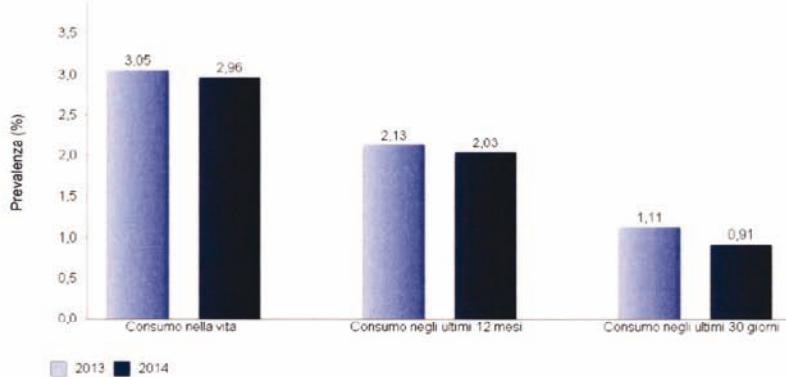


Figura 18: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

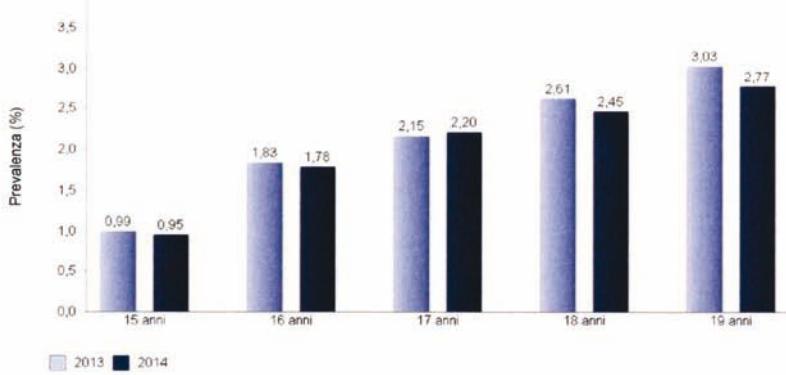
Tabella 7: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2013-2014

| Consumatori di allucinogeni (%) | 2013 | | | 2014 | | |
|----------------------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | M | F | Tot | M | F | Tot |
| Almeno una volta nella vita (LTP) | 4,19 | 1,88 | 3,05 | 3,93 | 1,96 | 2,96 |
| Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP) | 3,03 | 1,22 | 2,13 | 2,75 | 1,29 | 2,03 |
| Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP) | 1,53 | 0,69 | 1,11 | 1,25 | 0,57 | 0,91 |
| Età (LYP) (%) | | | | | | |
| 15 anni | 1,34 | 0,67 | 0,99 | 1,11 | 0,79 | 0,95 |
| 16 anni | 2,28 | 1,36 | 1,83 | 2,43 | 1,13 | 1,78 |
| 17 anni | 2,93 | 1,34 | 2,15 | 2,89 | 1,52 | 2,20 |
| 18 anni | 3,75 | 1,43 | 2,61 | 3,37 | 1,44 | 2,45 |
| 19 anni | 4,72 | 1,25 | 3,03 | 3,87 | 1,60 | 2,77 |
| Frequenza di consumo (LYP) (%) | | | | | | |
| 1-2 volte | 71,98 | 80,00 | 74,24 | 77,05 | 79,21 | 77,73 |
| 3-9 volte | 15,93 | 11,16 | 14,59 | 13,64 | 12,87 | 13,40 |
| 10-19 volte | 4,58 | 6,05 | 4,99 | 2,50 | 4,46 | 3,12 |
| 20 volte o più | 7,51 | 2,79 | 6,18 | 6,82 | 3,47 | 5,76 |

Maggior consumo nei maschi e consumo direttamente proporzionale con l'età

Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 19: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età. Anni 2013-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nuove droghe

Negli ultimi anni si è assistito all'entrata sul mercato di una serie di nuove droghe sintetiche. Queste sostanze vengono messe sul mercato da nuove organizzazioni criminali usando prevalentemente Internet o, in misura minore "smart shop", pubblicizzandole come sali da bagno, incensi, fertilizzanti, prodotti naturali, erbe mediche, ecc. In realtà si tratta di potenti molecole chimiche di sintesi vendute sotto mentite spoglie, delle quali molte volte lo stesso acquirente non conosce l'esatta composizione. Molti di questi prodotti vengono preparati artigianalmente in laboratori fatiscenti e a bassissima qualità igienica e messi in commercio attraverso una pubblicizzazione su siti web specializzati (che il Sistema Nazionale di Allerta Precoce del DPA monitora costantemente), con pagamento tramite carta di credito e spedizione mediante corriere postale. Il fenomeno ha diffusione mondiale anche se, per fortuna, la prevalenza d'uso di queste sostanze è ancora molto bassa in Italia.

Nuove droghe
sintetiche: mercato
in espansione

Queste molecole sono ancora poco conosciute e poco riconoscibili dai normali laboratori. Pertanto, una delle difficoltà maggiori che si incontrano è proprio quella di identificarle precocemente. Ciò coinvolge soprattutto il lavoro degli operatori di pronto soccorso e delle unità di emergenza, alle quali dal 2010 sono afferiti 43 casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici, 8 casi da catinoni sintetici, 10 da metossietamina e 5 da fenetilammime. Nel 90% i casi sono avvenuti nel Nord Italia, in un range di età che va dai 15 ai 55 anni, con un'età media di 35 anni.

Bassa prevalenza
d'uso nella
popolazione italiana

In collaborazione con il Ministero della Salute, queste nuove droghe sintetiche sono state rese illegali provvedendo all'inserimento nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti non solo delle singole molecole ma anche dei loro analoghi strutturali. Oltre a questo, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, tramite l'Istituto Superiore di Sanità, ha provveduto a fornire ai propri centri collaborativi e laboratori gli standard analitici di riferimento, agevolando quindi il lavoro delle Forze dell'Ordine che hanno, in questo modo, la capacità di identificarle velocemente, sequestrarle e perseguire efficacemente gli spacciatori. Ad oggi, il Sistema di Allerta (attraverso i 171 centri collaborativi e i 66 laboratori dei RIS/LASS) ha identificato, dal 2009, oltre 370 nuove molecole, segnalandole al Ministero della Salute per la tabellazione e provvedendo a diffondere su tutto il territorio nazionale allerte tempestive con informazioni tecnico-scientifiche, per poter identificare più precisamente e tempestivamente i sintomi di intossicazione acuta e agire in maniera migliore con trattamenti adeguati.

Oltre 370 nuove
molecole
identificate in
entrata sul territorio
italiano ed europeo
dal 2009

Queste nuove sostanze vengono spesso utilizzate anche nei rave party illegali. Per questo, il Sistema di Allerta ha organizzato dal 2010 anche un sistema di monitoraggio della rete Internet per l'individuazione di questi eventi, segnalandoli alle Forze dell'Ordine in modo da attivare i necessari interventi preventivi. Ad oggi sono stati segnalati 139 eventi; di questi il 57,5% è stato impedito o gestito dalle forze dell'ordine o dalle unità sanitarie mobili a fini preventivi.

Efficacia del
sistema di
prevenzione dei
rave party illegali:
57,5% degli eventi
impedito o gestito

Contemporaneamente, è stata monitorata dal Sistema di Allerta anche la rete web per la prevenzione delle offerte di queste nuove droghe sintetiche: sono stati individuati complessivamente 106 siti web esclusivi per l'offerta di droghe, con server localizzati in Italia, e altre 543 pagine web che promuovevano e offrivano sostanze stupefacenti in siti non esclusivi per questa attività. Nel 67% dei casi si è arrivati alla rimozione degli annunci che offrivano sostanze, nel 23% circa alla chiusura della pagina web e nell'1,3% dei casi i siti sono stati chiusi.

