



DISEGNO DI LEGGE

d’iniziativa delle senatrici DE BIASI e MATTESINI

COMUNICATO ALLA PRESIDENZA L’8 LUGLIO 2013

Disposizioni per favorire la prevenzione e il contrasto al gioco d’azzardo patologico

ONOREVOLI SENATORI. - Nel nostro Paese, negli ultimi anni, il mercato dei giochi, in particolare quello del gioco d'azzardo, sia quello cosiddetto legale che quello illegale, non ha conosciuto crisi: è un settore che, nonostante l'attuale fase di congiuntura economica difficile per famiglie e imprese registra una fortissima espansione e un volume d'affari sempre in aumento.

In Europa è dislocato il 34 per cento del giocato al mondo, ma l'Italia è la prima in Europa. Nel 2011 il fatturato dell'industria dei giochi è stato di 79,9 miliardi dai quali lo Stato ha guadagnato 8,8 miliardi. Gli italiani spendono 1.200 euro procapite all'anno e l'universo dei giocatori è di circa 30 milioni di persone, delle quali circa 2 milioni sono a rischio dipendenza, ed a tutt'oggi si calcolano in circa 800.000 i giocatori patologici (il doppio dei tossicodipendenti che sono circa 393.000). Sono calcolati in circa 500.000 i minorenni che vanno a scuola e già scommettono; dal 2000 al 2009 gli studenti che riferiscono di investire in giochi in cui si vincono o perdono soldi sono passati dal 39 per cento al 50 per cento.

Spesso, quando si parla di patologie legate al gioco, si usa il termine «ludopatia». In realtà, è più corretto parlare di «gioco di azzardo patologico» (g.a.p.). L'ambiguità tra i due termini deriva dal tentativo di separare nettamente il fenomeno patologico dal fenomeno sociale del gioco, mentre esiste una relazione diretta tra la comparsa di effetti patologici e l'enorme diffusione dei giochi. L'accessibilità facile e la vasta diffusione sono fattori che agevolano la diffusione della patologia. Oltre ai fattori individuali, esiste infatti l'incidenza di fattori ambientali, culturali e legati alla struttura dei giochi che contribuisce a favorire la patolo-

gia. Per contrastarla sono necessarie politiche di «gioco responsabile» che finora sono state affidate ai Monopoli di Stato con esiti discutibili.

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) il g.a.p. colpisce il 3 per cento della popolazione adulta, e sempre più anche i giovani e gli anziani sopra i 60 anni. A livello mondiale il g.a.p. è riconosciuto come una patologia, mentre in Italia questo non è ancora avvenuto. Nel 1980 l'*American Psychiatric Association* introdusse il concetto di dipendenza da gioco d'azzardo nell'ambito del DSM III (*Diagnostic and statistical mental disorders*), inquadrandolo come disturbo psichiatrico nella sezione «Disturbi del controllo degli impulsi». Nella recentissima edizione 2013 del Manuale DSM V, il g.a.p. viene ricompreso tra le «*New Addiction*» (nuove dipendenze) dovute a disturbi comportamentali e non a sostanze specifiche.

Il g.a.p. è una dipendenza senza sostanze, ma legata ad un comportamento che peraltro è legittimo, accettato socialmente ed addirittura incentivato e promosso, per cui non appare immediatamente come un attacco alla salute e non vengono immediatamente percepiti i rischi del gioco compulsivo.

Molto spesso il g.a.p. è accompagnato da altre dipendenze, quali quelle per alcool, sostanze stupefacenti e pertanto si rende necessario instaurare percorsi di cura integrati tra Sert e Centri di salute mentale.

È importante agire precocemente sul giocatore che può diventare patologico. Per questo, vanno sviluppati quegli studi che tendono ad individuare i *marker* comportamentali che consentono di intervenire tempestivamente sia sui comportamenti che tendono ad inseguire le perdite, sia sull'utilizzo

integrale delle vincite nella reiterazione del gioco. In tal senso recenti esperienze suggeriscono al legislatore l'introduzione della «carta unica del giocatore», già usata in Svezia e in altri paesi dell'Unione europea, e che consentirebbe, oltre al controllo della identità del giocatore, anche di estendere a tutti i sistemi di gioco elettronici, da terra e da remoto, modalità omogenee a tutti i gestori, di autolimitazione o autoesclusione dei giochi.

