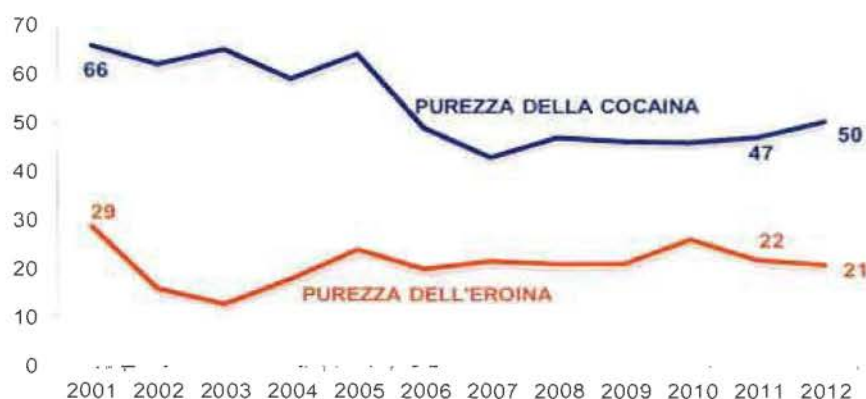


tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno. Negli ultimi tre anni del periodo in studio i valori risultano più bassi (154 nel 2010 e 174 nel 2011) e nel 2012, rispetto all'anno precedente, vi è un decremento del 6,3%. Per quanto riguarda la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, questa risulta in lento ma graduale aumento fino al 2010, nel 2011 si registra una forte diminuzione, mentre nell'anno 2012 al contrario vi è un forte aumento pari al 41,4% passando da 29 a 41 decessi (Figura I.4.81).

Considerando i decessi per sostanza, si prende in analisi il trend della percentuale di principio attivo delle principali droghe risultanti. In particolare per la cocaina i valori della purezza hanno subito un forte calo a partire dal 2006 e si mantengono stabili fino al 2011. Nel 2012 viene rilevato un lieve aumento della percentuale media di sostanza pura, passando dal 47% al 50% (Figura I.4.88).

Trend in  
diminuzione per  
l'eroina,  
in aumento per la  
cocaina

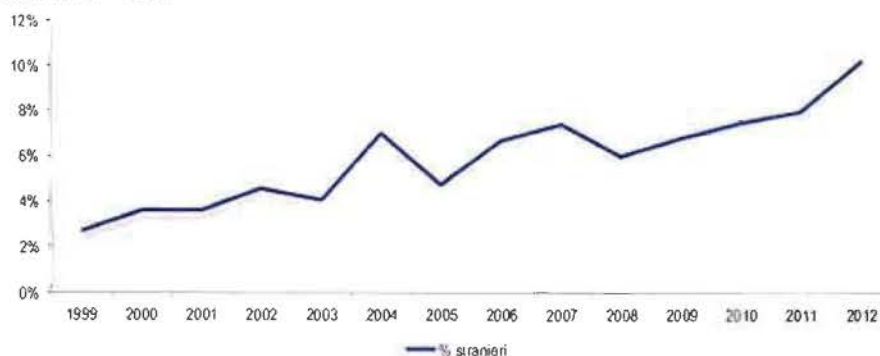
Figura I.4.88: Percentuale media di principio attivo di cocaina ed eroina. Anni 2001-2012.



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.4.89) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando al 10,3% nel 2012.

Figura I.4.89: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 - 2012



Aumento della  
percentuale di  
stranieri tra i casi  
di overdose

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

#### I.4.6. Mortalità tra i consumatori di droga

L'intossicazione acuta da una o più sostanze psicoattive rappresenta la causa più

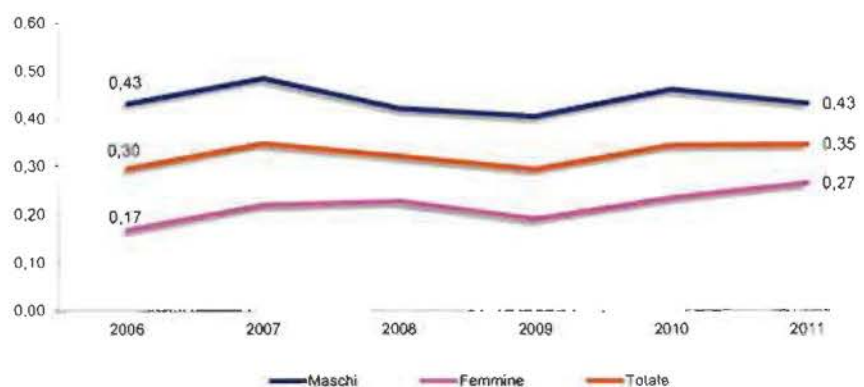
frequente di decesso tra gli assuntori di droghe. Tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente “attribuibili” all’effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e patologie) o di decessi indirettamente correlati all’uso di droghe (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.

