*Profili giuridici della regolazione nazionale della ludopatia.*

*Beatrice Bertarini*

SOMMARIO: 1. Il riconoscimento giuridico della ludopatia. - 2. La regolazione giuridica della dipendenza da gioco d’azzardo: rifermenti costituzionali. La normativa primaria nel settore della prevenzione e della cura della ludopatia. Aspetti organizzativi. – 3. (segue) Il Piano d’azione nazionale per il gioco d’azzardo patologico 2013 – 2015. - 4. Gli strumenti giuridici per la prevenzione e la cura della ludopatia a livello regionale: l’esperienza della Regione Emilia Romagna. – 5. Osservazioni conclusive.

1. ***Il riconoscimento giuridico della ludopatia.***

Il presente studio è teso ad analizzare la disciplina giuridica nazionale che regola la dipendenza da gioco d’azzardo[[1]](#footnote-1) - la cd. “ludopatia” – e ad esaminare quali strumenti giuridici lo Stato abbia adottato al fine di tutelare gli interessi pubblici coinvolti.

Il legislatore nazionale conosce sin dai primi anni Trenta del secolo scorso la esistenza ed il diffondersi sul territorio nazionale del gioco d’azzardo[[2]](#footnote-2) (in relazione al quale emana atti normativi tesi a disciplinare il rilascio e la revoca di provvedimenti di autorizzazione per l’esercizio pubblico dei giochi[[3]](#footnote-3)), ma solo di recente la normativa si è soffermata sulla necessità di predisporre azioni direttamente finalizzate alla prevenzione ed alla cura della *dipendenza patologia* da gioco d’azzardo.

In via preliminare si osserva che la dipendenza da gioco d’azzardo trova una propria prima definizione a livello giuridico nazionale recentemente nel d.l. 13 settembre 2012, n. 158 (cd. decreto Balduzzi), convertito con modificazioni in l. 8 novembre 2012, n. 189, contenente *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute”,* che definisce la ludopatia come una specifica patologia che *“caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità*”[[4]](#footnote-4).

La World Health Organization nell’International Classification of Diseases nel 2015 definisce infatti la ludopatia - o *Patological Gambling* – come *“the disorder consists of frequent, repeated episodes of gambling that dominate the patient's life to the detriment of social, occupational, material, and family values and commitments*”[[5]](#footnote-5).

L’American Psychiatric Association precisa, in oltre nello studio “*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”* (cd. DSM – V)[[6]](#footnote-6), che *“an important departure from past diagnostic manuals is that the substance-related disorders chapter has been expanded to include gambling disorder. This change reflects the increasing and consistent evidence that some behaviors, such as gambling, activate the brain reward system with effects similar to those of drugs of abuse and that gambling disorder symptoms resemble substance use disorders to a certain extent”[[7]](#footnote-7).*

Il disturbo da gioco d’azzardo viene quindi descritto come un *“gambling disorder*” collocato nella categoria delle dipendenze “senza sostanza”, che si realizza in presenza di 4 o più delle seguenti condizioni: se un soggetto *“ha bisogno, per giocare d’azzardo, di quantità crescenti di denaro per ottenere l’eccitazione desiderata; è irrequieto/a o irritabile se tenta di ridurre o di smettere di giocare d’azzardo; ha fatto ripetuti sforzi infruttuosi per controllare, ridurre o smettere di giocare d’azzardo; è spesso preoccupato/a dal gioco d’azzardo (per es., ha pensieri persistenti che gli fanno rivivere passate esperienze di gioco d’azzardo, analizzare gli ostacoli e pianificare la prossima avventura, pensare ai modi di ottenere denaro con cui giocare d’azzardo); spesso gioca d’azzardo quando si sente a disagio (per es., indifeso/a, colpevole, ansioso/a, depresso/a); dopo aver perduto denaro al gioco d’azzardo, spesso torna un’altra volta per ritentare (“rincorrere le proprie perdite); mente per occultare l’entità del coinvolgimento del gioco d’azzardo; ha messo in pericolo o perduto una relazione significativa, il lavoro, opportunità di studio e di carriera a causa del gioco d’azzardo, conta sugli altri per procurare il denaro necessario a risollevare situazioni finanziarie disperate causate dal gioco d’azzardo”*[[8]](#footnote-8).

Ogni analisi relativa agli strumenti giuridici più idonei a prevenire e curare tale dipendenza patologica non può però prescindere da un richiamo alla dimensione economica del fenomeno del gioco d’azzardo in Italia.

Nel 2011 le somme giocate ammontavano a 79,9 miliardi, di cui il 77%, pari a 61 miliardi è rientrato nelle tasche dei giocatori sotto forma di vincita, mentre le entrate nelle casse dello Stato sono state pari a 8,6 miliardi e alla filiera sono arrivati 10,3 miliardi[[9]](#footnote-9).

La dimensione economica del mercato di riferimento viene altresì statisticamente analizzato dall’Agenzia delle dogane e dei monopoli nel *Libro blu 2014,* che con particolare riferimento al settore dei giochi d’azzardo, segnala come questi ultimi nel 2014 abbiano generato una raccolta pari a 84.485 milioni di euro, e come tale ammontare sia inferiore sia a quella relativo al 2012 (in cui erano stati raccolti 88.572 milioni di euro), sia a quella del 2013, in cui la raccolta era stata pari a 84.728 milioni di euro.

Precedentemente, nel 2011 le somme giocate ammontavano a 79,9 miliardi, di cui il 77%, pari a 61 miliardi, è rientrato nelle tasche dei giocatori sotto forma di vincita, mentre le entrate nelle casse dello Stato sono state pari a 8,6 miliardi e alla filiera sono arrivati 10,3 miliardi[[10]](#footnote-10)

L’Agenzia evidenzia inoltre che la raccolta totale di 84.485 milioni di euro del 2014 è derivata per 70.101 milioni dal gioco effettuato presso punti abilitati, mentre 14.384 milioni di euro pervengono dal gioco d’azzardo a distanza.

Va quindi osservato come il settore dei giochi d’azzardo abbia subìto nel periodo di riferimento 2012 – 2014 una contrazione del volume d’affari.

Va sottolineato che nella Relazione annuale al Parlamento 2014 del Dipartimento delle politiche antidroga relativa a *“Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all’anno 2013 e primo semestre 2014 - elaborazioni 2014”*,vengono riportati anche dati specifici inerenti il gioco d’azzardo patologico nella popolazione scolastica nella fascia compresa tra i 15 ed i 19 anni.

In questa specifica fascia di popolazione l’86,1 % non gioca d’azzardo, mentre il restante 13,9 % è suddivisibile i tre distinte tipologie di giocatori: il 6,0% risultano essere *giocatori sociali*, e cioè soggetti che *“considerano il gioco come una buona occasione per socializzare e condivide con altri divertimento, fantasie e aspettative non sproporzionate, tenendo distinti i comportamenti di rischio dai valori della vita”*[[11]](#footnote-11); mentre una quota di 4,2 % sono *giocatori problematici*, cioè giocatori che *“pur non essendo ancora arrivati alla vera e propria patologia, hanno già cominciato a separarsi da un atteggiamento prudente nei confronti del gioco”*[[12]](#footnote-12); ed infine il 3,7% sono *giocatori patologici*, che cioè *“hanno sostituito alla dimensione magica e ludica una dimensione di dipendenza dove i pensieri, le priorità e i valori confluiscono e si fondono nella ripetizione compulsiva della giocata”*[[13]](#footnote-13).

In sintesi la Relazione al Parlamento stima, quindi, che circa l’8% della popolazione studentesca, compresa nella fascia 15 - 19 anni, abbia un approccio problematico o addirittura patologico al gioco d’azzardo.

La più recente *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia* del Dipartimento politiche antidroga evidenzia un dato di sintesi rilevante, e cioè che la popolazione italiana è stimata *“in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo con vincite in denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La stima però dei giocatori d'azzardo “problematici” (cioè di coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica pur essendo a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale (da 767.000 a 2.296.000 italiani adulti) mentre la stima dei giocatori d'azzardo “patologici” (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (da 302.000 a 1.329.00 italiani adulti)”*[[14]](#footnote-14).

Dalla Relazione emerge che il 42,9% della popolazione compresa nella fascia di età tra i 15 ed i 64 anni (corrispondente a quasi 17 milioni di persone) ha giocato almeno una volta somme di denaro; di questi oltre 5 milioni e mezzo sono “giovani adulti” cioè persone di età compresa tra i 15 ed i 34 anni; la Relazione sintetizza altresì che *“rispetto allo studio 2011 i tassi standardizzati (utilizzati per il confronto negli anni) riferiti sia alla popolazione di 15 - 64 anni sia a quella dei giovani adulti, risultano diminuiti*”[[15]](#footnote-15).

 Il genere maschile mostra una maggiore propensione al gioco d’azzardo: il 55,7% degli uomini compresi nella fascia di età 15 – 64 anni ha giocato somme di denaro, contro il 30,3% delle donne nella fascia di età 15 – 64 anni[[16]](#footnote-16).

La Relazione pone attenzione anche ai luoghi in cui i giocatori compresi nella fascia di età tra i 15 ed 64 anni preferiscono recarsi: i bar/tabacchi sono i luoghi prescelti dalla maggioranza dei giocatori (49%), seguiti dall’abitazione propria o di amici (19%) e dalle sale scommesse (11%), queste ultime frequentate in particolar modo dalla popolazione maschile[[17]](#footnote-17).

L’analisi della distribuzione geografica dei luoghi ove è possibile praticare gioco d’azzardo lecito mostra che *“in Italia abbiamo più di 107 mila esercizi, e la media è di 551 abitanti per esercizio, con un range che va dai 362 esercizi per abitante del Molise ai 752 della Sicilia”*[[18]](#footnote-18)*;* regioni quali Campania, Umbria, Emilia – Romagna e Marche si attestano attorno al valore medio nazionale.

