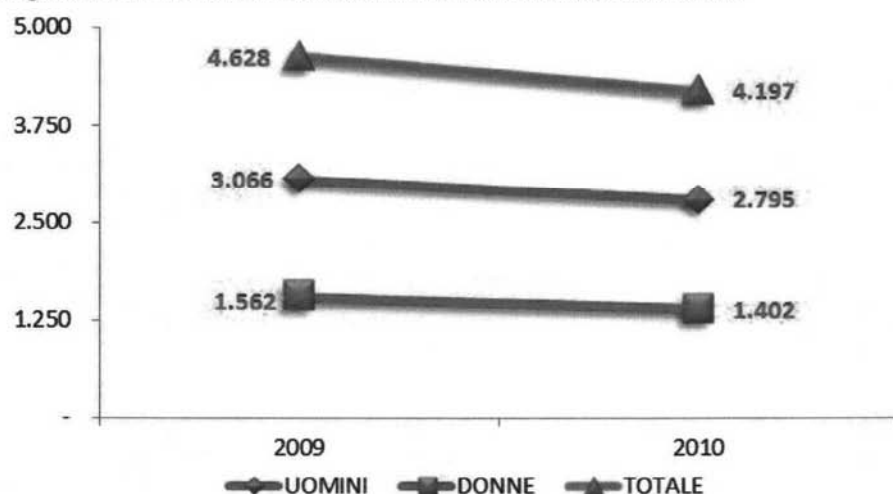


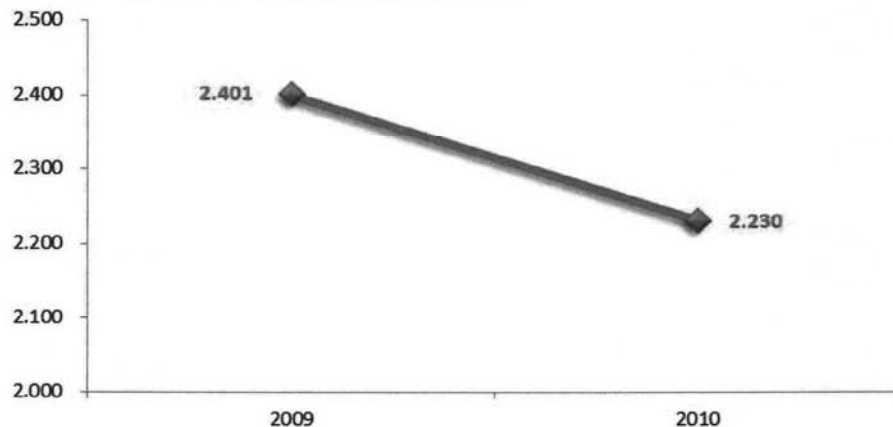
**Figura I.4.69:** Numero di feriti causati da incidenti stradali 2009-2010

Diminuzione del  
numero di feriti  
causati da  
incidenti stradali  
dal 2009 al 2010

Anche il numero dei feriti è diminuito, passando, complessivamente, 4.628 a 4.197 (2009 vs, 2010), con una riduzione di 431 casi (meno 9%)

Nei 19 territori che hanno contribuito alla rilevazione dei dati sulla incidentalità con danni a persone è stata anche rilevata l'applicazione delle sanzioni CdS a carico dei conducenti.

Applicazione  
delle sanzioni  
2009-2010

**Figura I.4.70:** Applicazione delle sanzioni 2009-2010

Rispetto al 2009 le sanzioni mostrano complessivamente una riduzione del 7%; questo valore risulta del tutto sovrapponibile a quello osservato per gli incidenti.

La diffusione del Protocollo Drugs on Street a livello nazionale ha posto le basi per lo sviluppo e l'implementazione di azioni di prevenzione e controllo mirate a contrastare l'incidentalità stradale alcol e droga correlata. La creazione di reti a livello locale composte da Prefetture, Forze dell'Ordine, personale sanitario e altri Enti coinvolti nei progetti territoriali, il supporto formativo organizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga, nonché le campagne informative locali, hanno costituito un Network efficace non solo per la realizzazione e l'incremento di controlli su strada, nel rispetto delle norme previste dal Codice della Strada, ma anche per creare un effetto deterrente sui territori interessati, rendendo più consapevoli i conducenti che si mettono alla guida. A seguito delle manifestazioni di interesse espresse dai Comuni aderenti al progetto NNIDAC 2010/2011 e sulla base dei risultati ottenuti, che hanno dimostrato l'efficacia degli interventi in termini di individuazione dei

conducenti alla guida in stato alterato, il Dipartimento Politiche Antidroga ha ritenuto opportuno estendere per il biennio 2012/2013 il Progetto Quadro NNIDAC a circa 50 Comuni Italiani.

#### I.4.4. Mortalità acuta droga correlata

Come da indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, l'argomento della mortalità nei consumatori di droga viene suddiviso tra mortalità per intossicazione acuta e mortalità per altra causa. La prima viene analizzata nel presente paragrafo, mentre nel successivo verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate. Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, che rileva gli episodi in cui siano state interessate le Forze di Polizia su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive).

In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, anno in cui si sono registrati 1.002 casi di decesso per overdose, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Negli anni successivi si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2011 con un numero di decessi pari a 362 (Figura I.4.71). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 9 maschi ogni donna (9,3); tale quoziente varia da un minimo di 6,5 nel 2011 (in cui il 13,3% dei deceduti era costituito da donne) ad un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.4.19).