La ricaduta sociale del gioco di azzardo è elevatissima e la continua rincorsa all'aumento delle entrate per l'Erario deve iniziare a fare i conti con l'aumento dei costi sanitari, sociali ed umani connessi alla diffusione della dipendenza da giochi d'azzardo.

Il gioco d'azzardo patologico si manifesta quando l'impulso a giocare si fa persistente, e diventa difficile porvi dei limiti, diventando quindi una vera e propria malattia, i cui sintomi sono:

- a) pensiero costante al gioco;
- b) necessità di aumentare il livello delle puntate per provare una emozione, anche se non ce lo si può permettere, inseguendo la vincita nonostante le perdite subite;
- c) fallimento dei tentativi di controllare l'impulso del gioco;
- d) irritabilità, irrequietezza, ansia, depressione, graduale incapacità di stare con gli altri;
- e) bisogno di giocare per sfuggire ai problemi;
- f) propensione a raccontare bugie alle persone care ed ai medici per nascondere l'ossessione del gioco, con il rischio di perdere affetti importanti;
- g) facilità nel commettere azioni illegali per procurarsi il denaro necessario per giocare o nell'affidarsi ad estranei per colmare questa necessità;
- h) diminuzione della resa nello studio o nel lavoro;
- i) sintomi fisici di stress da gioco quali dolori allo stomaco, ulcere, coliti, iperten-

sione, malattie cardiache, insonnia, perdita dell'appetito, emicranie. Il giocatore patologico è colui che gioca più denaro di altri, più a lungo e più spesso di quanto lui stesso abbia previsto e soprattutto più di quanto si può permettere. E ciò accade perché ha perso la capacità di controllarsi.

In tal senso, è fondamentale agire sia sulla prevenzione che sull'informazione. Il primo intervento va operato sulla pubblicità, perché occorre limitare i messaggi pubblicitari e di *marketing* sul gioco d'azzardo, vietare la pubblicità ingannevole e la pubblicità ammiccante (avanti il prossimo milionario, caro papà ti regalo un abbonamento al superenalotto, giocare è qualcosa di naturale, gioca facile, corri incontro alla fortuna, eccetera) ed adottare specifici codici di autoregolamentazione. La legislazione vigente in materia di pubblicità definisce «ingannevole» il messaggio che «riguardando prodotti suscettibili di porre in pericolo la salute e la sicurezza dei soggetti che essa raggiunge, ometta di darne notizia in modo tale da indurre tali soggetti a trascurare le normali regole di prudenza e vigilanza» (articolo 6 del decreto legislativo 2 agosto 2007, n. 145) ed in generale quelle pratiche commerciali che affermano «che alcuni prodotti possono facilitare la vincita in giochi basati sulla sorte»; mentre considera «aggressive» le pratiche commerciali che lascino «intendere, contrariamente al vero, che il consumatore abbia già vinto, vincerà o potrà vincere, compiendo una determinata azione, un premio od una vincita equivalente, mentre in effetti non esiste alcun premio né vincita equivalente» (articoli 23 e 26 del codice del consumo, di cui al decreto legislativo 6 settembre 2005, n. 206). Inoltre l'ingannevolezza del messaggio pubblicitario viene sancita dall'articolo 23, primo comma, lettera r), del citato codice del consumo, e definita a livello europeo dall'articolo 2, lettera b), della direttiva 2006/114/CE.

Nel campo della prevenzione primaria, è necessario promuovere campagne di sensibilizzazione per l'uso responsabile del denaro, per la limitazione all'accesso al debito e sui rischi collegati al gioco di azzardo, particolarmente nelle scuole, e che siano altresì dirette alle famiglie per aiutarle nell'attività educativa. Vanno altresì promosse iniziative sperimentali di prevenzione e di formazione estesa agli esercenti allo scopo di prevenire gli eccessi di gioco.

Occorre naturalmente distinguere i giochi in relazione al maggiore o minore potere di creare dipendenza e, in base a queste risultanze, si deve ridurre la capillarità della diffusione del gioco di azzardo, soprattutto dei giochi rapidi - che sarebbe preferibili collocare in sale dedicate, rendendo così più agevole svolgere i controlli e far osservare le regole che vietano il gioco ai minori, nonché la promozione di strategie per il gioco responsabile.