Monitorata anche la
rete web: 67%
rimozione annunci;
23% chiusura
pagina

1.2 Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale (15-64 anni)

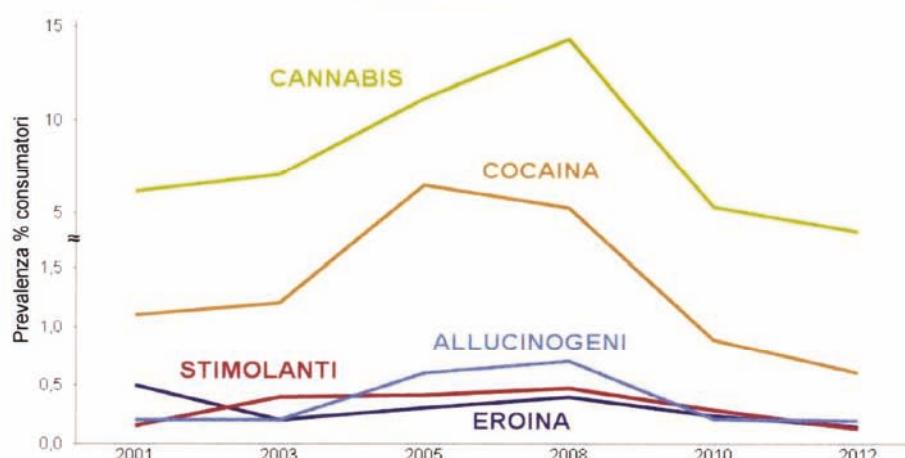
Lo studio sui consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana è stato eseguito utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Sulla base dell'ultima indagine di popolazione generale (GPS-DPA) condotta nel 2012 su un campione rappresentativo di circa 19.000 italiani (percentuale di adesione del 33,4%), è stato stimato il numero totale dei consumatori (sia occasionali sia dipendenti da sostanze), pari a oltre 2.300.000 unità, (da 2.127.000 a 2.548.000, intervallo di confidenza al livello $1-\alpha=95\%$).

Quadro generale

L'analisi generale dell'andamento dei consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione nazionale 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione del numero di consumatori già osservata nel 2010, per tutte le sostanze considerate, anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nel periodo precedente (Figura 20).

Figura 20: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2001-2012

Continua la tendenza alla diminuzione dei consumatori nella popolazione generale



Fonte: Elaborazione su dati IPSAD Italia 2001 – 2008, dati GPS-DPA 2010-2012

Confrontando i consumi italiani con quelli delle altre nazioni europee è possibile notare che, per le principali sostanze stupefacenti (esclusa l'eroina, per la quale il dato non è disponibile), l'Italia risulta essere al 23° posto per il consumo di cannabis, al 18° posto per il consumo di Cocaina, al 26° per il consumo di amfetamine e al 29° per il consumo di ecstasy.

Tabella 8: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 18-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi) e ranking rispetto ai Paesi europei. Anni 2000-2012 (ultime indagini disponibili)

| Sostanza | Italia Prevalenza % | Posizione Italia vs Paesi europei |
|------------|------------------------|--------------------------------------|
| Cannabis | 3.5 | 23° |
| Cocaina | 0.6 | 18° |
| Eroina | Dato non presente | Dato non presente |
| Amfetamine | 0.1 | 26° |
| Ecstasy | 0.0 | 29° |

Fonte: Bollettino Statistico EMCDDA 2013

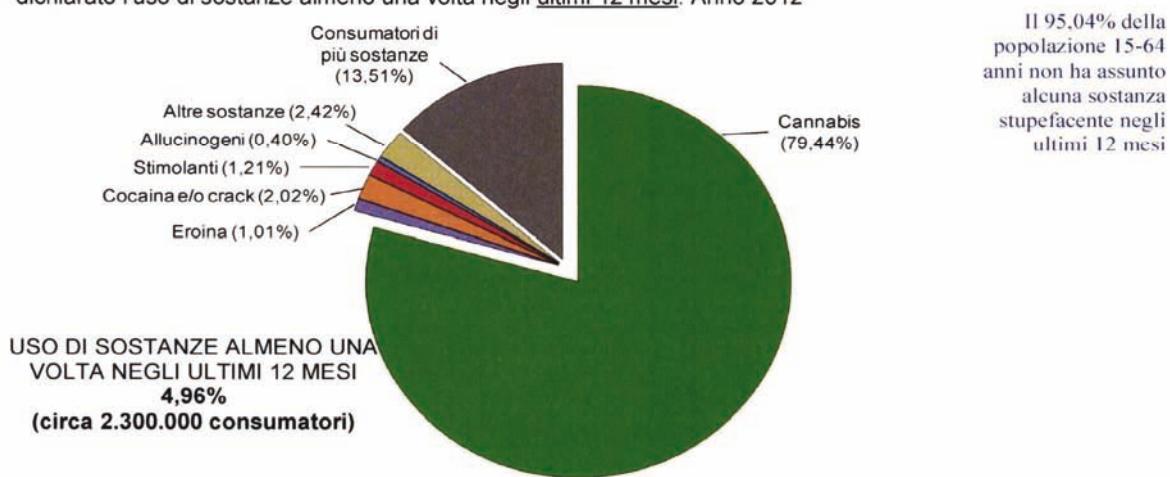
Analizzando, nello specifico, il dato relativo al consumo di cannabis, si riscontra il maggior consumo in Spagna, Polonia, Repubblica Ceca e Francia; il dato italiano, invece, si attesta su valori simili a quelli dell'Austria, del Portogallo e della Slovacchia.

Figura 21: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000-2012 (ultime indagini disponibili)



Nello specifico, la stima delle percentuali di soggetti sulla popolazione generale 15-64 anni, che hanno usato stupefacenti almeno una volta negli ultimi 12 mesi, sono: 0,14% per l'eroina (0,24% nel 2010), 0,60% per la cocaina (0,89% nel 2010), 4,01% per la cannabis (5,33% nel 2010), 0,13% per gli stimolanti (ecstasy e/o amfetamine, 0,29% nel 2010), 0,19% per gli allucinogeni (0,21% nel 2010).

Figura 22: Tipo di sostanze utilizzate nella popolazione generale 15-64 anni che ha dichiarato l'uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

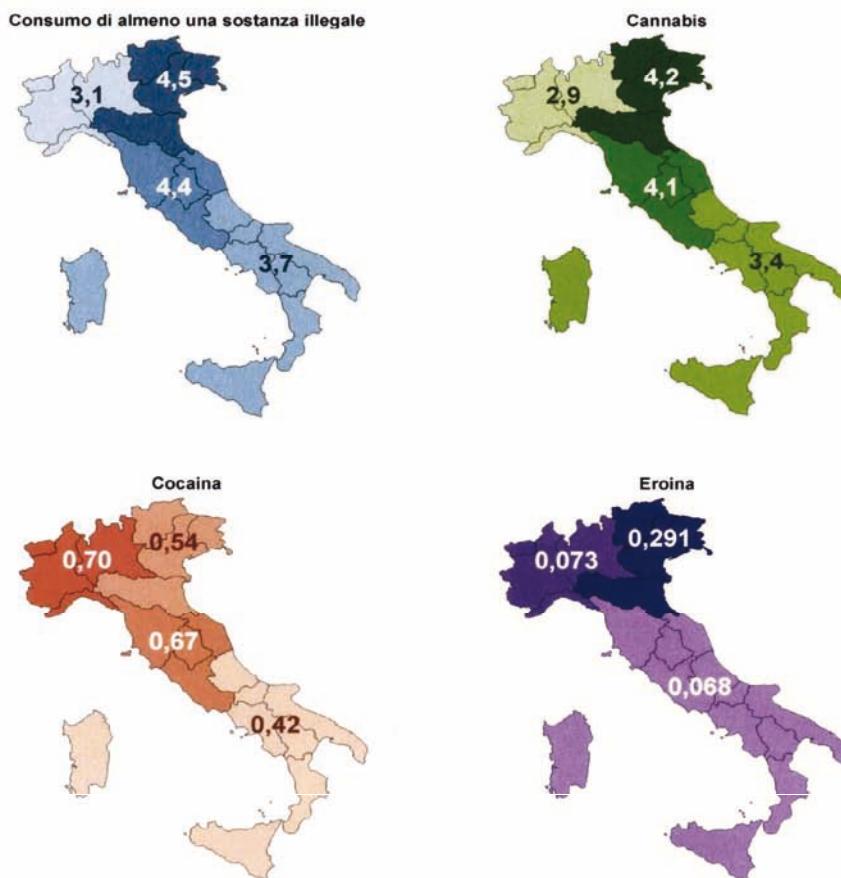
Confrontando i risultati emersi nelle ultime due edizioni dello studio GPS-DPA, si osservano variazioni nei consumi, più consistenti per i maschi rispetto al genere femminile.