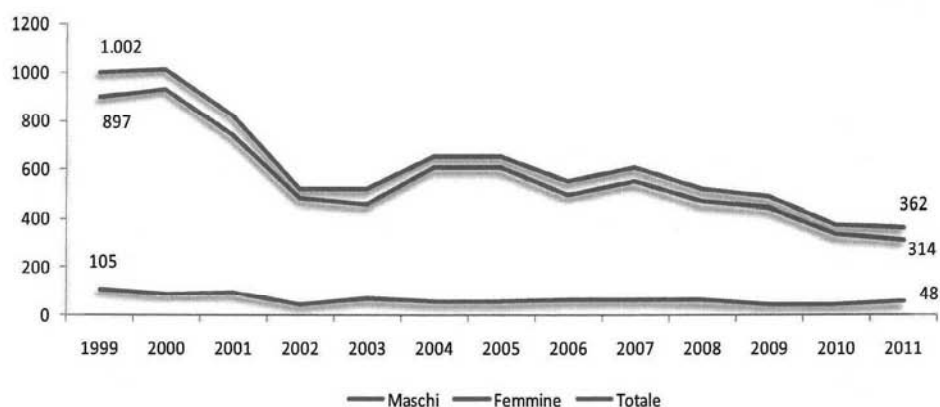
Trend in forte decremento dei decessi droga correlati: da 1.002 decessi nel 1999 a 362 nel 2011

**Tabella I.4.19:** Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2011

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332	314
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42	48
Tot.	<b>1002</b>	<b>1016</b>	<b>825</b>	<b>520</b>	<b>517</b>	<b>653</b>	<b>653</b>	<b>551</b>	<b>606</b>	<b>517</b>	<b>484</b>	<b>374</b>	<b>362</b>
M/F	8,5	11,0	8,4	11,4	7,2	11,8	11,8	8,3	9,1	8,4	10,0	7,9	6,5

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

**Figura I.4.71:** Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2011

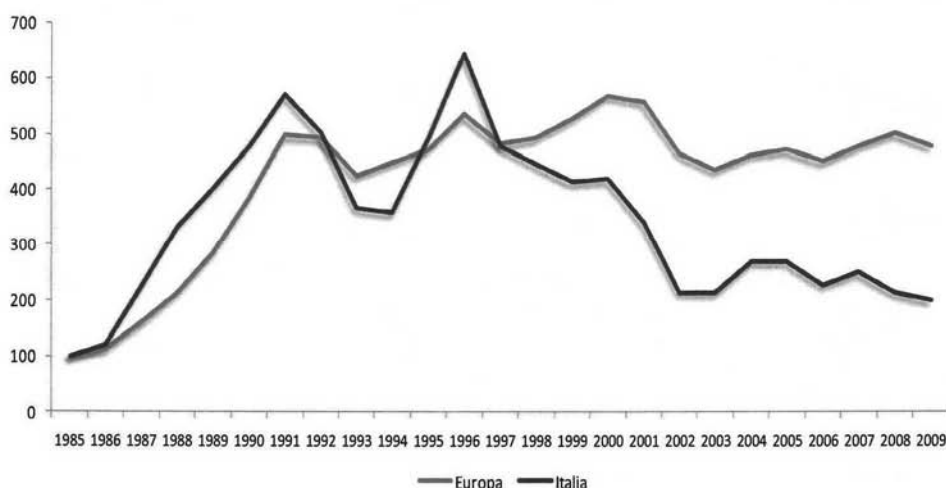


Continua la  
diminuzione dei  
decessi

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

I decessi per intossicazione acuta da stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e nei primi anni novanta; in Italia, ciò è avvenuto soprattutto in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via endovenosa. Dal 1997, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente fino al 2002, con molta probabilità dovuto all'aumento in quegli anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori. Nel periodo successivo, dal 2003 al 2009, il trend si stabilizza a valori lievemente superiori, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati (Figura I.4.2).

**Figura I.4.72:** Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2009 (Anno base 1985=100)



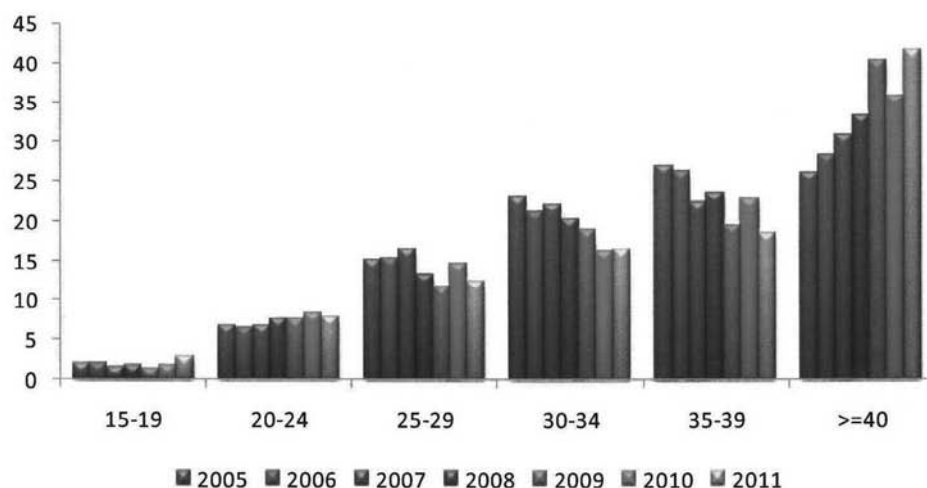
Maggior  
decremento dei  
decessi in Italia  
rispetto al trend  
europeo

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2011

Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 37 anni del 2011; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2011 tale quota raggiunge il 60% circa, che risulta il valore più alto insieme a quello registrato nel 2009. Caratteristiche sostanzialmente simili si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere, sebbene in quello femminile si osservi una maggiore variabilità nel periodo temporale oggetto di analisi. Per entrambi, la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40. Prendendo in analisi l'anno 2011, si osserva una riduzione dei decessi nelle fasce di età 25-29 e 35-39 sia per i maschi che per le femmine; per queste ultime vi è una diminuzione anche nella classe 20-24 anni.