Ancora  
difficoltosa la  
ricostruzione delle  
varie cause di  
morte droga  
correlate

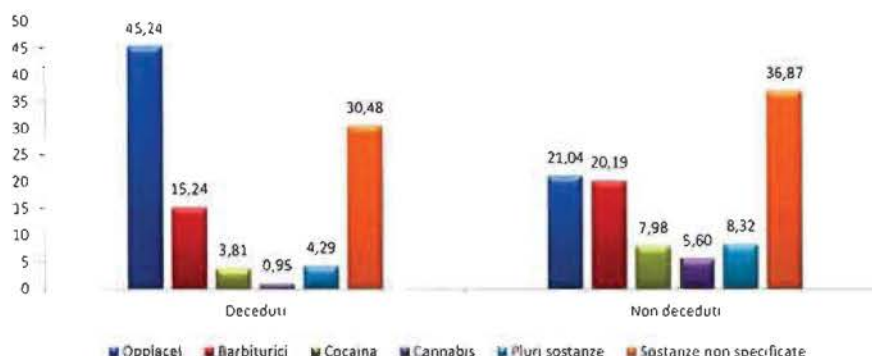
**Figura 1.4.90:** Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Anche nel 2011, i ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all’1% del totale dei ricoveri droga correlati (210). 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 negli ultimi due anni (208 nel 2010 e 210 nel 2011). Considerando la differenza per genere, rispetto al 2010 nel 2011 si osserva un aumento dei decessi per il genere femminile pari allo 0,84% sul totale femminile ricoverate (0,64 % nel 2009 e 0,7% nel 2010), per contro per il genere maschile si evidenzia un decremento dello 0,96 % sul totale delle ricoverate (0,86% nel 2009 e 1,0% nel 2010).

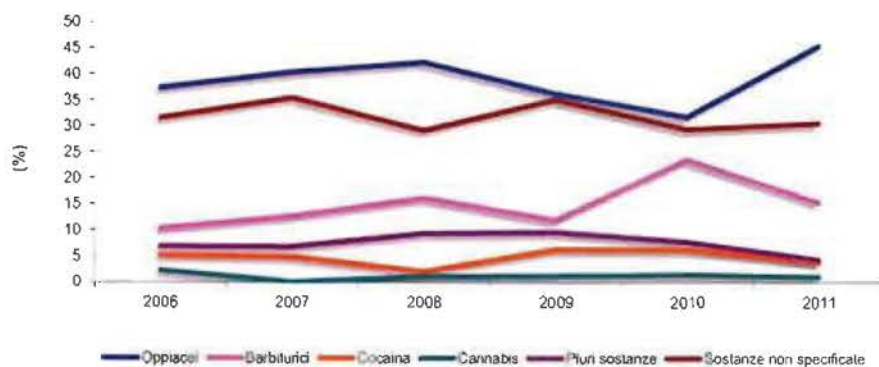
**Figura 1.4.91:** Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Dal 2006 al 2011 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 diminuire nel 2009 e 2010 (36,2% nel 2009 e 32,7% nel 2010) e cambiare tendenza nell'ultimo biennio. Aumentano, di 13,5 punti percentuali, i decessi per uso di oppiacei (45,2% nel 2011); anche per le sostanze non specificate risultano essere in aumento nell'ultimo biennio (29,3% nel 2010 e 30,5% nel 2011). Tra le sostanze con minore percentuale di decessi, si osservano i barbiturici, che, peraltro, nell'ultimo biennio hanno fatto registrare un calo di 8,3 punti percentuali con 49 decessi nel 2010 vs. i 32 nel 2011; in particolar modo i più colpiti risultano essere i soggetti con età maggiore di 65 anni (22 decessi).

**Figura 1.4.92:** Percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso, secondo la sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

PAGINA BIANCA

## **CAPITOLO I.5.**

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

1.5.1 Introduzione

1.5.2 Quadro epidemiologico in Italia

1.5.3 Le indagini GPS-DPA 2012 e SPS-DPA 2013

*1.5.3.1 Soggetti in trattamento in Italia nel 2012*

1.5.4 Dati finanziari

1.5.5 Conclusioni

PAGINA BIANCA



## 1.5 GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO E PATOLOGICO

### 1.5.1 Introduzione

In Italia il fenomeno del gioco d'azzardo è in continua crescita e in questi anni sta assumendo dimensioni sempre più rilevanti, come osservabile dall'andamento delle statistiche dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ex AAMS) relative alla quantità di denaro giocato. In parallelo si stanno anche rafforzando le evidenze scientifiche che portano a connotare quanto la pratica del gioco d'azzardo può esibire in sviluppo di forme di vera e propria dipendenza (gioco d'azzardo patologico) o comportamenti a rischio (gioco d'azzardo problematico).

La problematica emergente ha suscitato molte e diversificate reazioni sia in ambito politico sia sociale e destato grande interesse in molti gruppi e settori della sanità non ultimo per le problematiche secondarie correlate e le negative conseguenze economico-finanziarie che sono state rilevate su vari gruppi familiari coinvolti in questo problema. Speso infatti si è visto che associato al gioco d'azzardo patologico vi sono fenomeni di usura e di comportamenti illegali che impoveriscono e mettono questi malati e le loro famiglie in condizioni molto problematiche e di povertà. Ad oggi tuttavia non esistono studi e dati epidemiologici accreditati in grado di quantificare correttamente il problema sia nella dimensione che nella diffusione ed eventuali trend di evoluzione.