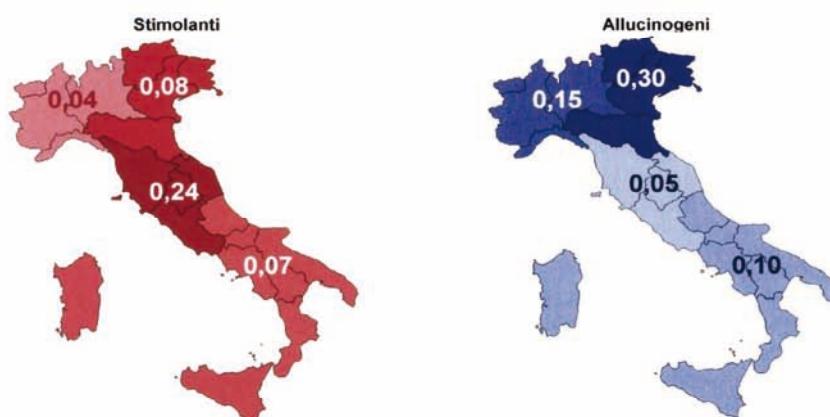
Tabella 9: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2010-2012

| Sostanza | Maschi | | | Femmine | | | Totale | | | Propensione alla diminuzione dei consumatori tra 2010 e 2012 |
|--------------|--------|------|--------|---------|------|--------|--------|------|--------|--------------------------------------------------------------|
| | 2010 | 2012 | Diff. | 2010 | 2012 | Diff. | 2010 | 2012 | Diff. | |
| Cannabis | 7,06 | 5,19 | - 1,87 | 3,82 | 3,00 | - 0,82 | 5,33 | 4,01 | - 1,32 | |
| Cocaina | 1,26 | 1,01 | - 0,25 | 0,47 | 0,25 | - 0,22 | 0,89 | 0,60 | - 0,29 | |
| Eroina | 0,32 | 0,21 | - 0,11 | 0,17 | 0,08 | - 0,09 | 0,24 | 0,14 | - 0,10 | |
| Stimolanti | 0,39 | 0,16 | - 0,23 | 0,19 | 0,10 | - 0,09 | 0,29 | 0,13 | - 0,16 | |
| Allucinogeni | 0,39 | 0,24 | - 0,15 | 0,12 | 0,16 | 0,04 | 0,21 | 0,19 | - 0,02 | |

Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura 23: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 18-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi, per area geografica. Anno 2012





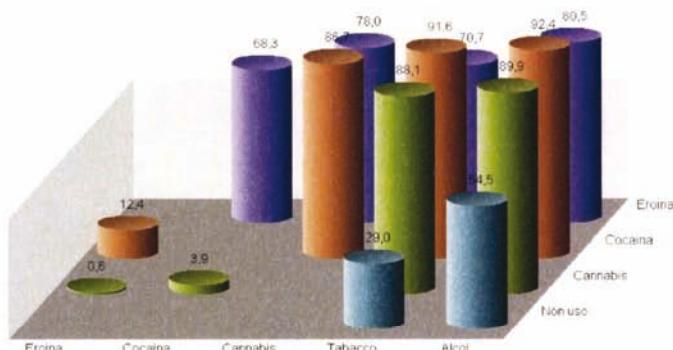
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel confronto tra le aree geografiche, si osservano differenze significative nei consumi di cannabis (hashish o marijuana) tra l'Italia nord occidentale e l'Italia nord-orientale e centrale, mentre il consumo di allucinogeni si differenzia in modo significativo tra il nord-est ed il centro Italia, con consumi nettamente superiori al nord-est. L'assunzione di almeno una sostanza illecita negli ultimi 12 mesi evidenzia lo stesso trend tra le aree geografiche osservato per la cannabis: si osservano differenze tra l'Italia nord occidentale e l'Italia nord-orientale e centrale.

Policonsumo

Il fenomeno del policonsumo, e quindi della polidipendenza, che da qualche anno è stato registrato, viene rilevato in aumento, soprattutto nelle fasce giovanili (15-19 anni, uso almeno una volta negli ultimi 30 giorni). L'uso contemporaneo o alternato di diverse droghe si caratterizza soprattutto nei giovani che spesso associano sequenzialmente droghe "up" con droghe "down". È stato rilevato, infatti, che i consumatori di cocaina (sostanza primaria) usano nell'86,7% dei casi anche cannabis (sostanza secondaria) e nel 12,4% eroina (sostanza secondaria). I consumatori di eroina (sostanza primaria) usano nel 78,0% dei casi anche cannabis (sostanza secondaria) e nel 68,3% cocaina. Da segnalare, inoltre, con percentuali variabili tra il 70 e il 93%, l'uso contemporaneo di tabacco e alcol associati ad altre sostanze stupefacenti tra i giovani di 15-19 anni. L'uso di queste sostanze nei giovani non consumatori di sostanze stupefacenti (83,6% della popolazione italiana) risulta molto più bassa, e pari al 29,0% per il tabacco ed al 54,5% per l'alcol.

Figura 24: Distribuzione condizionata del policonsumo nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina. Anno-2014



Fonte: Studi SPS-DPA 2013-2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nella popolazione generale (15-64 anni, uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 30 giorni), invece, il policonsumo risulta un fenomeno meno diffuso. Infatti, tra i consumatori di cocaina (sostanza primaria), il 48,8% consuma anche cannabis (sostanza secondaria), il 12,1% anche eroina (sostanza secondaria). Nei consumatori di eroina (sostanza primaria), il 39,5% consuma anche cannabis (sostanza secondaria), il 47,3% anche cocaina (sostanza secondaria). Nei consumatori di sostanze, l'uso contemporaneo di tabacco e alcol oscilla tra il 60 e l'83%, a seconda delle sostanze stupefacenti consumate. Nei non consumatori di sostanze, nella fascia di età 15-64 (97,9% della popolazione italiana), l'uso di tabacco viene dichiarato dal 22,7% dei soggetti, e l'uso di alcol dal 52,1%.

Da sottolineare quindi, la diversità che si riscontra nei giovani consumatori di cocaina ed eroina come sostanze primarie, rispetto ai consumatori adulti di queste sostanze. Nei giovani si osserva, infatti, un'elevata frequenza di policonsumo, quasi doppia rispetto agli adulti, in particolare per l'uso secondario di cannabis che, normalmente, viene usata come droga di iniziazione ("gateway"), per poi permanere come droga secondaria di accompagnamento.

1.3 Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue

Parallelamente all'indagine di popolazione generale, il Dipartimento Politiche Antidroga ha affidato all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, i prelievi e l'analisi di campioni di acque reflue rilevati annualmente dal 2011 presso 17 centri urbani distribuiti su tutto il territorio nazionale per la misura delle concentrazioni di residui di sostanze presenti nei campioni.