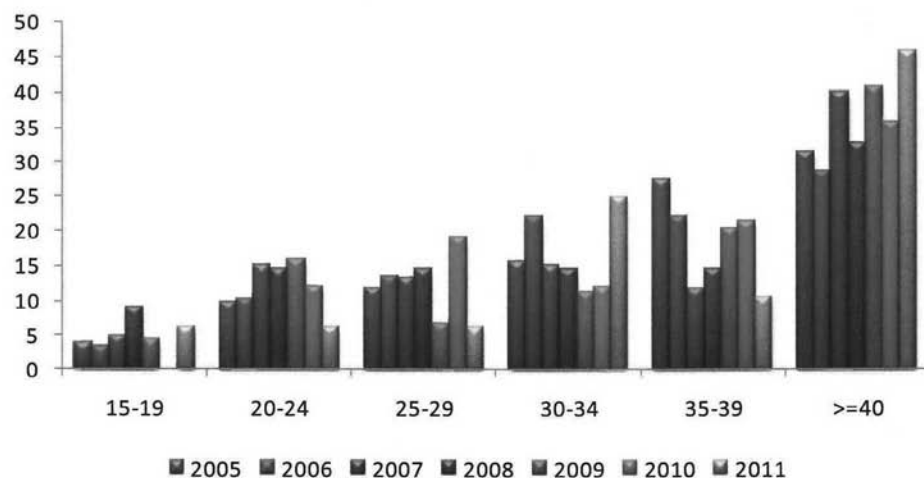
Aumento dell'età  
media del  
decesso: da 32  
anni nel 1999 a 37  
anni nel 2011

**Figura I.4.73:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2005 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

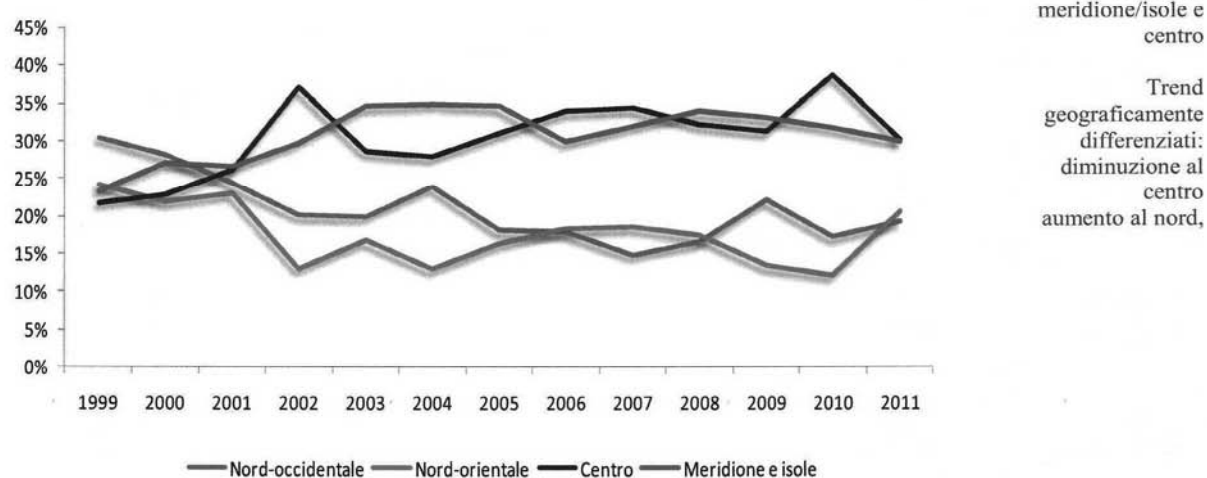
**Figura I.4.74:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2005 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Differenze tra i generi si osservano nelle fasce di età dei giovani adulti (20-24 anni) e giovanissimi (15-19 anni) con percentuali di decessi più elevate per le femmine. Nella fascia di età più giovane, si osserva una tendenziale riduzione nel tempo della percentuale di decessi tra i maschi fino al 2009, con un successivo lieve aumento negli ultimi due anni. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore a quella dei maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (9,1%); nel 2010, non si sono registrati decessi tra le femmine, mentre nel 2011 si registra una percentuale pari al 6,3% (Figura I.4.74).

**Figura I.4.75:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2011



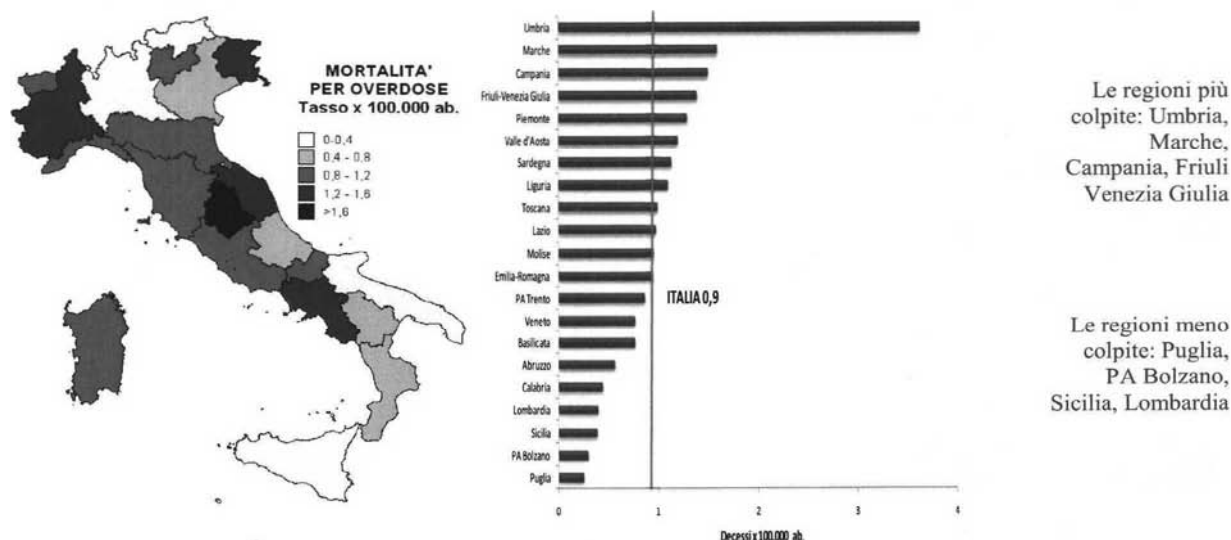
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta, a livello territoriale, nell'ultimo decennio, evidenzia una predominanza nell'area centro-meridionale del Paese, che si mantiene con una discreta variabilità per tutto il periodo considerato. Nel 2011, si osserva una diminuzione dei decessi nel centro Italia ed un aumento nelle zone Nord del Paese, mentre è quasi stabile per meridione ed isole (Figura I.4.75).

