



Original article

## Preventive strategies in gambling disorder: a survey investigating the opinion of gamblers in the Lazio region



Giovanni Martinotti

Giovanni Martinotti<sup>1,2</sup>, Francesco Di Carlo<sup>1</sup>, Antonio Tambelli<sup>1</sup>, Ottavia Susini<sup>1</sup>, Debora Luciani<sup>1</sup>, Rolando Tucci<sup>1</sup>, Giulia Stefanelli<sup>1</sup>, Monica Santangelo<sup>1</sup>, Daniele Di Battista<sup>1</sup>, Virginia Faiola<sup>3</sup>, Maria Luisa Carenti<sup>4</sup>, Pietro Casella<sup>4</sup>, Enrico Zanalda<sup>5</sup>, Mauro Pettorrosso<sup>1</sup>, Massimo Di Giannantonio<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Department of Neuroscience, Imaging and Clinical Sciences, “G. d’Annunzio” University, Chieti, Italy; <sup>2</sup> SRP Villa Maria Pia, Mental Health and Addiction Inpatient Unit, Rome, Italy; <sup>3</sup> Sportello Adolescenza “T’ascolto Bro”, Fondi, Latina; <sup>4</sup> Department of Mental Health and Addiction Services, ASL RM1, Rome, Italy; <sup>5</sup> Department of Mental Health, Azienda Sanitaria Locale (ASL) TO3 & Azienda Ospedaliera Universitaria (AOU) San Luigi Gonzaga, Orbassano, Italy, SIP, Società Italiana di Psichiatria

### Summary

**Background.** Gambling disorder is an increasing phenomenon around the world. In Italy, its prevalence is about 1.01%. To date, many international governments have adopted restrictive measures to contain and prevent the transition from social to problematic behaviours and psychopathological consequences, but further evaluation is needed. Because of the poor effectiveness of the gambling restrictions policies, the aim of this observational, cross-sectional study was to explore both gamblers’ and mental health professionals’ opinions about prevention strategies for gambling disorder.

**Methods.** A specific questionnaire was formulated by experts from the Italian Society of Psychiatry (SIP) and widely disseminated. The only inclusion criterion was to have gambled at least 5 times in the last year on sports betting, poker, online games, or slots. The questionnaire was disseminated online, in gambling halls, and in outpatient and inpatient units. Data from clinicians dealing with gambling disorder were collected through a different questionnaire formulated by SIP experts and disseminated through an online survey.

**Results.** A total of 250 people fulfilled the inclusion criterion and were included in the study. The evaluated sample included 75 pathological gamblers (PG), 58 problematic gamblers (PrG) and 117 non-pathological gamblers (NPG) according to the SOGS assessment tool. Opinions of the subjects were differentiated according to the answers given as rational, NPGs, PrGs, or PGs. Differences between the three groups with respect to opinions were not significant apart from a proposal regarding the possibility of inserting betting limits based on the time interval of a “game” (negative opinions: PG, 61.1%; PrG, 38.5%; NPG, 41.1%), limitations of opening hours for gambling halls (negative opinions: PG, 64.2%; PrG, 48.7%; NPG, 48.2%), and the establishment of minimum distances between gambling halls and meeting centres (negative opinions: PG, 62.2%; PrG, 50.0.5%; NPG, 43.2%). The opinions of professional workers (psychiatrists, psychologists, psychiatric rehabilitators) confirmed the relevance of exclusion registers.

**Discussions.** The most desired proposal was the creation of exclusion registers determined by the gamblers themselves (self-exclusion registers), by the patients’ relatives, or even by the mental health operators. Other possible measures concerned revising the gambling parameters of devices in order to direct individuals at risk to the network of territorial care services and to improve

**How to cite this article:** Martinotti G, Di Carlo F, Tambelli A, et al. Preventive strategies in gambling disorder: a survey investigating the opinion of gamblers in the Lazio region. Evidence-based Psychiatric Care 2022;8:48-56; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2022-5>

### Correspondence:

Giovanni Martinotti  
[giovanni.martinotti@gmail.com](mailto:giovanni.martinotti@gmail.com)

### Conflict of interest

The Authors declare no conflict of interest.

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

Open Access



© Copyright by Pacini Editore Srl

psychoeducation. Applying the results of neuroscience research dealing with addiction is necessary to assess the impact of the most diverse measures adopted, with the goal of establishing at an early stage the strategies aimed at effectively identifying vulnerable individuals at risk of addiction.

**Key words:** gambling disorder, prevention, treatment

## Introduction

Gambling disorder is the only behavioural addiction included in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) under the category “Substance-Related and Addictive Disorders”<sup>1</sup> The characteristic of gambling disorder is a maladaptive gambling behaviour, persistent and recurrent, that modifies the personal<sup>2,3</sup> and/or professional life of the patient<sup>4</sup>. The severity of the disorder can be mild, moderate or severe.

Many works have studied the prevalence of adult problem gambling in recent years. Extended gambling availability and participation have been connected with significant increases in the prevalence of gambling disorder, associated comorbidities and other gambling-related problems. Globally, prevalence ranges from 0.2% to 5.3% in adult populations. This number increases twice or three times when considering people experiencing subclinical problematic gambling<sup>2</sup>. The countries with the highest prevalence are the US (0.4-0.6%), UK (0.6-0.9%), Germany (0.2-0.6%), Australia (0.5-2.0%) and Hong Kong (1.8%)<sup>5</sup>. The Italian situation was surveyed by Barbaranelli et al. in 2013 with a sample of 1,979 people. The prevalence of gambling disorder was about 1.01%, as evaluated by the South Oaks Gambling Screen (SOGS) and the Problem Gambling Severity Index (PGSI)<sup>3</sup> Lotteries were the most played games, but the percentage of people involved in online gambling at least once was much more restricted. According to an approximate estimate, the money used for gambling ranged from 0.5 to 2,300 euros per year. People began to gamble at a mean age of 27, but there was a small percentage (8%) who started to gamble under the age of 18. A quarter of gamblers had a parent who gambled regularly, and about 6% had a problematic gambler as a parent. People who had other family members who gambled regularly made up 48%<sup>3</sup>.

In recent years, problematic gambling has been increasingly considered a public health concern, and governments have tried to regulate it, promoting responsible gambling and providing assistance to problematic gamblers. Prevention strategies play a crucial role in reducing gambling-related harm, both for the general population and for at-risk or problematic gamblers. As demonstrated by recent reviews, the strategies of governments and the gambling industry have generally failed to reduce gambling damage. Although a number of measures seem to have some efficacy, they are not supported by sufficient

evidence-based data, and the most commonly implemented interventions are often the least effective<sup>2</sup>. According to recent studies, demand reduction interventions, which are mainly focused on risk awareness, have been found to have limited effects. Conversely, one of the most effective strategies seems to be restrictions on smoking and alcohol inside game rooms<sup>6</sup>.

To date, the European Parliament has not established specific regulations to intervene in gambling problems. However, between 2013 and 2014, interventions were legitimized in the member states in order to protect consumers, regulate online gaming and reduce the gambling phenomenon among minors. In Germany, self-exclusion lists are widespread in the territory and managed by Germany’s State Treaty on Gambling. In Spain, a dedicated register lists everyone who voluntarily excludes themselves. In both countries, self-exclusion lists have emerged as an effective prevention strategy<sup>7</sup>. In the UK, the Gambling Commission is a non-departmental public executive body of the government that it is responsible for regulating gambling and supervising gaming law. The Gambling Commission also monitors the percentage of pathological and non-pathological gamblers. Their BeGambleAware project provides advice for responsible gambling, a smartphone app to supervise a personal budget, a social media interface that hides gambling advertising, and the Gambling Therapy app that provides cognitive-behavioural therapy (CBT) support. In addition, other free of charge services, including a national helpline, London Problem Gambling Clinic and Game Care, are available to support people with gambling-related problems<sup>8,9</sup>.

Because gambling is legal under US federal law, each state is free to regulate or prohibit the practice within its borders. Online gambling has been more strictly regulated: The Unlawful Internet Gambling Enforcement Act of 2006 (UIGEA) outlaws financial transactions involving online gambling service providers<sup>10</sup> In Australia, since the introduction of new gambling services, including online gambling, the Commonwealth has taken a more active role, and the Australian gambling industry is also regulated by state and territory authorities<sup>11</sup>

In Italy, since 2012, many strategies have been implemented through Decreto Balduzzi<sup>12</sup> (Legge 189/2012), such as including gambling disorder in essential medical assistance levels (LEA), establishing a national gambling observatory, and prohibiting entry for minors in gambling areas. The “Distanziometro” is a restrictive measure to relocate gaming areas 300 or 500 meters away from sensitive places such as educational institutions of all levels, residential or semi-residential facilities in the health or socio-medical field, places of worship, accommodation facilities for protected categories, youth gathering places, sports facilities and oratories. Other restrictions have been introduced through the Decreto Dignità<sup>13</sup> (Legge 96/2018), such as obligatory health insurance cards and specific opening times to access gambling areas,

absolute prohibition of gambling advertisements, and removal of non-standard equipment.

However, there are still doubts about the effectiveness of these restrictions. The prohibitionist approach that many states have adopted does not seem to reduce the gambling phenomenon. PGs are less sensitive to externally imposed limitations, considering psychobiological dysregulation, and most gamblers can easily decide to choose another gambling area farther away. Moreover, the ban on gambling in urban areas could paradoxically favour pathological gambling (stigma), and online gambling could even be increased<sup>14</sup>. Furthermore, most of the intervention strategies to tackle gambling disorder have been proposed by experts or determined by political needs, without taking into consideration the opinions of the gamblers themselves and of the professionals who have direct contact with them.

To fill this gap, the primary aim of the present study was to directly ask gamblers, divided into different levels of gambling severity, what preventive measures they would consider to be useful for reducing the impacts of gambling disorder. The secondary aim was to ask professional workers (psychiatrists, psychologists, psychiatric rehabilitators) operating in the gambling area, which, according to their experience, are the strategies most likely to be effective and capable at preventing the development of gambling disorder.