Per quanto riguarda invece la cura della patologia del giocatore di azzardo, finora è stata affidata ad iniziative sporadiche messe in atto dai Sert e da associazioni, su iniziativa prevalentemente volontaria di specialisti ed operatori. Tuttavia, ad oggi, non esiste il diritto alla cura per questa patologia e tantomeno esistono misure per aiutare la famiglia del giocatore. Anche se con la legge di stabilità 2011 si è intervenuti per definire «le linee di azione per la prevenzione, il contrasto ed il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo», da realizzare attraverso la predisposizione di un decreto interdirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze-Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato e del Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza unificata, sede congiunta della Conferenza Stato-regioni e della Conferenza Stato-città ed autonomie locali, il decreto è bloccato da oltre un anno perché privo dell'adeguata copertura finanziaria, necessaria alla attivazione delle azioni individuate per gli interventi sociali e sanitari che si inquadrano nel-

l'ambito del g.a.p.. Inoltre, con la legge di stabilità 2013, il termine per procedere all'adozione del suddetto decreto è stato spostato al 31 dicembre 2013.

È dunque necessario, data la rilevanza e la gravità del fenomeno del gioco d'azzardo patologico, introdurre una serie di misure, coordinate e miranti ai diversi piani che compongono il problema al fine di un serio passo in avanti che permetta di darvi una soluzione. Innanzi tutto, è necessario introdurre nell'ordinamento il riconoscimento del gioco d'azzardo patologico e il suo inserimento nei livelli essenziali di assistenza (LEA), in adesione all'orientamento dell'OMS che identifica il gioco di azzardo compulsivo come una forma morbosa che può diventare una autentica malattia sociale. È poi necessario istituire uno specifico fondo nazionale (socio-sanitario) da destinare a programmi triennali con obiettivi individuati su base nazionale attraverso l'accordo Stato-regioni, le cui risorse, ripartite tra le regioni, siano distribuite sui territori attraverso accordi di programma tra tutti i soggetti interessati alla prevenzione e cura del g.a.p. (istituzioni locali, ASL, scuole, prefetture, categorie economiche, esercenti titolari di giochi leciti, associazioni di volontariato, ecc.), coordinate da uno dei soggetti interessati. Naturalmente è necessaria una programmazione a lunga scadenza: piani triennali, accordi di programma, per uscire dalla logica del progetto e dar vita ad una attività permanente e contemporanea su tutti gli aspetti relativi alla salute (prevenzione sia come informazione che come formazione e co-formazione, presa in carico, sostegno alla famiglia, compresi i casi di usura), insomma strutturare una rete a livello locale che sola può dare soluzione al problema. Occorre prevedere la centralità della costruzione e funzionamento di questa rete, di cui l'accordo di programma è lo strumento; la rete è insomma l'obiettivo primario per l'organizzazione, il coordinamento delle azioni di prevenzione, cura e riabilitazione

dei portatori di dipendenza da g.a.p., per la protezione dei soggetti vulnerabili e per il contrasto agli illeciti.

Per quanto riguarda la cura, è necessario ricordare che tutti gli studi e le ricerche sottolineano la difficoltà dei giocatori patologici a riconoscere l'esistenza di un problema di salute e decidere di affrontarlo nelle modalità e nei luoghi deputati alla cura, soprattutto se caratterizzati dallo stigma. C'è la tendenza dei giocatori a cercare informazioni e soluzioni di auto-aiuto che assicurino la riservatezza e l'anonimato. Pertanto le strategie ed i percorsi di cura devono essere pensati come un ventaglio di opportunità che va dalla semplice informazione al trattamento intensivo. Il coordinamento dei percorsi di cura è compito dei Dipartimenti di dipendenze o dei SerD. Si tratta infatti di dipendenza e, essendoci un'analogia con le

tossicodipendenze o con l'alcolismo, va chiarita la centralità del servizio pubblico nella prevenzione, diagnosi e cura del gioco di azzardo patologico. I comuni, che hanno nella rete un ruolo fondamentale, devono anche essere i titolari delle concessioni per le sale giochi, sia per la dislocazione che per la regolamentazione degli orari. Il comune deve diventare il soggetto regolatore e pianificatore. Infine, è necessario procedere all'istituzione dell'Osservatorio nazionale sul g.a.p., che deve essere un organismo tecnico orientato ai principi di sanità pubblica e finalizzato a coordinare studi e ricerche e sviluppare linee di indirizzo che pur tenendo conto della molteplicità degli interessi in gioco, siano ancorate ai risultati delle ricerche e delle migliori pratiche di prevenzione e cura.