Anche nel 2011, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un tasso di mortalità<sup>3</sup> pari a quasi 4 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalle Marche e dalla Campania. I quattro casi registrati nel Trentino Alto Adige, sono localizzati uno nella Provincia Autonoma di Bolzano e tre nella Provincia Autonoma di Trento (Figura I.4.76).

<sup>3</sup> Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero dei deceduti per i residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2011.

**Figura I.4.76:** Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011

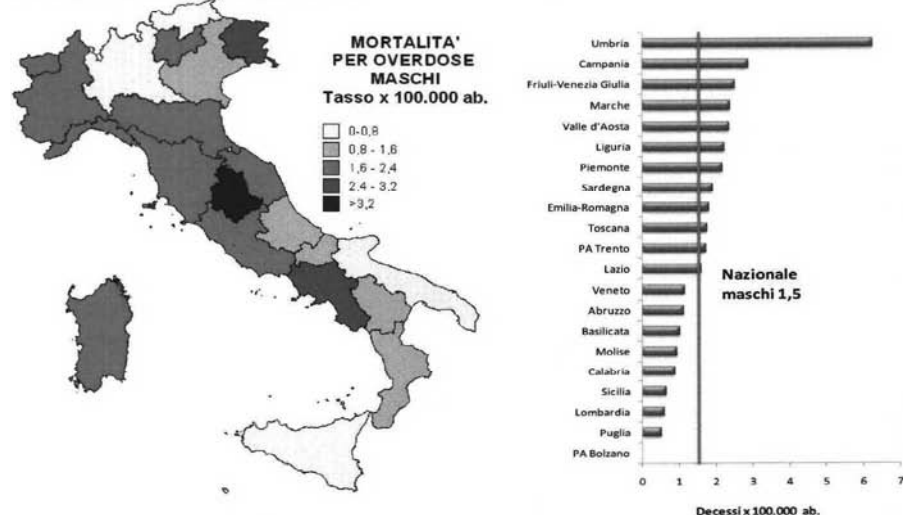


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

La distribuzione del tasso di mortalità per intossicazione acuta nei maschi per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria (6 decessi per 100.000 residenti), seguita dalla Campania e dal Friuli Venezia Giulia con 3 decessi per 100.000 residenti (Figura I.4.77).

Il tasso di mortalità nei maschi in Umbria è 4 volte la media nazionale

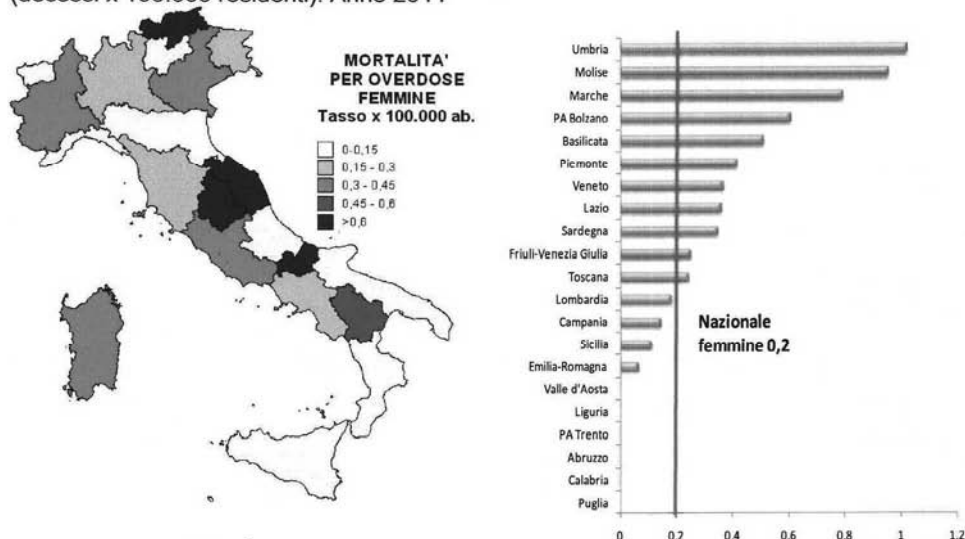
**Figura I.4.77:** Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nei maschi (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per le femmine il tasso di mortalità risulta essere sensibilmente inferiore rispetto a quello dei maschi in quasi tutte le regioni; il valore medio nazionale è pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,5 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi. Anche in questo caso la regione più colpita è l'Umbria con un 1 decesso per 100.000 residenti (Figura I.4.78).

**Figura I.4.78:** Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011

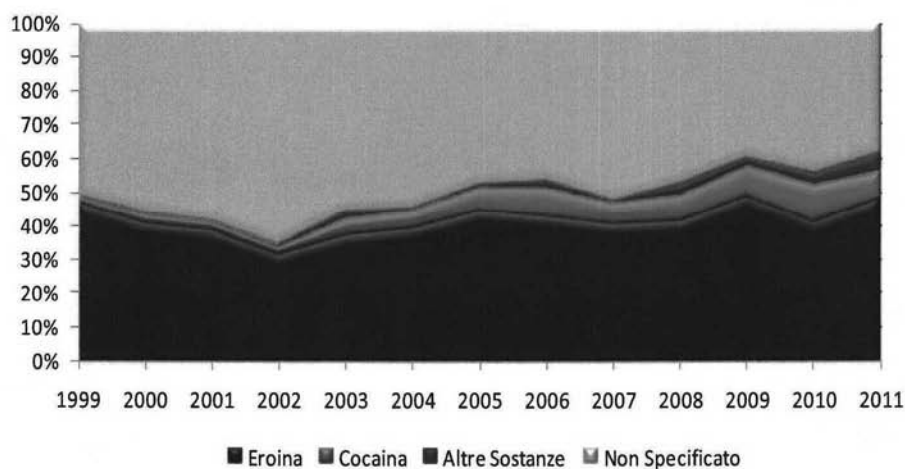


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per circa il 38% dei decessi registrati nel 2011 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche, ma su meri elementi circostanziali); nel 48% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'8% alla cocaina, nel 4% al metadone nel restante 1% ad altre sostanze (un decesso per M.D.M.A, uno per metamfetamina, uno per crack, uno per hashish e due per barbiturici). L'eroina si conferma, quindi, lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Come nel 2010, l'età media dei decessi sia per l'eroina che per la cocaina risulta pari a 37 anni.