## Materials and Methods

### Design

This was an observational, cross-sectional study.

### Procedures

For the primary outcome of the study, a specific questionnaire consisting of 79 questions was developed by a board of experts from the Italian Society of Psychiatry (Società Italiana di Psichiatria, SIP). The questionnaire was self-administered, and the mean completion time was 25 minutes. The only inclusion criterion in the study was to have gambled (sports betting, poker, online games, slots) at least 5 times in the last year. This was decided to ensure inclusion in the sample of only those who actively gamble. In order to have a better chance of collecting a large sample, the questionnaire was disseminated both through an online survey and by physically going to betting rooms, bingo halls, casinos and tobacconists with slot machines. Eight gaming rooms that had previously expressed their availability to participate were involved in the project. They were all located in Rome and surrounding areas. A further part of the sample was selected from clinical centres for gambling disorder in the Lazio region (ASL-Roma 1, Roma, SRP Villa Maria Pia, Roma, Sportello Adolescenza, Fondi [LT]). Participation in the study was anonymous and in most cases free of compensation. Only individuals

surveyed in betting rooms and clinical centres received a shopping voucher of 5.29 euros for their participation.

For the secondary outcome of the study, a specific questionnaire was developed to address clinicians dealing with gambling disorder, including psychiatrists, physicians and other professional workers (psychologists, psychiatric rehabilitators) working in addiction services (SERDs). The questionnaire was disseminated through an online survey throughout the Lazio region. Participation was anonymous and free of compensation.

### Measures

The questionnaire addressing gamblers was divided into four sections. The first section collected socio-demographic data (sex, age, education, marital status, psychiatric diagnoses, use of psychotropic medications, substance use). The second section included the South Oaks Gambling Screen (SOGS) questionnaire and a series of questions about gambling habits and preferences. The third section (see Tab. I for details) included many questions investigating the opinions of gamblers regarding some of the most common gambling-reduction interventions provided by different European governments. Finally, the last section investigated the consequences of the Covid-19 pandemic for gambling habits. The questionnaire addressing physicians was divided into two sections. The first investigated physicians' opinions about which regulations adopted in Europe to counteract the phenomenon of gambling disorder have had the greatest influence on the gambling habits of their patients. The last section investigated the consequences of the COVID-19 pandemic on the gambling habits of their patients.

The SOGS is a widely used screening tool for evaluating pathological gambling. It was developed on the basis of DSM-III criteria for pathological gambling in clinical populations<sup>15</sup>. It is widely used in epidemiological and clinical studies<sup>2</sup> and investigates different aspects of gambling, such as the frequency of gambling activities, daily budget, difficulty in controlling gambling behaviours, and awareness of one's gambling problem. Accuracy of SOGS in the general population was verified by Stinchfield<sup>16</sup> on the basis of DSM-IV criteria<sup>17</sup> proclaiming a high hit rate (0.96), with high sensitivity (0.99), modest specificity (0.75), low false positive rates (0.04) and low false negative rates (0.11). The total score on the SOGS ranges from 0 to 20. Based on SOGS scores, the sample was divided into three subsamples: those with SOGS scores of 1 and 2 were classified as non-pathological gamblers (NPG), those with scores of 3 and 4 were classified as problem gamblers (PrG) and those with scores equal to or greater than 5 were identified as pathological gamblers (PG).

## Results

A total of 933 people fulfilled the inclusion criterion and were included in the study. An additional 3,781 people

**Table I.** Questions about the preventive strategies of the questionnaire administered to the reference sample.

How useful do you consider the ban on creating an account with virtual gaming sites?
How useful do I think it is to protect people who have submitted an application, on a voluntary basis (or by family members), to be prohibited from participating in gambling?
How useful do you think it is to remove slot machines from bars and public places?
How useful do you think it is to ban advertising gambling?
How much do you think it is useful to adequately inform users about the risks related to gambling?
How useful do you think it is to define a maximum betting limit?
How useful do you think it is to limit the number of arcades or the number of gaming machines per inhabitant?
How useful do you think it is to limit the visibility and advertising of games on Internet?
How useful do you think it is to allow the game ONLY in dedicated spaces?
How useful do you think the obligation to use the health card to play is useful?
How useful do you think it is to ban gambling to minors?
How useful do you think it is to establish minimum distances (250 to 500 meters) between gaming halls and meeting centers (schools, sports centers, places of worship, residential structures, etc.)?
How useful do you think it is to limit the opening hours of the gambling halls (slots and video lottery)?
How useful do you think the ban on serving alcohol in gambling halls is?
How useful do you think it is to limit your bets based on the time frame of a "game" (for example: the maximum use of 20 cents is allowed in 5 seconds of euros and 2 euros of winnings; maximum hourly loss of 80 euros; maximum payout per hour of 500 euros)
How useful do you think it is to prohibit gambling for people clinically suffering from Pathological Gambling, placing them in protected lists?
How useful do you think it is to ban betting rolls transmitted during live events (ex. during a football match the wording appears on the site "bet now!" with the odds at that precise moment)?
How useful do you think it is to prevent "no deposit bonuses" or "free bets"?
How useful do you think it is to create a national database with the gaming profiles of all citizens by imposing a maximum monthly limit of money used in gaming calculated on the basis of declared income?
How useful do you think it is to ban the use of cash in all types of gambling?
How useful is it to prohibit the distribution of food in gambling establishments (slot rooms, bingo etc.)?

were surveyed but did not meet the inclusion criterion and so were excluded from the analysis. Ultimately, the evaluated sample included 289 PG, 259 PrG and 385 NPG, according to the SOGS assessment tool.

The socio-demographic characteristics of the sample are given in Table II, which shows a strong prevalence of males (M:F = 4:1). In the sub-sample of PGs, there is, in addition to the higher prevalence of males, an average

**Table II.** Sociodemographic and clinical data of the sample divided according to the score of SOGS.

	Gender	Age (average)	Educational qualification	Occupation	Marital status	Psychiatric diagnosis
<b>SOGS 1, 2 (NPG)</b>	M= 76,03%	32,68 years	middle school 9,92%	students 42,98%	married 22,31%	yes 4,96%
	F= 23,97%		high school diploma 62,81%	unemployed 13,22%	engaged 34,71%	no 95,4%
			master's degree 27,27%	employees 38,84%	single 42,98%	
				retired 4,96%		
	Gender	Age (average)	Educational qualification	Occupation	Marital status	Psychiatric diagnosis
<b>SOGS 3,4 (PrG)</b>	M= 85,96%	31,61 years	primary school diploma 1,75%	students 38,59%	married 15,78%	yes 3,5%
	F= 14,03%		middle school 15,78%	unemployed 12,28%	cohabiting 12,28%	no 96,5%
			high school diploma 61,40%	employees 38,59%	engaged 33,33%	
			three-year degree 10,52%	self employed 7,01%	single 38,59%	
			master's degree 10,52%	entrepreneur 1,75%		
				retired 1,75%		
	Gender	Age (average)	Educational qualification	Occupation	Marital status	Psychiatric diagnosis
<b>SOGS ≥5 (PG)</b>	M 86,08 %	41 years	primary school diploma 1,26%	students 26,92%	married 21,79%	yes 8,86%
	F 13,92%		middle school 20,25%	unemployed 8,97%	cohabiting 12,82%	no 91,14%
			high school diploma 58,22%	employees 43,59%	engaged 28,20 %	
			three-year degree 10,13%	self employed 15,38%	single 37,18%	
			master's degree 8,86%	retired 3,85%		

age of 41, a marital status of single, and the presence of a psychiatric comorbidity in 8.86% of the sample. The sub-sample of pathological gamblers evidenced a preference for games such as slots and poker machines.

Table III shows the opinions of the subjects in relation to possible strategies useful for preventing pathological gambling. The opinions were differentiated according to the answers given by NPGs, PrGs and PGs. The possible strategies considered most effective, with minimal differences between groups, were: 1) restriction of entry into the rooms or spaces of those people who have submitted an application, on a voluntary basis (or by family members), with respect to participation in gambling (88.2% of PGs had a positive opinion about this proposal); 2) restriction of entry into rooms or spaces dedicated to gambling of patients diagnosed with pathological gambling disorder (78.1% of PGs had a positive opinion about this proposal); 3) increased preventive aspects useful for providing clear indications about damages due to pathological gambling (73% of PGs had a positive opinion about this proposal); and 4) the insertion of a maximum limit on the amounts gambled (67.8% of PGs had a positive opinion about this proposal). In addition to these opinions, there is a strong and univocal indication of the obligation to prohibit access to the rooms or gaming places for subjects under the age of 18.

The strategies considered less effective were reported as: 1) limiting distribution of food in gambling areas (76.2% of PGs had a negative opinion about this proposal); 2) limiting the global number of gaming rooms (60.1% of PGs had a negative opinion about this proposal); 3) limiting the opening hours for gambling halls (60% of PGs had a negative opinion about this proposal); 4) establishing minimum distances between gambling halls and meeting centres

(59.3% of PGs had a negative opinion about this proposal); 5) inserting betting limits based on the time interval of a game (58.4% of PGs had a negative opinion about this proposal); and 5) limiting the use of cash (58.2% of PGs had a negative opinion about this proposal).

Differences between groups (PGs, PrGs, NPGs) with respect to the different opinions were not significant, apart from the proposal regarding inserting betting limits based on the time interval of a game (negative opinions: PG, 61.1%; PrG, 38.5%; NPG, 41.1%;  $p < .05$ ), limiting the opening hours of gambling halls (negative opinions: PG, 60%; PrG, 48.7%; NPG, 48.2%;  $p < .05$ ) establishing minimum distances between gambling halls and meeting centres (negative opinions: PG, 59.3%; PrG, 50.9%; NPG, 43.2%;  $p < .05$ ).