Il DPA a questo proposito ha provveduto a studiare e realizzare un flusso di dati aggregati che permetterà di poter stimare meglio questa realtà complessa che comunque da già segnali evidenti di essere un fenomeno socio-sanitario rilevante e non trascurabile o minimizzabile per poter dare un impulso a trovare soluzioni concrete.

Nel 2012 il DPA ha avviato il progetto GAP, progetto nazionale per l'attivazione di strategie e per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche, coordinate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e al trattamento del Gioco d'Azzardo patologico e per il dimensionamento e il monitoraggio del fenomeno.

Progetto GAP  
del DPA

L'obiettivo principale del progetto è stato quello di fornire soluzioni sostenibili, realizzabili e omogenee su tutto il territorio nazionale per fronteggiare il fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico ed in particolare per strutturare precise strategie di tutela della salute ed integrità sociale sia del giocatore patologico che della propria famiglia e, nel contempo, di trovare possibili indirizzi comuni in ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo e per studiare una migliore regolamentazione dell'intero sistema dei giochi, compresi i giochi in internet. In particolare, i sotto obiettivi specifici sono stati declinati come segue:

1. Censimento delle strutture pubbliche e private per singola regione impegnate nell'assistenza a persone con gambling patologico, della tipologia di prestazioni erogate e delle metodologie utilizzate
2. Organizzazione di un flusso nazionale permanente per la raccolta di dati aggregati sulle persone con gambling patologico in carico ai Dipartimenti delle Dipendenze, Ser.T. e Comunità Terapeutiche e monitoraggio dei dati raccolti, con particolare attenzione a quelli relativi alla popolazione dedicata al gioco d'azzardo per regione e ai fenomeni collegati all'usura in relazione al gioco d'azzardo
3. Rilevazione epidemiologica del gioco d'azzardo attraverso indagini nella popolazione generale e in quella studentesca utilizzando flussi esistenti GPS e SPS.

4. Studio, stesura e diffusione di linee di indirizzo scientificamente orientate per la prevenzione del Gambling patologico con particolare orientamento all'early detection delle condizioni di vulnerabilità nei giovani e alla prevenzione ambientale (compresa la definizione di possibili indirizzi per l'autoregolamentazione per la pubblicità)
5. Studio e attivazione di ricerche nel campo del neuroimaging finalizzate allo studio delle funzioni di controllo prefrontale e dei comportamenti di gioco
6. Studio di modelli correlati al gambling e definizione di possibili device di controllo e warning da applicare online, sui giochi elettronici e con le
7. Persone con diagnosi di gambling patologico
8. Monitoraggio del gioco d'azzardo in internet e studio di possibili soluzioni per la prevenzione e il contrasto.

Al momento della pubblicazione della presente relazione le attività di progetto hanno già portato a una serie di interessanti e importanti risultati, tra cui la pubblicazione del manuale tecnico-scientifico sul gambling per i Dipartimenti delle Dipendenze, l'organizzazione di un flusso nazionale e la programmazione di una azione formativa rivolta a livello nazionale per diffondere le linee di indirizzo e favorire l'applicazione locale al fine di rendere omogenee e coordinate le azioni territoriali

La legge di conversione del DL. 13 settembre 2012, n. 158 "Decreto Balduzzi" (L. 8.11.2012, n. 189 recante: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute") ha previsto all'art. 5, c. 2, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Gioco d'azzardo patologico (imprecisamente definita "ludopatia"), intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (G.A.P.). Il successivo art. 7, comma 10, ha istituito presso l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli un "Osservatorio sui rischi di dipendenza da gioco" finalizzato a valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo patologico e il fenomeno della dipendenza grave. Tale Osservatorio ha già iniziato le sue attività e sta discutendo per mettere a punto una serie di misure preventive atte al contenimento del fenomeno su vari fronti.

Contestualmente, il DPA e l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli in data 28 marzo 2013 hanno siglato un "Accordo di collaborazione per il contrasto alle forme di dipendenza da gioco" con il quale al Dipartimento Politiche Antidroga viene affidato il coordinamento tecnico-scientifico dell'Osservatorio suddetto e inoltre, viene prevista l'istituzione di un apposito "Comitato consultivo" di supporto, costituito dalle associazioni dei concessionari, dalle rappresentanze nazionali dei consumatori e dai più rappresentativi gruppi associativi di area specifica, oltre che delle Regioni e delle Province Autonome.

Il DPA ha avviato l'iter per l'istituzione del suddetto Comitato, raccogliendo 32 richieste di adesione provenienti da associazioni ed enti pubblici sulla base della documentazione inviata e della rilevanza dell'attività svolta nell'ambito specifico. Preme sottolineare che ai componenti del Comitato non viene corrisposto alcun emolumento, compenso o rimborso spese.