Se estendiamo ai comuni l’analisi dei luoghi ove è possibile praticare gioco d’azzardo lecito, *“notiamo che solo 957 comuni su un totale di 8057 non hanno nel proprio territorio degli esercizi con Slot. Ovviamente si tratta di Comuni molto piccoli, con popolazione media di 561 abitanti e il più grande con popolazione di 3856”*[[19]](#footnote-19).

1. ***La regolazione giuridica della dipendenza da gioco d’azzardo: riferimenti costituzionali. La normativa primaria nel settore della prevenzione e della cura della ludopatia. Aspetti organizzativi.***

I primi interventi normativi che hanno regolato a livello nazionale la tematica *de qua* sono rinvenibili all’interno di disposizioni normative inerenti la prevenzione e la cura di altre dipendenze patologiche, ove è possibile rinvenire solo episodicamente alcuni riferimenti relativi alla dipendenza patologica da gioco d’azzardo.

Va anzitutto osservato che la nostra Costituzione non presenta alcun riferimento specifico alla prevenzione ed alla cura delle dipendenze patologiche, ma prevede, come noto, all’art. 32, che la Repubblica *“tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività”*, mentre all’art. 117, comma 2, lettera m, dispone che è compito dello Stato definire i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale; e l’art. 117, comma 3 della Carta costituzionale stabilisce poi che la tutela della salute sia una materia di legislazione concorrente Stato - regioni[[20]](#footnote-20).

Questo quadro d’insieme che ha dato vita anche ad un decentramento delle competenze non avrebbe potuto essere tale “*«senza rete», nel senso che ogni operazione di (ulteriore) decentramento avrebbe dovuto essere accompagnata dalla definizione di meccanismi riequilibratori, capaci di salvaguardare le condizioni di una cittadinanza eguale, pur entro una struttura territorialmente articolata dei livelli di decisione politica”[[21]](#footnote-21)*.

Estremamente rilevante diviene, allora, stabilire *“cosa si sia voluto intendere parlando di diritti «civili», ma in mancanza di indicazioni in senso contrario, una disposizione come questa, intesa ad assicurare un livello comune ed universale di diritti, non può essere interpretata in modo restrittivo”* si ritiene infatti che tale disposizione *“designi, ellitticamente, tanto i diritti civili stricto sensu quanto i diritti di libertà civile e che non vi siano prove che il legislatore di revisione costituzionale abbia inteso riferirsi ai soli diritti connessi allo status civitatis, per come contrapposto allo status libertatis e allo status activae civitatis. Tutti i diritti, dunque, debbono ritenersi evocati dalla lettera m) del nuovo art. 117, comma 2, a prescindere dalla «casella» nella quale si ritenga di classificarli”*[[22]](#footnote-22).

Il dibattito dottrinale che si sviluppa, quindi, in relazione al concetto di livelli essenziali come emerge dal novellato art. 117 a seguito della riforma del Titolo V della Costituzione del 2001, è ampio e articolato; in questa sede si ripropongono solo alcune riflessioni relative all’inserimento della ludopatia all’interno dei livelli essenziali delle prestazioni ad opera della l. 8 novembre 2012, n. 189.

La definizione del concetto di livelli essenziali appare, infatti, essere uno dei *“portati normativi maggiormente intrisi di (potenziale) dinamismo … il nodo della determinazione, della garanzia e del finanziamento dei livelli essenziali è certamente quello più difficile da districare”*[[23]](#footnote-23)*.* Il nodo centrale diviene infatti *“la conservazione in capo al potere centrale di solide possibilità di perequazione (e, correlativamente, di un significativo potere impositivo), come presupposto di politiche capaci di orientare e sostenere la realizzazione di condizioni essenziali di uniformità (o di omogeneità) dei diritti, e delle prestazioni ad essi collegate”*[[24]](#footnote-24).

Il concetto di “livello essenziale” è, per altro, come noto, un concetto relativo, nel senso cioè che *“l’essenzialità di una certa prestazione dipende da due fattori: la condizione soggettiva del beneficiario”*  e “*la condizione della generalità o della media degli altri cittadini, alla quale quella del singolo deve essere raffrontata”*; al contempo appare necessario anche pervenire ad una determinazione quantitativa dei livelli, *“ma anche alla definizione della «struttura organizzativa» che assicura la garanzia dei diritti. Ciò comporta che lo Stato non si deve limitare a definire «quanto», ma anche a stabilire almeno i princìpi fondamentali del «come»”*[[25]](#footnote-25).

A livello di normativa primaria relativa alla prevenzione ed alla cura della dipendenza patologica da gioco d’azzardo, una prima regolamentazione del fenomeno si ritrova nella legge 22 dicembre 1975, n. 685, recante la “*Disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope. Prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”*,ove si prevede che *“la cura e la riabilitazione dei soggetti che fanno uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope sono affidate ai normali presidi ospedalieri, ambulatoriali, medici e sociali localizzati nella regione, con esclusione degli ospedali psichiatrici”* (art. 90).

Il testo originario della legge n. 685 c attribuisce alle regioni *“funzioni di prevenzione ed intervento contro l'uso non terapeutico delle sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare la diagnosi, la cura, la riabilitazione ed il reinserimento sociale delle persone interessate”,* in applicazione *“dei criteri di indirizzo e di coordinamento stabiliti dallo Stato e secondo le norme della presente legge”*[[26]](#footnote-26). In attuazione di queste funzioni le regioni *“organizzano, dirigono e coordinano sul loro territorio le attività curative”*[[27]](#footnote-27)*,* e possono attribuire tali servizi alle province ed ai comuni mediante atto di delega.

 È anche compito delle regioni *“operare per il reinserimento sociale di coloro che, essendo dediti all'uso non terapeutico di sostanze stupefacenti o psicotrope, hanno bisogno di assistenza sociale a scopo di prevenzione o di riabilitazione”*[[28]](#footnote-28).

Più specificamente il testo originale della legge prevede che ogni regione debba istituire sia un organo specifico, il Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze, cui attribuire *“compiti di coordinamento e di controllo regionale sugli organi e gli enti abilitati alla prevenzione, alla cura e alla riabilitazione”*, nonché la raccolta dei dati statistici, sia uno o più centri medici e di assistenza sociale[[29]](#footnote-29).

Come evidenziato in dottrina, *“il pregio maggiore della legge 685 è quello di non aver dettato criteri rigidi per gli interventi dei centri medici e di assistenza sociale delle regioni. Il piano di intervento deve essere redatti dal consiglio regionale, tenendo evidentemente conto delle diverse esigenze che si manifestano nei singoli contesti territoriali, e in considerazione della entità di fenomeni di diffusione dell’uso delle sostanze stupefacenti”*[[30]](#footnote-30).

Appare utile in proposito osservare come il legislatore del 1975 abbia inteso attribuire al Comitato regionale ed ai centri medici e di assistenza sociale finalità più estese rispetto alle competenze esclusivamente esercitate sui soggetti soliti all’uso non terapeutico di sostanze stupefacenti e psicotrope, prevedendo altresì che tali organi siano competenti a organizzare, dirigere e coordinare interventi inerenti *“la prevenzione e la cura dell'alcoolismo, l'educazione sanitaria e sociale contro altre intossicazioni voluttuarie e gli strumenti per prevenire le forme di devianza che richiedono analoghi modi d'intervento”[[31]](#footnote-31).*

Si può quindi osservare che tale previsione “amplia” il raggio d’azione delle succitate strutture, lasciando anche intravedere una possibile estensione di competenze anche riconducibili alla prevenzione ed alla cura della dipendenza patologica da gioco d’azzardo.

Successivamente la legge 26 giugno 1990, n. 162 - che aggiorna, modifica ed integra la legge 22 dicembre 1975, n. 685 - istituisce il Comitato nazionale di coordinamento per l'azione antidroga, che risulta composto *“dal Presidente del Consiglio dei Ministri, dai Ministri degli affari esteri, dell'interno, di grazia e giustizia, delle finanze, della difesa, della pubblica istruzione, della sanità, del lavoro e della previdenza sociale, dell'università e della ricerca scientifica e tecnologica e dai Ministri per gli affari sociali, per gli affari regionali ed i problemi istituzionali e per i problemi delle aree urbane nonchè dal Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri”[[32]](#footnote-32)*.

Tale Comitato “*ha responsabilità di indirizzo e di promozione della politica generale di prevenzione e di intervento contro la illecita produzione e diffusione delle sostanze stupefacenti o psicotrope, a livello interno ed internazionale”[[33]](#footnote-33)*, e può formulare proposte al Governo per *“l'esercizio della funzione di indirizzo e di coordinamento delle attività amministrative di competenza delle Regioni nel settore”[[34]](#footnote-34)*.

La medesima legge n. 162 istituisce poi, come noto, i Servizi per le Tossicodipendenze (Ser.t) e prevede che *“il Ministro della sanità, di concerto con il Ministro per gli affari sociali, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, determina con proprio decreto l'organico e le caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso ogni unità sanitaria locale”[[35]](#footnote-35)*.

Come osservato da numerosi autori in dottrina, le competenze e gli interventi del Ser.t. col tempo si sono ampliati giungendo a comprendere nuove dipendenze patologiche; essi hanno infatti *“notevolmente ampliato il loro raggio d’azione, riscontrando che il gioco d’azzardo può assumerne le caratteristiche di una vera e propria dipendenza patologica, con conseguenti personali e sociali rilevanti”*[[36]](#footnote-36)*.*

Va osservato che la legge n. 162 modifica quanto previsto dalla legge n. 685/1975 prevedendo nuove disposizioni relative alle attribuzioni regionali, provinciali e locali per i servizi per le tossicodipendenze; viene infatti stabilito che *“le funzioni di prevenzione e di intervento contro l'uso delle sostanze stupefacenti o psicotrope sono esercitate dalle Regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, secondo i princìpi della presente legge”*[[37]](#footnote-37).

Nel successivo D.P.R. 9 ottobre 1990, n. 309, recante il *“Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza”*[[38]](#footnote-38), non appare invece alcun riferimento alla prevenzione e cura della dipendenza da gioco d’azzardo, mentre sono previste disposizioni normative specifiche relative alle modalità ed alle tempistiche di accertamento della tossicodipendenza presso i Ser.T.