Table IV provides the opinions of professional workers (psychiatrists, psychologists, psychiatric rehabilitators) operating in the field of gambling disorder in relation to possible useful strategies for preventing the development of pathological gambling.

## Discussion

In this pilot study, conducted in the Lazio region, the opinions of subjects who presented a pathological level of gambling (PG) were evaluated in comparison to others who presented a problematic (PrG) or non-pathological type of gambling (NPG), in line with the criteria of the SOGS scale. This study is the first scientific contribution that has systematically evaluated the opinions of a large number of gamblers selected through online dissemination of a specific questionnaire and concretely intercepting significant levels of gamblers in specific contexts, such as gaming rooms in the territory of the Lazio region and in

**Table III.** Opinions of the subjects in relation to possible strategies useful for preventing pathological gambling. For each question it is implied “How useful do you think it is..”. A possible answer, not indicated in the table, was “not applicable”.

	SOGS <sup>1,2</sup>	SOGS <sup>3,4</sup>	SOGS <sup>5</sup>
...to remove slot machines from bars and public places?	Negative 26,9% Positive 70,08%	Negative 19,63 % Positive 80,35%	Negative 39,8% Positive 60%
...to ban advertising gambling?	Negative 37,59% Positive 58,11%	Negative 42,85 % Positive 57,13 %	Negative 47,8% Positive 47,9%
...to adequately inform users about the risks related to gambling?	Negative 18,79% Positive 78,63%	Negative 16,06 % Positive 82,13 %	Negative 24% Positive 73%
...to define a maximum betting limit?	Negative 4,77% Positive 71,79%	Negative 16,05 % Positive 82,13%	Negative 29,7% Positive 67,8%
...to limit the number of arcades or the number of gaming machines per inhabitant?	Negative 49,56% Positive 47%	Negative 41,06 % Positive 57,13%	Negative 60,1% Positive 33,3%
...to limit the visibility and advertising of games on Internet?	Negative 21,35% Positive 73,49%	Negative 33,91 % Positive 64,28 %	Negative 37,3% Positive 58,6%
...to allow the game ONLY in dedicated spaces?	Negative 26,49% Positive 70,93%	Negative 24,99 % Positive 69,64 %	Negative 29,3% Positive 66,3%
...to use the health card to play is useful?	Negative 51,27% Positive 44,43%	Negative 39,27 % Positive 60,7 %	Negative 50,6% Positive 45,3%
...to ban gambling to minors?	Negative 11,10% Positive 84,61%	Negative 8,92 % Positive 91,06 %	Negative 9,4% Positive 82,6%
...to establish minimum distances (250 to 500 meters) between gaming halls and meeting centers (schools, sports centers, places of worship, residential structures, etc.)?	Negative 43,5% Positive 53%	Negative 50,9 % Positive 48,21 %	Negative 59,3% Positive 38,4%
...to limit the opening hours of the gambling halls (slots and video lottery)?	Negative 48,2% Positive 47,86%	Negative 48,7 % Positive 49,99%	Negative 60% Positive 34,7%
...the ban on creating an account with virtual gaming sites?	Negative 39,27% Positive 57,14%	Negative 43,74 % Positive 53,07 %	Negative 32,2% Positive 55,8%
...the ban on serving alcohol in gambling halls?	Negative 36,74% Positive 58,11%	Negative 47,35 % Positive 45,6 %	Negative 48,1% Positive 50,6%
...to limit your bets based on the time frame of a “game” (for example: the maximum use of 20 cents is allowed in 5 seconds of euros and 2 euros of winnings; maximum hourly loss of 80 euros; maximum payout per hour of 500 euros)	Negative 41% Positive 50,42%	Negative 38,59 % Positive 54,38 %	Negative 58,4% Positive 29,3%
...to prohibit gambling for people clinically suffering from Pathological Gambling, placing them in protected lists?	Negative 17,93% Positive 76,91%	Negative 15,77 % Positive 78,94 %	Negative 19% Positive 78,1%
...to protect people who have submitted an application, on a voluntary basis (or by family members), to be prohibited from participating in gambling?	Negative 14,28% Positive 80,95 %	Negative 15,62 % Positive 84,37 %	Negative 10,8% Positive 88,2%
...to ban betting rolls transmitted during live events (ex. during a football match the wording appears on the site”bet now!” with the odds at that precise moment)?	Negative 41,87% Positive 53,84%	Negative 29,81 % Positive 66,66 %	Negative 41,3% Positive 54,6%
...to prevent “no deposit bonuses” or “free bets”?	Negative 51,27% Positive 44,43 %	Negative 50,87 % Positive 45,6 %	Negative 45,3% Positive 48%
...to create a national database with the gaming profiles of all citizens by imposing a maximum monthly limit of money used in gaming calculated on the basis of declared income?	Negative 38,46% Positive 44,42 %	Negative 47,35 % Positive 42,1 %	Negative 53,3% Positive 40%
...to ban the use of cash in all types of gambling?	Negative 52,98% Positive 35,88%	Negative 64,89 % Positive 28,06%	Negative 58,2% Positive 38,6%
...to prohibit the distribution of food in gambling establishments (slot rooms, bingo etc.)?	Negative 61,53% Positive 31,61 %	Negative 80,69 % Positive 17,53 %	Negative 76.2% Positive 16%

bars where there are slot machines and other types of games. Furthermore, in order to identify severe pathological gamblers, the evaluation concerned clinical reference centres where patients receive a specific treatment for

gambling disorder.

The socio-demographic and clinical data identified through the SOGS scale are in line with recent epidemiological studies concerning the Italian population in relation

**Table IV.** Opinions of professional workers (psychiatrists, psychologists, psychiatric rehabilitators) operating in the field of gambling disorder in relation to possible useful strategies for preventing the development of pathological gambling. “Based on your clinical experience, how useful do you think it is...” is provided for each question.

QUESTIONS	NEGATIVE	POSITIVE	NOT APPLICABLE
1) Based on your clinical experience, how useful do you think it is to remove slot machines from bars and public places for GD patients?	16,4%	81,97%	1,64%
2) ...forbidden to advertise gambling for GD patients?	24,6%	75,4%	0
3) ...to adequately inform GD patients about gambling risks?	3,28%	96,72%	0
4) ...to define a maximum limit in games for GD patients?	21,3%	75,4%	3,28%
5) ...to limit the number of arcades or the number of gaming machines per inhabitant for GD patients?	21,32%	78,69%	0
6) ...to limit the visibility and advertising of gaming on the internet for GD patients?	14,76%	85,25%	0
7) ...to allow play ONLY in dedicated spaces for GD patients?	40,98%	59,02%	0
8) ...the obligation to use the health card for GD patients?	32,78%	67,22%	0
9) ...to ban gambling from minors GD patients?	13,12%	85,24%	1,64%
10) ...to establish minimum distances (from 250 to 500 meters) between gaming rooms and aggregation centers (educational establishments, sports centers, places of worship, residential structures, etc.) for GD patients?	34,43%	65,58%	0
11) ...to limit the opening hours of the gaming rooms (slots and video lotteries) for GD patients?	18,04%	81,96%	0
12) ...to ban alcohol serving in gambling halls for GD patients?	21,3%	78,7%	0
13) ...to limit the bets based on the time interval of a “game” (for example: maximum use of 20 euro cents and 2 euros of winnings is allowed in 5 seconds; maximum hourly loss of 80 euros; maximum hourly payout of 500 euros) for GD patients?	18,04%	81,96%	0
14) ...to forbid gambling for people clinically affected by Pathological Gambling, placing them on protected lists?	29,51%	62,3%	8,2%
15) ...to ban betting rolls transmitted during live events (eg during a football match the word bet now! Appears on the website with the odds at that precise moment) for the GD patients?	21,32%	77,05%	1,64%
16) ...to prevent “no deposit bonuses” or “free bets” for GD patients?	22,96%	73,77%	3,28%
17) ...to create a national database with the gaming profiles of all citizens by imposing a maximum monthly limit of money used in gaming calculated on the basis of declared income?	24,6%	57,37%	18,03%
18) ...to ban the use of cash in all types of gambling for GD patients?	26,23%	67,21%	6,56%
19) ...to forbid the distribution of food in gambling establishments (eg slot rooms, bingo) for GD patients?	39,34%	57,37%	3,28%
20) Based on your clinical experience, throughout the closing of the betting / bingo halls during the lock down for the Covid-19 pandemic, the frequency of gambling of GD patients, on average, is:	Decreased: 36,07%	Increased: 21,31%	Unchanged: 42,62%

to the gambling phenomenon (National Institute of Health, National Gaming Survey 2018) <sup>18</sup>. However, we need to emphasize that our sample does not represent a clear picture of the gambling situation in the region, but was specifically determined with the aim of recruiting a larger number of PrGs and PGs, whose opinions were a main target of the study. In our sample, the higher prevalence among gamblers of male subjects, who were over 30, single, and had unstable work situations was consistent with previous international and Italian studies <sup>18</sup>.

The proposal that gained the most consent among all the typologies of gamblers concerned the possibility of creating dedicated registers listing those people who are pro-

hibited in gambling sites. This proposal is of great interest with respect to gambling areas in which it is possible to play without limitation. The creation of these registers could be determined by the gamblers themselves (self-exclusion registers), by the patients’ relatives, or even by the operators (psychiatrists, psychologists, psychiatric rehabilitation technicians, and so on) who treat affected patients. This type of model has been proposed in other countries with favourable and very promising long-term results, especially if guided and well-integrated with the territorial health network of addiction services, mental health centres (CSM) and the qualified Third Sector. The implementation of integrated early intervention and active

prevention tools should necessarily consider reporting by the player's family members.

It would also be very useful, as evidenced by the responses to the questionnaire of all types of interviewees, to clearly exclude individuals under 18 from accessing gambling venues. Minors are undoubtedly at risk due to a still partial neurodevelopment process. These aspects also apply to preventive strategies for substance use disorders and would find a parallel application area in gambling.