Tabella 10: Concentrazioni di sostanze stupefacenti nelle acque reflue. Anni 2012 e 2013

| Sostanza | Consumi 2012 | Consumi 2013 | Differenza 2013-2012 |
|------------------------------------|--------------|--------------|----------------------|
| Eroina (dosi/die 1.000 ab.) | 2,03 | 2,02 | -0,01 |
| Cocaina (dosi/die 1.000 ab.) | 6,69 | 5,94 | -0,75 |
| Cannabis (dosi/die 1.000 ab.) | 28,37 | 39,34 | 10,96 |
| Ecstasy (dosi/die 1.000 ab.) | 0,05 | 0,06 | 0,02 |
| Amfetamine (dosi/die 1.000 ab.) | 0,06 | 0,29 | 0,23 |
| Metamfetamine (dosi/die 1.000 ab.) | 0,25 | 0,26 | 0,01 |
| Ketamina (grammi die) | 2,92 | 3,34 | 0,42 |

Fonte: Studio AquaDrugs 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

La concentrazione più elevata di sostanze stupefacenti si osserva per la cannabis, mediamente circa 39,3 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2013, con un sostanziale aumento rispetto al dato medio riscontrato nel 2012 (28,4).

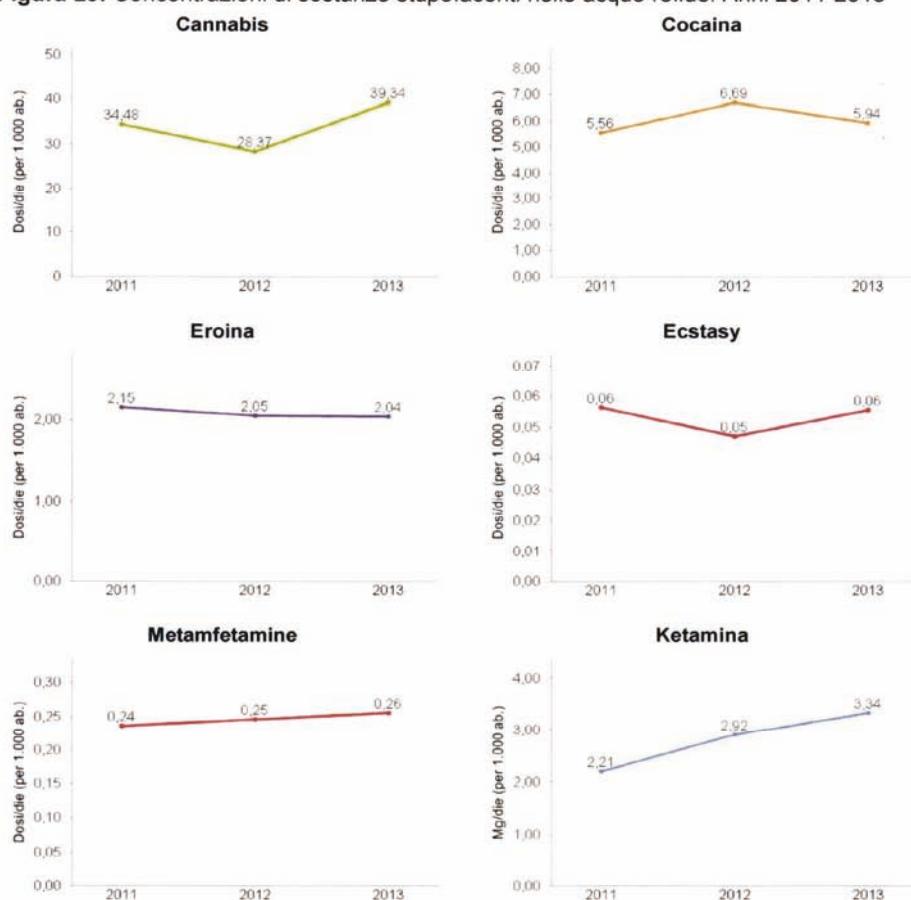
Il consumo della cocaina presenta, invece, un calo nei consumi dal 2012 al 2013 (da 6,7 a 5,9 dosi), attestandosi ad un valore più vicino a quello osservato per il 2011 (5,7). Per quanto riguarda il consumo di eroina, si osserva una certa stabilità in tutto il periodo (poco più di 2 dosi al giorno ogni 1.000 abitanti), come pure risulta stabile il livello di consumo delle metamfetamine (0,2 dosi).

I consumi di ecstasy tornano sui livelli del 2011 (0,06) dopo esser leggermente calati nel 2012 (0,05), mentre il consumo di ketamina presenta un trend in crescita, passando da 2,2 a 3,3 milligrammi al giorno.

Concentrazioni di sostanze nelle acque reflue:

- cannabis: +10,96
 - cocaina: -0,75
 - eroina: -0,01
 - ecstasy: +0,02
- amfetamine: +0,23
 - metamfetamine: +0,01
 - ketamina: +0,42

Cannabis: consumi in aumento

Figura 25: Concentrazioni di sostanze stupefacenti nelle acque reflue. Anni 2011-2013

Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Con riferimento alla campagna di rilevazione 2013, vengono di seguito presentati i relativi profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro di rilevazione e nel totale. Al fine della rappresentazione congiunta di tutte le sostanze per centro di rilevazione, garantendo nel contempo una visualizzazione efficace della differenziazione dei consumi, nello stesso grafico sono state rappresentate differenti scale di misura dei consumi di sostanze. Nel dettaglio, per i consumi di cannabis (THC) e cocaina è stata adottata la scala riferita al numero medio di dosi al giorno per 1.000 residenti (da 0 a 80 dosi/die per 1.000 abitanti), per l'ecstasy, l'eroina e le metamfetamine è stata utilizzata una scala con la stessa unità di misura ma con un intervallo inferiore (da 0 a 9 dosi/die per 1.000 residenti), infine per la ketamina è stata scelta l'unità di misura del numero di grammi al giorno, più rappresentativa delle dosi generalmente consumate per queste sostanze, con intervallo di valori da 0 a 10 grammi/die.

Dal prospetto di sintesi emerge che, oltre alla presenza di cannabis comune a tutti i 17 centri indagati (in particolare a Nuoro e Firenze con oltre 75 dosi/die per 1.000 abitanti), alcuni centri appartenenti all'area geografica dell'Italia nord-orientale (Verona, Bologna, Gorizia), dell'Italia centrale (Firenze, Terni) e della Sardegna (Cagliari, Nuoro) sono caratterizzati da un'alta concentrazione di eroina, la quale risulta invece decisamente inferiore nei centri urbani dell'Italia meridionale e della Sicilia.

Il consumo di ketamina sembra interessare maggiormente l'Italia settentrionale e centrale, in particolare Firenze (7,6 grammi/die), Bologna e Torino (6,6 grammi/die). Concentrazioni inferiori al grammo/die di questa sostanza si