Relativamente ai Ser.t. va osservato che successivamente venne emanato il D.M 14 giugno 2002, n. 23814 inerente alle *“Disposizioni di principio sull'organizzazione e sul funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze delle aziende unità sanitarie locali - Ser.T.”*; le previsioni per D.M. n. 23814 sono successivamente annullate con sentenza della Corte Costituzionale n. 88 del 27 marzo 2003, nella quale si dichiara che non spetta allo Stato determinare ulteriori limiti organizzativi e funzionali in materia di Sert.T, con forme e modalità non riconducibili alla speciale procedura di determinazione dei livelli essenziali di assistenza nel settore sanitario legislativamente stabilita[[39]](#footnote-39).

Il D.M. in parola stabiliva che “*i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T) sono unità operative delle Aziende - Unità sanitarie locali - A.S.L. coordinate nell'ambito di uno specifico Dipartimento per le dipendenze patologiche”*[[40]](#footnote-40)*.*

Detto Dipartimento doveva essere organizzato *“con modalità di integrazione inter istituzionale, che prevedono la diretta partecipazione a livello operativo e decisionale del privato sociale accreditato o autorizzato operante nel territorio o richiesto da altri territori per specifiche competenze (enti ausiliari, associazioni di volontariato, associazioni di promozione sociale e "no-profit", associazioni famiglie, e simili) e che includano anche la certificazione dello stato di tossicodipendenza”*[[41]](#footnote-41).

I Ser.T costituivano, quindi, “*le unità operative di base e specialistiche*”[[42]](#footnote-42) dell’Aziende – Unità sanitarie locali – A.S.L.; essi erano “*strutture complesse, articolabili in unità funzionali sulla base dei bisogni emergenti nel tenitorio in relazione alle varie tipologie di abuso e di dipendenza, conformemente alle determinazioni adottate dalle regioni e dalle province autonome”*[[43]](#footnote-43).

Il D.M. n. 23814 stabiliva altresì che i Ser.t operavano nel *“rispetto dei criteri fissati dai livelli essenziali di assistenza”*[[44]](#footnote-44), ed in particolare *“assicurano la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura e alla riabilitazione dall'uso di sostanze e garantiscono, compatibilmente con le risorse economiche disponibili, la libertà di scelta del cittadino e della sua famiglia di attuare i programmi terapeutico - riabilitativi presso qualunque struttura autorizzata in tutto il territorio nazionale”*[[45]](#footnote-45).

Ma il primo riferimento esplicito al fenomeno della ludopatia si rinviene all’interno della l. 13 dicembre 2010 n. 220, che all’art. 1, comma 70, stabilisce che *“con decreto interdirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze-Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e del Ministero della salute sono adottate, d'intesa con la Conferenza unificata, entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, linee d'azione per la prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo”*: va al riguardo precisato che il decreto interdirigenziale cui la legge faceva riferimento non è mai stato emanato. E perciò la disposizione è venuta meno.

 Nonostante ciò, ai fini del nostro studio, va osservato che i primi provvedimenti normativi dediti a contrastare la dipendenza patologica da gioco d’azzardo sono contenuti nel decreto legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito poi in legge 15 luglio 2011, n. 111, recante *“Disposizioni urgenti per la stabilizzazione finanziaria”*, che prevede che *“ai fini del miglior conseguimento degli obiettivi di tutela del giocatore e di contrasto ai fenomeni di ludopatia connessi alle attività di gioco, il Ministero dell'economia e delle finanze - Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato, nell'ambito degli ordinari stanziamenti del proprio bilancio, avvia, in via sperimentale, anche avvalendosi delle strutture operative del partner tecnologico, procedure di analisi e verifica dei comportamenti di gioco volti ad introdurre misure di prevenzione dei fenomeni ludopatici”[[46]](#footnote-46).*

Un significativo passo in avanti nei confronti della prevenzione dei fenomeni patologici è rappresentato dall’istituzione presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, ad opera del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 giugno 2008 del *Dipartimento per le politiche antidroga* ,che ha il compito *“di provvedere agli adempimenti giuridici amministrativi e gestionali nonché allo studio e all'istruttoria degli atti concernenti l'esercizio delle funzioni in materia di politiche antidroga”[[47]](#footnote-47).*

In particolare il Dipartimento provvede a promuovere, indirizzare e coordinare le azioni del Governo poste in atto per contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze, *“nonché a promuovere la collaborazione con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore, le associazioni, le comunità terapeutiche e i centri di accoglienza operanti nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento dei tossicodipendenti, provvedendo alla raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze, alla definizione e l'aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, l'elaborazione, la valutazione ed il trasferimento all'esterno delle informazioni sulle tossicodipendenze”*[[48]](#footnote-48).

Nel 2012 il Dipartimento diviene struttura generale della Presidenza del Consiglio dei Ministri *“di cui il Presidente si avvale per le funzioni di indirizzo e coordinamento relative a specifiche aree politico-istituzionali”*[[49]](#footnote-49); nello specifico esso è definito quale *“struttura di supporto per la promozione e il coordinamento dell’azione di Governo in materia di politica antidroga”[[50]](#footnote-50)*.

Il Dipartimento è competente a *“promuovere, indirizzare e coordinare le azioni di Governo atte a contrastare il diffondersi dell'uso di sostanze stupefacenti, delle tossicodipendenze e delle alcol dipendenze correlate”*, nonchè *“a promuovere e realizzare attività in collaborazione con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore, le associazioni, le comunità terapeutiche, i centri di accoglienza operanti nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento, provvedendo alla raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze, alla definizione e all'aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, all'archiviazione ed elaborazione, alla valutazione e al trasferimento all'esterno dei dati e delle informazioni sulle tossicodipendenze”[[51]](#footnote-51)*.

Va in proposito però osservato che tra le competenze poste in capo al Dipartimento non vi è quella relativa alla prevenzione e cura della dipendenza patologica fa gioco d’azzardo.

Viene anche previsto che operi nell’ambito del Dipartimento anche *l’Osservatorio nazionale permanente sulle droghe e le tossicodipendenze*, precedentemente istituito con D.P.R. del 1990 n. 309, al fine di curare e coordinare *“la raccolta centralizzata dei dati, i flussi dei dati provenienti dalle amministrazioni centrali competenti, provvede all'archiviazione, all'elaborazione e all'interpretazione di dati statistico-epidemiologici, farmacologico-clinici, psico-sociali e di documentazione sul consumo, lo spaccio ed il traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope e le azioni di prevenzione e contrasto; provvede alle esigenze informative e di documentazione”*[[52]](#footnote-52).

Pur non essendo individuata una specifica competenza di tale Dipartimento in materia di ludopatia, va però evidenziato che nel febbraio del 2013 il Dipartimento pubblica una importante Relazione del titolo *“Gioco d’azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione”*, in cui si evidenzia come il gioco d’azzardo patologico porta con sé *“un rischio che, in particolare gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza comportamentale”[[53]](#footnote-53)*; tale dipendenza appare *“ormai riconosciuta come un disturbo compulsivo complesso, e cioè una forma comportamentale patologica che può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall’incontrollabilità del proprio comportamento di gioco, e contemporaneamente la possibilità di generare gravi problemi sociali e finanziari oltre che entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale, anche e soprattutto con quelle dell’usura*”[[54]](#footnote-54).

Tale Relazione mette in luce, altresì, gli aspetti negativi che tale dipendenza provoca nella vita dei singoli soggetti e della società in generale.

La crescente importanza sociale che caratterizza la ludopatia trova pieno e preciso riconoscimento anche a livello giuridico nella già citata l. del 2012, n. 189 che, come si è detto, oltre a fornire una definizione giuridica della patologia *de qua*, stabilisce altresì che si provvedano “*ad aggiornare i livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da ludopatia”*[[55]](#footnote-55).

Tale previsione riveste un ruolo fondamentale per poter giungere alla più ampia prevenzione e cura della ludopatia anche quale elemento che permette di porre in diretta connessione la ludopatia con la tutela del diritto alla salute, poiché i livelli essenziali di assistenza (LEA) costituiscono quelle prestazioni e servizi che il Sistema Sanitario Nazionale fornisce a tutti i cittadini, cioè essi, in generale, *“rappresentano le garanzie che il sistema si impegna ad assicurare in condizioni di uniformità su tutto il territorio nazionale e all’intera collettività di individui”*[[56]](#footnote-56).

Possiamo quindi evidenziare come la ludopatia sia caratterizzata da una crescente attenzione del legislatore nazionale, che giunge solo in tempi recenti a prevedere che essa sia inserita nei LEA, che rappresentano una competenza Statale *“trasversale, idonea ad identificare tutte le materie rispetto alle quali vi sia l’esigenza di assicurare a tutti, sull’intero territorio nazionale, il godimento di prestazioni garantite come contenuto essenziale”*[[57]](#footnote-57) del diritto alla salute; infatti*“il tema dei livelli essenziali individua un equilibrio aperto, dove un ruolo fondamentale lo giocano i processi culturali”*[[58]](#footnote-58).

Va in proposito precisato che sebbene la legge abbia previsto l’introduzione della ludopatia nei LEA a distanza di 3 anni non è stata ancora emanato il provvedimento che ne prevede l’inserimento.

L’organizzazione pubblica finalizzata a porre in essere azioni di prevenzione e cura della ludopatia si arricchisce nel 2012 di un nuovo organo: con l. 8 novembre 2012, n. 189[[59]](#footnote-59) viene infatti istituito l’*Osservatorio sui rischi di dipendenza da gioco* presso l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, con il compito di *“valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo e il fenomeno della dipendenza grave”[[60]](#footnote-60).*

Nel 2014 l’Osservatorio trova nuova, e più appropriata, collocazione[[61]](#footnote-61) all’interno del Ministero della salute al fine di effettuare un *“monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e dell'efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese”*[[62]](#footnote-62).

La medesima legge di stabilità 2015 prevede al riguardo che *“il Ministro della salute, con decreto di natura regolamentare, previa intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, adotta linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dal gioco d'azzardo patologico”*[[63]](#footnote-63).

