

Gioco d'azzardo: quanto ci costi?

Analisi statistica degli utenti GAP e stima dei costi diretti in Emilia-Romagna

Daniele Di Simone

ABSTRACT

Negli ultimi anni l'Italia ha visto un'espansione critica del gioco d'azzardo e sempre più soggetti hanno avuto problemi relativi al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). Anche in Emilia-Romagna si osserva un trend crescente, rendendo necessaria una maggiore comprensione del fenomeno al fine di contrastare le negatività ad esso associate. Questo studio vuole far luce sulle caratteristiche socio-anagrafiche dei giocatori patologici che si sono rivolti ai SerD.P. emiliano-romagnoli e sui relativi costi diretti sostenuti dal Servizio Sanitario. Risulta che dal 2014 al 2017 ogni AUSL ha sopportato un costo diretto medio di circa 314 € per ogni nuovo assistito GAP.

43

Introduzione

Il tema del gioco d'azzardo è un argomento di forte dibattito politico e socioeconomico: da un lato c'è l'interesse economico dell'Erario e dei soggetti che operano nel settore di poter guadagnare cospicue somme, dall'altro ci sono i giocatori che devono poter essere liberi di giocare - in virtù delle libertà individuali - ma che, al contempo, devono essere necessariamente protetti da eventuali comportamenti compulsivi che arrechino danni economici e relazionali alla propria persona.

L'Italia ha visto un'espansione critica del gioco d'azzardo negli ultimi anni: tra il 2000 e il 2017 la raccolta complessiva dei giochi è passata, in termini reali, da 20 a circa 102 miliardi di euro (la raccolta nel 2018 è stata stimata intorno ai 107 miliardi)¹ e il numero stimato di giocatori problematici è passato da 100.000 nel 2010 a 400.000 nel 2017.² In Emilia-Romagna la raccolta nel 2018 è stata circa di 6 miliardi³ e il numero di soggetti che si sono rivolti ai SerD.P. - dal 2010 al 2017 - si è quasi triplicato nel tempo.

Rif.
Daniele Di Simone,
Statistico - Assegnista di Ricerca, Istituto di Fisiologia Clinica del
Consiglio Nazionale delle Ricerche (IFC-CNR), Pisa
345 150 3351
daniele.disimone@ifc.cnr.it
daniele.disimone93@gmail.com

Note

- 1 ADM - Libro Blu (2018) e Ufficio Parlamentare di Bilancio (2018)
- 2 Cerrai, Resce e Molinaro (2017).
- 3 ADM - Libro Blu (2018)

Risulta quindi fondamentale studiare:

1. le caratteristiche dei giocatori che influiscono positivamente nell'entrare in progetto;
2. le variabili che influenzano la durata del programma terapeutico;
3. i costi legati al gioco d'azzardo.

Per quanto riguarda la stima dei costi relativi al Gioco d'Azzardo, in letteratura si fa riferimento principalmente a tre tipologie di approcci teorici. Ciascuno di questi analizza il fenomeno del *gambling* in modo diverso:

- Il primo metodo è chiamato *Cost-Of-Illness studies* (COI) e consente di stimare i costi del gioco d'azzardo patologico (Harwood, Fountain e Livermore, 1999; Single, 2003). In questa branca però non ci si focalizza sui benefici del gioco d'azzardo.
- Il secondo approccio è quello dell'*Economic Approach* descritto da Walker e Barnett (1999). In tale metodo il costo sociale è definito come un'azione che fa diminuire il benessere aggregato. Rispetto agli studi COI è più generale in quanto comprende una misurazione dei benefici del gioco d'azzardo (Collins e Lapsley, 2003).
- Infine, va ricordato, c'è il metodo della *Public Health Perspective*. Rispetto agli altri due approcci è più generale e cerca

di analizzare gli aspetti della qualità della vita che non sono comprese nelle misurazioni quantitative (Korn e Shaffer, 1999).