DISEGNO DI LEGGE

Art. 1.

(Oggetto e finalità)

1. La presente legge ha lo scopo di garantire il finanziamento dei programmi di cura e riabilitazione dei soggetti affetti da gioco d'azzardo patologico come definito ai sensi dell'articolo 2, di incrementare le risorse in favore della cura del gioco d'azzardo patologico, di definire i luoghi istituzionali di elaborazione delle strategie sinergiche di lotta alla patologia, nonché di predisporre misure volte al rafforzamento della tutela dei minori e dei soggetti vulnerabili e di introdurre il divieto di pubblicità.

Art. 2.

(Definizioni)

1. Ai fini della presente legge per patologia da gioco d'azzardo si intende lo stato di dipendenza abituale da attività di gioco d'azzardo, che induce alla coazione a ripetere e a tenere condotte compulsive tali da arrecare un grave deterioramento del funzionamento psico-sociale. Si considera giocatore patologico la persona che presenta cinque o più sintomi di quelli sottoelencati:

a) impulso a giocare persistente e pensiero costante al gioco d'azzardo;

b) necessità di aumentare il livello delle puntate inseguendo la vincita nonostante le perdite subite;

c) fallimento dei tentativi di controllare l'impulso del gioco;

d) irritabilità, irrequietezza, ansia, depressione, graduale incapacità di stare con gli altri;

e) bisogno di giocare per sfuggire ai problemi;

f) propensione a raccontare bugie alle persone care ed ai medici per nascondere l'ossessione del gioco, con il rischio di perdere affetti importanti;

g) facilità nel commettere azioni illegali per procurarsi il denaro necessario per giocare o nell'affidarsi ad estranei per colmare questa necessità;

h) diminuzione della resa nello studio o nel lavoro;

i) sintomi fisici di *stress* da gioco quali dolori allo stomaco, ulcere, coliti, ipertensione, malattie cardiache, insonnia, perdita dell'appetito, emicranie;

l) perdita della capacità di astenersi dal gioco.

Art. 3.

(Livelli essenziali di assistenza per la cura del gioco d'azzardo patologico)

1. I disturbi e le complicanze derivanti da gioco d'azzardo, riconducibili specificamente al gioco d'azzardo patologico, sono inseriti nell'ambito di applicazione dei livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria e socio-assistenziale, a carico del Fondo sanitario nazionale e del Fondo per le politiche sociali, di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449.

2. Allo scopo di finanziare i programmi di cura e riabilitazione dei soggetti dipendenti da gioco d'azzardo patologico, il Fondo sanitario nazionale e il Fondo per le politiche sociali, di cui all'articolo 59, comma 44, della legge 27 dicembre 1997, n. 449, sono incrementati rispettivamente della somma di 14 milioni di euro a decorrere dall'anno 2014, mediante utilizzo di quota parte delle maggiori entrate di cui all'articolo 16.

3. Entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Presidente del Consiglio dei ministri, sentito il Ministro

della salute, provvede a modificare il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, al fine di inserire i disturbi da gioco d'azzardo patologico nell'ambito di applicazione dei livelli essenziali di assistenza.

Art. 4.

(Certificazione del gioco d'azzardo patologico ai fini della garanzia dei livelli essenziali di assistenza)

1. La certificazione di disturbo da gioco d'azzardo patologico è emessa dai servizi pubblici quali i dipartimenti dipendenze patologiche, dipartimenti salute mentale, unità operative SerD, e dai servizi pubblici sanitari, comunque denominati, competenti in materia di dipendenze e salute mentale, che abbiano requisiti strutturali e funzionali per la diagnosi, contesti ambulatoriali e personale professionale specificamente dedicati e utilizzo di metodiche diagnostiche validate secondo il metodo scientifico. Gli stessi servizi pubblici assicurano le prestazioni ambulatoriali, semiresidenziali o residenziali, di terapia, di riabilitazione e socio-assistenziali riconosciute valide dalla comunità scientifica.