Eroina prima  
sostanza  
responsabile  
dei decessi

**Figura I.4.79:** Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 decessi attribuiti ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo 165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una

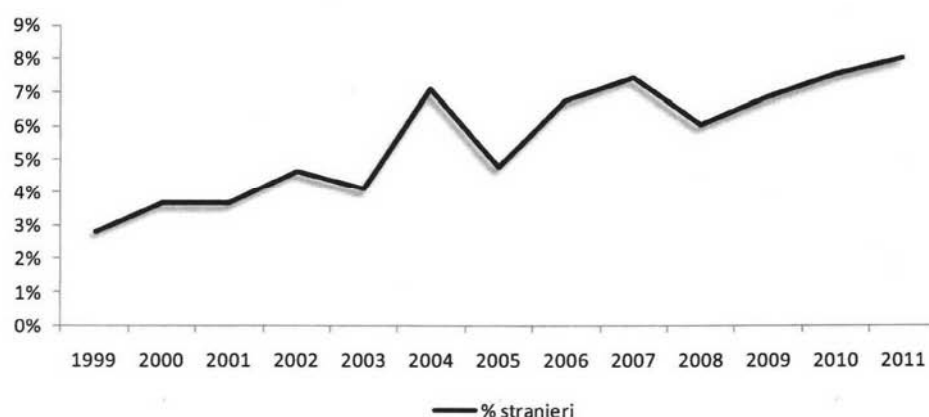
Trend in  
diminuzione di



tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno; nel 2010 si registra un nuovo forte decremento (154 decessi, pari a -34,7%). Nel 2011, invece, viene registrato un aumento con un numero di decessi per eroina pari a 174 (+13%). Per quanto riguarda la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, questa risulta in lento ma graduale aumento fino al 2010, mentre nel 2011 si registra una diminuzione, passando da 41 a 29 decessi (-29,3%) (Figura I.4.79).

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.4.80) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando all'8% nel 2011.

**Figura I.4.80:** Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

#### I.4.5. Mortalità tra i consumatori di droga

L'intossicazione acuta da una o più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe. Tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e patologie) o di decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta).

L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale".

La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Una componente informativa aggiuntiva rispetto alla mortalità droga correlata, sebbene parziale in relazione a quanto sopra esposto, può essere desunta dall'analisi della scheda di dimissione ospedaliera, relativamente ai ricoveri droga correlati.

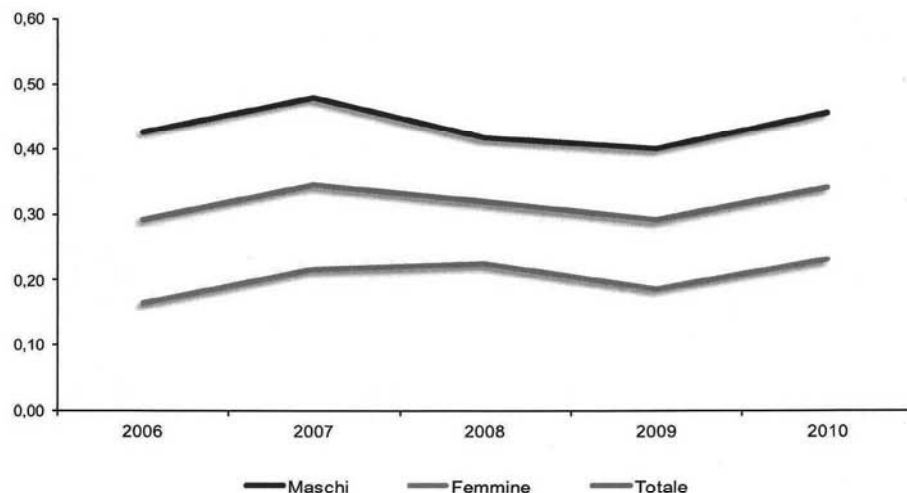
overdose per la  
cocaina, in  
aumento per  
l'eroina

Aumento  
percentuale delle  
overdose nella  
popolazione  
straniera

Ancora  
difficoltosa la  
ricostruzione delle  
varie cause di  
morte droga  
correlate



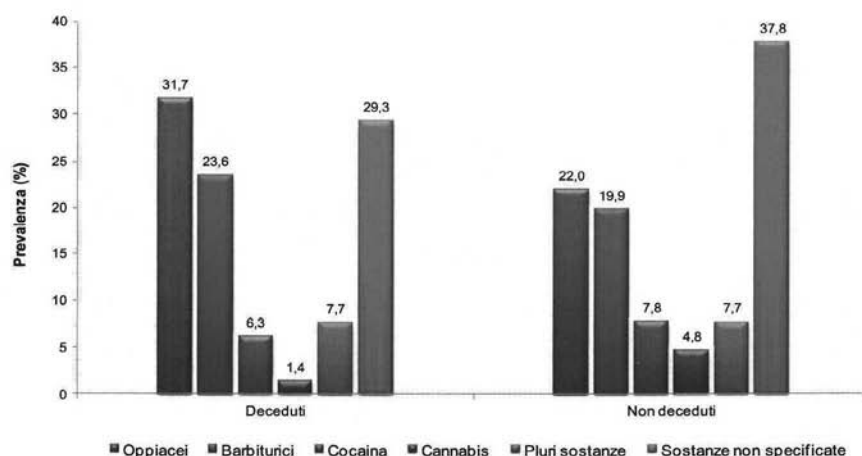
**Figura I.4.81:** Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Anche nel 2010, i ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all'1% del totale dei ricoveri droga correlati (208). Il confronto del tasso di ospedalizzazione dei decessi negli ultimi cinque anni evidenzia una contrazione dal 2007 al 2009 (206 nel 2007, 192 nel 2008 e 177 nel 2009) a fronte di un aumento dei decessi nell'ultimo anno (17,5%). Considerando la differenza per genere, rispetto al 2009 nel 2010 si osserva un aumento dei decessi per entrambi i generi; per il genere maschile si rileva un aumento dell'1,0% sul totale maschi ricoverati (0,81% nel 2008 e 0,7% nel 2010), per il genere femminile si evidenzia un aumento dello 0,7% sul totale delle ricoverate (0,65% nel 2008 e 0,58% nel 2009).