Appare interessante in proposito osservare altresì come la legge di stabilità 2015 abbia disposto, nell'ambito delle risorse destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale, che 50 milioni di euro annui siano stanziati a favore della prevenzione, dalla cura e dalla riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo, specificando che per gli anni 2015, 2016 e 2017 sia assegnato un milione di euro *“alla sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l'adozione di software che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento generando conseguentemente appositi messaggi di allerta”*.

1. ***(segue) Il Piano d’azione nazionale per il gioco d’azzardo patologico 2013 – 2015.***

Le considerazioni svolte nei paragrafi precedenti ci hanno permesso di evidenziare le funzioni attribuite agli organi centrali dello Stato in ordine alle azioni giuridiche volte alla prevenzione ed alla cura della ludopatia che è ora opportuno integrare analizzando il Piano d’azione nazionale per il periodo 2013 – 2015 relativo al gioco d’azzardo patologico[[64]](#footnote-64) finalizzato a definire una strategia coordinata e strutturata che individui “*una serie di elementi strategici indispensabili per creare una pianificazione e una programmazione concertata ed efficace”*, e che permetta ad ogni Regione e Provincia autonoma *“in piena autonomia ma con senso di concertazione e cooperazione”*[[65]](#footnote-65) di sviluppare azioni mirate per contrastare tale patologia.

Il Piano d’azione nazionale (punto n. 2) costituisce, però, solo una delle parti essenziali in cui si articola l’intervento pubblico in materia: infatti è altresì affiancato dalla formulazione di una Strategia generale (punto n. 1), dalla emanazione di Linee di indirizzo tecnico – scientifico (punto n. 3), ed infine dall’elaborazione di Progetti concreti (punto n. 4).

Relativamente al Piano d’azione nazionale, esso ha lo scopo principale di *“elencare in modo chiaro e sintetico una serie di obiettivi ed azioni al fine di prevenire la diffusione e lo sviluppo del gioco d’azzardo patologico”[[66]](#footnote-66)*.

Prima di analizzare la Strategia generale ed il Piano di azione nazionale va sottolineato che le Linee di indirizzo tecnico – scientifico costituiscono quelle *“indicazioni metodologiche evidence based derivanti dalla ricerca e in grado di orientare gli operatori dei sistemi sanitari pubblici verso forme di operatività concreta scientific oriented*”[[67]](#footnote-67); mentre i Progetti concreti sono quei progetti che si andranno *“sviluppare per ogni singola azione da parte delle varie amministrazioni competenti, secondo le proprie responsabilità e autonomie”*[[68]](#footnote-68).

In relazione alla Strategia generale, che indica le azioni e gli interventi volti alla prevenzione del gioco d’azzardo patologico, va osservato che essa si compone di 11 punti che si richiamano in via sintetica solo per evidenziare come la dipendenza patologia da gioco d’azzardo rappresenta una vera e propria *“malattia prevenibile, curabile e guaribile in grado di compromettere la salute e la condizione sociale del singolo individuo e della sua famiglia*”[[69]](#footnote-69).

La Strategia generale distingue il gioco d’azzardo patologico, inteso come una vera e propria dipendenza comportamentale patologica, dal gioco d’azzardo problematico, inteso invece come *“comportamento a rischio per la salute prevenibile ed estinguibile, prodromico allo sviluppo di dipendenza patologica”* (principio n. 1); infatti, il gioco d’azzardo non in tutte le persone può creare problemi di salute di vario tipo, ma solo in una minoranza, e se viene *“esercitato legalmente e moderatamente, non crea particolari problemi”* (principio n. 3).

Tra gli altri princìpi che possono essere richiamati, e che paiono degni di analisi al fine di questo studio, ricordiamo il “principio di vulnerabilità” in relazione al quale si precisa che *“esistono persone particolarmente vulnerabili a sviluppare tale condizione patologica in seguito alla presenza di fattori individuali e socio-ambientali”* (Principio n. 2)[[70]](#footnote-70): le persone particolarmente vulnerabili, infatti, risentono *“dell’alto grado di disponibilità e accessibilità agli stimoli di gioco”* (Principio n. 5), pertanto è necessario pervenire ad una regolamentazione specifica dell’accessibilità dei punti di gioco anche al fine di prevenire la diffusione di comportamenti patologici: in questo senso, sarebbe importante porre in essere interventi preventivi volti *“a creare precocemente consapevolezza dell’esistenza di un eventuale problema nelle persone a rischio in modo da indurre comportamenti di autoregolazione e autodeterminazione”* (Principio n. 4).

Oltre agli effetti che tale dipendenza può produrre sul bene costituzionalmente protetto della salute, la Strategia generale evidenzia altri effetti di non secondario rilievo che si possono riscontrare anche a livello sociale allorquando tali persone afflitte da dipendenza da gioco d’azzardo patologico si rivolgono a canali illegali di finanziamento, e quindi essi sono *“facilmente preda di usura e sfruttamento da parte di organizzazioni criminali”* (Principio n. 6): ciò rende necessario *“mettere in atto misure preventive che sostengano il gioco legale e contrastino quello illegale anche al fine di prevenire l’accesso di persone particolarmente vulnerabili e quindi attratte da percorsi più ad alto rischio, che apparentemente offrono maggiori vincite e agevolazioni di credito”* (Principio n. 7).

In altri termini, occorre contribuire a creare una consapevolezza nelle persone che *“il gioco d’azzardo può produrre dipendenza”* (Principio n. 8) attraverso la diffusione di comunicazioni preventive e di informazioni di *warning,* alle quali affiancare anche piani e progetti preventivi, di cui è opportuno valutare l’efficacia e la sostenibilità *“per poter determinare la finanziabilità e la correttezza degli investimenti al fine di raggiungere efficientemente i risultati attesi in termini preventivi”* (Principio n. 10).

Il coordinamento nazionale ed interregionale delle azioni di prevenzione diviene, allora, *“fattore decisivo e fondamentale per poter assicurare interventi equanimi, efficaci e omogenei su tutto il territorio nazionale”* (Principio n. 11).

Particolare rilievo riveste il Principio n. 9 rivolto all’industria dell’intrattenimento: in relazione a quest’ultima, la Strategia generale assume che le *“organizzazione produttive dell’industria dell’intrattenimento rappresentano un settore importante dell’economia che, se ben gestito, è in grado di generare occupazione e redditi sociali”*,per cui lo Stato deve *“assicurare che questo importante settore industriale non crei danni di salute ai cittadini vulnerabili”*, prevedendo quindi che sia trovato un *“giusto equilibrio tra la produttività e la tutela della salute”*.

Il Piano d’azione nazionale sul gioco d’azzardo patologico (punto n. 2) si articola invece su una serie di azioni ritenute efficaci *“in base alle evidenze scientifiche e alle condizione critiche rilevate nel nostro Paese ed è uno strumento di programmazione generale indispensabile per poter coordinare gli interventi su tutto il territorio nazionale e indirizzare in maniera migliore e sostenibile le varie progettualità che possono essere messe in campo da varie e differenti organizzazioni operanti nel settore ed aventi diversi livelli di competenze e responsabilità (Amministrazioni centrali, Amministrazioni regionali e delle Province Autonome, Comuni, Organizzazioni del privato sociale accreditato, dell’industria dell’intrattenimento e della ricerca)”*[[71]](#footnote-71).

Il Piano prevede tre tipologie diverse di azioni di prevenzione: una “azione universale” (PU), rivolta *“alla popolazione generale (non target specifica), ad impostazione informativa/comunicativa generale sul rischio dipendenza da gioco”[[72]](#footnote-72)*; una “azione ambientale” (PA), indirizzata al territorio e agli ambienti dove si concentra il rischio[[73]](#footnote-73); ed infine una “azione di tipo selettivo ed indicata” (PS/I), cioè riferita *“alle persone vulnerabili (che non abbiano ancora sviluppato un gioco problematico ma per caratteristiche individuali abbiano un rischio aumentato) e a persone con gioco d’azzardo problematico (con rischio evolutivo verso il gioco patologico), precoce e orientata all’early detection, ad impostazione educativa e prevenzione delle ricadute*”[[74]](#footnote-74).

Lo stesso Piano prevede inoltre che il *target* primario di riferimento per le azioni da porre in essere sia costituito da alcuni gruppi di persone che, per le proprie condizioni, si sono dimostrate maggiormente vulnerabili, e cioè *“i giocatori problematici (per la presenza di possibile vulnerabilità in processo evolutivo verso il gioco d’azzardo patologico), i portatori di malattie mentali, le persone tossicodipendenti e/o alcol dipendenti, le persone in grave disagio economico e gravate da indebitamento”*[[75]](#footnote-75); mentre nel cd. *target* “secondario” si fa riferimento a famiglie, insegnanti, esercenti, medici di medicina generale e pediatri.

Il Piano prevede poi che sia formalizzati progetti, a livello nazionale, regionale o locale coerenti e coordinati al Piano stesso che siano successivamente *“approvati da un gruppo nazionale (istituzioni pubbliche in assenza di conflitto di interessi) competenti in materia di programmazione nazionale e politiche di intervento nel campo della prevenzione e cura delle dipendenze”[[76]](#footnote-76)*.

Il Piano deve essere attuato da un gruppo di Coordinamento interdisciplinare nazionale attraverso un approccio bilanciato che *“tenga conto di tutti i vari aspetti correlati al gioco d’azzardo (sanitari, sociali, economici, legislativi/regolamentatori, di ordine pubblico, ecc.)”*,e prevede anche la possibilità di un coinvolgimento delle amministrazioni centrali, regioni e della Pubblica amministrazione, dei comuni e delle organizzazioni della società civile[[77]](#footnote-77).

1. ***Gli strumenti giuridici per la prevenzione e la cura della ludopatia a livello regionale: l’esperienza della Regione Emilia Romagna.***

Le considerazioni svolte nei paragrafi precedenti relative alla regolazione giuridica nazionale del fenomeno della dipendenza patologica da gioco d’azzardo trovano corrispondenza a livello locale nelle normative regionali che disciplinano la materia *de qua*.