Another central area that emerges from the pilot study is that, regardless of the severity of the clinical situation, there is a need to increase prevention with more targeted psychoeducation strategies. This should be able to detail all the possible risks deriving from the game and also highlight all the cognitive biases reported by gamblers. These cognitive biases in fact represent false illusions in the imaginations of gamblers, which exacerbates the clinical picture by pushing gamblers to continue gambling while chasing cognitive tricks.

Regarding the opinions of specific strategies to be implemented to prevent and limit the development of pathological gambling, it is surprising to note how the strategies recently proposed in Italy received a low consensus among gamblers. However, knowing the neurobiological mechanism of craving, it is somehow understandable that the use of the metre distance may play a limited role. The gambler, particularly if pathological, is certainly not dissuaded from not having the ability to play at hand. The compulsive aspects of the pathological search for the source of pleasure go far beyond geographic limitations. The gambler is a subject who, without particular limitations, is ready to leave the neighbouring areas in order to satisfy his specific requests. This mechanism is typically observed in not just gambling, but also in the vast world of addictions when the addicted patient is ready to make enormous efforts to reach the place of sale to purchase the substance. The phenomenon of craving, in relation to both a substance and to gambling, is characterized by being compelling and not deferrable, despite any type of limitation. For this reason, it is not surprising that we found a higher prevalence of negative opinions about this preventive proposal among PGs with respect to PrGs and NPGs. PGs are well aware that such a typology of limitation can barely limit their craving for gambling. Recent data are consistent with our study and highlight how a portion of problem gamblers (on average 10%) often choose to go to rooms distant from their home, precisely to hide the discomfort that may arise. A recent Italian document<sup>19</sup> points out that most gamblers have no problem choosing a venue farther away: 69% of sports betting players, 65% of slots players and 61% of players would move to another point of sale. The practically absolute ban on gambling in urban areas could paradoxically favour those affected by gambling disease, thus determining the concentration of the venues in peripheral places, isolated from the gaze of others and the resulting stigma. Furthermore, relocating the gambling areas to outside major centres would end up creating a high con-

centration of gambling venues in marginal areas, further depressing peripheral areas that are already heavily penalized, with a probable negative influence on the social gamblers normally residing in the same areas.

The same considerations apply to the restrictions concerning gambling time. Although it may, in fact, seem reasonable to put limitations on the 24-hour availability of gambling, too-restrictive limitations could hardly be expected to lead to tangible results, as was also clearly reported by the interviewed gamblers. In agreement with our data, a recent study showed that the interruption of the game not accompanied by a specific intervention to be implemented during the break period, is not an effective tool for treating this behaviour<sup>14</sup>.

These considerations are in line with what has been reported with prohibitionist drug policies, which did not lead to a contraction of the supply or a reduction of substance use. Clinic treating addiction, in particular substances, have confirmed this for decades: those who have an addiction are not sensitive to limitations imposed from the outside, as evidenced by almost a hundred years of prohibitionist strategies, the *Volstead Act* in the US (1927) and the recent *war on drugs* in the Philippines (2020). These experiences that tended to be unsuccessful seem to have induced more than anything else the maintenance of damage induced by the illicit use of substances and facilitated a progressive impoverishment of public resources that could have been dedicated to the addiction sector to activate appropriate preventive, rehabilitative and treatment strategies. It seems clear that these efforts should be redirected towards the development of different models of care, where treatment and rehabilitation capable of increasing early knowledge of risk factors have paramount importance<sup>20,21</sup>.

Another element that emerges from the data is the answers provided by health professionals who work with problems related to gambling. The opinions are in line with what has been reported by gamblers, firmly confirming the greater relevance of some strategies, such as exclusion registers, than that of others.

## Conclusion

What emerged from this pilot study carried out in the Lazio region is that preventive strategies for a phenomenon of such severe gravity should be based on logic derived from profound clinical reflections of psychiatrists and health professionals who work directly in the field of pathological gambling and who know, in depth, the reality of gamblers. The search for simplistic solutions, able to reduce the gambling sector present in our country, can only partially and temporarily stem the problem. Instead, it would be desirable to favour controlled and legal gambling venues along with appropriate monitoring systems, such as the exclusion lists. This operation would help avoid the development of illegal and clandestine gambling and temper the development of online gambling, which is more



difficult to control and manage. It would then be desirable that the income guaranteed by the gambling sector could then really contribute to favouring psychoeducational intervention strategies, as also reported by the opinions of the gamblers interviewed.

Other possible measures concern the revision of the gambling parameters of devices to make it possible to trace and measure access to gambling in terms of time spent and money spent, allowing the possible early identification of at-risk individuals. The development of systems of this type could hopefully allow for the identification of those in need of a specific intervention. These interventions should be implemented by practitioners specifically trained in counselling tools and psychological support and able to direct those who are vulnerable to the network of territorial care services (CSM, Third Sector) and should include those who have repeatedly exceeded the limits in the exclusion register, as acknowledged by the gamblers interviewed in our study. The management of the exclusion register could provide for temporary or definitive exclusions, or even differentiations regarding the type of game, limiting exclusive access to those games with rapid turnover, which more typically afflict and characterize those who are suffering from gambling disorder.

In this scenario, it is therefore desirable to have a greater influence of those who dedicate themselves to the treatment of addictions every day, as well as greater consideration of the results of neuroscience research dealing with addiction<sup>22</sup>. This approach would make it possible to promptly and objectively assess the impact of the most diverse measures adopted, with the goal of establishing strategies aimed at effectively identifying vulnerable individuals at risk of addiction at an early stage.

### Acknowledgements

The Authors wish to thank Dr Rebecca Collevocchio and Dr Mariachiara Santovito for their work regarding organization, patient recruitment and distribution of questionnaires. The Authors also thanks the gaming rooms which were available for the dissemination of the survey.

### References

- 1 Yau YHC, Potenza MN. Gambling disorder and other behavioral addictions: Recognition and treatment. *Harv Rev Psychiatry* 2015;23:134-146.
- 2 Abbott MW. Gambling and gambling-related harm: recent World Health Organization initiatives. *Public Health* 2020;184:56-59.
- 3 Barbaranelli C, Vecchione M, Fida R, et al. Estimating the prevalence of adult problem gambling in Italy with SOGS and PGSI. *J Gambl Issues* 2013;28:1-24.
- 4 Pettorruso M, Zoratto F, Miuli A, et al. Exploring dopaminergic transmission in gambling addiction: a systematic translational review. *Neurosci Biobehav Rev* 2020;119:481-511.
- 5 Potenza MN, Balodis IM, Derevensky, et al. Gambling disorder. *Nat Rev Dis Primers* 2019;5:51.
- 6 Velasco V, Scattola P, Gavazzeni L, et al. Prevention and harm reduction interventions for adult gambling at the local level: an umbrella review of empirical evidence. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:9484.
- 7 Motka F, Grüne B, Slecicka P, et al. Who uses self-exclusion to regulate problem gambling? A systematic literature review. *J Behav Addict* 2018;7:903-916.
- 8 Beynon C, Pearce-Smith N, Clark R. Risk factors for gambling and problem gambling: a protocol for a rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Syst Rev* 2020;9:1-6.
- 9 Review of the Gambling Act 2005 Terms of Reference and Call for Evidence. GOV.UK. Department for Digital, Culture, Media & Sport. 8 December 2020. Retrieved 2020-12-12.
- 10 Unlawful Internet Gambling Enforcement Act. Examination Handbook Section 770. US Treasury Department.
- 11 Parliament Library: gambling policy and regulation. <https://www.aph.gov.au>
- 12 Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, in materia di "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"
- 13 Decreto Legge 12 luglio 2018, n. 87 recante "Disposizioni urgenti per la dignità dei lavoratori e delle imprese".
- 14 Blaszczynski A, Russell A, Gainsbury S, et al. Mental health and online, land-based and mixed gamblers. *J Gambl Stud* 2016;32:261-275.
- 15 Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of Pathological gamblers. *Am J Psychiatry* 1987;144:1184-1188.
- 16 Stinchfield R. Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addict Behav* 2002;27:1-19.
- 17 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders : DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association 1994.
- 18 National Institute of Health, National Gaming Survey - 2018.
- 19 Corte dei Conti. Rendiconto Generale dello Stato - 2018.
- 20 Bergamini A, Turrina C, Bettini F, et al. At-risk gambling in patients with severe mental illness: prevalence and associated features. *J Behav Addict* 2018;7:348-354.
- 21 Yücel M, Carter A, Allen AR, et al. Neuroscience in gambling policy and treatment: an interdisciplinary perspective. *Lancet Psychiatry* 2017;4:501-506.
- 22 Lutri V, Soldini E, Ronzitti S, et al. Impulsivity and gambling type among treatment-seeking disordered gamblers: an explorative study. *J Gambl Stud* 2018;34:1341-1354.

## **Strategie preventive nel disturbo da gioco d'azzardo: un'indagine sull'opinione dei giocatori della Regione Lazio**

Martinotti G., Pettorruso M, Di Carlo F, Tambelli A, Tucci R, Susini O, Luciani D., Faiola F., ....Di Giannantonio M.

### **Abstract**

#### Background

La prevalenza del disturbo da gioco d'azzardo è un fenomeno crescente in tutto il mondo e in Italia è di circa l'1,01%. Ad oggi, molti governi internazionali hanno adottato misure di restrizione per contenere e prevenire le conseguenze sociali, problematiche e psicopatologiche, ma sono necessarie ulteriori valutazioni.

#### **Obiettivi**

Data la scarsa efficacia delle politiche di restrizione del gioco d'azzardo, lo scopo di questo studio osservazionale e trasversale è quello di chiedere sia ai giocatori d'azzardo (patologici e non patologici) che ai professionisti della salute mentale che tipo di strategie di prevenzione dovrebbero considerare utili per prevenire lo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo.