2. La certificazione di disturbo da gioco d'azzardo patologico dà diritto a:

a) l'esenzione dalla partecipazione al costo della spesa sanitaria;

b) l'immediato accesso alle strutture dei presidi per la valutazione e la diagnosi, l'assistenza psicologica e farmacologica e il ricovero, se necessario, in centri specializzati nella cura della suddetta patologia;

c) l'esenzione dalla partecipazione al costo per l'acquisto dei presidi necessari al trattamento e alla tutela della qualità della vita.

Art. 5.

(Diagnostica e certificazione)

1. Allo scopo di garantire risultati appropriati e omogenei sull'intero territorio nazionale, le diagnosi di disturbo da gioco d'azzardo patologico sono attuate dai servizi, accreditati ai sensi delle norme vigenti in materia e dell'articolo 6 della presente legge, sulla base dei protocolli diagnostici di cui al medesimo articolo 6.

2. L'attività diagnostica è svolta in base alle conoscenze scientifiche al fine di:

a) effettuare diagnosi precoci rispetto all'esordio e all'evoluzione clinica del disturbo, al fine di effettuare interventi preventivi di ordine secondario e terziario;

b) assicurare l'appropriatezza dei trattamenti rispetto alle varie situazioni cliniche;

c) migliorare le procedure terapeutiche riabilitative.

3. L'aggiornamento delle attività diagnostiche di cui al comma 2 è attuato secondo le modalità definite dall'articolo 6.

4. I servizi accreditati alla diagnosi emettono la relativa certificazione di disturbo da gioco d'azzardo patologico, che ha validità nel tempo e per tutto il territorio nazionale fino a certificazione che attesti il recupero del soggetto affetto.

Art. 6.

(Protocollo diagnostico)

1. Con decreto del Ministero della salute, entro due mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, in collaborazione con esperti del settore e con il Tavolo interistituzionale di cui all'articolo 7, sono predisposti appositi protocolli diagnostici.

2. Il Ministero della salute, individua altresì, in collaborazione con il Tavolo interistituzionale di cui all'articolo 7, centri d'ec-

cellenza per l'attività clinica relativa ai disturbi da dipendenza dal gioco d'azzardo patologico e appositi fondi per la ricerca scientifica in questo campo.

3. Il Ministero della salute, d'intesa con la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, stabilisce il numero dei servizi accreditati per la diagnosi ed il trattamento delle patologie da gioco d'azzardo, sulla base di indicatori che tengono conto della popolazione residente, degli ambiti metropolitani, della incidenza e prevalenza della patologia su base regionale.

Art. 7.

(Tavolo interistituzionale per l'elaborazione delle strategie per favorire la prevenzione e la cura del gioco d'azzardo patologico)

1. È istituito, presso il Ministero della salute, il Tavolo interistituzionale per l'elaborazione delle strategie per favorire la prevenzione e la cura del gioco d'azzardo patologico, presieduto dal Ministero della salute, e composto da un rappresentante del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, un rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze, un rappresentante del Ministero per la coesione territoriale, tre rappresentanti della Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, due rappresentanti delle associazioni di volontariato più rappresentative sul piano nazionale e due rappresentanti delle associazioni professionali senza fini di lucro attive nel campo della prevenzione e della cura della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico.

2. Il Tavolo interistituzionale di cui al comma 1 stabilisce le finalità dei progetti che possono essere ammessi al finanziamento del Fondo di cui all'articolo 8, da realizzare mediante progetti integrati con le azioni previste nei piani socio-sanitari re-

gionali e con servizi non sostitutivi dei SerD che possono essere autorganizzati dalle associazioni coinvolte.

Art. 8.

(Fondo nazionale per il sostegno della lotta al gioco d'azzardo patologico)

1. È istituito, presso la Presidenza del Consiglio dei ministri, il Fondo nazionale per il sostegno alla lotta al gioco d'azzardo patologico, con una dotazione iniziale pari a 20 milioni di euro per ciascuno degli anni 2014, 2015 e 2016, finalizzato alla realizzazione di interventi a livello nazionale, regionale e locale per favorire la prevenzione e la cura della dipendenza dal gioco d'azzardo patologico.