Questi tre approcci sono utili per cercare di comprendere i costi e i benefici legati al gioco d'azzardo, tuttavia ci sono molti limiti a misurarli scientificamente a causa di una carenza di metodologie standardizzate. Anche in Italia c'è un problema legato all'omogeneità dei dati regionali, infatti i sistemi di rilevazione dei Servizi sanitari risultano disomogenei nel territorio italiano (Capitanucci e Carlevaro, 2004).

1. Breve introduzione descrittiva

Tra il 2010 e il 2017 nei SerD.P. dell'Emilia-Romagna sono state aiutate centinaia di persone per problemi relativi al Gioco d'Azzardo Patologico (GAP). La quota è sempre stata in costante aumento (Fig. 1) passando da 512 a 1521 soggetti, con una variazione percentuale del 197,1%. Bisogna tenere a mente che non tutti i giocatori bisognosi di aiuto si rivolgono al Servizio sanitario, quindi questi numeri rappresentano solamente una parte del problema.

Passando a livello di AUSL, le variazioni percentuali maggiori sono state raggiunte a Reggio Emilia e a Bologna, pari rispettivamente all'887,50% e al 677,14%. Nelle altre AUSL l'incremento è stato comunque notevole, ma sotto il 200%

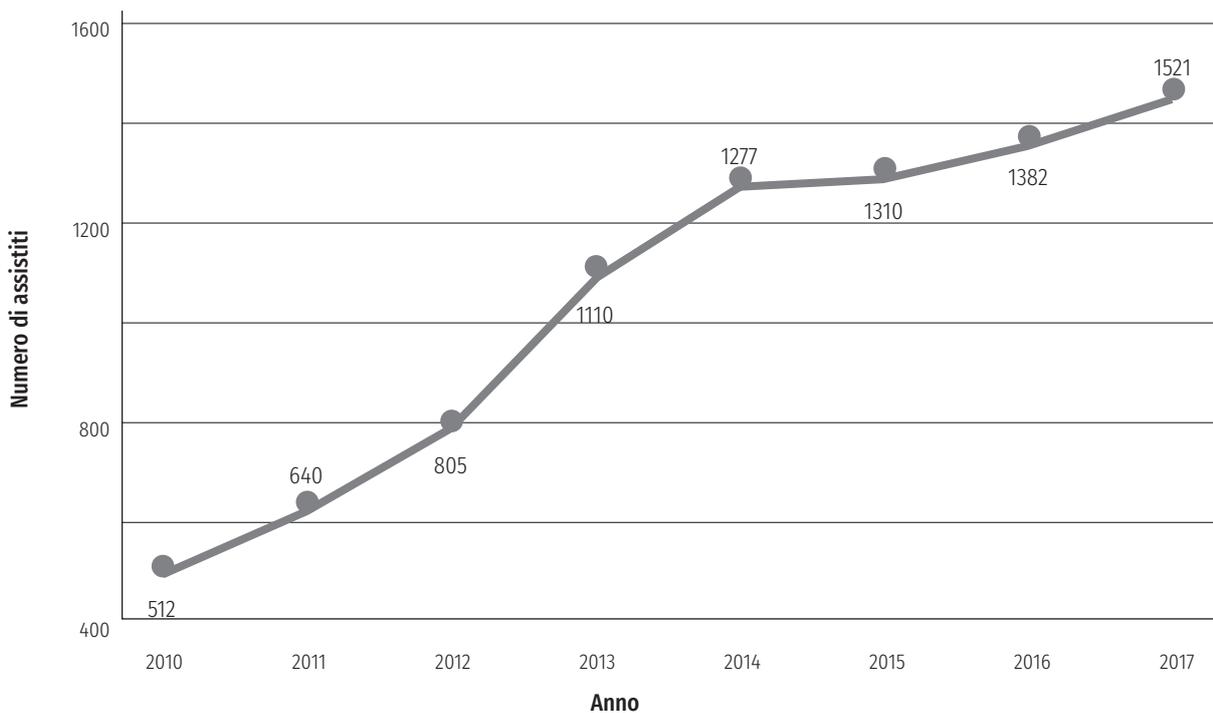


Fig. 1, Numero di assistiti dal 2010 al 2017 nei SerD.P. dell'Emilia-Romagna

Fonte: Elaborazione personale con R

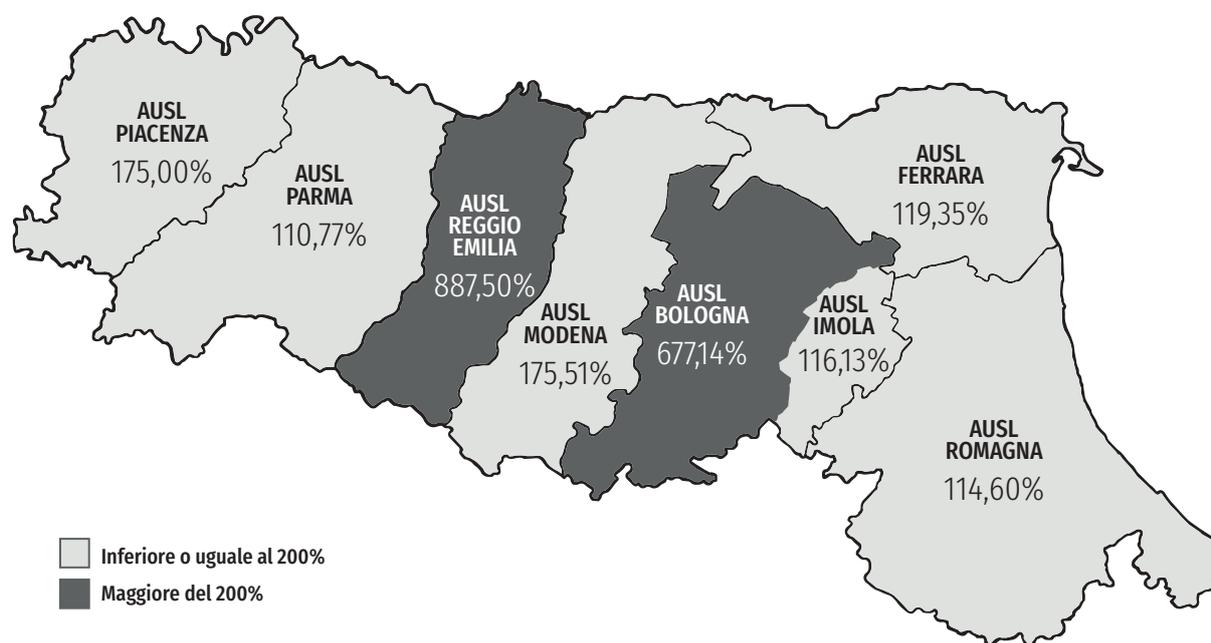


Fig. 2, Variazione percentuale degli assistiti nelle varie AUSL tra il 2010 e il 2017.

Fonte: Elaborazione personale con ArcMap R

(Fig. 2). Fra le varie caratteristiche degli assistiti si notano determinate classi che mostrano una particolare incidenza: età fra i 30 e i 70 anni, sesso maschile, stato civile senza un coniuge, cittadinanza italiana, titolo di scuola media inferiore o superiore, lavorativamente attivo, giocate settimanali o giornaliere presso Bar o Tabacchi e utilizzo prevalentemente di Videolottery.