**Figura I.4.82:** Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010

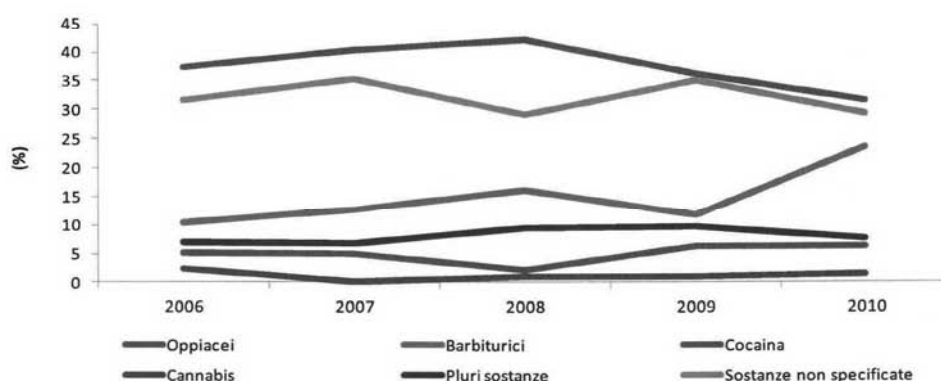


Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Dal 2006 al 2010 le sostanze di abuso che hanno provocato più decessi sono risultate essere gli oppiacei con un aumento fino al 2008 (37,4% nel 2006, 40,3 % nel 2007 e

42,2% nel 2008) per poi diminuire nel biennio successivo (36,2% nel 2009 e 32,7% nel 2010), mentre le sostanze non specificate sono risultate essere in calo nell'ultimo biennio (11,8% nel 2009 e 23,6% nel 2010). Tra le sostanze con minore percentuale di decessi, si osservano i barbiturici, che, peraltro, nell'ultimo biennio hanno fatto registrare un aumento di 11,7 punti percentuali con 21 decessi nel 2009 vs. 49 decessi nel 2010; in particolar modo i più colpiti risultano essere i soggetti con età maggiore di 65 anni.

**Figura I.4.83:** Percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso, secondo la sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

## **CAPITOLO I.5.**

### **GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO**

I.5.1. Introduzione

I.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia

I.5.3. Le indagini SPS-DPA e GPS-DPA 2012

I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011

I.5.5. Usura e dati finanziari

I.5.6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni

## I.5. GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO

### I.5.1. Introduzione

Il Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno caratterizzato da elementi molto vicini alle classiche forme di dipendenza.

La gravità del gioco d'azzardo può essere classificata con l'utilizzo di test specifici attraverso i quali è possibile identificare differenti livelli di compromissione: non problematico, problematico e patologico.

Nell'ambito dell'inquadramento del fenomeno si ritiene opportuno adottare la seguente terminologia:

- **Persone vulnerabili:** soggetti che per alcune loro caratteristiche neuro-psico-biologiche e sociali presentano una probabilità maggiore, rispetto alla popolazione generale esposta al gioco d'azzardo, di esplicitare un comportamento a rischio (gioco d'azzardo problematico) e di evolvere in malattia (gioco d'azzardo patologico).
- **Gioco d'Azzardo Problematico:** identifica il gioco d'azzardo compulsivo in cui non si è ancora instaurata una dipendenza, ma con una possibile progressione verso una forma di malattia. E' quindi da considerare un comportamento a rischio per la salute psico-fisica e sociale della persona in quanto spesso è evolutivo verso la forma patologica, caratterizzata proprio da dipendenza. E' una condizione comportamentale prevenibile ed estinguibile con interventi preventivi e supporti psicologici ed educativi. Questo comportamento necessita di diagnosi precoce e interventi immediati.
- **Gioco d'Azzardo Patologico:** E' una malattia del cervello che si connota come una dipendenza patologica "sine substantia", caratterizzata da andamento cronico e recidivante in grado di compromettere lo stato di salute fisica e psichica e la socialità della persona affetta da tale disturbo. E' una malattia prevenibile, curabile e guaribile che necessita di diagnosi precoce, cure specialistiche e supporto sociale. La sua diagnosi si basa sulla rispondenza ai criteri diagnostici descritti nella Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-X) e nel DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association.

Il gioco d'azzardo patologico è stato caratterizzato come una patologia progressiva, a vari livelli. La prima fase, della vincita, è favorita dai primi successi ed è spesso riscontrabile negli uomini, riflettendo probabilmente un aspetto più competitivo del gioco d'azzardo maschile. Vincere conferisce un senso di prestigio, di potere e di onnipotenza. Le caratteristiche che accompagnano questa fase sono alti livelli di energia, concentrazione focalizzata, migliore abilità con i numeri e interesse nelle strategie di gioco d'azzardo. Molti attribuiscono le loro vincite iniziali all'abilità piuttosto che alla fortuna. Si ritiene che molti giocatori derivino una sostanziale porzione della loro autostima dal gioco d'azzardo e che dipendano dal gioco nel gestire delusioni e stati d'umore negativi. Il giocatore può iniziare a ritirarsi da famiglia e amici e può dedicare più tempo ed energia al gioco d'azzardo. Fantasie di vincita e pensieri di grande successo sono tipici.

Fase della vincita

Perdite inaspettate, spesso percepite come segni di sfortuna, portano ad una seconda fase, chiamata la fase perdente, caratterizzata dalla rincorsa. Il giocatore cerca di recuperare disperatamente il denaro perso scommettendo più frequentemente e con somme più ingenti. Spesso mente alle persone importanti (familiari, amici e datori di lavoro) per nascondere le perdite. Le relazioni generalmente si deteriorano e le finanze peggiorano. Alla fine il giocatore

Fase perdente

sperimenta una situazione difficile, in cui le sorgenti legittime di denaro sono esaurite. I familiari possono provvedere alla cauzione economica in cambio di promesse di smettere di giocare.