2. Il Fondo è ripartito tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. La ripartizione del Fondo e della quota riservata avviene, per il 50 per cento sulla base della numerosità a livello regionale di soggetti dipendenti da gioco d'azzardo patologico, certificati ai sensi dell'articolo 4, e per il restante 50 per cento secondo i seguenti criteri:

a) carenza di strutture per l'attuazione dei programmi di cura e riabilitazione dei soggetti dipendenti da gioco d'azzardo patologico, secondo le indicazioni del Ministero della salute;

b) incidenza e prevalenza dei soggetti ad alto rischio di patologia documentate con apposite sorveglianze da svolgersi a cadenza annuale da parte del Ministero della salute;

c) percentuale di famiglie con figli minori o anziani *over* 60, dipendenti dal gioco d'azzardo patologico;

d) percentuale di famiglie che vivono al di sotto della soglia di povertà così come stimata dall'ISTAT in cui sono presenti membri dipendenti da gioco d'azzardo patologico;

e) incidenza percentuale del coinvolgimento di soggetti dipendenti da gioco d'azzardo patologico in attività criminose come accertata dal Dipartimento della pubblica sicurezza del Ministero dell'interno, nonché dal Ministero della giustizia.

3. Entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, il Ministro della salute, con proprio decreto da adottare di concerto con i Ministri dell'economia e delle finanze, sentite la Conferenza unificata di cui all'articolo 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, e le Commissioni parlamentari competenti, provvede alla ripartizione delle quote del Fondo tra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che a loro volta provvedono a ripartirle ai comuni ai sensi dell'articolo 8.

4. Ai maggiori oneri di cui al presente articolo, pari a 20 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2014, 2015 e 2016, si provvede mediante utilizzo di quota parte delle maggiori entrate di cui all'articolo 16.

Art. 9.

(Ambiti territoriali di intervento)

1. Le regioni, nell'ambito della programmazione regionale, definiscono, sentiti gli enti locali, ai sensi dell'articolo 5, comma 3, del testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, ogni tre anni, gli ambiti territoriali di intervento, e procedono al riparto economico delle risorse al fine di assicurare l'efficienza e l'efficacia degli interventi e la partecipazione di tutti i soggetti coinvolti. Possono essere individuati, quali ambiti territoriali di intervento, comuni, unioni di comuni e province.

2. Gli enti locali ricompresi negli ambiti territoriali di intervento di cui al comma 1, mediante accordi di programma definiti ai sensi dell'articolo 34 del citato testo unico

di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, cui partecipano, in particolare, i rappresentanti di aziende sanitarie locali e i SerD, approvano piani territoriali di intervento della durata massima di un triennio, articolati in progetti immediatamente esecutivi, nonché il relativo piano economico e la necessaria copertura finanziaria. Gli enti locali assicurano la partecipazione delle associazioni senza fini di lucro e di volontariato nella definizione dei piani di intervento. I piani di intervento sono trasmessi alle regioni, che provvedono all'approvazione ed alla emanazione della relativa delibera di finanziamento a valere sulle quote del Fondo di cui all'articolo 8 ad esse attribuite ai sensi del medesimo articolo 8, comma 3, nei limiti delle disponibilità assegnate ad ogni ambito territoriale, entro i successivi sessanta giorni. Le regioni possono impiegare una quota non superiore al 5 per cento delle risorse loro attribuite per la realizzazione di programmi interregionali di scambio e di formazione in materia di servizi per la prevenzione e la cura dei soggetti dipendenti da gioco d'azzardo patologico.

3. Le regioni possono istituire fondi regionali per il finanziamento dei piani di intervento ad integrazione delle quote di competenza regionale del Fondo di cui all'articolo 8, nonché di interventi non finanziati dallo stesso Fondo.

Art. 10.