#### **Metodi**

Un questionario specifico è stato formulato da esperti SIP e diffuso tra le persone che hanno giocato almeno 5 volte nell'ultimo anno in scommesse sportive, poker, giochi online, slot. Il questionario è stato somministrato sia in modalità online che fisica e contiene quattro sezioni: a) dati socio-demografici; b) questionario South Oaks Gambling Screen (SOGS) e domande sulle abitudini e preferenze di gioco c) domande sull'opinione dei giocatori in merito ad alcuni dei più comuni interventi di riduzione del gioco. I dati dei clinici che si occupano di salute mentale sono stati raccolti attraverso un questionario specifico diffuso tramite sondaggio online. Il questionario è stato diviso in due sezioni: a) opinioni dei clinici sulle politiche di restrizione e b) conseguenze della pandemia Covid-19 sulle abitudini di gioco dei loro pazienti.

#### **Risultato**

Un totale di 250 persone ha soddisfatto il criterio di inclusione ed è stato incluso nello studio. Il campione valutato comprendeva 75 giocatori d'azzardo patologici (PG), 58 giocatori problematici (PrG) e 117 giocatori non patologici (NPG) secondo lo strumento di valutazione SOGS. Le opinioni dei soggetti sono state differenziate in base alle risposte date dai giocatori razionali/non problematici, dai giocatori problematici e dai giocatori patologici. Le differenze tra i tre gruppi rispetto alle diverse opinioni non erano significative, a parte la proposta riguardante la possibilità di inserire limiti di scommessa basati sull'intervallo di tempo di una "partita" (parere negativo: PG: 61,1%; PrG: 38,5%; NPG: 41,1) e per la proposta della limitazione degli orari di apertura delle sale da gioco (parere negativo: PG: 64,2%; PrG: 48,7%; NPG: 48,2), e la fissazione di distanze minime tra sale da gioco e centri d'incontro (parere negativo: PG: 62,2%; PrG: 50,05%; NPG:43,2). Le opinioni degli operatori professionali (psichiatri, psicologi, riabilitatori psichiatrici) confermano la pertinenza dei registri di esclusione.

## **Discussioni**

La proposta più accreditata è la creazione di registri di esclusione determinati dagli stessi giocatori (registri di autoesclusione), dai familiari dei pazienti o anche dagli operatori della salute mentale. Altre possibili misure riguardano la revisione dei parametri di gioco degli apparecchi per indirizzare i soggetti a rischio alla rete dei servizi territoriali di assistenza. L'applicazione dei risultati della ricerca delle neuroscienze che si occupano di dipendenza è necessaria per valutare l'impatto delle più diverse misure adottate, con l'obiettivo di stabilire strategie efficacemente mirate a identificare precocemente i soggetti vulnerabili a rischio di dipendenza.

Parole chiave: disturbo da gioco d'azzardo, prevenzione, trattamento

## **Introduzione**

Il termine "dipendenza" ha origine dal latino "addicere" che significa "legato a" e inizialmente veniva utilizzato solo per descrivere l'uso di alcol e sostanze (Yau & Potenza, 2015) ma la terminologia ha evoluto il suo significato soprattutto negli ultimi secoli (Potenza, 2006), per la necessità di descrivere dipendenze non associate alla tossicodipendenza.

Il gioco d'azzardo patologico, infatti, è l'unica dipendenza comportamentale inclusa nella quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) riconosciuto dall'American Psychiatric Association, nello specifico nella categoria "Substance-Related and Addictive Disorders" (Yau & Potenza, 2015). Diversi studi si stanno concentrando anche sullo studio di altre forme di dipendenza comportamentale che possono sviluppare rischi per la salute (Shibata et al., 2021). La caratteristica del gioco d'azzardo è un comportamento disadattivo legato al gioco, persistente e ricorrente, che modifica la vita personale (Abbott, 2020; Barbaranelli et al., 2013) e/o professionale del paziente (Pettorruso et al., 2020). La gravità del disturbo può essere lieve, moderata o grave in base al numero di criteri di selezione.

Molti lavori hanno studiato la prevalenza del gioco d'azzardo problematico degli adulti negli ultimi anni. La disponibilità e la partecipazione estese al gioco d'azzardo sono state collegate ad aumenti significativi della prevalenza del disturbo da gioco d'azzardo, delle co-morbidity associate e di altri problemi legati al gioco. In tutto il mondo l'attuale disturbo da gioco d'azzardo varia dallo 0,2% al 5,3% nella popolazione adulta e questo numero cresce due o tre volte considerando le persone che sperimentano un gioco d'azzardo problematico subclinico meno grave (Abbott, 2020). I paesi con le stime di prevalenza più alte sono stati identificati negli Stati Uniti (da 0,4% a 0,6%), Regno Unito (0,6-0,9%), Germania (0,2-0,6%), Australia (0,5-2,0%) e Hong Kong (1,8%) (Potenza et al., 2019). In Canada la popolazione identificata come giocatori problematici nel 2018 ammonta allo 0,6%, con un ulteriore 2,7% di giocatori a rischio (Williams et al., 2021).

In Italia la prevalenza del gioco d'azzardo problematico negli adulti è di circa l'1,01%. Due diversi punteggi, il South Oaks Gambling Screen (SOGS), e il Problem Gambling Severity Index (PGSI), sono stati utilizzati per valutare la prevalenza italiana. Le 2 scale sono molto affidabili per identificare le persone con questa dipendenza comportamentale. Le persone identificate da entrambe le categorie di rischio (SOGS, PGSI) hanno determinato questa specifica stima di prevalenza italiana. Le lotterie, le lotterie istantanee e le lotterie tradizionali sono i giochi più giocati, altrimenti la percentuale di persone coinvolte almeno una volta online è molto più ristretta. Secondo una stima approssimativa il denaro utilizzato per il gioco d'azzardo va da 0,5

a 2.300 euro durante l'intero anno esaminato. I giocatori di solito iniziano a giocare quando hanno 27 anni, ma c'è una piccola percentuale dell'8% che inizia a giocare sotto i 18 anni e il 48% inizia a giocare tra i 18 e i 25 anni. Per quanto riguarda l'anamnesi familiare sappiamo che un quarto dei partecipanti ha una madre o un padre che giocava regolarmente, e circa il 6% con un giocatore eccessivo come genitore. I partecipanti che hanno altri membri della famiglia che hanno giocato regolarmente rappresentano il 48% (Barbaranelli et al., 2013).

Negli ultimi anni il gioco d'azzardo è stato sempre più considerato un problema di salute pubblica e i governi hanno cercato di regolamentarlo con misure volte a promuovere il gioco responsabile e a fornire assistenza ai giocatori problematici. Come dimostrato da recenti revisioni, le strategie dei governi e dell'industria del gioco d'azzardo hanno generalmente fallito nel ridurre i danni da gioco. Anche se un certo numero di misure sembrano avere una certa efficacia, non sono supportate da sufficienti dati di prova e gli interventi più comunemente attuati sono spesso i meno efficaci (Abbott, 2020).

Inoltre, la maggior parte delle strategie di intervento sono state proposte dopo valutazioni cliniche da parte di esperti, o sono state determinate da esigenze politiche, senza prendere in debita considerazione l'opinione dei pazienti stessi e dei professionisti che hanno un contatto diretto con i giocatori patologici.

Le strategie di prevenzione giocano un ruolo cruciale nel ridurre i danni legati al gioco d'azzardo sia per la popolazione generale che per i giocatori a rischio o problematici. Secondo la recente letteratura, gli interventi di riduzione della domanda, che si concentrano principalmente sulla consapevolezza del rischio, sono risultati avere effetti limitati. Al contrario, una delle strategie più efficaci sembrano essere le restrizioni al fumo e all'alcol all'interno delle sale da gioco (Velasco et al., 2021).

Ad oggi, il Parlamento Europeo non ha stabilito regolamenti specifici per intervenire sui problemi del gioco d'azzardo. Tra il 2013 e il 2014 sono stati legittimati interventi tra gli stati membri per proteggere i consumatori, regolare il gioco online e ridurre il fenomeno del gioco tra i minori. In Germania, le liste di autoesclusione sono diffuse sul territorio e gestite dal "German State Treaty on Gambling". In Spagna, un registro dedicato contiene sia coloro che si autoescludono volontariamente, sia i minori e le persone dichiarate legalmente incapaci. In entrambi i paesi, le liste di autoesclusione si è rivelata una strategia di prevenzione molto efficace (Motka et al., 2018).

Nel Regno Unito, la "Gambling Commission" è un ente pubblico esecutivo non dipartimentale del governo ed è responsabile della regolamentazione del gioco d'azzardo e della supervisione della legge sul gioco. La Gambling Commission controlla anche la percentuale di giocatori patologici e non patologici. Il progetto "BeGambleAware" fornisce consigli per un gioco responsabile, app per smartphone per supervisionare il bilancio personale, interfaccia per i social media che nasconde la pubblicità del gioco, app Gambling Therapy che fornisce supporto alla terapia cognitivo-comportamentale (CBT). Inoltre, altri servizi gratuiti come il "National Helpline", "London Problem Gambling Clinic" e "Gam Care" sono disponibili per sostenere le persone con problemi legati al gioco (Beynon et al., 2020) BeGambleAware. What is self exclusion?, 2019; "Gambling Act 2005", legislation.gov.uk, The National Archives, 2005 c. 19). Poiché il gioco d'azzardo è legale secondo la legge federale degli Stati Uniti, ogni stato è libero di regolamentare o proibire la pratica all'interno dei suoi confini. Il gioco online è stato regolato più severamente: L'Unlawful Internet Gambling Enforcement Act del 2006 (UIGEA) vieta le

transazioni finanziarie che coinvolgono i fornitori di servizi di gioco online ("Unlawful Internet Gambling Enforcement Act", Examination Handbook Section 770. Dipartimento del Tesoro degli Stati Uniti). In Australia, dall'introduzione di nuovi servizi di gioco d'azzardo, compreso il gioco d'azzardo online, il Commonwealth ha assunto un ruolo più attivo e l'industria australiana del gioco d'azzardo è regolata anche dalle autorità statali e territoriali ("Parliament Library: Gambling Policy and Regulation", <https://www.aph.gov.au>).