2. Analisi statistica

2.1 Variabili influenti per l'attivazione del progetto terapeutico
 Grazie alla banca dati SIDER⁴ è stato possibile individuare quali siano le caratteristiche significative che portano un soggetto già in contatto con il SerD.P. ad entrare in progetto. A tal fine è stata applicata una Regressione Logistica - per gli anni dal 2014 al 2017 - che dà i seguenti risultati:

	Coeff.	Odds Ratio	P-Value	Significatività
Età 35 - 44	0,49	1,63	0,001	**
Età 45 - 54	0,67	1,95	0,000	***
Età 55 - oltre	0,96	2,61	0,000	***
Coniugato/a	-0,23	0,79	0,041	*
Titolo di studio medio/alto	0,51	1,66	0,000	***
Luogo Bar / Tabacchi	0,32	1,37	0,006	**
Durata di gioco 2/3 ore	0,22	1,24	0,071	.
Durata di gioco 4/5 ore o più	0,99	2,69	0,000	***

Tab. 1, Significatività: 0 '****' 0.001 '***' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1 Regressori selezionati con il metodo Stepwise.

Dalla lettura del modello emerge che all'aumentare dell'anzianità, aumenta la probabilità di essere presi in carico presso il Servizio Sanitario. In particolare avere tra i 35 e i 44 anni - rispetto ad averne meno di 35 - comporta una probabilità maggiore del 63% di entrare in carico. Per quanto riguarda le altre due classi di età, le probabilità aumentano rispettivamente del 95% e del 161%. Essere coniugato risulta essere un fattore protettivo - con il 26% di probabilità in meno di entrare in carico - e avere un titolo di studio medio/alto⁵ - rispetto a non averlo o ad averlo basso - comporta una probabilità maggiore del 66% di iniziare un progetto. Infine, per quanto riguarda le abitudini di gioco, osserviamo che la probabilità di entrare in carico nei SerD.P. per coloro che preferiscono giocare nei Bar/Tabacchi - rispetto a chi gioca in altri luoghi - è più alta del 37%; chi ha l'abitudine di giocare tra le due e le tre ore - rispetto a chi gioca meno di due ore - ha una maggiore probabilità pari al 24% e chi di solito gioca quattro o più ore ha una relativa probabilità pari al 169%.

2.2 Variabili influenti per la durata del progetto terapeutico

Una volta che i giocatori sono entrati in progetto, è utile capire quali caratteristiche influenzino la durata del programma terapeutico. Tale analisi è stata resa possibile applicando il Modello di Durata alla Cox⁶ per i quattro anni

ha più di 64 anni. Questa evidenza empirica mostra come gli individui fra i 45 e i 64 anni siano quelli che necessitano di più tempo per concludere/terminare il progetto.

Per quanto riguarda lo Stato Civile, chi ha un/una coniuge - rispetto a chi non ha un compagno al proprio fianco - risulta avere una probabilità maggiore del 27% di completare o terminare il progetto in un dato periodo.

Stima dei costi

Nella banca dati SIDER è stato possibile avere accesso a tutte le prestazioni erogate ai giocatori dai SerD.P; quindi si è potuto seguire l'approccio COI e calcolare i costi sanitari diretti⁷ per gli anni che vanno dal 2014 al 2017. Il costo diretto è funzione della sola retribuzione lorda relativa al personale incaricato per l'assistenza dei giocatori patologici. Dal momento che le retribuzioni lorde variano sia tra le diverse figure professionali coinvolte e sia all'interno delle stesse figure professionali (dovute, ad esempio, a maggiori anni di servizio e/o a maggiori responsabilità), si è fatto riferimento a retribuzioni medie:

- Medico: 37,00 € lordi l'ora (72.500 € lordi l'anno).
- Psicologo: 26,50 € lordi l'ora (52.500 € lordi l'anno).
- Comparto: 18,00 € lordi l'ora (35.000 € lordi l'anno).

	Coeff.	Hazard Ratio	P-Value	Significatività
Età 35 - 44	-0,39	0,68	0,009	**
Età 45 - 54	-0,65	0,52	0,000	***
Età 55 - 64	-0,55	0,57	0,000	***
Età 65 - oltre	-0,40	0,67	0,014	*
Coniugato/a	0,23	1,27	0,013	*

Tab. 2, Significatività: 0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 '' 1 Regressori selezionati con il metodo Stepwise.

dal 2014 al 2017. L'analisi di Cox riporta i seguenti risultati: Risultano significative solamente le variabili relative all'età e allo stato civile.