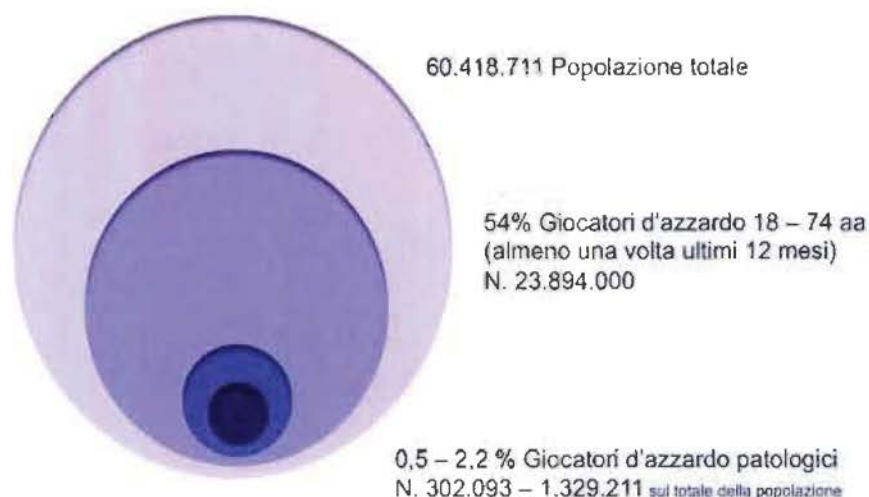
### 1.5.2 Quadro epidemiologico in Italia

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di



cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo (dato rilevato con la domanda "Lei ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi?"). La stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2% (Ministero della Salute, 2012).

**Figura I.5.1:** Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo. Serpelloni, 2012. Nota: non esistono ad oggi studi italiani esaustivi.



Il Ministero della Salute dal 2011 finanzia un progetto sperimentale nazionale sulle dipendenze comportamentali per la sorveglianza, il coordinamento e il monitoraggio degli interventi. Altri studi sono stati eseguiti da altri enti di ricerca e vengono riportati nella tabella sottostante. Come è possibile notare, oltre alla diversificata semantica utilizzata per definire i vari stadi del gioco d'azzardo, si sono utilizzati diversi strumenti di rilevazione ed in alcuni casi non è stato nemmeno possibile identificare quali essi fossero.

Questo ci incita a intraprendere nuovi studi e rilevamenti sul gioco d'azzardo, partendo da più solide basi tecnico scientifiche, ma soprattutto dopo aver messo a punto linee nazionali per omogeneizzare i linguaggi e le metodologie.

**Tabella I.5.1:** Elenco e caratteristiche degli studi condotti in Italia dal 2000 sul gioco d'azzardo. Ministero della Salute – Dipendenze comportamentali/gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi.

Bollettino sulle Dipendenze, XXXIV, n.1, 2011. Adattamento: Serpelloni, 2012

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVISTATI	GIOCATORI TOT	PATOLOGICI	ECESSIV/VRSCINO MODERATO-ALTO	PROBLEMATIC	PERIODO INDAGATO
BOLZANO	2000	SOQS	HOUSEHOLD	ADULTI	500		2,20%		3,80%	VITA?
VALD'AOSTA (PT)	2002	?	TELEFONICA	18-65 ANNI	516	43%			1,9-2,5%	ULTIMO MESE
PAVIA	ott2003- feb2004	SOQS	TELEFONICA	18-74 ANNI	707		0,40%	0,70%	1,10%	ULTIMO ANNO
PISTOIA PRATO FIRENZE	2004- 2005	SOQS	TELEFONICA	ADULTI	1568				2%	VITA?
CONAGGA CNCA MULTISITE	2008	?	ON THE FLY	10-80+ ANNI	1625	80-82%	2,75%			VITA?

continua

continua

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	POPOLAZIONE INTERVISTATA	GIOCATORI TOT.	PATOLOGICI	ECESSIVO RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATICI	PERIODO INDAGATO	
AREZZO	2008	LIE/BET	?	?	97	62%		5%	VITA?	
MONZA	2006?	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1520	53%	0,50%	0,80%	1,30%	ULTIMO ANNO
ROMA	2002-2006	?	SCUOLE	13-21 ANNI	2798	84,90%	5,10%		9,70%	?
VENEZIA	2006	?	SCUOLE	15-20 ANNI	327				1,8%	?
CASERTA	2005-2006	DSM-IV	SCUOLE	15-18 ANNI	1002				6%	ULTIMO ANNO?
TOSCANA	2008	LIE/BET	SCUOLE	14-19 ANNI	5231	50,80%			9,70%	VITA
EURISPES	2007	?	?	18-80		78%	?	?	?	?
NOMISMA	2008	?	SCUOLE	15-17 ANNI	6700	68%	?	?	?	ULTIMO ANNO
IPSAO	2007-2009	LIE/BET							3,30%	VITA?
		CPGI-SF	POSTALE	15-65 ANNI	10940	38%	0,80%	4,6%	5,4%	ULTIMO ANNO
ESPAD	2009	SOGS-RA	SCUOLE	15-19 ANNI	32401	47,10%	0,81% 0,11% F		11,1%	ULTIMO ANNO

? = dato non certo o non disponibile

Altre fonti: L'Italia che gioca; uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco. Novembre 2010 (web), Rapporto Nomisma 2009, Gioco e giovani, Rapporto Eurispes 2009. I giovani e il gioco d'azzardo, 2010 (web).