(Misure positive di contrasto e azioni positive a tutela dei minori)

1. All'articolo 7 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il comma 8 è sostituito dal seguente:

«8. Ferme restando in ogni caso le disposizioni di cui all'articolo 24, commi 20, 21 e 22, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, convertito, con modificazioni, dalla legge

15 luglio 2011, n. 111, è vietato l'ingresso ai minori di anni diciotto nelle aree destinate al gioco con vincite in denaro interne alle sale bingo, nonché nelle aree ovvero nelle sale in cui sono installati i videoterminali di cui all'articolo 110, comma 6, lettera *b*), del testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, e nei punti di vendita in cui si esercita come attività principale quella di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi. La violazione del divieto è punita ai sensi dell'articolo 24, commi 21 e 22, del predetto decreto-legge n. 98 del 2011, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 111 del 2011. Ai fini di cui al presente comma, il titolare dell'esercizio commerciale, del locale ovvero del punto di offerta del gioco con vincite in denaro identifica i minori di età mediante richiesta di esibizione di un documento di identità, tranne nei casi in cui la maggiore età sia manifesta».

2. Al fine di dare piena attuazione alle disposizioni di cui all'articolo 7 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, come modificato dal comma 1 della presente legge, il Ministero dell'economia e delle finanze, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, emana un decreto per la progressiva introduzione obbligatoria, con riferimento ai videoterminali di cui all'articolo 110, comma 6, lettere *a*) e *b*), del testo unico di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, di idonee soluzioni tecniche volte a bloccare automaticamente l'accesso ai giochi per i minori, anche mediante l'inserimento nei *software* degli apparecchi da intrattenimento, video giochi e giochi *on line*, di appositi sistemi di filtro, richiedenti l'uso esclusivo di tessera elettronica, tessera sanitaria o codice fiscale, nonché volte ad avvertire automaticamente il giocatore dei pericoli di dipendenza dal gioco.

Art. 11.

(Divieto di pubblicità)

1. È vietata ogni forma di pubblicità, diretta o indiretta, realizzata in qualsiasi forma, volta a favorire l'accesso al gioco d'azzardo. I trasgressori sono puniti con una sanzione amministrativa pecuniaria da euro 10.000 a euro 30.000 per ciascuna violazione del divieto.

Art. 12.

(Autorità competente e limitazioni all'autorizzazione per l'esercizio del gioco lecito in difesa di categorie di popolazione meritevoli di specifica tutela)

1. Al comma 10 dell'articolo 7 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, il primo, il secondo e il terzo periodo sono sostituiti dai seguenti:

«10. L'apertura di sale da gioco, di punti vendita in cui si esercita come attività principale l'offerta di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi, l'esercizio del gioco lecito nei locali aperti al pubblico e l'installazione degli apparecchi idonei per il gioco lecito di cui all'articolo 110, comma 6, lettere *a)* e *b)*, del testo unico di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773, e successive modificazioni, sono soggetti all'autorizzazione del sindaco del comune competente per territorio, rilasciata previo parere del questore. Resta ferma l'applicazione delle disposizioni degli articoli 86 e 88 del citato testo unico di cui al regio decreto n. 773 del 1931, e successive modificazioni. L'autorizzazione di cui al presente comma non è concessa qualora il locale o l'esercizio per cui è richiesta sia ubicato entro un rag-

gio di 500 metri, misurati secondo la distanza pedonale più breve, da istituti scolastici di qualsiasi ordine e grado, luoghi di culto, impianti sportivi e centri giovanili o altri istituti frequentati principalmente da giovani ovvero da strutture residenziali o semi-residenziali operanti in ambito sanitario o socio-assistenziale o da strutture ricettive per categorie protette. L'autorizzazione è concessa per cinque anni e può essere rinnovata alla scadenza. Le regioni e i comuni possono stabilire altri luoghi sensibili in relazione ai quali può essere negata l'autorizzazione di cui al presente comma, tenendo conto dell'impatto della stessa sul contesto urbano e sulla sicurezza urbana ovvero di problemi connessi con la viabilità, l'inquinamento acustico o il disturbo della quiete pubblica».

2. All'articolo 3 del decreto-legge 4 luglio 2006 n. 223, convertito, con modificazioni, dalla legge 4 agosto 2006, n. 248, e successive modificazioni, dopo il comma 1 è inserito il seguente:

«1-*bis*. Le disposizioni di cui al comma 1 non si applicano alle attività che possono pregiudicare categorie della popolazione meritevoli di specifica tutela, comprese quelle di raccolta del gioco mediante gli apparecchi di cui all'articolo 110, comma 6, lettere *a*) e *b*) del testo unico di cui al regio decreto 18 giugno 1931, n. 773».