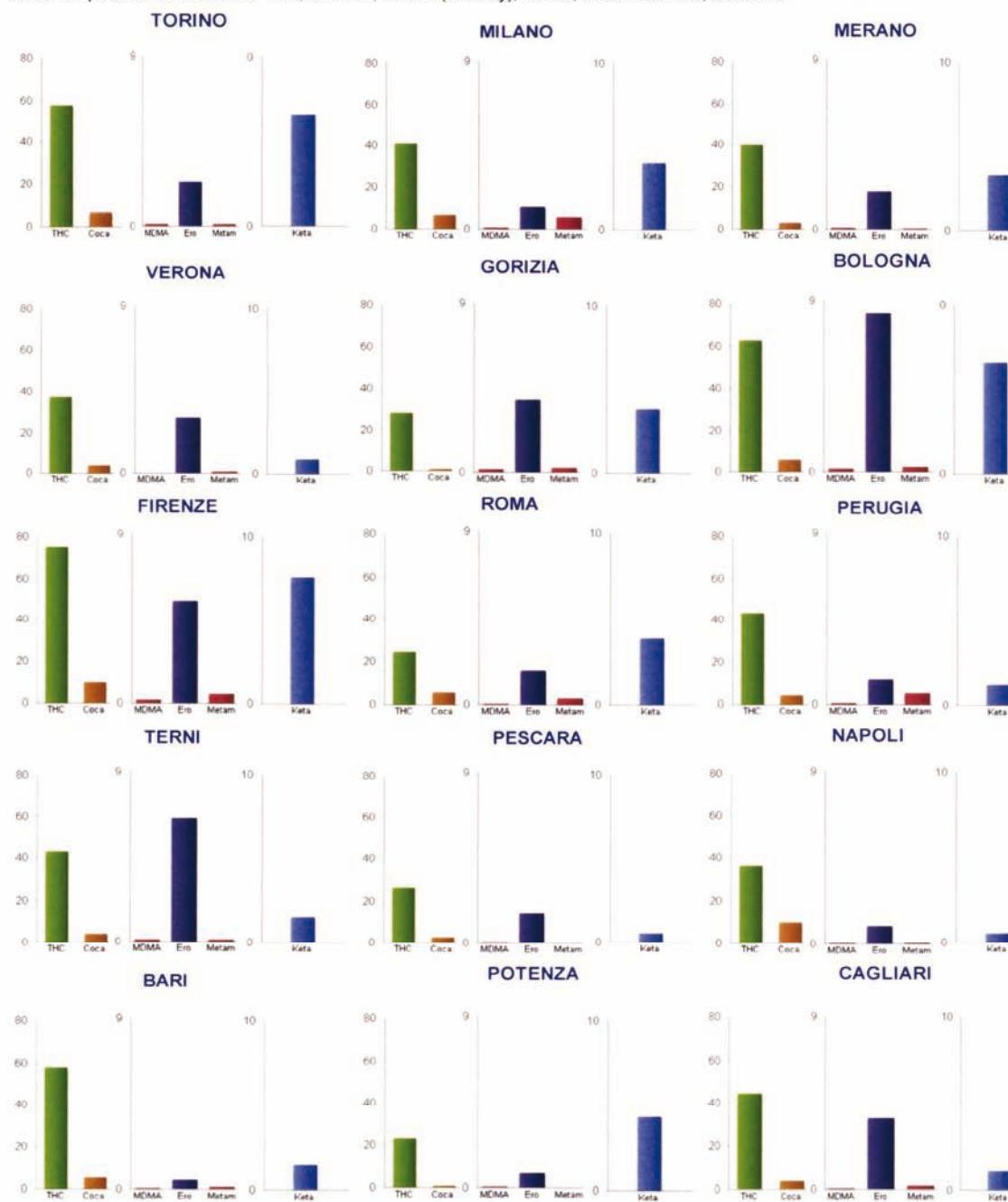
Profilo di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro urbano

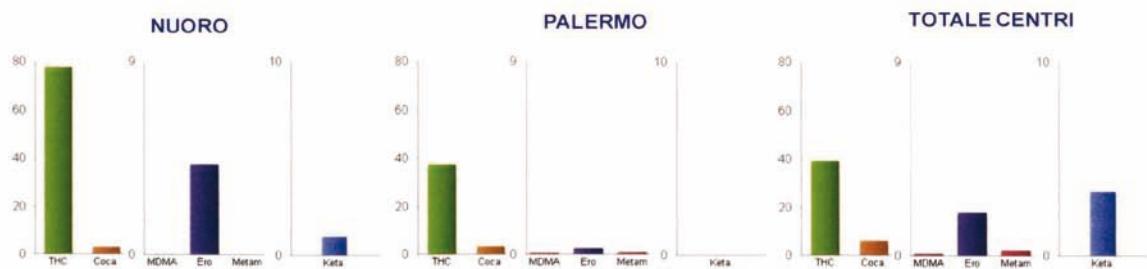
osservano invece nelle città dell'Italia meridionale/insulare, con esclusione di Potenza (4,3 grammi/die).

Consumi elevati di cocaina si rilevano a Firenze e Napoli (più di 9 dosi/giorno/1.000 abitanti), seguite da Milano, Torino, Bologna, Roma e Bari (5-6 dosi/giorno/1.000 residenti).

Figura 26: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti stimati mediante analisi delle acque reflue in alcuni centri urbani. Anno 2013

Sostanze presentate nell'ordine: THC, Cocaina, MDMA (Ecstasy), Eroina, Metamfetamine, Ketamina



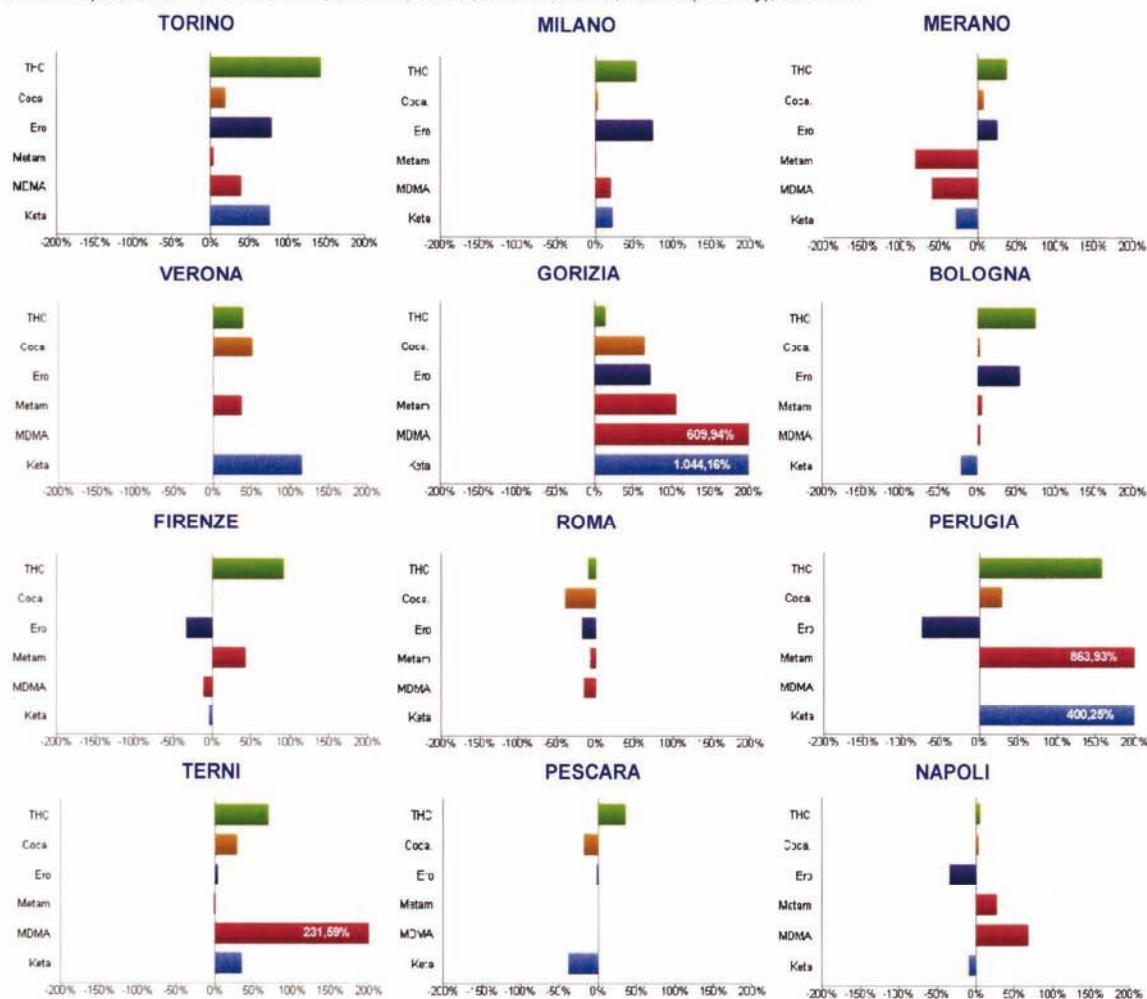


Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Considerando i risultati delle campagne di rilevazione degli ultimi due anni, in concordanza con quanto mostrato nella figura precedente, vengono rappresentati gli scostamenti, in valore percentuale, dei consumi delle varie sostanze stupefacenti rilevati nel 2012 e nel 2013, per ciascun centro e nel totale.