Per quanto concerne la regione Emilia Romagna essa è intervenuta in materia con la l.r. Emilia - Romagna del 4 luglio 2013 n. 5 relativa a *“Norme per il contrasto, la prevenzione, la riduzione del rischio della dipendenza dal gioco d’azzardo patologico, nonché delle problematiche e delle patologie correlate”*.

In via di premessa va osservato come la legge regionale legifera nei margini lasciati dalla disciplina di principio emanata dallo Stato, cioè dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, prevedendo una disciplina di dettaglio.

La legge regionale in esame si pone quale obiettivo quello di *“diffondere, nei confronti dei minori, la cultura dell’utilizzo responsabile del denaro attraverso attività di educazione, informazione, divulgazione e sensibilizzazione; rafforzare la cultura del gioco misurato, responsabile e consapevole, il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio della dipendenza da gioco”*[[78]](#footnote-78).

La legge regionale prevede altresì che la regione *“valorizza, promuove la partecipazione e realizza iniziative in collaborazione con enti locali, istituzioni scolastiche, Aziende unità sanitarie locali … e con altri enti pubblici o privati non aventi scopo di lucro che si occupano di gioco d’azzardo patologico”[[79]](#footnote-79)* al fine di perseguire le finalità sopra citate.

A tale fine la legge prevede l’emanazione di uno specifico *Piano integrato per il contrasto, la prevenzione la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico* avente quale finalità la prevenzione del rischio della dipendenza dal gioco patologico, mediante iniziative di sensibilizzazione, educazione ed informazione[[80]](#footnote-80); interventi di formazione rivolti a esercenti, operatori dei servizi pubblici e operatori della polizia locale[[81]](#footnote-81); l’implementazione di un numero verde regionale per fornire un primo servizio di ascolto, assistenza e consulenza per l’orientamento ai servizi[[82]](#footnote-82); attività di progettazione territoriale socio-sanitaria sul fenomeno del gioco d’azzardo, anche in collaborazione con AUSL ed enti locali ed in coerenza con le attività realizzate a seguito dell’inserimento del gioco d’azzardo patologico nei livelli essenziali delle prestazioni[[83]](#footnote-83); la predisposizione del materiale informativo sul gioco d’azzardo patologico, in collaborazione con le organizzazioni del terzo settore competenti[[84]](#footnote-84); nonché forme di premialità per coloro che espongono il marchio “Slot free E-R” (marchio che identifica gli esercizi commerciali che scelgono di non installare apparecchiature per il gioco d’azzardo) [[85]](#footnote-85).

L’art. 2 della l.r. Emilia – Romagna prevede altresì che, possono essere attuati *“attivati interventi finalizzati alla formazione degli operatori sociali e socio-sanitari e alla presa in carico di persone che manifestano dipendenza patologica dal gioco d’azzardo”*.

Tra le misure giuridiche introdotte dalla l.r. in oggetto si segnala che *“fino alla definitiva introduzione nei livelli essenziali di assistenza delle prestazioni relative al gioco d’azzardo patologico, la Giunta regionale può promuovere lo svolgimento da parte delle Aziende sanitarie di iniziative, a carattere sperimentale, nei confronti di persone affette da dipendenza da gioco d’azzardo patologico e patologie correlate”*[[86]](#footnote-86).

Va quindi osservato che la l.r. appare quasi essere una norma temporanea, in attesa, come specificato, della “definitiva introduzione” della ludopatia nei Livelli essenziali di assistenza; l’introduzione della ludopatia nei Livelli essenziali di assistenza non può che avvenire in conformità con quanto previsto dal d. lgs 30 dicembre 1992, n. 502, che all’art. 1, comma 2 stabilisce che il Servizio sanitario nazionale assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza  nel *“rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze, nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse”*.

La l.r. prevede che la regione Emilia - Romagna esercita le funzione di Osservatorio regionale sul fenomeno del gioco d’azzardo al fine di *“monitorarne gli effetti in tutte le sue componenti: culturali, legali, di pubblica sicurezza, commerciali, sanitarie ed epidemiologiche, sociali e socio-economiche”*[[87]](#footnote-87); in particolare, le funzioni di Osservatorio regionale sono relative allo studio e al monitoraggio del fenomeno in ambito regionale[[88]](#footnote-88); alla predisposizione ed alla formulazione di strategie, linee di intervento, campagne informative e di sensibilizzazione, anche in raccordo con analoghi organismi operanti a livello nazionale, regionale e locale[[89]](#footnote-89); all’individuazione di buone prassi e conseguenti protocolli applicativi destinati alle strutture pubbliche e private coinvolte nell’ambito degli interventi promossi dal piano integrato[[90]](#footnote-90).

La regione Emilia – Romagna, ha approvato con delibera dell’11 marzo 2014, n. 154, uno specifico *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico 2014 – 2016”*; che evidenzia anche un dato rilevante inerente le persone affette da gioco d’azzardo patologico che si sono rivolte ai Ser.t.

In Emilia – Romagna nel 2014 si sono rivolti ai Ser.t per dipendenza da gioco d’azzardo 1.277 persone mentre nel 2013 erano 1.102 persone, numero già in aumento del 37% in più rispetto all’anno precedente, infatti nel 2012 si erano rivolte ai Ser.t. per dipendenza da gioco d’azzardo 802 persone, numero in aumento rispetto sia al 2011 (636 persone si erano rivolte ai Ser.t) che rispetto al 2010 (512 persone si erano rivolte ai Ser.t.). I pazienti che si rivolgono ai Ser.t sono prevalentemente italiani (91,7%) e di sesso maschile (79%); viene anche osservato che la fascia di età più interessata al problema è quella tra i 41 e i 50 anni (29,5%).

Se si prende in considerazione il periodo 2010 – 2013, quale dato di sintesi, l’incremento dei soggetti che si sono rivolti al Ser.t. per dipendenza patologica da gioco d’azzardo è del 116,8%.

Il Piano si focalizza su sei obiettivi principali: in primo luogo il Piano si prefigge di prevenire il rischio di dipendenza da gioco patologico attraverso l’elaborazione di progetti *“di prevenzione e sensibilizzazione sul rischio di dipendenza dal gioco nell’ambito dei progetti sugli stili di vita, quindi nel contesto di iniziative di sanità pubblica”*, privilegiando *“messaggi non proibizionisti ma responsabilizzanti sui temi delle scelte consapevoli, fatto salvo il diritto dei minori di essere tutelati dall’offerta di giochi con vincita in denaro”*[[91]](#footnote-91).

In questo senso il Piano prevede che la regione impegni risorse ulteriori, rispetto ai Livelli essenziali di assistenza già definiti, *“per attivare in ogni AUSL un punto sperimentale di accoglienza e valutazione delle persone con problemi di gioco patologico situato nel contesto organizzativo dei Servizi per le dipendenze patologiche, in rete con Associazioni del terzo settore attive sul tema”*[[92]](#footnote-92).

Il Piano specificamente prevede che, infatti, *“nella programmazione sociale e sanitaria di ambito distrettuale, e nello specifico nei programmi attuativi del Piano di zona per la salute e il benessere sociale, dovranno essere individuate azioni e interventi da realizzarsi congiuntamente tra servizi sociali e sanitari, attivando dove possibile collaborazioni con gli organismi del Terzo settore e le associazioni di rappresentanza, al fine di promuovere la sensibilizzazione e l’informazione sul territorio, nonché di attivare reti di sostegno per le famiglie”*[[93]](#footnote-93).

Il secondo obiettivo del Piano è relativo alla formazione degli esercenti e del personale operante nelle sale da gioco, degli operatori dei servizi sociosanitari e egli addetti della polizia locale, attraverso specifici corsi di formazione che analizzeranno *“gli aspetti legati alla normativa del settore, alla pubblicità nei luoghi di gioco e alla disponibilità di corrette informazioni sulla probabilità di vincita, ai rischi di dipendenza”*[[94]](#footnote-94).

Il Piano si propone peraltro, quale terzo obiettivo, quello di potenziare la diffusione di uno specifico numero telefonico (il cd. numero verde) che permetta ai soggetti interessati di entrare rapidamente in contatto con un operatore professionale che fornisca loro informazioni *“di orientamento ai servizi e sulle modalità di accesso alle prestazioni”*[[95]](#footnote-95).

Un quarto obiettivo del Piano concerne poi la predisposizione di materiale informativo sul gioco d’azzardo patologico messo a disposizione dei *“gestori di locali che offrono apparecchiature per gioco con vincita in denaro, contenente informazioni sui rischi connessi e sui servizi di assistenza presenti nel territorio”*[[96]](#footnote-96); mentre il quinto obiettivo è relativo alla predisposizione di forme di premialità per gli esercenti che espongono il marchio “Slot free E-R” attraverso le azioni poste in essere dai comuni che curano la fase istruttoria per l’attribuzione del suddetto marchio, infatti il possesso del marchio *“costituisce prerequisito per l’ottenimento di forme di valorizzazione ed eventuali incentivazioni di carattere economico da parte del Comune sul cui territorio viene esercitata l’attività”*[[97]](#footnote-97).

Da ultimo il Piano si prefigge di esercitare le funzioni dell’Osservatorio regionale del fenomeno del gioco d’azzardo, al fine di promuovere lo scambio e al diffusione di positive esperienze e pratiche territoriali inerenti la prevenzione ed il contrasto della dipendenza da gioco d’azzardo patologico.

1. ***Osservazioni conclusive.***

 Il riconoscimento giuridico della ludopatia quale specifica patologia dannosa per la salute umana appare il primo importante segno del riconoscimento del crescente problema sociale che riveste la dipendenza patologica da gioco d’azzardo, la quale risulta *“ancora oggi un fenomeno largamente oscuro e sfuggente, un problema fortemente sottostimato e scarsamente considerato sotto il profilo sociale e legislativo”*[[98]](#footnote-98).