In Italia, a partire dal 2012, molte strategie sono state attuate attraverso il "Decreto Balduzzi (Legge 189/2012)", come ad esempio: l'inclusione del Disturbo da Gioco d'Azzardo nei livelli essenziali di assistenza medica ("LEA"), l'istituzione di un Osservatorio Nazionale sul Gioco d'Azzardo, il divieto di ingresso ai minori nelle aree di gioco. Il "Distanziometro" è una misura restrittiva per delocalizzare le aree di gioco a 300 o 500 metri di distanza da aree sensibili come luoghi di ritrovo (per esempio: scuole, palestre, chiese, ecc.). Altre restrizioni sono state introdotte attraverso il "Decreto Dignità (Legge 96/2018)" come la tessera sanitaria obbligatoria e specifici orari di apertura per accedere alle aree di gioco, il divieto assoluto di pubblicità del gioco d'azzardo, la rimozione delle apparecchiature non a norma.

Tuttavia, ci sono dubbi sull'efficacia di queste restrizioni. L'approccio proibizionista che molti stati hanno adottato non sembra ridurre il fenomeno del gioco d'azzardo. I giocatori d'azzardo patologici sono meno sensibili alle limitazioni esterne imposte, considerando la disregolazione psicobiologica e la maggior parte dei giocatori può facilmente decidere di scegliere un'altra area di gioco più lontana. Inoltre, il divieto di gioco d'azzardo nelle aree urbane potrebbe paradossalmente favorire il gioco d'azzardo patologico (stigma), e il gioco online potrebbe essere addirittura incrementato (Blaszczynski et al., 2016; Doxa, 2019).

Lo scopo primario del nostro studio è quello di chiedere direttamente ai giocatori d'azzardo patologici e non patologici, suddivisi in diversi livelli di gravità del gioco d'azzardo, quali misure preventive ritengono utili per ridurre il loro comportamento di gioco. Lo scopo secondario è quello di sondare gli operatori professionali (psichiatri, psicologi, riabilitatori psichiatrici) che operano nell'area del gioco d'azzardo quali sono, secondo la loro esperienza, le possibili strategie efficaci in grado di prevenire lo sviluppo del disturbo da gioco d'azzardo.

## **Materiali e metodi**

### Disegno

Si tratta di uno studio osservazionale e trasversale.

### Procedure

Per l'esito primario dello studio è stato sviluppato un questionario specifico composto da 79 domande da un comitato di esperti della Società Italiana di Psichiatria (SIP). Il questionario era autosomministrato e il tempo medio di completamento era di 25 minuti. L'unico criterio di inclusione nello studio era quello di aver giocato d'azzardo (scommesse sportive, poker, giochi online, slot) almeno 5 volte nell'ultimo anno. Questo è stato deciso per includere nel campione solo le persone che giocano attivamente. Per avere maggiori possibilità di raccogliere un campione ampio, il questionario è stato diffuso sia attraverso un sondaggio online che

recandosi fisicamente nelle sale da gioco, nelle sale bingo, nei casinò e nei tabaccai con slot machine. Sono state coinvolte nel progetto otto sale da gioco che avevano precedentemente espresso la loro disponibilità a partecipare. Tutte situate a Roma e dintorni. Nello specifico, le sale da gioco coinvolte sono state: Admiral Club in viale Serenissima, via Sarsina, via G. Volpato, via Anastasio II, via Ostiense, via Prenestina, via Giuseppe Garibaldi a Civitavecchia e via Giacomo Matteotti ad Anzio. Un'ulteriore parte del campione è stata selezionata in centri clinici per il disturbo da gioco d'azzardo della regione Lazio (ASL-Roma 1, SRP Villa Maria Pia). La partecipazione allo studio è stata anonima e nella maggior parte dei casi gratuita. Solo gli individui intervistati nelle sale scommesse e nei centri clinici hanno ricevuto un buono spesa di € 5,29 per la loro partecipazione

Per l'esito secondario dello studio, è stato sviluppato un questionario specifico rivolto ai clinici che si occupano di GD, sia psichiatri, medici e altri operatori professionali (psicologi, riabilitatori psichiatrici) che lavorano nei servizi per le dipendenze (SERD). Il questionario è stato diffuso attraverso un sondaggio online diffuso nella regione Lazio. La partecipazione era anonima e senza compenso.

### **Misure**

Il questionario rivolto ai giocatori d'azzardo era diviso in quattro sezioni. La prima sezione comprendeva dati socio-demografici (sesso, età, istruzione, stato civile, diagnosi psichiatriche, uso di farmaci psicotropi, uso di sostanze). La seconda sezione comprendeva il questionario South Oaks Gambling Screen (SOGS) e una serie di domande sulle abitudini e preferenze di gioco. La terza sezione (vedi tabella 1 per i dettagli) comprendeva molte domande per indagare l'opinione dei giocatori su alcuni dei più comuni interventi di riduzione del gioco d'azzardo forniti dai diversi governi europei. Infine, l'ultima sezione indagava le conseguenze della pandemia di Covid-19 sulle abitudini di gioco.

Il questionario rivolto ai medici era diviso in due sezioni. La prima indagava le opinioni dei medici su quali regolamenti adottati in Europa per contrastare il fenomeno della GD hanno avuto la maggiore influenza sulle abitudini di gioco dei loro pazienti. L'ultima sezione indagava le conseguenze della pandemia di Covid-19 sulle abitudini di gioco dei loro pazienti.

La tabella 1 rappresenta le domande sulle strategie preventive del questionario somministrato

Quanto consideri utile il divieto di creare un account con i siti di gioco virtuale?
Quanto è utile, secondo me, proteggere le persone che hanno presentato una domanda, su base volontaria (o da parte dei membri della famiglia) di essere interdette dalla partecipazione al gioco d'azzardo?
Quanto pensi che sia utile rimuovere le slot machine dai bar e dai luoghi pubblici?
Quanto pensi che sia utile vietare la pubblicità del gioco d'azzardo?
Quanto pensi che sia utile informare adeguatamente gli utenti sui rischi legati al gioco d'azzardo?

Quanto pensi sia utile definire un limite massimo di scommesse?
Quanto pensi che sia utile limitare il numero di sale giochi o il numero di macchine da gioco per abitante?
Quanto pensi sia utile limitare la visibilità e la pubblicità dei giochi su Internet?
Quanto pensate sia utile permettere il gioco SOLO negli spazi dedicati?
Quanto pensi sia utile l'obbligo di usare la tessera sanitaria per giocare?
Quanto pensi che sia utile vietare il gioco d'azzardo ai minori?
Quanto pensi sia utile stabilire delle distanze minime (da 250 a 500 metri) tra le sale da gioco e i centri di centri d'incontro (scuole, centri sportivi, luoghi di culto, strutture residenziali, ecc.)
Quanto pensi sia utile limitare gli orari di apertura delle sale da gioco (slot e video lottery)?
Quanto pensi sia utile il divieto di servire alcolici nelle sale da gioco?
Quanto pensi che sia utile limitare le tue scommesse in base al lasso di tempo di un "gioco" (per esempio: il massimo utilizzo di 20 centesimi è consentito in 5 secondi di euro e 2 euro di vincita; perdita massima oraria di 80 euro; vincita massima oraria di 500 euro)
Quanto pensi che sia utile proibire il gioco d'azzardo alle persone che soffrono clinicamente di Gioco d'Azzardo Patologico, inserendole in liste protette?
Quanto è utile, secondo voi, vietare i rulli di scommesse trasmessi durante eventi vivi (es. durante una partita di calcio la scritta appare sul sito "scommetti ora!" con le quote in quel preciso momento)?
Quanto pensi che sia utile prevenire i "bonus senza deposito" o le "scommesse gratuite"?
Quanto pensate sia utile creare una banca dati nazionale con i profili di gioco di tutti i cittadini imponendo un limite massimo mensile di denaro utilizzato nel gioco calcolato sulla base del reddito dichiarato?
Quanto pensi sia utile vietare l'uso dei contanti in tutti i tipi di gioco d'azzardo?
Quanto è utile proibire la distribuzione di cibo negli stabilimenti di gioco d'azzardo (sale slot, bingo ecc.)?

La tabella 2 presenta le principali variabili socio-demografiche del campione

	<b>Genere</b>	<b>Età (media)</b>	<b>Titolo di studio</b>	<b>Occupazione</b>	<b>Stato civile</b>	<b>Diagnosi psichiatrica</b>
<b>SOGS 1, 2</b>	M= 76,03%	32,68 anni	scuola media 9,92%	studenti 42,98%	sposato 22,31%	Si 4,96%
	F= 23,97%		diploma di scuola superiore 62,81%	disoccupati 13,22%	fidanzati 34,71%	No 95,4%
			master 27,27%	impiegati 38,84%	single 42,98%	
				pensionati 4,96%		
<b>SOGS 3,4</b>	<b>Genere</b>		<b>Titolo di studio</b>	<b>Occupazione</b>	<b>Stato civile</b>	<b>Diagnosi psichiatrica</b>
	M= 85,96%	31,61 anni	diploma di scuola primaria 1,75%	studenti 38,59%	sposato 15,78%	Si 3,5%
	F= 14,03%		scuola media 15,78%	disoccupati 12,28%	convivente 12,28%	No 96,5%
			diploma di scuola superiore 61,40%	dipendenti 38,59%	fidanzato 33,33%	
			laurea triennale 10,52%	lavoratori autonomi 7,01%	celibe/nubile 38,59%	
			Master 10,52%	imprenditori 1,75%		
				Pensionati 1,75%		
<b>SOGS =5</b>	<b>Genere</b>		<b>Titolo di studio</b>	<b>Occupazione</b>	<b>Stato civile</b>	<b>Diagnosi psichiatrica</b>
	M 86,08 %	41 anni	diploma di scuola primaria 1,26%	studenti 26,92%	sposato 21,79%	Si 8,86%
	F 13,92%		scuola media 20,25%	disoccupati 8,97%	convivente 12,82%	No 91,14%
			diploma di scuola	dipendenti 43,59%	fidanzato 28,20%	



			superiore 58,22%			
			laurea triennale 10,13%	lavoratori autonomi 15,38%	single 37,18%	
			Master 8,86%	pensionati 3,85%		