Figura 27: Scostamento percentuale dei consumi di sostanze stupefacenti stimati mediante analisi delle acque reflue in alcuni centri urbani. Anni 2012-2013

Sostanze presentate nell'ordine: THC, Cocaina, Eroina, Metamfetamine, MDMA (Ecstasy), Ketamina





Dal prospetto emerge che, per quanto riguarda la cannabis, l'incremento maggiore rispetto al 2012 si osserva nella città di Perugia (+158,3%) seguita da Torino (+143,1%). Roma, invece, è l'unico centro che nel 2013 ha evidenziato una contrazione nei consumi di questa sostanza (-9,2%). In generale, considerando il totale dei centri indagati, si rileva che il consumo di cannabis mostra un aumento del 38,6% rispetto al 2012.

Valutando alcuni casi specifici, si osserva nella città di Gorizia un aumento di tutte le sostanze indagate, come pure a Cagliari e Torino (anche se in misura minore), mentre città come Merano e Palermo presentano una contrazione generale nei consumi di tutte le sostanze.

Variazioni di consumo elevate nell'ultimo anno si rilevano nei due centri della Sardegna: Cagliari (+129% per l'eroina, +86% per la cocaina) e Nuoro (+2.168% per l'eroina, +126% per la cocaina).

Per quanto riguarda i consumi di metamfetamine, a Perugia viene rilevato il maggior incremento rispetto al 2012 (+864%), mentre per l'ecstasy l'aumento maggiore dei consumi è emerso a Gorizia (+610%) e Terni (+232%). Infine, per la ketamina si un notevole incremento a Gorizia (+1.044%), a Perugia (+400%) e a Cagliari (+212%).

Scostamenti dei consumi di sostanze stupefacenti tra il 2012 ed il 2013

1.4 Gambling e gioco d'azzardo e patologico

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 esitare 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 a questo problema. Spesso 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.

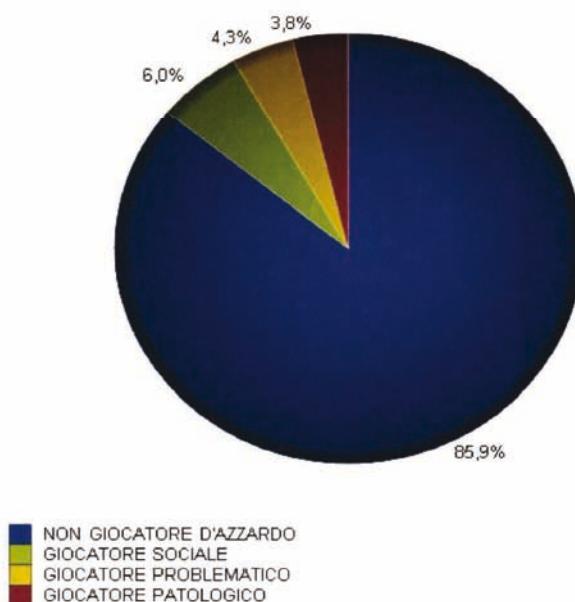
Il DPA a questo proposito ha provveduto a studiare e realizzare un flusso di dati aggregati, che permetterà di poter stimare meglio questa realtà complessa che mostra già segnali evidenti di un fenomeno socio-sanitario rilevante e non trascurabile o minimizzabile.

Nell'ambito dello studio SPS, la prevalenza del gioco d'azzardo patologico è stata stimata tramite la somministrazione della versione italiana validata del questionario South Oaks Gambling Screen – Revised for Adolescents (SOGS-RA).

Tale strumento consente di individuare i giocatori d'azzardo sociali (considerano il gioco come una buona occasione per socializzare e condivide con altri divertimento, fantasie e aspettative non sproporzionate, tenendo distinti i comportamenti di rischio dai valori della vita), i giocatori d'azzardo problematici (pur non essendo ancora arrivati alla vera e propria patologia, hanno già cominciato a separarsi da un atteggiamento prudente nei confronti del gioco) ed i giocatori d'azzardo patologici (hanno sostituito alla dimensione magica e ludica una dimensione di dipendenza dove i pensieri, le priorità e i valori confluiscono e si fondono nella ripetizione compulsiva della giocata).

Figura 28: Distribuzione della popolazione scolastica 15-19 anni secondo le tipologie di giocatori d'azzardo, individuati in base alla scala SOGS-RA. Anno 2014

Circa l'8% di giocatori problematici o patologici



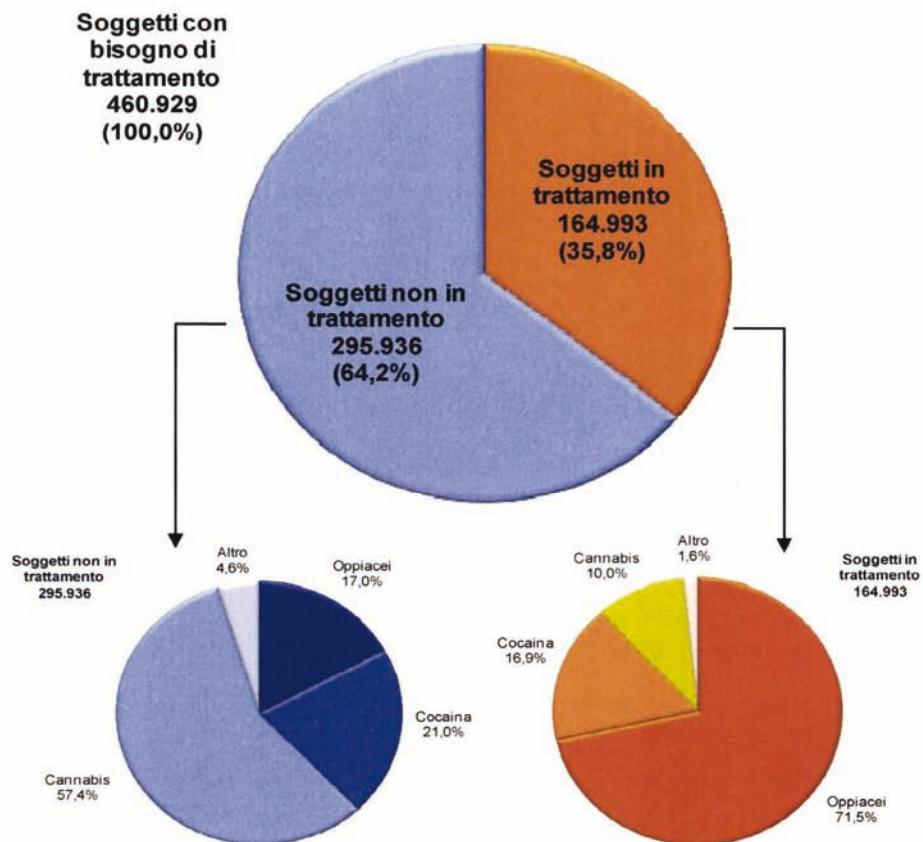
Fonte: Studio SPS-DPA 2014 – Dipartimento Politiche Antidroga

Utilizzando tale scala di misura, è stato possibile identificare all'interno della popolazione scolastica 15-19enne, una quota di giocatori sociali pari al 6,0% degli intervistati, una quota di giocatori problematici (4,3%) ed una quota di giocatori patologici (3,8%). Si stima, quindi, che circa l'8% degli studenti 15-19enni abbia un approccio problematico o addirittura patologico al gioco d'azzardo.

Osservando tale fenomeno nel biennio 2013-2014, si riscontra una tendenza alla contrazione dei casi di studenti problematici e patologici rispetto al comportamento del gioco d'azzardo (Figura 29).