Molti studi sono stati eseguiti in Europa e la tabella successiva riporta quelli più significativi, eseguiti tra il 2001 e il 2008, indicando la percentuale di adulti con gioco d'azzardo probabilmente patologico nei vari Stati Membri, sul totale della popolazione.

**Tabella I.5.2:** Problema del gioco d'azzardo in Europa. Sintesi delle più recenti indagini sulla prevalenza del gioco d'azzardo negli adulti, nei singoli Paesi Membri. Griffiths, 2009

Paese	Anno	N	Strumento	%
Belgio	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Danimarca	2006	8,153	SOGS-RA NODS	1.7 (nella vita) 0.7 (nella vita)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)
Finlandia	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Germania	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Gran Bretagna	2007	8,996	DSM-IV PGSI	0.6 (ultimo anno) 0.5 (ultimo anno)
Islanda	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Olanda	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Norvegia	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Svezia	2001	7,139	SOGS	2 (ultimo anno)
Svizzera	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)

Nota: il gioco d'azzardo patologico è relativo alla percentuale di potenziali giocatori patologici aggiunta alla percentuale di giocatori patologici probabili nella popolazione totale.

Ulteriori studi eseguiti negli Stati Uniti, in Svezia, in Svizzera e in Gran Bretagna hanno mostrato percentuali simili e vengono riportate nella tabella successiva

**Tabella I.5.3:** Stime di prevalenza dei diversi livelli di comportamento anomalo nei giocatori d'azzardo. Serpelloni G., 2012

Autore	Anno	Paese	Prevalenza	Livello
Kallic	1979	Usa	0,7%	GA.PAT
National Research Council	1999	Usa	0.9%	GA.PAT
Gerstein	1999	Usa	0.9%	GA.PAT
Volber	2001	Svezia	1,4%	GA.PRO
			0,6%	GA.PAT
Bondolfi	2000	Svizzera	2.2%	GA.PRO
			0,8%	GA.PAT
Sproston	2000	Gran Bretagna	0,7%	GA.PAT

GA.PRO = Gioco d'azzardo problematico; GA.PAT = Gioco d'azzardo patologico.

Sono state studiate, inoltre, le caratteristiche demografiche e familiari dei giocatori stabilendo che i giocatori a rischio/problematici sono più frequentemente maschi che femmine (66% verso 55%), con una condizione relazionale spesso di divorziati (10% verso 5%). Hanno alti livelli di stipendio e presentano almeno un parente con problemi di gioco d'azzardo (12,2% verso 4,4%). Presentano, inoltre, difficoltà nel gestire il denaro (28% verso 14%) e sono esposte ad una maggior rischio di indebitamento: esse, infatti, spendono più denaro di quello che hanno (11% verso 2%), risparmiano meno mensilmente (1% verso 13%), chiedono in prestito denaro alle agenzie finanziarie (28% verso 9%) o ad altre persone (18% verso 2%).

Il profilo e le caratteristiche distintive del giocatore d'azzardo problematico italiano adulto è caratterizzato dall'essere poligambling, cioè utilizza vari tipi di gioco d'azzardo, dedica molto tempo al gioco e gioca molto frequentemente spendendo grandi quantità di denaro.

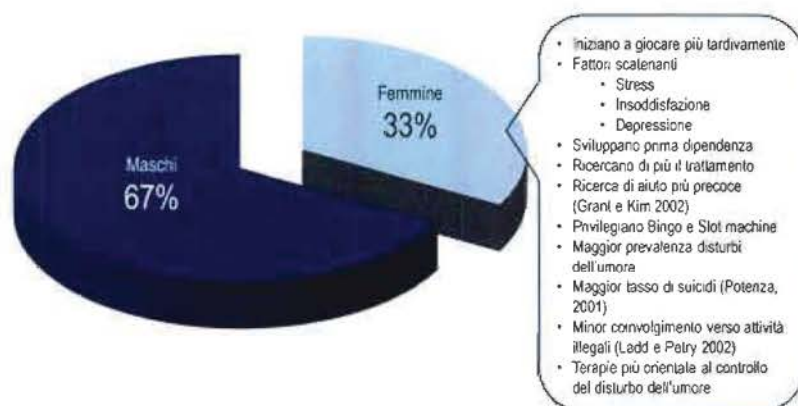
La tabella successiva presenta i diversi profili del gioco d'azzardo patologico in base all'età.

Nei giovani peraltro si è registrata una diminuzione del ricorso a giochi informali e l'aumento del ricorso ai giochi commerciali (Druine 2009, Jackson 2008, Olason 2006, Olason 2006, Welte 2009). Nel gioco d'azzardo patologico, il rapporto maschi/femmine presenta differenze particolarmente rilevanti. In una casistica americana del 2001 (Welte 2001), il 67% dei giocatori era maschio, il 33% erano femmine.

