	3
Q7	Alcune persone ti hanno criticato per il tuo modo di giocare o ti hanno accusato di avere un problema di gioco, a prescindere dal fatto che tu ritenga che sia vero o no?	0	1	2	3
Q8	Hai pensato che il gioco ti abbia causato problemi economici o ne abbia causati al tuo bilancio familiare?	0	1	2	3
Q9	Ti sei sentito in colpa per il tuo modo di giocare o per ciò che accade quando giochi?	0	1	2	3

Punteggio Critico /Assessment per DGA se la somma dei punteggi &gt;3



**Diario giornaliero delle somministrazioni**

DATA: \_\_/\_\_/\_\_

Operatore referente: \_\_\_\_\_

nr pazienti reclutabili |\_\_|\_\_|

nr test compilati |\_\_|\_\_|

nr pazienti che hanno rifiutato |\_\_|\_\_| di cui M: |\_\_|\_\_| F: |\_\_|\_\_|

Motivi di rifiuto: (indicare quante persone hanno indicato quel motivo):

• Mancanza di tempo |\_\_|\_\_|

• Mancanza di interesse |\_\_|\_\_|

• Inutilità dei test |\_\_|\_\_|

• Questioni di privacy |\_\_|\_\_|

• Non è il momento opportuno |\_\_|\_\_|

• Non è lo spazio opportuno |\_\_|\_\_|

• Altro: \_\_\_\_\_ nr persone: \_\_\_\_

o \_\_\_\_\_ nr persone: \_\_\_\_

o \_\_\_\_\_ nr persone: \_\_\_\_

o \_\_\_\_\_ nr persone: \_\_\_\_

NOTE:

## **FAC SIMILE CONSENSO INFORMATO**

**DA RIPRODURRE SU Carta intestata ASL**

**DA CONSERVARE PRESSO IL DSM DOVE AVVIENE LA SOMMINISTRAZIONE A CURA  
DELL'OPERATORE CHE LO RACCOGLIE**

### **NOTA INFORMATIVA PER L'ADESIONE VOLONTARIA ALLO STUDIO**

Presso il Centro di Salute mentale \_\_\_\_\_ è in programma un progetto di ricerca scientifica dal titolo Ricerca sul Disturbo da Gioco d'Azzardo nella Regione Lazio

Questa ricerca è promossa dal Dipartimento di Epidemiologia Regione Lazio-ASL Roma 1, in collaborazione con la Regione Lazio, Direzione Regionale per l'inclusione Sociale e con la ASL \_\_\_\_\_

Per svolgere tale ricerca abbiamo bisogno della collaborazione e disponibilità di persone che, come Lei, soddisfano i requisiti scientifici idonei alla ricerca. Comunque, prima che Lei prenda la decisione di accettare o rifiutare di partecipare, La preghiamo di leggere con attenzione, prendendo tutto il tempo che Le necessita, queste pagine e di chiedere chiarimenti all'operatore qualora non comprendesse o avesse bisogno di ulteriori precisazioni.

La ricerca ha come obiettivo generale quello di stimare la prevalenza di problematiche di salute relative al gioco d'azzardo nella regione Lazio, attraverso la somministrazione di test di screening nei servizi per la salute mentale.

Nel caso Lei acconsentisse a partecipare a questa Ricerca, Le sarà chiesto di firmare l'allegato modulo di Consenso Informato. Tale modulo, contenente i suoi dati anagrafici, sarà conservato presso il servizio di salute mentale che glielo ha presentato, e i suoi dati anagrafici non verranno divulgati a nessuno.

La ricerca durerà 4 mesi e parteciperanno a questa ricerca in totale 1850 persone.

L'adesione a questa procedura non comporta per Lei alcun onere finanziario, né prevede alcun compenso.

Partecipando a questa ricerca, Le sarà chiesto di rispondere a un questionario composto da 9 domande che si riferiscono a possibili comportamenti in seguito al gioco che Lei ha tenuto negli ultimi 12 mesi. Oltre a rispondere a queste domande dovrà indicare la sua età, il sesso anagrafico, il comune di residenza. Il questionario, che verrà inviato al Dipartimento di Epidemiologia, rimarrà completamente anonimo.

Ai sensi del D. L. N°196/03 (Art. 7 e 13) relativo alla tutela della persona per il trattamento dei dati personali, La informiamo che i Suoi dati personali verranno raccolti ed archiviati dal Servizio di Salute Mentale in modo adeguato e saranno utilizzati esclusivamente per scopi di ricerca scientifica. Saranno attuate procedure di archiviazione e di trattamento dei dati che impediranno a persone esterne al Servizio di poter associare il Suo nome ai dati stessi.

Lei ha diritto, se lo vuole, di sapere quali informazioni saranno archiviate ed in quale modo.

I risultati della Ricerca a cui Lei parteciperà potranno essere oggetto di pubblicazione, ma la Sua identità rimarrà segreta. In particolare, i Suoi dati personali non saranno resi noti ai ricercatori, che conosceranno solo la data di compilazione del questionario. Firmando il modulo di Consenso Informato Lei autorizza l'accesso ai dati sperimentali che La riguardano secondo quanto sopra esposto.

Se Lei lo richiederà, alla fine della ricerca, potranno esserLe comunicati i risultati in generale e in particolare quelli che La riguardano.



---

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO**

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a: \_\_\_\_\_ il: \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto dal Dott. \_\_\_\_\_ esaurienti spiegazioni in merito alla richiesta di partecipazione alla ricerca in oggetto, secondo quanto riportato nella nota informativa allegata.

Dichiaro altresì di aver potuto discutere tali spiegazioni, di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto risposte soddisfacenti.

Confermo di aver scelto liberamente di partecipare a questa ricerca, avendo capito completamente il significato della richiesta e avendo compreso i rischi e i benefici che sono implicati, sapendo che, in qualsiasi momento posso:

- ✓ chiedere al personale responsabile della presente ricerca ulteriori informazioni;
- ✓ comunicare eventuali cambiamenti di opinione in merito a quanto dichiarato;
- ✓ ritirarmi spontaneamente in qualunque momento dalla ricerca senza dover fornire giustificazione;
- ✓ per ulteriori informazioni potrò rivolgermi al Responsabile scientifico della ricerca o a persona da lui designata.

acconsento      non acconsento:

Data \_\_\_\_\_

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma dell'operatore \_\_\_\_\_