Nel 2014:
 4,3% studenti con gioco problematico;
 3,8% studenti con gioco patologico

Figura 31: Soggetti con bisogno di trattamento, suddivisi tra soggetti assistiti e soggetti non assistiti per oppiacei, cocaina, cannabis e altro. Valori percentuali. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

(*) I soggetti in trattamento nel 2013 sono 164.993 di cui 162.353 per oppiacei, cocaina e cannabis e 2.640 per altre sostanze (stimolanti, allucinogeni, psicofarmaci, altre droghe).

(**) Per 70.611 soggetti in trattamento la sostanza primaria non è nota; sono state quindi applicate le stesse proporzioni osservate nei soggetti in trattamento con sostanza primaria nota.

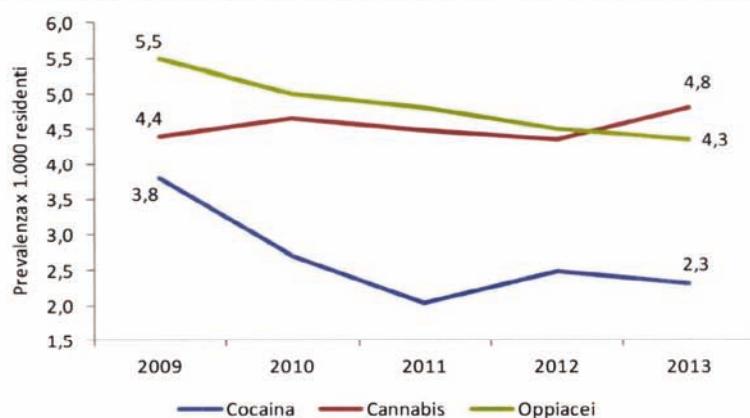
Approfondendo l'analisi a livello regionale, limitatamente alle informazioni disponibili sulle persone con bisogno di trattamento per oppiacei, emerge che le regioni con un maggior numero di consumatori sono, nell'ordine: Liguria, Molise, Toscana e Sardegna, con prevalenze superiori a 6,0 per 1.000 residenti di età compresa tra 15 - 64 anni.

L'andamento temporale delle stime di prevalenza conferma una tendenza alla diminuzione dal 2009 al 2013 del contingente di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei, in parte imputabile alla maggior intercettazione dei soggetti con bisogno di assistenza dalle strutture del servizio sanitario nazionale (Figura 32), ed in parte imputabile a variazioni nella qualità dei dati introdotte con l'uso del nuovo sistema informativo SIND.

Andamento simile si osserva anche per la cocaina, per la quale si nota una sostanziale diminuzione del contingente di soggetti eleggibili al trattamento, più marcata nel triennio 2009-2011.

Un trend pressoché stabile si osserva, nel periodo 2009-2012, per la cannabis, con un successivo incremento della popolazione con bisogno di trattamento che passa dal 4,4% nel 2012 al 4,8% nel 2013 (Figura 32).

Figura 32: Trend del tasso di prevalenza dei consumatori con bisogno di trattamento per Cocaina, Cannabis, Oppiacei (casi x 1.000 abitanti di età 15-64 anni). Anni 2009-2013*.

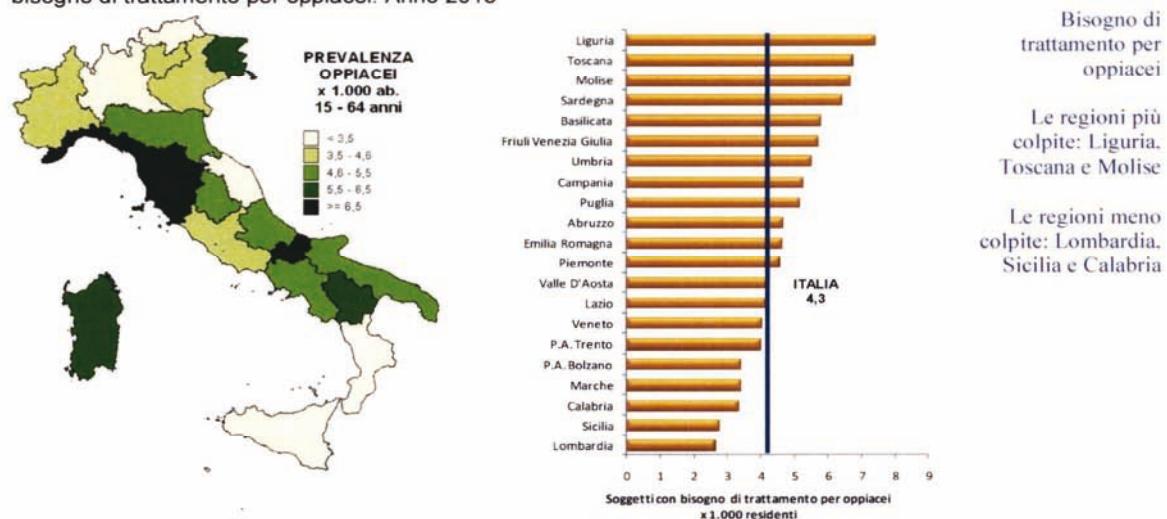


Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

* Dati 2009-2012 per Cocaina e Cannabis aggiornati al 2013

Concentrando l'analisi sui consumatori di oppiacei con bisogno di trattamento, per i quali sono disponibili le stime a livello regionale (Figura 33), emerge che le aree in cui si osserva una prevalenza più elevata sono la Liguria (7,4 casi per mille residenti), la Toscana (6,7 casi per mille residenti) ed il Molise (6,7 casi per mille residenti). Le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa sono la Lombardia (2,6 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la Sicilia (2,7 casi per mille residenti) e la Calabria (3,3 casi per mille residenti).

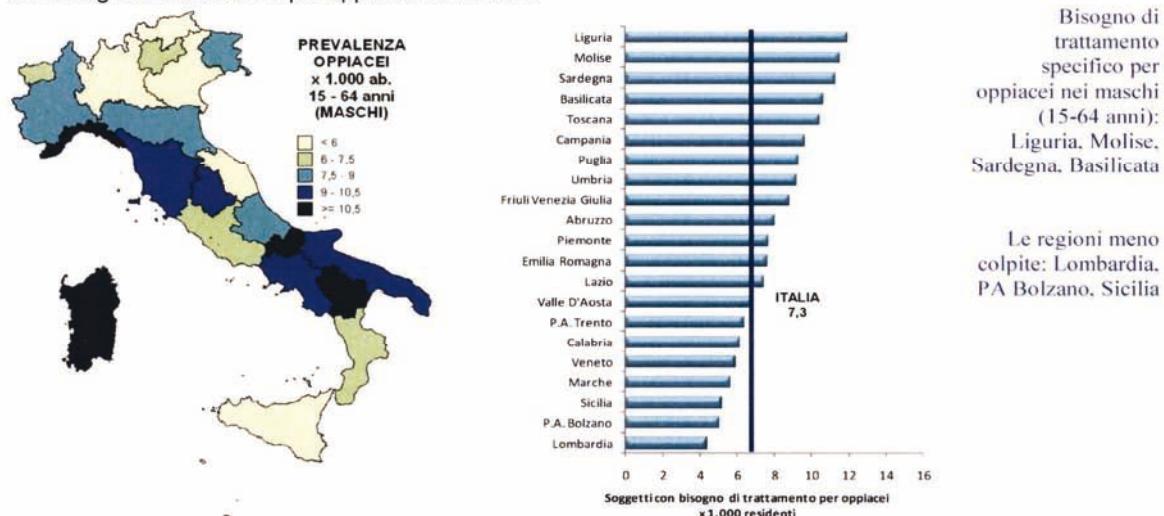
Figura 33: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Per quanto riguarda le stime dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei per genere, si osservano valori sensibilmente più elevati per i maschi rispetto alle femmine (7,3 vs 1,4 soggetti ogni 1.000 residenti 15-64 anni), con differenze nei due profili per genere nelle distribuzioni delle prevalenze regionali. Tra le regioni con maggior popolazione maschile con necessità di trattamento, figurano la Liguria, il Molise e la Sardegna, mentre tra le regioni in cui il fenomeno è meno rilevante, compaiono la Lombardia, la Provincia Autonoma di Bolzano e la Sicilia (Figura 34).