Il sesso femminile inizia a giocare più tardi: i fattori scatenanti spesso sono lo stress, l'insoddisfazione, la depressione. Le femmine sviluppano di solito la dipendenza più precocemente e ricercano il trattamento in maniera maggiore e in anticipo rispetto ai maschi. Privilegiano il gioco del bingo e le slot-machine; hanno una maggior prevalenza dei disturbi dell'umore e un maggior tasso di suicidi. Mostrano, infine, un minor coinvolgimento verso attività illegali.



**Figura I.5.2:** Gioco d'azzardo patologico: rapporto maschi/femmine e differenze di genere. Welte JB et al., 2001



Da alcuni autori (Rahman AS et al, 2012) è stata studiata la relazione tra età di iniziazione al gioco d'azzardo e il gambling patologico negli adolescenti, rilevando che le persone che in giovane età si avvicinano al gioco d'azzardo sono attivate principalmente da forme non strategiche di gambling, quali le lotterie istantanee (gratta e vinci) e le slot machine.

In uno studio sugli adolescenti è stata riscontrata una percentuale del 56% di non giocatori e di 40% di giocatori da almeno 6 mesi. Di questi, il 32% erano giocatori d'azzardo occasionali con frequenza delle giocate mensile o inferiore e il 12% erano giocatori d'azzardo con alta frequenza di gioco (Raisamo S et al, 2012).

Secondo il Ministero della Salute (2012), il 71% della popolazione italiana percepisce come rischioso il gioco d'azzardo, ma solo il 60% disapprova i giochi in cui si vincono e perdono soldi. Eseguendo un'analisi simile, stratificando all'interno delle due categorie dei giocatori e dei non giocatori, è emerso che il 61% dei giocatori percepisce rischioso giocare d'azzardo e il 42% lo disapprova. In maniera diversa, invece, tra i non giocatori, l'80% ritiene rischioso tale comportamento e il 74% lo disapprova. Pertanto, più aumenta la percezione del rischio e più aumenta la disapprovazione per tale tipo di gioco e questo è coerente con l'espressione di un minor comportamento di gioco (Ministero della Salute – CCM, Dipendenze comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi – Regione Piemonte, 2012).

### I.5.3 Le indagini GPS-DPA 2012 e SPS-DPA 2013

Dall'indagine condotta nel corso del 2012 all'interno della popolazione generale, con casistica aggiornata a 18898 interviste, è possibile evidenziare per le diverse tipologie di gioco considerate la frequenza delle giocate negli ultimi 12 mesi.

GPS-DPA 2012  
e gioco  
d'azzardo

**Tabella I.5.4:** Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012.

Giochi	mai	1-2 volte	3-10 volte	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	tutti i giorni o quasi
Gratta e vinci	45,8	29,4	15,5	6,9	2,1	0,3
Lotto	53,4	22,6	12,9	5,8	5,2	0,0
Totocalcio	69,9	19,3	6,8	2,4	1,6	0,0

*continua*



continua

Giochi	mai	1-2 volte	3-10 volte	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	tutti i giorni o quasi
Video-poker	90,9	3,7	2,2	1,4	1,5	0,2
Bingo	90,9	5,7	2,6	0,5	0,3	0,1
Scommesse sportive	91,8	5,2	2,2	0,5	0,4	0,0
Giochi al casinò	93,3	5,2	1,1	0,3	0,1	0,0
Giochi di carte con denaro in palio	95,4	3,8	0,7	0,1	0,0	0,0
Giochi on-line con denaro in palio	97,0	1,5	0,7	0,4	0,2	0,1
Scommesse ippiche	98,1	0,9	0,5	0,2	0,1	0,1
Superenalotto	98,8	0,8	0,2	0,1	0,1	0,0

Fonte: GPS – DPA 2012

I gratta e vinci rappresentano i giochi più frequentemente praticati, seguiti da lotto e totocalcio, mentre le altre tipologie sono state praticate da meno del 10% degli intervistati, che comunque potevano segnalare più di un gioco; infatti, per il 9,0% del campione si riporta almeno un gioco tutti i giorni o quasi. Questo evidenzia come l'attitudine al gioco non dipenda in modo stretto dalla tipologia di gioco ma dal poter giocare e tale osservazione è resa evidente nel caso del gioco del lotto che, pur non avendo estrazioni quotidiane, mostra un valore pari al 5,2% nella frequenza 1-2 volte a settimana. È quindi verosimile che questi soggetti nelle giornate in cui non è prevista l'estrazione della lotteria si dedichino ad altre tipologie di giochi.

Oltre la metà dei maschi e delle femmine hanno giocato almeno una volta negli ultimi 12 mesi con qualche differenza all'interno delle tipologie di giochi praticati con una maggior propensione dei maschi verso la partecipazione a più tipologie.

**Tabella I.5.5:** Distribuzione della frequenza di gioco secondo la tipologia di intrattenimento e genere nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012.