Rispetto all'età la possibilità di completare o terminare il progetto concordato è più bassa per le categorie più anziane; in altre parole, è più difficile osservare l'evento completato/terminato per i soggetti con più di 34 anni. In particolare - rispetto ai più giovani - la possibilità di completare/terminare il progetto in un dato periodo si riduce del 47% per chi ha dai 35 ai 44 anni, del 92% per chi ha dai 45 ai 54 anni, del 75% per chi ha dai 55 ai 64 anni e del 49% per chi

Note

- 4 SIDER (2010)
- 5 In particolare il titolo di diploma, laurea o equipollenti sono stati considerati titoli medio-alti
- 6 Sono state effettuate censure per gli assistiti che hanno interrotto il trattamento o che sono risultati ancora in corso di assistenza a fine anno 2017
- 7 Non sono stati considerati ribaltamenti e/o costi indiretti

I costi sono stati stimati considerando: I) ogni prestazione erogata ad ogni singolo paziente, II) la retribuzione lorda dell'operatore sanitario designato per quelle specifiche attività⁸ e III) il tempo medio di ogni servizio. In particolare le retribuzioni lorde ed il tempo medio di ogni prestazione sono stati attribuiti in base a quanto riscontrato da interviste dirette agli operatori professionali.

Effettuando questi calcoli per tutte le AUSL dell'Emilia-Romagna dal 2014 al 2017, i risultati sono i seguenti:

AUSL	Costo totale dal 2014 al 2017	Costo medio annuale
Piacenza	160.180,02 €	40.045,01 €
Parma	210.988,77 €	52.747,19 €
Reggio Emilia	161.090,86 €	40.272,72 €
Modena	250.293,67 €	62.573,42 €
Bologna	240.833,38 €	60.208,35 €
Imola	64.748,14 €	16.187,04 €
Ferrara	246.594,75 €	61.648,69 €
Romagna	312.293,51 €	78.073,38 €
Media AUSL	205.877,89 €	51.469,47 €
Emilia-Romagna	1.647.023,11 €	411.755,78 €

Tab. 3, Costi sostenuti dalle AUSL della Regione Emilia-Romagna dal 2014 al 2017 per il G.A.P.

Costo medio per assistito	314 €
Costo medio di una prestazione	21 €
Numero medio di prestazioni annue per AUSL	2.434
Numero di utenti medio annuale per AUSL	172
Numero di prestazioni medie per assistito	15

Tab. 4, Medie relative a diverse variabili per il periodo 2014 - 2017

Tra il 2014 e il 2017 la Pubblica Amministrazione ha sostenuto un costo diretto di quasi 1.650.000,00 euro per il G.A.P. in Emilia-Romagna; per ogni AUSL si è tradotto in quasi 200.000 euro nei quattro anni e approssimativamente 50.000 euro annuali.

Nella Tab. 4 sono riportate le medie per altre variabili di interesse.

In Emilia-Romagna quindi - dal 2014 al 2017 - ogni AUSL ha speso mediamente per ogni nuovo assistito circa 314 euro e per ogni prestazione circa 21 euro. La media dei servizi erogati in un anno ammonta a circa 2.434, ogni AUSL ha visto ogni anno mediamente 172 nuovi giocatori e il numero di prestazioni che ogni assistito ha ricevuto è, in media, pari a 15.

Conclusioni

Il numero degli assistiti nei SerD.P. della Regione Emilia-Romagna è cresciuto nel tempo, con una variazione percentuale pari al 197,1% tra il 2010 e il 2017. Questo ci indica come sempre più persone abbiano sentito il bisogno di ricevere aiuto a causa di un desiderio di giocare incontrollabile. Le caratteristiche che fanno aumentare la probabilità di entrare in progetto nel Servizio Sanitario sono l'avanzare dell'età, avere un titolo di studio medio/alto, giocare in Bar o Tabacchi e passare molto tempo a giocare d'azzardo. Unica caratteristica significativa che fa diminuire tale probabilità è essere coniugato, la quale risulta protettiva anche nel Modello di Durata. Difatti - da quanto è emerso - chi è coniugato tende a concludere correttamente (o terminare) in minor tempo il progetto; allo stesso tempo, invece, avere un'età superiore ai 35 anni comporta rimanere in progetto relativamente più tempo.