Il SOGS è uno strumento di screening ampiamente utilizzato per valutare il gioco d'azzardo patologico. È stato sviluppato sulla base dei criteri del DSM-III per il gioco d'azzardo patologico nelle popolazioni cliniche (H R Lesieur, 1987). È ampiamente utilizzato in studi epidemiologici e clinici (Abbott, 2020). Indaga diversi aspetti del gioco d'azzardo, come la frequenza delle attività di gioco, il budget giornaliero, la difficoltà di controllare i comportamenti di gioco, la consapevolezza del proprio problema di gioco. L'accuratezza del SOGS nella popolazione generale è stata verificata da Stinchfield (Stinchfield, 2002) sulla base dei criteri DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), proclamando un alto tasso di successo (0,96), con alta sensibilità (0,99), modesta specificità (0,75), basso tasso di falsi positivi (0,04), e basso tasso di falsi negativi (0,11). Il punteggio totale del SOGS varia da 0 a 20. Sulla base dei punteggi SOGS il campione è stato diviso in tre sottocampioni: quelli con punteggi SOGS di 1 e 2 sono stati classificati come "giocatori non problematici", quelli con punteggi di 3 e 4 sono stati classificati come "giocatori problematici" e quelli con punteggi uguali o superiori a 5 sono stati identificati come "giocatori patologici".

## Risultati:

Un totale di 250 persone ha soddisfatto il criterio di inclusione ed è stato incluso nello studio. Altri 1.781 sono stati intervistati ma non hanno soddisfatto il criterio di inclusione e sono stati quindi esclusi dall'analisi. Infine, il campione valutato comprendeva 75 giocatori patologici (PG), 58 giocatori problematici (PrG) e 117 giocatori non patologici (NPG), secondo lo strumento di valutazione SOGS.

Le caratteristiche socio-demografiche del campione sono riportate nella tabella 2, che mostra una forte prevalenza di maschi (M/F: 4/1). Nel sottocampione dei giocatori d'azzardo patologici vi è, oltre alla maggiore prevalenza dei maschi, un'età media di 41 anni, la condizione familiare di "single", la presenza di una comorbidità psichiatrica nell'8,86% del campione. Nel sottocampione dei giocatori d'azzardo patologici, abbiamo evidenziato una preferenza per giochi come slot e poker machine.

La tabella 3 mostra le opinioni dei soggetti in relazione alle possibili strategie utili a prevenire lo sviluppo del gioco d'azzardo patologico. Le opinioni sono differenziate in base alle risposte date dai giocatori non patologici, dai giocatori problematici e dai giocatori patologici. Le strategie considerate più efficaci, con differenze minime tra i gruppi, sono state: 1) l'eventuale restrizione dell'ingresso nelle sale o negli spazi dedicati ai soggetti che hanno presentato una richiesta, su base volontaria (o da parte dei familiari), rispetto alla partecipazione al gioco

(l'88,2% dei PG ha avuto un parere positivo su questa proposta); 2) la restrizione dell'ingresso nelle sale o negli spazi dedicati ai pazienti con diagnosi di disturbo da gioco patologico (il 78,1% dei PG ha espresso un parere positivo su questa proposta); 3) l'aumento degli aspetti preventivi utili a fornire indicazioni chiare sui danni derivanti dal gioco d'azzardo patologico (73% dei PG ha espresso un parere positivo su questa proposta); 4) la possibilità di inserire un limite massimo alle somme giocate (67,8% dei PG ha espresso un parere positivo su questa proposta). A queste opinioni si aggiunge l'indicazione forte e univoca dell'obbligo di non accedere alle sale o ai luoghi di gioco per i soggetti minori di 18 anni.

Tra le strategie considerate meno efficaci segnaliamo: 1) la limitazione della distribuzione di cibo nelle aree di gioco (il 76,2% dei PG aveva un parere negativo su questa proposta); 2) la limitazione del numero globale di sale da gioco (il 60,1% dei PG aveva un parere negativo su questa proposta); 3) la limitazione degli orari di apertura delle sale da gioco (il 60% dei PG aveva un parere negativo su questa proposta); 4) stabilire distanze minime tra sale da gioco e centri di aggregazione (il 59,3% dei PG aveva un'opinione negativa su questa proposta); 5) inserire limiti alle scommesse basati sull'intervallo di tempo di una "partita" (58,4% dei PG aveva un'opinione negativa su questa proposta); 5) la limitazione dell'uso del contante (58,2% dei PG aveva un'opinione negativa su questa proposta).

Le differenze tra i gruppi (giocatori patologici, giocatori problematici, giocatori non problematici) rispetto alle diverse opinioni non sono risultate significative, a parte la proposta relativa alla possibilità di inserire limiti di puntata basati sull'intervallo di tempo di una "partita" (parere negativo: PG: 61,1%; PrG: 38,5%; NPG: 41,1) e per la proposta della limitazione degli orari di apertura delle sale da gioco (parere negativo: PG: 60%; PrG: 48,7%; NPG: 48,2), e la fissazione di distanze minime tra sale da gioco e centri d'incontro (parere negativo: PG: 59,3%; PrG: 50,9%; NPG:43,2).

La tabella 4 mostra le opinioni degli operatori professionali (psichiatri, psicologi, riabilitatori psichiatrici) che operano nell'ambito del gioco d'azzardo in relazione alle possibili strategie utili a prevenire lo sviluppo del gioco d'azzardo patologico.

## **Discussione:**

In questo studio pilota, condotto nella regione Lazio, è stata valutata l'opinione dei soggetti che presentavano un livello di gioco d'azzardo patologico (PG) rispetto ad altri che presentavano un tipo di gioco problematico (PrG) o non patologico (NPG), in linea con i criteri della scala SOGS. Questo studio è il primo contributo scientifico che ha valutato sistematicamente l'opinione di un ampio numero di giocatori d'azzardo, selezionati attraverso la diffusione online di uno specifico questionario e intercettando concretamente livelli significativi di giocatori in contesti specifici, quali le sale da gioco nel territorio della regione Lazio, e nei bar dove sono presenti slot machine e altri tipi di giochi. Inoltre, al fine di individuare i giocatori d'azzardo patologici gravi, la valutazione ha riguardato specifici centri clinici di riferimento dove i pazienti ricevono un trattamento specifico per il disturbo da gioco d'azzardo.

I dati socio-demografici e clinici, identificati attraverso la scala SOGS, sono in linea con recenti studi epidemiologici riguardanti la popolazione italiana e la regione Lazio in relazione al

fenomeno del gioco d'azzardo. Una maggiore prevalenza tra i giocatori d'azzardo di soggetti di sesso maschile, con più di 30 anni, single e con situazioni lavorative instabili è coerente con precedenti studi internazionali e italiani.

La proposta che ha ottenuto il maggior consenso tra tutte le tipologie di giocatori d'azzardo è stata quella relativa alla possibilità di incentivare la creazione di un apposito registro in cui vengano segnalati i soggetti interdetti. Questa proposta è di grande interesse per quanto riguarda le aree di gioco in cui è possibile giocare senza limitazioni. La creazione di questi registri potrebbe essere determinata dagli stessi giocatori d'azzardo (registri di autoesclusione), dai parenti dei pazienti, o anche dagli operatori (psichiatri, psicologi, tecnici della riabilitazione psichiatrica, ecc. Questo tipo di modello è stato proposto in altri paesi, con risultati favorevoli e molto promettenti a lungo termine soprattutto se guidato e ben integrato con la rete sanitaria territoriale dei servizi per le dipendenze (Serd), i Centri di Salute Mentale (CSM) e il Terzo Settore qualificato. L'implementazione di strumenti integrati di intervento precoce e di prevenzione attiva deve necessariamente prevedere la possibilità di considerare la segnalazione da parte dei familiari del giocatore.

Sarebbe anche molto utile, come evidenziato dalle risposte al questionario da parte di tutti i tipi di intervistati, escludere chiaramente gli individui sotto i 18 anni dall'accesso ai luoghi di gioco. Il gruppo dei minori è senza dubbio a rischio, a causa di un processo di neurosviluppo ancora parziale. Questi aspetti si applicano anche alle strategie preventive per i disturbi da uso di sostanze e troverebbero un'area di applicazione parallela nel gioco d'azzardo.

Un'altra area centrale che emerge dallo studio pilota, indipendentemente dalla gravità della situazione clinica, è la necessità di aumentare la prevenzione con strategie di psicoeducazione più mirate. Queste ultime dovrebbero essere in grado di dettagliare tutti i possibili rischi derivanti dal gioco, e anche di evidenziare tutti i bias cognitivi riportati dai giocatori. Questi bias cognitivi rappresentano infatti false illusioni nell'immaginario dei giocatori, che contribuiscono ad aggravare il quadro clinico spingendo i giocatori a continuare a giocare inseguendo trucchi cognitivi.