Giochi	Maschi	Femmine
Gratta e vinci	54,1%	54,3%
Scommesse sportive	16,5%	2,8%
Video-poker	5,1%	1,3%
Bingo	7,0%	6,5%
Scommesse ippiche	1,9%	0,6%
Giochi on-line con denaro in palio	3,2%	0,8%
Giochi al casinò	5,8%	3,5%
Giochi di carte con denaro in palio	11,5%	7,0%
Superenalotto	52,6%	41,5%
Lotto	29,5%	30,6%
Totocalcio	11,7%	5,1%

Fonte: GPS – DPA 2012

Un dato di particolare interesse mostra una stretta associazione tra frequenza del gioco d'azzardo e uso di sostanze. Infatti, tra i soggetti non hanno dichiarato di aver giocato nell'ultimo anno la prevalenza di uso di sostanze è pari al 3,3%, mentre nei soggetti con frequenze di gioco maggiori la prevalenza di soggetti con uso di sostanze aumenta.

**Figura I.5.3:** Prevalenza % Consumatori ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012



Fonte: GPS – DPA 2012

L'indagine sulla popolazione studentesca, svolta nei primi mesi del 2013, ha consentito la raccolta di informazioni sulla pratica del gioco d'azzardo nei 12 mesi precedenti di ragazzi di età compresa tra 15 e 19 anni.

Il questionario compilato on-line era costituito anche da strumenti specifici di orientamento diagnostico per il gambling (SOGS-RA e LIE/BET) con i quali è stato possibile definire l'entità dei soggetti interessati dal fenomeno e il grado di coinvolgimento.

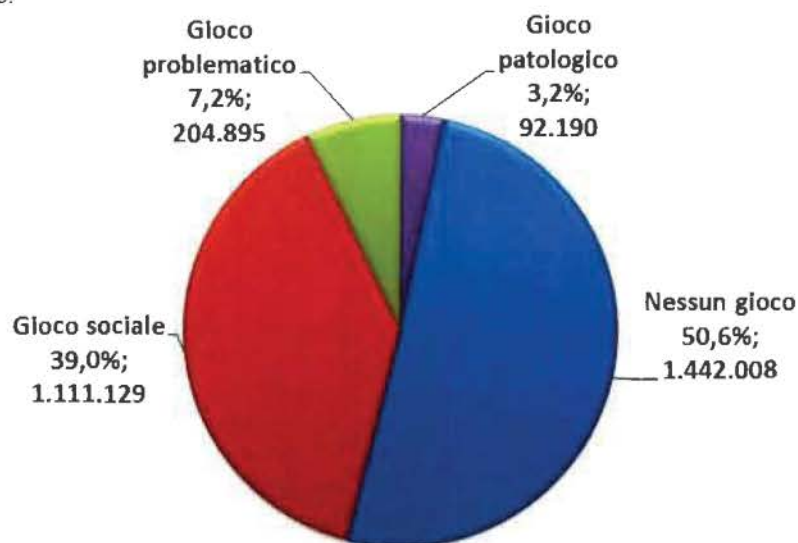
Secondo il SOGS-RA una condizione di gioco problematico è rilevata nel 7,2% dei casi, mentre il 3,2% dei casi presenta un gioco patologico. Un ulteriore 39,0% è rappresentato da gioco sociale.

I soggetti di genere maschile hanno una prevalenza di gioco nettamente superiore rispetto a quelli di genere femminile (59,2% vs. 37,1%).

SPS-DPA 2013  
e gioco  
d'azzardo

Questionario  
SOGS-RA

**Figura I.5.4:** Questionario SOGS-RA nella popolazione studentesca 15 – 19 anni. Anno 2013.

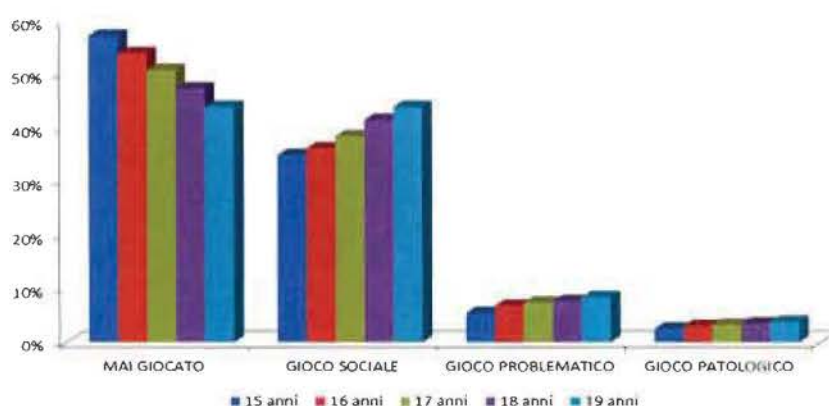


Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Circa la metà dei casi complessivi ha quindi riportato di aver giocato negli ultimi 12 mesi, con differenze notevoli tra maschi e femmine (60,6% vs. 38,1%); la pratica del gioco d'azzardo nei soggetti di genere maschile ha quindi una frequenza complessiva quasi doppia. Osservando in dettaglio il grado di coinvolgimento nel gioco per i maschi si hanno percentuali di gioco problematico pari al 12,2 mentre il gioco patologico è stato rilevato nel 5,6% dei casi (nelle femmine questi valori sono rispettivamente 2,1% e 0,8%)

Anche l'età anagrafica rappresenta un elemento direttamente correlato alla pratica del gioco d'azzardo in quanto la pratica e le condizioni del gioco aumentano con l'età.