Infine sono stati stimati i costi sanitari diretti per il periodo 2014-2017 considerando la totalità delle prestazioni, le relative durate medie e una retribuzione oraria media dei professionisti. Il costo totale per il Gioco d'Azzardo Patologico tra il 2014 e il 2017 risulta essere pari a circa 1.650.000,00 euro ed ogni AUSL ha speso in media ogni anno circa 50.000,00 euro. Tali costi non comprendono ribaltamenti o costi indiretti, per cui sono da considerare solamente una base di partenza per la stima complessiva dei costi sostenuti.

Note

8 Nel caso in cui più figure possono compiere medesime attività è stata effettuata una media ponderata

Ringraziamenti

Vorrei ringraziare il Prof. Ignazio Drudi, il dr. Alessio Saponaro e la dr.ssa Marilena Durante per avermi permesso di svolgere questo lavoro. La loro disponibilità è stata una costante e sono sempre stati presenti per ogni mio dubbio e ogni mia domanda.

Un sentito ringraziamento va anche alla Regione Emilia-Romagna e a tutti i partecipanti del gruppo GAP. In particolare ringrazio: la dr.ssa Pegli, il dr. Foschini, la dr.ssa Felice e il dr. Petazzini per essere stati estremamente disponibili e gentili nei miei confronti.

Bibliografia

- Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, *Libro Blu: organizzazione, statistiche e attività*, 2018, pag. 96
- Allegato tecnico SIDER (Sistema informativo dei Servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna), Regione Emilia-Romagna, Direzione Generale Sanità e Politiche Sociali, 2010.
- D. A. Korn, H. J. Shaffer, *Gambling and the Health of the Public: Adopting a Public Health Perspective*, Human Sciences Press, Inc., 1999, 289-365.
- D. Capitanucci (a cura di), T. Carlevaro (a cura di), *Guida ragionata agli strumenti diagnostici e terapeutici nel Disturbo di Gioco d'Azzardo Patologico*, Hans Dubois editore, Bellinzona, 2004, 5-6.
- D. Collins, H. Lapsley, *The Social Costs and Benefits of Gambling: An Introduction to the Economic Issues*, Journal of Gambling Studies, Vol. 19, No. 2., 2003, 123-148.
- D. M. Walker, A. H. Barnett, *The Social Costs of Gambling: An Economic Perspective*, Journal of Gambling Studies Vol. 15(3), 1999, 181-212.
- E. Single, *Estimating the Costs of Substance Abuse: Implications to the Estimation of the Costs and Benefits of Gambling*, University of Toronto, Journal of Gambling Studies, Vol. 19, No. 2., 2003, 215-233.
- H. J. Harwood, D. Fountain, G. Livermore, *Cost estimates for alcohol and drug abuse*, Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs, Carfax Publishing, Taylor & Francis Ltd., 1999, 631-647.
- R Core Team, *R: A language and environment for statistical computing*. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. 2019, URL <https://www.R-project.org/>.
- S. Cerrai (a cura di), G. Resce (a cura di), S. Molinaro (a cura di), *Consumi d'Azzardo - Rapporto di Ricerca sulla diffusione del gioco d'azzardo fra gli italiani attraverso gli studi IPSAD® ed ESPAD® Italia.*, Cnr Edizioni, Roma, 2017, 22
- Ufficio Parlamentare di Bilancio (2018), *La fiscalità nel settore dei giochi*, Focus tematico n°6 del 3 maggio 2018, pag. 6.