Per quanto riguarda le opinioni relative alle possibili strategie specifiche da attuare per prevenire e limitare lo sviluppo del gioco d'azzardo patologico, si nota sorprendentemente come le strategie recentemente proposte in Italia raccolgano un consenso molto basso tra i giocatori. Tuttavia, conoscendo il meccanismo neurobiologico del craving è in qualche modo comprensibile che l'uso del distanziometro possa avere un ruolo limitato. Il giocatore d'azzardo, ancor più se patologico, non è certo dissuaso dal non avere la possibilità di giocare a portata di mano. Gli aspetti compulsivi della ricerca patologica della fonte del piacere vanno ben oltre la limitazione geografica. Il giocatore d'azzardo è un soggetto che, senza particolari limitazioni, è pronto a lasciare le zone limitrofe pur di soddisfare le sue specifiche richieste. Questo meccanismo si osserva tipicamente non solo nel gioco d'azzardo, ma anche nel vasto mondo delle dipendenze, in cui il paziente dipendente è pronto a compiere sforzi enormi per raggiungere il luogo di vendita necessario all'acquisto della sostanza. Il fenomeno del craving, sia in relazione ad una sostanza che al gioco d'azzardo, si caratterizza per essere irresistibile e non rinviabile, nonostante qualsiasi tipo di limitazione. In ragione di ciò non sorprende che abbiamo trovato una maggiore prevalenza di opinioni negative su questa proposta preventiva da parte dei PG rispetto a PrG e NPG. I PG sono ben consapevoli che tale tipologia di limitazione può a malapena limitare la loro voglia di giocare. Dati recenti sono coerenti con il nostro studio ed evidenziano come una parte dei giocatori problematici (in media il 10%) scelga spesso di

recarsi in locali lontani dalla propria abitazione, proprio per nascondere il disagio che ne può derivare. La Doxa sottolinea (Corte dei Conti) che la maggior parte dei giocatori d'azzardo non ha problemi a scegliere un locale più lontano: il 69% dei giocatori di scommesse sportive, il 65% dei giocatori di Slot e il 61% dei giocatori si sposterebbe in un altro punto vendita. Il divieto praticamente assoluto del gioco d'azzardo nelle aree urbane potrebbe paradossalmente favorire la persona affetta da GD, determinando così la concentrazione dei locali in luoghi periferici, isolati dallo sguardo degli altri e dallo stigma che ne deriva. Inoltre, la delocalizzazione delle aree di gioco fuori dai grandi centri finirebbe per creare un'alta concentrazione di locali di gioco in aree marginali, deprimendo ulteriormente le aree periferiche già fortemente penalizzate, con una probabile influenza negativa sui giocatori sociali normalmente residenti nelle stesse aree.

Le stesse considerazioni valgono per le restrizioni riguardanti il tempo di gioco. Sebbene infatti possa sembrare ragionevole porre dei limiti alla disponibilità di 24 ore al gioco, limitazioni troppo restrittive difficilmente potrebbero portare a risultati tangibili, come chiaramente riportato anche dai giocatori intervistati. In accordo con i nostri dati, un recente studio ha dimostrato che l'interruzione del gioco, non accompagnata da un intervento specifico da attuare durante il periodo di pausa, non rappresenta uno strumento efficace nel trattamento di questo comportamento (Blaszczynski et al., 2016).

Queste considerazioni sono in linea con quanto riportato con le politiche proibizioniste sulle droghe, che non hanno portato a una contrazione dell'offerta o a una riduzione dell'uso di sostanze. La clinica delle dipendenze, in particolare delle sostanze, lo conferma da decenni: chi ha una dipendenza non è sensibile alle limitazioni imposte dall'esterno, come dimostrano quasi cento anni di strategie proibizioniste, dal Volstead Act negli Stati Uniti (1927) alla recente War on Drugs nelle Filippine (2020). Queste esperienze, tendenzialmente fallimentari, sembrano aver indotto più che altro il mantenimento dei danni indotti dall'uso illecito di sostanze e facilitato un progressivo impoverimento delle risorse pubbliche che avrebbero potuto essere dedicate al settore delle dipendenze, per attivare adeguate strategie preventive, riabilitative e di trattamento. Sembra evidente che questi sforzi debbano essere reindirizzati verso lo sviluppo di diversi modelli di cura, dove il trattamento e la riabilitazione in grado di aumentare la conoscenza precoce dei fattori di rischio hanno un'importanza fondamentale (Lutri et al., 2018; Bergamini et al., 2018).

Un altro elemento che emerge dai dati è quello relativo alle risposte fornite dagli operatori sanitari che lavorano con i problemi legati al gioco d'azzardo. Le opinioni sono in linea con quanto riportato dai giocatori d'azzardo, confermando fermamente la rilevanza di alcune strategie, come i registri di esclusione, rispetto ad altre.

In conclusione, ciò che emerge da questo studio pilota condotto nella regione Lazio è che le strategie preventive per un fenomeno di così grave gravità dovrebbero basarsi su logiche derivanti da profonde riflessioni cliniche, condotte da psichiatri e professionisti sanitari che lavorano direttamente nel campo del gioco d'azzardo patologico e che conoscono a fondo la realtà dei giocatori. La ricerca di soluzioni semplicistiche, in grado di ridurre il settore del gioco d'azzardo presente nel nostro paese, può arginare solo temporaneamente e parzialmente il problema. Sarebbe invece auspicabile favorire luoghi di gioco controllati e legali, inserendo anche adeguati sistemi di monitoraggio come quelli evidenziati come le liste di esclusione.

Questa operazione contribuirebbe ad evitare lo sviluppo del gioco illegale e clandestino, e a temperare lo sviluppo del gioco online, più difficile da controllare e gestire. Sarebbe poi auspicabile che gli introiti garantiti dal settore del gioco d'azzardo potessero poi realmente contribuire a favorire strategie di intervento psicoeducativo, come riportato anche dalle opinioni dei giocatori intervistati.

Altre possibili misure riguardano l'eventuale revisione dei parametri di gioco dei dispositivi, che permettono di tracciare e misurare l'accesso al gioco in termini di tempo trascorso e denaro speso, permettendo la possibile identificazione precoce degli individui a rischio. Lo sviluppo di sistemi di questo tipo potrebbe auspicabilmente consentire l'identificazione di coloro che necessitano di un intervento specifico. Tali interventi dovrebbero essere attuati da operatori specificamente formati sugli strumenti di counseling e di supporto psicologico, e in grado di indirizzare i soggetti vulnerabili alla rete dei servizi territoriali di assistenza (Serd, CSM, Terzo Settore), nonché di inserire coloro che hanno ripetutamente superato i limiti nel registro di esclusione, come riconosciuto dai giocatori d'azzardo intervistati nel nostro studio. La gestione del registro delle esclusioni potrebbe prevedere esclusioni temporanee o definitive o, addirittura, differenziazioni relative alla tipologia di gioco, limitando l'accesso esclusivo a quei giochi a rapida rotazione, che più tipicamente affliggono e caratterizzano chi è affetto da disturbo da gioco.

In questo scenario, è quindi auspicabile una maggiore influenza di chi si dedica quotidianamente al trattamento delle dipendenze, nonché una maggiore considerazione dei risultati delle ricerche delle neuroscienze che si occupano di dipendenza (Yücel et al., 2017). Questo approccio permetterebbe di valutare tempestivamente e oggettivamente l'impatto delle più diverse misure adottate, con l'obiettivo di stabilire strategie efficacemente mirate a identificare precocemente gli individui vulnerabili a rischio di dipendenza.

### *Riferimenti*

Abbott, M. W. (2020). Gambling and gambling-related harm: recent World Health Organization initiatives. In *Public Health*. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.04.001>

American Psychiatric Association. (1994). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Quarta Edizione, DSM-IV. In American Psychiatric Association.

Barbaranelli, C., Vecchione, M., Fida, R., & Podio-Guidugli, S. (2013). Estimating the prevalence of adult problem gambling in Italy with SOGS and PGSI. *Journal of Gambling Issues*, 28. <https://doi.org/10.4309/jgi.2013.28.3>

Beynon, C., Pearce-Smith, N., & Clark, R. (2020). Risk factors for gambling and problem gambling: A protocol for a rapid umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Systematic Reviews*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01455-x>

Gambino, B., & Lesieur, H. (2006). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A rebuttal to critics. *Journal of Gambling Issues*, 17. <https://doi.org/10.4309/jgi.2006.17.10>

- H R Lesieur, S. B. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184–1188. <https://doi.org/10.1176/ajp.144.9.1184>
- Motka, F., Grüne, B., Slecza, P., Braun, B., Örnberg, J. C., & Kraus, L. (2018). Who uses self-exclusion to regulate problem gambling? A systematic literature review. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(4), 903–916. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.96>
- Pettorruso, M., Zoratto, F., Miuli, A., De Risio, L., Santorelli, M., Pierotti, A., Martinotti, G., Adriani, W., & di Giannantonio, M. (2020). Exploring dopaminergic transmission in gambling addiction: A systematic translational review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 119(August), 481–511. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.09.034>
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101(SUPPL. 1), 142–151. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01591.x>
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5(1), 51. <https://doi.org/10.1038/s41572-019-0099-7>
- Shibata, M., Burkauskas, J., Dores, A. R., Kobayashi, K., Yoshimura, S., Simonato, P., De Luca, I., Cicconcelli, D., Giorgetti, V., Carvalho, I. P., Barbosa, F., Monteiro, C., Murai, T., Gómez-Martínez, M. A., Demetrovics, Z., Ábel, K. E., Szabo, A., Ventola, A. R. M., Arroyo-Anlló, E. M., ... Corazza, O. (2021). Exploring the Relationship Between Mental Well-Being, Exercise Routines, and the Intake of Image and Performance Enhancing Drugs During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: A Comparison Across Sport Disciplines. *Frontiers in Psychology*, 12(July), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.689058>
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27(1), 1–19. [https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00158-1](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00158-1)
- Velasco, V., Scattola, P., Gavazzeni, L., Marchesi, L., Nita, I. E., & Giudici, G. (2021). Prevention and harm reduction interventions for adult gambling at the local level: An umbrella review of empirical evidence. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/ijerph18189484>
- Williams, R. J., Leonard, C. A., Belanger, Y. D., Christensen, D. R., el-Guebaly, N., Hodgins, D. C., McGrath, D. S., Nicoll, F., & Stevens, R. M. G. (2021). Gambling and Problem Gambling in Canada in 2018: Prevalence and Changes Since 2002. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 66(5), 485–494. <https://doi.org/10.1177/0706743720980080>
- Yau, Y. H. C., & Potenza, M. N. (2015). Gambling disorder and other behavioral addictions: Recognition and treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 134–146. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000051>