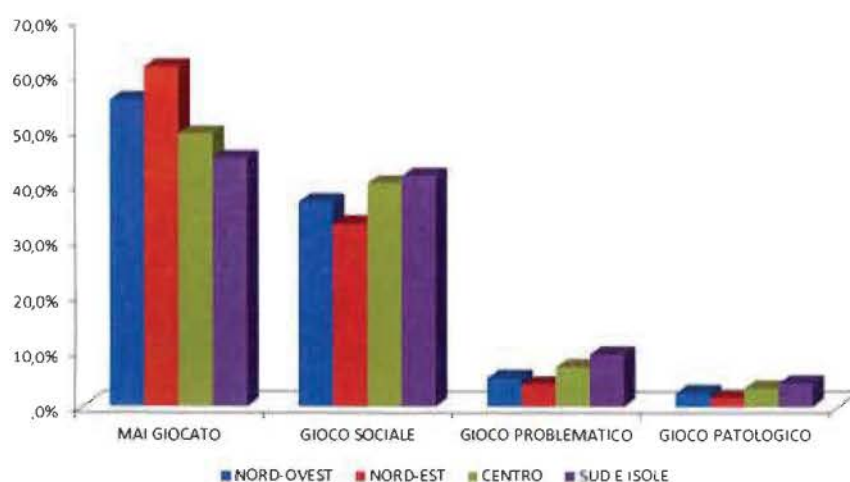
**Figura 1.5.5:** Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per età. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione geografica mostra una maggior presenza di pratica e condizioni di gioco al centro e al sud.

**Figura 1.5.6:** Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per area geografica. Anno 2013



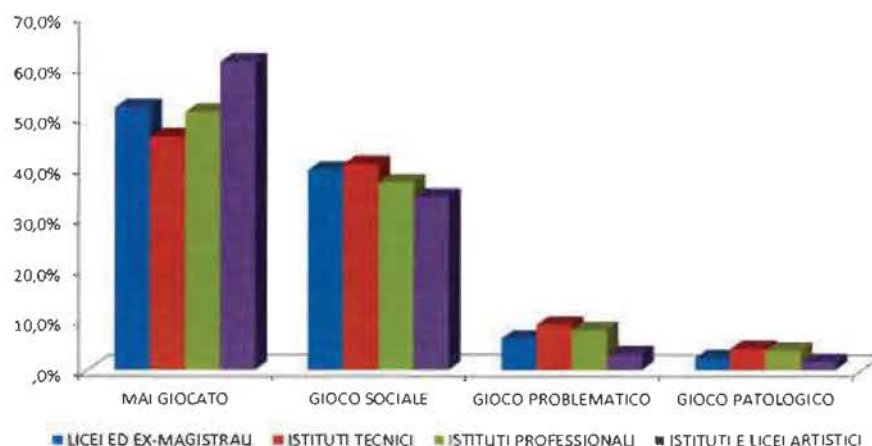
Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Anche la tipologia di istituto scolastica presenta differenze nella prevalenza di pratica del gioco d'azzardo: negli istituti e licei artistici il 61% degli intervistati non



ha giocato negli ultimi 12 mesi, mentre, per contro, il 4% degli studenti degli istituti tecnici e professionali hanno già sviluppato un gioco problematico

**Figura 1.5.7:** Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per tipo di istituto. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Anche il questionario LIE/BET consente di identificare la presenza di una problematica relativamente al gioco d'azzardo ma non permette una precisa classificazione in gioco problematico e gioco patologico: questo test tende pertanto ad esprimere una condizione di rischio.

Questionario  
LIE/BET

Il questionario è costituito da due domande (hai mai sentito l'impulso di giocare somme di denaro sempre maggiori? Ti sei sentito di dover tenere nascosta l'entità del tuo giocare a quelli che ti stanno vicino?) e la risposta affermativa a solo uno dei due quesiti consente uno screening tra assenza o presenza di rischio nello sviluppo di un gioco problematico.

L'indagine SPS-DPA 2013 ha evidenziato che nel 13% dei casi si è ottenuta almeno una risposta affermativa, e questo dato è in leggero calo rispetto a quello rilevato l'anno precedente (15,5%).

Anche in questo caso la prevalenza è maggiore nei maschi (19,0% vs. 7,0%) e aumenta con l'età passando da 10,7% nei quindicenni a 14,7% nei diciannovenni.

La distribuzione geografica del rischio di problematicità è coerente con quella rilevata con il SOGS-RA (nord-ovest 10,5%, nord-est 8,8%, centro 12,4%, sud e isole 16,0%), come anche l'osservazione condotta tra le tipologie di istituti scolastici (licei ed ex-magistrali, 10,2%, istituti tecnici 15,3%, istituti professione 15,8%, istituti e licei artistici 9,6%)

Anche il dato economico sulla spesa mensile sostenuta per praticare il gioco d'azzardo riflette con coerenza quanto già osservato per i questionari SOGS-RA e LIE/BET relativamente al genere, all'età, l'area geografica e la tipologia di istituto, e comunque nella maggioranza dei casi è contenuta in 10 euro al mese.