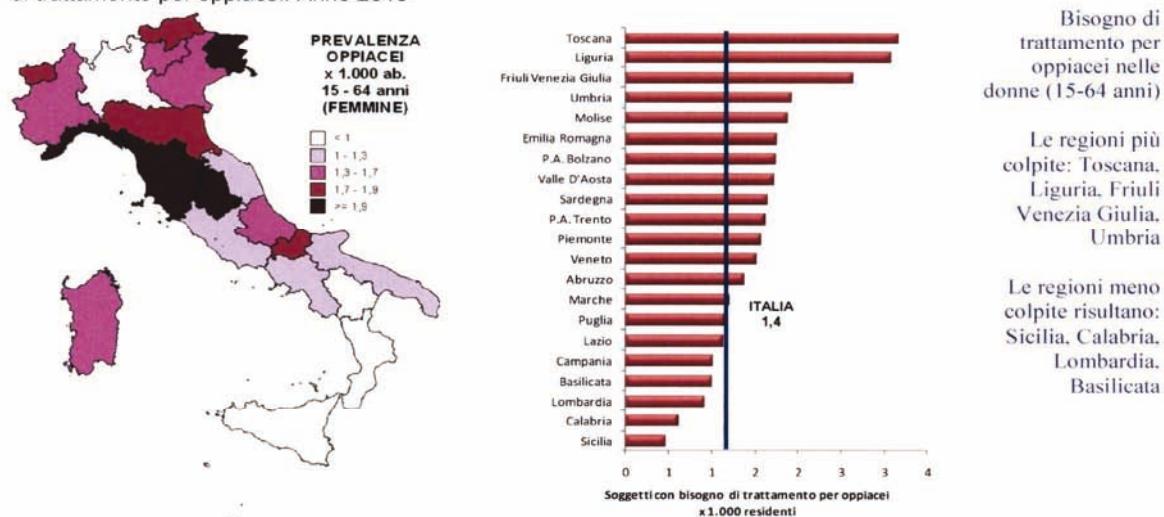
Figura 34: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti maschi con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

La distribuzione della popolazione femminile con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 35), evidenzia un maggior consumo tra la popolazione femminile in Toscana, 3,2 persone ogni 1.000 residenti di età 15-64 anni. Ai vertici della graduatoria figurano anche le Regioni Liguria e Friuli Venezia Giulia; mentre le Regioni meridionali (Calabria, Sicilia, Basilicata, Campania e Puglia), insieme a Lombardia e Lazio, sembrano essere meno colpite dal fenomeno.

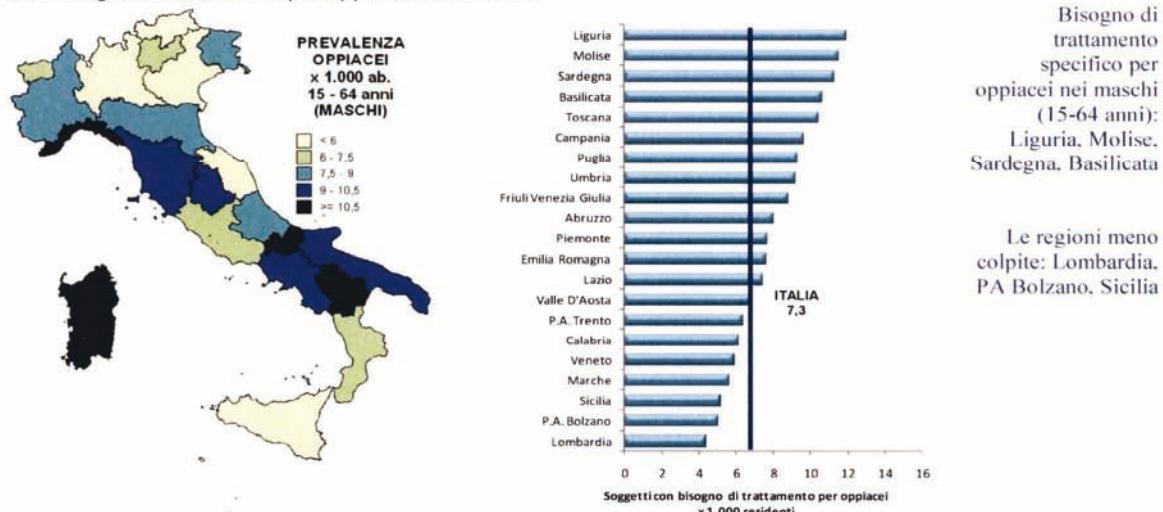
Figura 35: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di donne con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Interessante risulta il confronto a livello Europeo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 36). Considerando le stime disponibili per 19 Paesi UE, le prevalenze del consumo problematico di oppiacei per l'anno 2012, variano da meno di uno a circa otto casi per 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. L'Italia (IT) si colloca alla posizione 14 della graduatoria, con una stima molto simile a quella della Slovenia (SI).

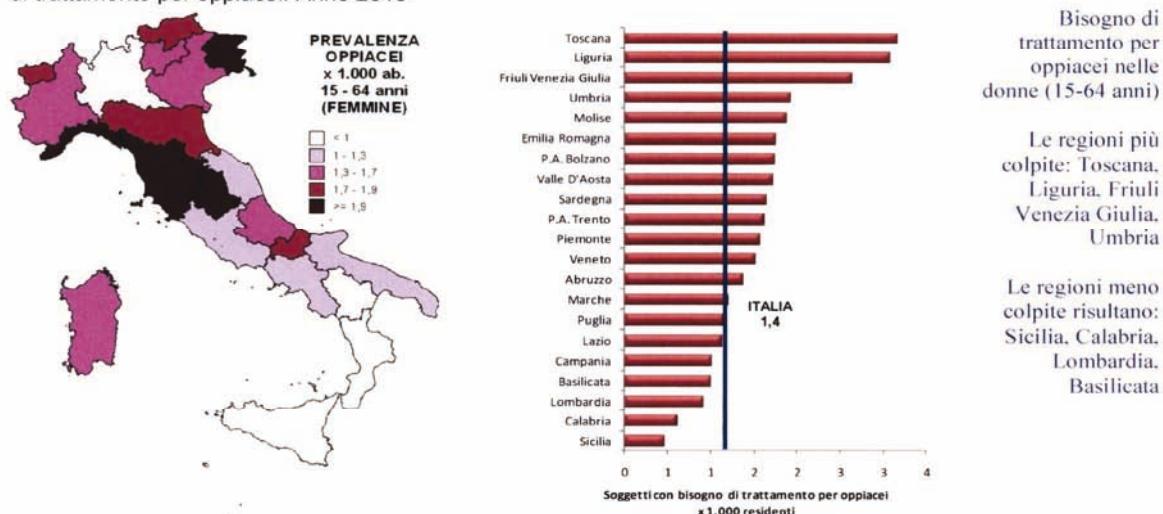
Figura 34: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti maschi con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

La distribuzione della popolazione femminile con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 35), evidenzia un maggior consumo tra la popolazione femminile in Toscana, 3,2 persone ogni 1.000 residenti di età 15-64 anni. Ai vertici della graduatoria figurano anche le Regioni Liguria e Friuli Venezia Giulia; mentre le Regioni meridionali (Calabria, Sicilia, Basilicata, Campania e Puglia), insieme a Lombardia e Lazio, sembrano essere meno colpite dal fenomeno.

Figura 35: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di donne con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2013



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Interessante risulta il confronto a livello Europeo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura 36). Considerando le stime disponibili per 19 Paesi UE, le prevalenze del consumo problematico di oppiacei per l'anno 2012, variano da meno di uno a circa otto casi per 1.000 abitanti di età compresa fra i 15 e i 64 anni. L'Italia (IT) si colloca alla posizione 14 della graduatoria, con una stima molto simile a quella della Slovenia (SI).