Uno schema a spirale, di perdita e di rincorsa alla perdita, porta alla terza fase, la disperazione. Il giocatore può venire coinvolto in attività illegali quali frode, appropriazione indebita, assegni scoperti o furto per poter sostenere i propri problemi di gioco. Il comportamento illegale viene razionalizzato, spesso con l'intenzione di restituire i fondi dopo la grossa vincita che si crede imminente. Fantasie di fuga e pensieri suicidi sono riportati comunemente durante questa fase.

Fase della  
disperazione

Alcuni giocatori sperimentano una quarta fase di rinuncia. Il giocatore può cercare trattamento, spesso sotto insistenza del datore di lavoro, del coniuge o di un familiare. Depressione, pensieri suicidi e sintomi legati allo stress quali ipertensione, palpitazioni, insonnia e disturbi gastro-intestinali possono essere presenti. (Rosenthal 1992).

Fase della rinuncia

Il Gioco d'Azzardo Patologico ha dei correlati neuropsicobiologici molto forti e gli studi di neuroscienze hanno dimostrato che questa malattia si basa sulla presenza di anomalie documentabili anche attraverso le moderne tecniche di neuroimaging relativamente al sistema per il controllo degli impulsi (corteccia prefrontale-serotonina) il sistema dopaminergico della gratificazione, il sistema adrenergico e degli oppioidi endogeni.

Gambling e  
neuroscienze

Questi sistemi risultano con un funzionamento alterato nelle persone con Gioco d'Azzardo Patologico e condizionano, quindi, in maniera fondamentale l'espressione e il mantenimento della malattia così come è stata riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il gioco d'azzardo, anche nel nostro Paese, ha assunto dimensioni rilevanti e una forte spinta commerciale facilmente percepibile dalle innumerevoli pubblicità che, sempre più, sono presenti sui media.

Gioco d'azzardo:  
fenomeno in forte  
espansione

Il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza (gambling patologico).

Questa condizione può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall'incontrollabilità del proprio comportamento, e contemporaneamente alla possibilità di entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale ma, anche e soprattutto, con quelle dell'usura.

Gravi conseguenze  
sociali legate  
all'usura

Il "gambling patologico", come invece dovrebbe essere, non trova ancora riconoscimento nei livelli essenziali d'assistenza (LEA) e pertanto vi è una oggettiva difficoltà ad organizzare forme strutturate di cura e riabilitazione nei sistemi sanitari regionali. La necessità di risolvere tale problema è stata riportata e sottolineata nel Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dal Consiglio dei Ministri, così pure la necessità di avere a disposizione precise linee d'indirizzo per le attività di cura e riabilitazione, un sistema per il tempestivo e costante rilevamento epidemiologico della prevalenza e dell'incidenza del fenomeno, delle regolamentazioni più conservative e prudenziali nei confronti degli utenti finalizzate a un maggior controllo dei gestori e dei concessionari di tali giochi, oltre che un programma di azione nazionale opportunamente finanziato con parte dei proventi derivanti dai giochi stessi (al pari di tanti altri Paesi europei e internazionali che già prevedono tali finanziamenti).

Necessità di  
riconoscere la  
patologia nei LEA

Oltre a ciò, si è rivelata la necessità di valorizzare e promuovere ulteriormente le azioni di prevenzione e contrasto di gioco illegale e dell'usura collegata. I dati, purtroppo frammentari, che si possono trovare in varie fonti nazionali, sono stati qui riassunti al fine di dare un primo profilo dell'estensione della gravità del fenomeno che necessariamente dovrà essere preso in considerazione in maniera più approfondita nei prossimi anni, anche e soprattutto per strutturare precise ed

Mancanza di  
quantificazione  
epidemiologica del  
fenomeno

efficaci strategie di tutela della salute ed integrità sociale sia del giocatore patologico che della propria famiglia e, nel contempo, trovare una migliore regolamentazione dell'intero sistema dei giochi.

Và ricordato che il gioco di per sé è fonte di legittimo piacere e quindi non può essere quindi vietato o proibito tout court, anche perché facente parte della cultura popolare e delle società ma, necessariamente, nel momento in cui vi sono effetti negativi documentati sulla salute di alcune persone è necessario prendere in seria considerazione l'esigenza di introdurre forme di regolamentazione e di tutela della salute e dell'integrità sociale più stringenti, soprattutto alla luce della forte evoluzione che questi giochi stanno avendo sulla rete internet dove diventa estremamente difficile esercitare controlli e introdurre forme di prevenzione.

Necessarie forme di tutela della salute e regolamentazione

### 1.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia

Secondo una ricognizione eseguita nel 2009, sono 11 gli stati europei che, tra il 2001 e il 2008, hanno condotto indagini di popolazione per stimare la prevalenza di gambling problematico. Le percentuali di presenza di questa condizione nella vita variano dallo 0,7% (Danimarca) al 3,3% (Svizzera), mentre le stime riferite all'ultimo anno sono comprese tra 0,5% (Gran Bretagna) e 6,5% (Estonia).

Il gioco problematico in Europa

**Tabella 1.5.1.** Sintesi delle più recenti indagini su popolazione adulta per la presenza di gambling problematico in Europa

Ampia variabilità della prevalenza in Europa

Stato	Anno	Nr. soggetti	Strumento	Prevalenza
Denmark	2006	8,153	NODS	0.7 (nella vita)
			SOGS-RA	1.7 (nella vita)
Norway	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Netherlands	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Switzerland	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)
Great Britain	2007	8,996	PGSI	0.5 (ultimo anno)
			DSM-IV	0.6 (ultimo anno)
Iceland	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Germany	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Belgium	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Sweden	2001	7,139	SOGS	2.0 (ultimo anno)
Finland	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)

Fonte: M. Griffiths, 2009

Altre ricerche internazionali hanno riportato valori del 1,4-2,2% per il gioco problematico, e dello 0,7-0,9% per il gambling patologico.