3. All'articolo 50, comma 7, del testo unico di cui al decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, è aggiunto, in fine, il seguente periodo: «Il sindaco può introdurre limitazioni relative agli orari di esercizio e alla localizzazione di attività che possono pregiudicare categorie della popolazione meritevoli di specifica tutela».

Art. 13.

(Rafforzamento delle misure a tutela dei soggetti vulnerabili)

1. Al comma 5 dell'articolo 7 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, l'ultimo periodo è sostituito dai seguenti: «Ai fini del presente comma, i gestori di sale da gioco e di esercizi in cui vi sia offerta di giochi pubblici, ovvero di scommesse su eventi sportivi, anche ippici, e non sportivi, sono tenuti a esporre, all'ingresso e all'interno dei locali il materiale informativo predisposto dalle aziende sanitarie locali, diretto a evidenziare i rischi correlati al gioco e a segnalare la presenza sul territorio dei servizi di assistenza pubblici e del privato sociale dedicati alla cura e al reinserimento sociale delle persone con patologie correlate al gioco d'azzardo patologico. A tale scopo, essi sono tenuti ad assicurare la periodica presenza, mediante apposite convenzioni stipulate a proprio carico, nei luoghi di cui al presente comma di operatori dei medesimi servizi di assistenza pubblici e del privato sociale, nonché a figure professionali appartenenti ad associazioni senza scopo di lucro, in possesso di comprovate competenze di tipo psicologico-medico-assistenziali e accreditate, al fine di individuare le persone affette da patologie del gioco d'azzardo e fornire loro informazioni e un sostegno concreto e di prossimità».

Art. 14.

(Valutazione dell'efficacia della spesa)

1. Entro il 30 giugno di ciascun anno, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano presentano una relazione al Ministro della salute sullo stato di attuazione degli interventi previsti dalla presente legge,

sulla loro efficacia, sull'impatto sociale delle misure attuate, sugli obiettivi conseguiti e sulle ulteriori misure da adottare nel rispettivo territorio. Qualora, entro diciotto mesi dalla data di entrata in vigore della presente legge, le regioni non abbiano provveduto all'impegno contabile delle quote di competenza del Fondo di cui all'articolo 8 ed all'individuazione degli ambiti territoriali di intervento di cui all'articolo 9, il Ministro della salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, provvede alla ridestinazione delle risorse alle regioni ed alle province autonome di Trento e di Bolzano.

Art. 15.

(Relazione al Parlamento)

1. Entro il 30 settembre di ciascun anno il Ministro della salute trasmette alle competenti Commissioni parlamentari una relazione sullo stato di attuazione della presente legge, tenuto conto delle relazioni presentate dalle regioni e dalle province autonome di Trento e di Bolzano, ai sensi dell'articolo 14.

Art. 16.

(Copertura finanziaria)

1. Al fine di incrementare le risorse per gli interventi di cura in favore dei soggetti affetti da patologie correlate al gioco d'azzardo patologico, sono:

a) ridotte in misura pari all'1 per cento le percentuali delle somme giocate destinate alla remunerazione degli operatori e dei concessionari inseriti nell'elenco di cui all'articolo 1, comma 533, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, e successive modificazioni;

b) aumentate in misura pari all'1 per cento le aliquote relative al prelievo erariale unico.

2. Con decreto direttoriale, da adottare entro sessanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge, l'Agenzia delle dogane e dei monopoli, in funzione della sua competenza decisoria esclusiva al riguardo, emana le conseguenti norme di attuazione.

3. Le risorse acquisite ai sensi del comma 1, valutate in 48 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014, previo versamento all'entrata del bilancio dello Stato, sono destinate ad incrementare, per una quota pari rispettivamente a 14 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2014 il Fondo sanitario nazionale e il Fondo per le politiche sociali, e per una quota pari a 20 milioni di euro annui per ciascuno degli anni 2014, 2015 e 2016 alla copertura dei maggiori oneri di cui all'articolo 8.