 Va infatti sottolineato che *“se lo Stato si assume il potere di controllo e di regolamentazione delle attività di gioco e ne ha dei vantaggi economici ha anche l’obbligo di elaborare una politica di contenimento da forme di abuso”*[[99]](#footnote-99); infatti la tematiche *de qua* *“coinvolge interessi pubblici di primo piano, come quelli legati all’ordine pubblico, alla prevenzione di rilevanti patologie, alla lotta al riciclaggio finanziario e alla finanza pubblico*”[[100]](#footnote-100).

 Il nostro studio ha però evidenziato come il legislatore nazionale non pare essere ancora pervenuto ad una regolamentazione giuridica veramente omogenea della dipendenza patologica da gioco d’azzardo che permetta di definire ed individuare princìpi fondamentali validi su tutto il territorio nazionale: gli strumenti giuridici sino ad ora individuati dal legislatore nazionale rappresentano infatti solo il primo passo verso un’organizzazione omogenea del fenomeno della ludopatia.

Nel quadro di riferimento descritto solo la recente istituzione dell’Osservatorio sui rischi di dipendenza da gioco d’azzardo appare essere vera espressione della necessità di un coordinamento nazionale che si focalizza sul crescente problema sociale della ludopatia.

Pare opportuno specificare, in via conclusiva, come esista negli atti che pone in essere il nostro legislatore esista una forte contrapposizione di interessi.

Infatti se da un lato il legislatore, come abbiamo avuto modo di verificare, ha previsto una serie di interventi inerenti la prevenzione e la cura della dipendenza patologica da gioco d’azzardo, dall’altro lato, prevede degli interventi che per contro invece incentivano lo stesso gioco d’azzardo.

L’intervento del legislatore viene quindi ad essere un intervento “contraddittorio” che pone cioè in contrasto l’interesse pubblico sottostante la prevenzione e la cura della ludopatia e il ritorno economico – finanziario dello Stato derivante dall’incentivo al gioco d’azzardo.

Ciò è specificato dal fatto che è prevista una presenza ed una distribuzione territoriale dei luoghi ove è possibile praticare il gioco d’azzardo che contrasta *ex se* con una vera ed efficace prevenzione e cura della ludopatia.

Da ciò discende che diviene indubbiamente complessa la *reductio ad unum* di interessi che lo Stato dovrebbe comunque tutelare e che sono invece oggetto di discipline non solo differenti ma, addirittura, tra loro contrastanti.

Come autorevolmente evidenziato dalla Corte Costituzionale nella sentenza n. 56 del 10 marzo 2015, ciò è parzialmente diminuito dalle previsioni che evidenziano come *“l’attuale disciplina delle concessioni per la raccolta e gestione del gioco lecito è improntata alla tutela di rilevanti interessi pubblici”* quali *“la garanzia di trasparenza, la pubblica fede, l’ordine pubblico e la sicurezza, la salute dei giocatori, la protezione dei minori e delle fasce di giocatori adulti più deboli, la protezione degli interessi erariali circa i proventi del gioco ed il contrasto alle infiltrazioni della criminalità organizzata, che giustificano un più severo ed attento regime di controlli dei soggetti i quali eseguono tali attività per conto dello Stato, anche con riguardo ai requisiti soggettivi e patrimoniali che devono possedere”*.

Sembra potersi quindi evidenziare come nel voler delineare precisi interventi normativi nazionali volti a prevenire a curare la dipendenza patologica da gioco d’azzardo, la libera intrapresa economico viene, però, a confliggere con la più ampia e completa tutela del diritto alla salute.

1. Si ricorda che il Codice penale definisce all’art. 721 i giochi d’azzardo come *“quelli nei quali ricorre il fine di lucro e la vincita o la perdita è interamente o quasi interamente aleatoria; sono case da giuoco i luoghi di convegno destinati al giuoco d'azzardo, anche se privati, e anche se lo scopo del giuoco è sotto qualsiasi forma dissimulato*”. [↑](#footnote-ref-1)
2. Per una compiuta disamina della tematica si rinvia, per tutti a BATTAGLIA A. – MATTARELLA B. G., *Le regole dei giochi. La disciplina pubblicistica dei giochi e delle scommesse in Italia,* Napoli, 2014. [↑](#footnote-ref-2)
3. Evidenzia SENATORE A., *Lotta alla ludopatia e potere amministrativo,* in *Urbanistica e appalti,* 2015, n. 6 come *“al gioco d’azzardo siano riconosciute implicazioni dal punto di vista della tutela dell’ordine pubblico. Pertanto, ogni attività di gioco d’azzardo è sottoposta ad un meccanismo di licenza, la cui ratio è orientata verso la cura dell’interesse generale dell’ordine pubblico”* (p. 625). [↑](#footnote-ref-3)
4. Art. 5, comma 2 della l. 8 novembre 2012, n. 189 [↑](#footnote-ref-4)
5. Punto 63.0 dell’ICD – 10 versione 2015. [↑](#footnote-ref-5)
6. In trad. It. BIONDI M. (a cura di), *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. American Psychiatric Association*, Milano, 2014. [↑](#footnote-ref-6)
7. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5*, p. 16. [↑](#footnote-ref-7)
8. Pag. 681 del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”* (DSM – V).