Nonostante anche in Italia negli scorsi anni siano state effettuate delle indagini di popolazione, la situazione nazionale è stata poco rappresentabile a causa di differenze metodologiche tra i vari studi. Queste differenze consistevano nello strumento impiegato nella rilevazione, nella modalità di somministrazione (postale, telefonica, face to face), nel periodo indagato (nella vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese), nella popolazione target (adulti, adolescenti), nell'estensione dell'indagine (locale, nazionale) e nella numerosità della popolazione intervistata. La tabella che segue riporta le caratteristiche e i risultati delle ricerche effettuate fino al 2009 sul territorio italiano.

Le rilevazioni epidemiologiche italiane

Tabella I.5.2. Elenco delle ricerche svolte in Italia fino al 2009 sul gambling patologico

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	TIPO POPOLAZIONE	CAMPIONE	STIMA GIOCATORI TOTALI	STIMA GIOCATORI PATOLOGICI	ECESSIVI A RISCHIO MODERATO- ALTO	PROBLEMATICI	PERIODO INDAGATO
BOLZANO	2000	SOGS	HOUSEHOLD	ADULTI	500		2,2%		3,8%	?
VALDINEVOLE (PT)	2002	?	TELEFONICA	18-65 ANNI	516	43%			1,9-2,5%	ULTIMO MESE
PAVIA	ott2003- feb2004	SOGS	TELEFONICA	18-74 ANNI	707		0,40%	0,7%	1,1%	ULTIMO ANNO
PISTOIA- PRATO- FIRENZE	2004- 2005	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1568				2%	?
CONAGGA- CNCA MULTISITE	2008	?	ON THE FLY	10-80+ANNI	1625	80-82%	2,75%			?
AREZZO	2008	LIE/BET	?	?	97	62%			5%	?
MONZA	2008?	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1520	63%	0,50%	0,8%	1,30%	ULTIMO ANNO
ROMA	2002- 2006	?	SCUOLE	13-21 ANNI	2798	84,9%	5,10%		9,7%	?
VENEZIA	2006	?	SCUOLE	15-20ANNI	327				1,8%?	?
CASERTA	2005- 2006	DSMIV	SCUOLE	15-18ANNI	1002				6%	?
TOSCANA	2008	LIE/BET	SCUOLE	14-19ANNI	5231	50,8%			9,7%	VITA
EURISPES	2007	?	?	18-80		78%	?	?	?	?
NOMISMA	2008	?	SCUOLE	17-17 ANNI	6700	68%	?	?	?	ULTIMO ANNO
IPSAD	2007- 2008	LIE/BET							3,3%	?
		CPGI-SF	POSTALE	15-65 ANNI	10940	38%	0,80%	4,6%?	5,4%?	ULTIMO ANNO
ESPAD	2009	SOGS-RA	SCUOLE	15-19 ANNI	32461	47,1%	0,6%M-0,1%F		11,1%?	ULTIMO ANNO

Fonti: Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi.

Rapporto Eurispes 2010

Rapporto Nomisma 2009

IPSAD 2007/2008

ESPAD 2009



### I.5.3. Le indagini SPS-DPA e GPS-DPA 2012

Nel corso del 2012 l'Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga ha condotto le indagini SPS e GPS, rivolte rispettivamente alla popolazione studentesca (15-18 anni) e a quella generale (19-64 anni) delle quali si è ampiamente riportato nel capitolo 1.

In entrambe le survey era presente una sezione specifica indirizzata a investigare la frequenza e l'abitudine al gioco.

In particolare, per gli studenti è stata rilevata anche la presenza di gioco problematico attraverso il questionario Lie/Bet. Questo strumento di indagine è composto da due domande:

- Hai mai mentito ai tuoi genitori o a persone per te importanti su quanto hai speso nel gioco?
- Hai mai sentito la necessità di puntare sempre più denaro?

La risposta affermativa ad almeno una domanda è indicativo per presenza di gioco problematico nella vita.

Negli studenti intervistati la percentuale di coloro i quali hanno risposto affermativamente ad almeno una domanda è pari al 7,5%.

34.427 studenti  
intervistati

**Tabella I.5.3.** Distribuzione percentuale di positività al Lie/Bet Questionnaire tra gli adolescenti

Genere	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale	Pop riferimento
Maschi	7,7	8,5	9,7	10,5	10,5	9,4	17.190
Femmine	5,8	6,1	6,1	5,6	5,3	5,8	17.237
<b>Totale</b>	<b>6,7</b>	<b>7,2</b>	<b>7,8</b>	<b>7,9</b>	<b>7,8</b>	<b>7,5</b>	<b>34.427</b>

Fonte: Studio SPS - DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I maschi presentano prevalenze superiori alle femmine (9,4 vs. 5,8 rispettivamente) e mostrano un aumento correlato all'età. Per le femmine il valore più alto si osserva tra 16 e 17 anni (6,1%).

Gli adolescenti  
maschi giocano  
più delle femmine

I giochi più frequentemente praticati dagli adolescenti sono le scommesse sportive, le lotterie istantanee, i giochi di carte e i giochi on line.

**Tabella I.5.4.** Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adolescente

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e Vinci	44,0	44,2	11,8
Scommesse Sportive in Agenzia o Internet	65,0	15,9	19,0
Giochi di Carte	70,1	19,7	10,1
Giochi on-Line	74,6	13,8	11,5
Video-Poker	84,3	17,1	3,9
Totocalcio	89,4	7,9	8,5
Bingo	87,5	9,5	6,2
Giochi Telefonici	83,6	10,8	3,1
Superenalotto	79,0	9,7	2,8
Lotto	86,1	6,4	4,2
Lotterie Nazionali	92,4	5,4	2,2

Fonte: Studio SPS - DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le lotterie  
istantanee sono i  
giochi preferiti da  
giovani e adulti

Nella popolazione adulta intervistata nell'indagine GPS è stata rilevata la frequenza di gioco a varie tipologie di lotterie/giochi nel corso degli ultimi 12 mesi.