Il DSM - V evidenzia che la “gravità” del comportamento patologico si basa sul numero di “criteri” che il soggetto manifesta. Se un soggetto manifesta 4 – 5 criteri, egli presenta un disturbo da gioco d’azzardo lieve; un soggetto, invece, con un disturbo da gioco d’azzardo moderato o grave mostra comportamenti coerenti con 6 – 7 criteri; infine, un soggetto con la forma più grave mostrerebbe tutti ovvero la maggior parte dei nove criteri. Il DSM – V precisa che *“mettere in pericolo relazioni oppure opportunità di carriera per il gioco d’azzardo e confidare sugli altri per ottenere denaro per le perdite da gioco d’azzardo sono tipicamente i più tardivi dei criteri manifestati e molto spesso si verificano fra gli individui con disturbo da gioco d’azzardo più grave”* (p. 682). [↑](#footnote-ref-8)
9. BOCCIA V., *Conto economico - sociale del gioco d’azzardo*, in *Tendenze nuove,* 2013, n. 1 – 2, p. 101 – 111. [↑](#footnote-ref-9)
10. BOCCIA V., *Conto economico - sociale del gioco d’azzardo*, in *Tendenze nuove,* 2013, n. 1 – 2, p. 101 – 111. A fini di completezza va evidenziato che “Sistema gioco Italia” è la Federazione di filiera dell’industria del gioco e dell’intrattenimento, nata nel febbraio del 2012, nell'ambito di Confindustria, con l’obiettivo di rappresentare gli interessi trasversali del settore del gioco d’azzardo nonché al fine di elaborare strategie e proposte unitarie in particolare in merito a politiche fiscali, tutela della legalità, tutela dell’occupazione e delle risorse umane, innovazione tecnologica e comunicazione. [↑](#footnote-ref-10)
11. P. 24 della Relazione *“Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all’anno 2013 e primo semestre 2014 - elaborazioni 2014.* [↑](#footnote-ref-11)
12. P. 24 della Relazione *“Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all’anno 2013 e primo semestre 2014 - elaborazioni 2014.* [↑](#footnote-ref-12)
13. P. 24 della Relazione *“Uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia. Dati relativi all’anno 2013 e primo semestre 2014 - elaborazioni 2014.* [↑](#footnote-ref-13)
14. P. 669 della *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.*  [↑](#footnote-ref-14)
15. P. 682 della *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.* [↑](#footnote-ref-15)
16. P. 682 della *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.* [↑](#footnote-ref-16)
17. P. 683 della *Relazione annuale al Parlamento 2015 sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.* [↑](#footnote-ref-17)
18. ESPOSITO M., *Geografia economica del gioco d’azzardo in Italia,* Varese, 2013, p.15. [↑](#footnote-ref-18)
19. ESPOSITO M., *Geografia economica del gioco d’azzardo in Italia,* Varese, 2013, p.16. [↑](#footnote-ref-19)
20. Per una completa ed esaustiva ricostruzione della materia si veda BELLETTI M., *Diritti Costituzionali e Regioni*, in NANIA R. – RIDOLA P. (a cura di), *I diritti costituzionali*, TORINO, 2006. [↑](#footnote-ref-20)
21. LUCIANI M., *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m, della Costituzione),* in *Politica del diritto*, 2002, n. 3, p. 348. [↑](#footnote-ref-21)
22. LUCIANI M., *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m, della Costituzione),* in *Politica del diritto*, 2002, n. 3, p. 350. [↑](#footnote-ref-22)
23. BALBONI E., *I livelli essenziali e procedimenti per la loro determinazione,* in *Le Regioni,* 2003, n. 6, p. 1184. [↑](#footnote-ref-23)
24. D’ALOIA A., *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le regioni*, 2003, n. 6, p. 1139. Prosegue l’A. sottolineando come *“non è poi così azzardato pensare che il grado di uniformità richiesto dalla Costituzione con la formula dei livelli essenziali si difende soprattutto sul piano delle risorse effettivamente disponibili per la perequazione, garantendo in altre parole, livelli essenziali di disponibilità economiche”* (p. 1139). [↑](#footnote-ref-24)
25. LUCIANI M., *I diritti costituzionali tra Stato e Regioni (a proposito dell'art. 117, comma 2, lett. m, della Costituzione),* in *Politica del diritto*, 2002, n. 3, p. 352. [↑](#footnote-ref-25)
26. Art. 2 della l. 22 dicembre 1975, n. 685. [↑](#footnote-ref-26)
27. Art. 90, comma 2, della l. 22 dicembre 1975, n. 685. [↑](#footnote-ref-27)
28. Art. 90, comma 2, della l. 22 dicembre 1975, n. 685. [↑](#footnote-ref-28)
29. Secondo AMBROSINI G., *Stupefacenti, legge penale e tutela della salute,* in *Democrazia e diritto,* 1977, n. 4, p. 743, i centri *“forniscono ausilio specialistico ai luoghi di cura e ai singoli sanitari, determinano le più idonee terapie di disintossicazione, attuano le iniziative idonee al recupero sociale dei tossicomani, privilegiano il recupero familiare”.*  [↑](#footnote-ref-29)
30. AMBROSINI G., *Stupefacenti, legge penale e tutela della salute,* in *Democrazia e diritto,* 1977, n. 4, p. 743. Evidenziano CODINI E. – FOSSATI A. – FREGO LUPPI S.A., *Manuale di Diritto dei servizi sociali,* Torino, 2015, p.219, che *“con la legge n. 685 del 1975 la tossicodipendenza viene presa in carico dalle istituzioni come problema sociale e il tossicodipendente diviene portatore di diritti rispetto alla cura e alle riabilitazione”.*  [↑](#footnote-ref-30)
31. Art. 90, comma 4, della l. 22 dicembre 1975, n. 685. [↑](#footnote-ref-31)
32. Art. 1, comma 2, della l. 26 giugno 1990, n. 162. [↑](#footnote-ref-32)
33. Art. 1, comma 2, della l. 26 giugno 1990, n. 162. [↑](#footnote-ref-33)
34. Art. 1, comma 5, della l. 26 giugno 1990, n. 162. [↑](#footnote-ref-34)
35. Art. 27, comma 1, della l. 26 giugno 1990, n. 162. Il comma 2 del medesimo articolo specifica che all’interno dei Ser.t “*l'organico dei servizi deve prevedere le figure professionali del medico, dello psicologo, dell'assistente sociale, dell'infermiere, dell'educatore professionale e di comunità in numero necessario a svolgere attività di prevenzione, di cura e di riabilitazione, anche domiciliari e ambulatoriali; il servizio deve svolgere un'attività nell'arco completo delle ventiquattro ore e deve coordinare gli interventi relativi al trattamento della sieropositività nei tossicodipendenti, anche in relazione alle problematiche della sessualità, della procreazione e della gravidanza, operando anche in collegamento con i consultori familiari, con particolare riguardo alla trasmissione madre-figlio della infezione da HIV”*. Il successivo D.M. del 30 novembre 1990, n. 444 stabilisce le modalità organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze nonché precisa la determinazione dell'organico. [↑](#footnote-ref-35)
36. La dottrina sul punto è assai vasta: in questa sede si richiama solo, TRAVAINA G. V. – SALDARINI B., *La dipendenza da gioco d’azzardo: quali opportunità in sede di esecuzione di pena?,* in  *Il foro Ambrosiano,* 2003, n. 4, p. 576 – 584. [↑](#footnote-ref-36)
37. Art. 28, comma 1 della l. 26 giugno 1990, n. 162 che sostituisce l’art. 90 della l. 22 dicembre 1975, n. 685. Il comma 2 della medesima l. 162/90 prevede che *“le Regioni, nell'ambito delle proprie competenze in ordine ai servizi pubblici per l'assistenza socio-sanitaria ai tossicodipendenti, prevedono che ad essi spettano, tra l'altro, le seguenti funzioni: a) analisi delle condizioni cliniche, socio-sanitarie e psicologiche del tossicodipendente anche nei rapporti con la famiglia; b) controlli clinici e di laboratorio necessari per accertare lo stato di tossicodipendenza; c) individuazione del programma farmacologico o delle terapie di disintossicazione e diagnosi delle patologie in atto, con particolare riguardo alla individuazione precoce di quelle correlate allo stato di tossicodipendenza; d) elaborazione, attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo, da svolgersi anche a mezzo di altre strutture individuate dalla Regione; e) progettazione ed esecuzione in forma diretta o indiretta di interventi di informazione e prevenzione; f) predisposizione di elenchi delle strutture pubbliche e private che operano nel settore delle tossicodipendenze e raccordo tra queste, i servizi e, ove costituiti, i consorzi, i centri e le associazioni di cui all'art. 91; g) rilevazione dei dati statistici relativi a interventi dei servizi”.* [↑](#footnote-ref-37)
38. Sul punto si veda ROMANO F., *La normativa sulla droga,* in *Giurisprudenza di merito*, 1995, n. 3, p. 665 – 670 e bibliografia *ivi* citata; l’A. sottolinea che *“su questa normativa ha inciso il referendum del 18 aprile 1993”*,le cui “*cesoie referendarie hanno lasciato un tessuto normativo idoneo ad operare da solo, cioè formalmente autosufficiente.”* [↑](#footnote-ref-38)
39. CORSINI A., *Cautela della corte sui livelli essenziali delle prestazioni sanitarie,* in *Foro amm. CDS*, 2003, n. 4, pag. 1237. [↑](#footnote-ref-39)
40. Art. 1, comma 1, del D.M. 14 giugno 2002 n. 23814. [↑](#footnote-ref-40)
41. Art. 1, comma 1, del D.M. 14 giugno 2002 n. 23814. [↑](#footnote-ref-41)
42. Art. 1, comma 2, del D.M. 14 giugno 2002 n. 23814. [↑](#footnote-ref-42)
43. Art. 1, comma 3, del D.M. 14 giugno 2002 n. 23814. [↑](#footnote-ref-43)
44. Art. 2, comma 1, del D.M. 14 giugno 2002 n. 23814. [↑](#footnote-ref-44)
45. Art. 2, comma 2, del D.M. 14 giugno 2002 n. 23814. Specificava il comma 3 che *“d'intesa con il paziente e con la sua famiglia, anche mediante l'utilizzo di altri servizi specialistici, pubblici e privati accreditati o autorizzati, si occupano della prevenzione e della cura di tutte le patologie correlate alla dipendenza da sostanze. Le prestazioni sono erogate in forma individuale o a piccoli gruppi nelle sedi operative, o, se necessario, a domicilio. Le prestazioni di prevenzione possono essere erogate anche mediante mezzi mobili”.* [↑](#footnote-ref-45)
46. Art. 24, comma 23, della l. 15 luglio 2011, n. 111. [↑](#footnote-ref-46)
47. Art. 2, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 giugno 2008. [↑](#footnote-ref-47)
48. Art. 2, comma 2, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 20 giugno 2008. Il comma 3 del medesimo articolo specifica che *“nell'ambito della struttura opera l'osservatorio italiano sulle droghe e sulle tossicodipendenze, che cura la raccolta, l'elaborazione e l'interpretazione di dati ed informazioni statistico epidemiologici, farmacologico-clinici, psicosociali e di documentazione sul consumo, l'abuso, lo spaccio ed il traffico di sostanze stupefacenti e psicotrope, provvede alle esigenze informative e di documentazione delle amministrazioni pubbliche centrali, territoriali e locali e delle strutture del privato sociale, cura la collaborazione con le altre strutture informative esistenti sul territorio, definisce ed aggiorna le metodologie per la rilevazione e l'elaborazione dei dati raccolti”*. [↑](#footnote-ref-48)
49. Art. 2 del D. P. C. M. 1 ottobre 2012. [↑](#footnote-ref-49)
50. Art. 17, comma 1, del D. P. C. M. 1 ottobre 2012. [↑](#footnote-ref-50)
51. Art. 17, comma 2, del D. P. C. M. 1 ottobre 2012 che prosegue evidenziando che *“il Dipartimento cura la definizione ed il monitoraggio del piano di azione nazionale antidroga, coerentemente con gli indirizzi europei in materia, definendo e concertando al contempo le forme di coordinamento e le strategie di intervento con le regioni, le province autonome e le organizzazioni del privato sociale accreditato, anche promuovendo intese in sede di Conferenza unificata. Cura, inoltre, l'attività di informazione e comunicazione istituzionale del Governo in materia di politiche antidroga. Provvede, mediante sistemi di allerta precoce, come previsto dagli indirizzi europei in materia, all'evidenziazione dei rischi e alla attivazione delle attività di prevenzione delle possibili conseguenze rilevanti per la salute e della mortalità della popolazione derivanti dalla circolazione delle sostanze stupefacenti, provvedendo alla sorveglianza e al controllo dell'andamento del fenomeno e assicurando il regolare flusso dei dati richiesto dalle strutture e dalle amministrazioni europee competenti nel settore e dalle regioni e dalle Amministrazioni centrali nonché dagli altri organismi internazionali. Provvede alla preparazione e alla stesura della relazione al Parlamento in materia di dipendenze. Promuove, finanzia e coordina attività di studio, ricerca e prevenzione nel campo dell'incidentalità correlata all'uso di droga e alcol. Assicura il supporto per garantire la presenza del Governo nelle istituzioni internazionali competenti in materia di politiche antidroga, promuovendo a tal fine il coordinamento interministeriale, le attività internazionali in materia di politiche antidroga e gli accordi di collaborazione con stati esteri, anche mediante la promozione di progettualità europee ed internazionali comuni, d'intesa con il Ministero degli Affari Esteri”.* [↑](#footnote-ref-51)
52. Art. 17, comma 3, del D. P. C. M. 1 ottobre 2012. [↑](#footnote-ref-52)
53. P. 5 della Relazione “*Gioco d’azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione”* del Dipartimento politiche antidroga del febbraio 2013. [↑](#footnote-ref-53)
54. P. 5 della Relazione “*Gioco d’azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisio-patologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione”* del Dipartimento politiche antidroga del febbraio 2013. [↑](#footnote-ref-54)
55. Art. 2, comma 2, della l. 8 novembre 2012, n. 189. [↑](#footnote-ref-55)
56. DIRINDIN N., *Diritto alla salute e livelli essenziali di assistenza*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 2000, n. 7 – 8, p. 1020, che prosegue osservando che *“la definizione dei livelli essenziali di assistenza costituisce uno dei punti più significativi, nonché impegnativi dell’intero processo si razionalizzazione del Servizio sanitario nazinale”* (p. 1021). [↑](#footnote-ref-56)
57. TUBERTINI C., *I livelli essenziali di assistenza sanitaria e l’effettività del diritto alla salute,* in *Giornale di Diritto amministrativo,* 2015, n. 5, p. 509. [↑](#footnote-ref-57)
58. D’ALOIA A., *Diritti e Stato autonomistico. Il modello dei livelli essenziali delle prestazioni*, in *Le regioni*, 2003, n. 6, p. 1137. [↑](#footnote-ref-58)
59. La l. 8 novembre 2012, n. 189 è la legge di conversione del d. l. 13 settembre 2012, n. 158 che nella sua formulazione originale non prevedeva alcun riferimento ad un Osservatorio che si occupasse specificamente della dipendenza da gioco. [↑](#footnote-ref-59)
60. Art. 7, comma 10, della l. 189/2012. [↑](#footnote-ref-60)
61. Come previsto dalla cd. legge di stabilità 2015, legge 23 dicembre 2014, n. 190. [↑](#footnote-ref-61)
62. Art. 1, comma 133, della l. 23 dicembre 2014, n. 190. La medesima legge prevede che il Ministro della salute ed il Ministro dell’economia e delle finanze pervengono, con decreto, alla rideterminazione della composizione dell’Osservatorio; tale decreto è stato emanato il 24 giugno 2015 e stabilisce che presso il Ministero della salute venga istituito l’Osservatorio per il contrasto della diffusione del gioco d’azzardo e il fenomeno della dipendenza grave (art. 1, comma 1) e che sia competente, a norma dell’art. 1, comma 2, a svolgere compiti in materia di: monitoraggio della dipendenza dal gioco d’azzardo; monitoraggio dell’efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese; definire le linee di azione per garantire prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da dipendenza patologica da gioco d’azzardo; valutare le misure più efficaci per contrastare le diffusione del gioco d’azzardo e la conseguente dipendenza. Il medesimo decreto interministeriale specifica all’art. 2 che l’Osservatorio è composto da un totale di 17 membri (tre rappresentanti del Ministero della salute; tre rappresentanti del Ministero dell’economia e delle finanze; un rappresentante della presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento per le politiche antidroga; un rappresentante della presidenza del Consiglio dei ministri – Dipartimento della gioventù e del Servizio civile nazionale; un rappresentante dell’Istituto Superiore di Sanità; un rappresentante designato dall’Associazione nazionale comuni Italiani; tre rappresentanti della Conferenza delle regioni e delle provincie autonome; due esperti di comprovata esperienza nel settore della dipendenza nominati dal Ministero della salute; un rappresentante designato dalle associazioni: Associazione italiana genitori, Movimento italiano genitori, Unione nazionale consumatori, Codacons, Federazione italiana degli operatori dei Dipartimenti e dei Servizi, Società italiana Tossico dipendenze, Associazione per lo studio del gioco d’azzardo e dei comportamenti a rischio, Coordinamento nazionale comunità terapeutiche, Federazione italiana comunità terapeutiche) che si differenzia in particolare dalla composizione precedente prevista per l’Osservatorio per la presenza di due esperti del settore delle dipendenze e per il membro designato da alcune associazioni che operano in questo settore. L’Osservatorio dura in carica tre anni ed è tenuto a presentare ogni anno una relazione sull’attività svolta al Ministero della salute ed al Ministero dell’economia e delle finanze (art. 4 del decreto); esso svolge le proprie attività senza maggiori oneri per la finanza pubblica e nell’ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili. [↑](#footnote-ref-62)
63. Art. 1, comma 133 della l. 23 dicembre 2014, n. 190. [↑](#footnote-ref-63)
64. Emanato su proposta e supervisione tecnico-scientifica del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri; sottoposto ai seguenti membri dell’Osservatorio sul Gioco d’Azzardo Patologico: Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, Ministero dell'Economia e delle Finanze, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, Ministero dello Sviluppo economico, Associazione nazionale dei comuni italiani, Movimento Italiano Genitori, Associazione Italiana Genitori, Coordinamento delle Associazioni per la Difesa dell'Ambiente e dei Diritti degli Utenti e dei Consumatori (Codacons); acquisito dall’Agenzia delle Dogane e dei Monopoli; col parere del Comitato consultivo sul Gioco d’Azzardo Patologico e del Coordinamento Nazionale Dipendenze. [↑](#footnote-ref-64)
65. Premessa Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-65)
66. Premessa Piano azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico che evidenzia che il fenomeno del gioco d’azzardo patologico *“descritto nella Relazione al Parlamento 2013 sullo stato delle dipendenze (a cui si rimanda per i dettagli), presenta varie complessità e vari fattori che sono in grado di promuovere o contenere lo sviluppo di tale problema socio-sanitario. Questi fattori possono essere legati all’individuo, altri all’ambiente, altri al tipo di gioco. Non va però dimenticato che le offerte di gioco costituiscono un importante settore produttivo dell’intrattenimento nel nostro paese, nonché parte integrante dell’economia legale dello Stato. Ciò non toglie, comunque, che la rapida diffusione sia nei punti gioco sia su internet di queste offerte, abbia potuto creare, oltre a una forte espansione industriale, anche una serie di problematiche in alcune persone particolarmente vulnerabili allo sviluppo di dipendenze patologiche. Per questo è necessario mettere in atto una serie di azioni coordinate ed integrate di prevenzione che coinvolgano sia le strutture socio sanitarie ma anche quelle produttive del settore dell’intrattenimento, nonché quelle del controllo e della regolamentazione dei giochi”*. [↑](#footnote-ref-66)
67. P.3 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-67)
68. P.3 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-68)
69. P.4 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-69)
70. In relazione alla condizione di vulnerabilità il Piano d’azione nazionale precisa che *“tali persone, se esposte alle varie forme di gioco d’azzardo, proprio per la loro condizione di particolare suscettibilità, possono sviluppare un comportamento a rischio per la salute (gioco d’azzardo problematico) in grado, se persistente, di evolvere verso uno stato di dipendenza patologica”*. [↑](#footnote-ref-70)
71. P. 6 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-71)
72. P. 6 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-72)
73. P. 6 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico, che chiarisce che le azioni ambientali hanno una *“impostazione più specifica e orientata a ridurre accessibilità e disponibilità al gioco d’azzardo sul territorio, limitarne la pubblicità indiscriminata, incentivare l’autovalutazione precoce (sviluppo di consapevolezza) del proprio comportamento a rischio e della propria condizione di malattia”*. [↑](#footnote-ref-73)
74. P. 6 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-74)
75. P. 6 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-75)
76. P. 7 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-76)
77. P. 7 del Piano d’azione nazionale 2013 – 2015 relativo al Gioco d’azzardo patologico. [↑](#footnote-ref-77)
78. Art. 1, comma 3 della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-78)
79. Art. 1, comma 1 della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-79)
80. Art. 2, comma 1, lettera a della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-80)
81. Art. 2, comma 1, lettera b della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-81)
82. Art. 2, comma 1, lettera c della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-82)
83. Art. 2, comma 1, lettera d della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-83)
84. Art. 2, comma 1, lettera e della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-84)
85. Art. 2, comma 1, lettera f della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-85)
86. Art. 4, comma 1 della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. Ai sensi dell’art. 4 comma 2 della medesima legge regionale tali iniziative *“possono essere realizzate su più livelli e possono consistere in interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione”*. I successivi comma 3 e 4 prevedono altresì che possono essere promossi e attivati anche *“interventi sperimentali di trattamento, anche di tipo residenziale, e la costituzione di strutture specialistiche Monotematiche”* e tali interventi sperimentali possono riguardare altresì *“la formazione e l’aggiornamento specialistico degli operatori sociali e socio-sanitari dediti all’assistenza delle persone affette da dipendenza da gioco d’azzardo patologico”*. [↑](#footnote-ref-86)
87. Art. 5, comma 1 della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-87)
88. Art. 5, comma 2, lettera a della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-88)
89. Art. 5, comma 2, lettera b della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-89)
90. Art. 5, comma 2, lettera c della della l.r. Emilia Romagna 4 luglio 2013, n. 5. [↑](#footnote-ref-90)
91. P. 2 del *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico 2014 – 2016”* della regione Emilia – Romagna, che evidenzia come *“la regione ha impegnato risorse ulteriori rispetto ai Livelli essenziali di assistenza oggi definiti, per attivare in ogni AUSL un punto sperimentale di accoglienza e valutazione delle persone con problemi di gioco patologico situato nel contesto organizzativo dei Servizi per le dipendenze patologiche, in rete con Associazioni del terzo settore attive sul tema”*. [↑](#footnote-ref-91)
92. P. 3 del *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico 2014 – 2016”* della regione Emilia – Romagna. [↑](#footnote-ref-92)
93. P. 3 del *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico 2014 – 2016”* della regione Emilia – Romagna. [↑](#footnote-ref-93)
94. P. 4 del *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico 2014 – 2016”* della regione Emilia – Romagna. La regione si propone di predisporre interventi formativi per i professionisti sanitari, per la Polizia locale e per i funzionari delle amministrazioni locali, nonché iniziative formative rivolte *“agli operatori impegnati nell’informazione, accoglienza, orientamento e accesso dei cittadini ai servizi sociali e sociosanitari. Tra questi: gli operatori degli sportelli sociali, dei centri per le famiglie, dei servizi sociali professionali”.* [↑](#footnote-ref-94)
95. P. 4 del *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico 2014 – 2016”* della regione Emilia – Romagna. [↑](#footnote-ref-95)
96. P. 5 del *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico 2014 – 2016”* della regione Emilia – Romagna. [↑](#footnote-ref-96)
97. P. 6 del *“Piano integrato per il contrasto, la prevenzione e la riduzione del rischio di dipendenza da gioco patologico 2014 – 2016”* della regione Emilia – Romagna. [↑](#footnote-ref-97)
98. BIANCHETTI R. – CROCE M., *Il crescente mercato del gioco d’azzardo in Italia: violenza nascosta o indifferenza collettiva? Questioni sui costi sociali e sui .. “legittimi” guadagni,* in *Sociologia del diritto,* 2007, n, 2, p. 127. [↑](#footnote-ref-98)
99. CROCE M. – ZERBETTO R., *Il gioco e l’azzardo. Il fenomeno, la clinica, la possibilità d’intervento*, Milano, 2001, p. 63. [↑](#footnote-ref-99)
100. BATTAGLIA A. – MATTARELLA B. G., *Le regole dei giochi. La disciplina pubblicistica dei giochi e delle scommesse in Italia,* Napoli, 2014, p. 1. [↑](#footnote-ref-100)