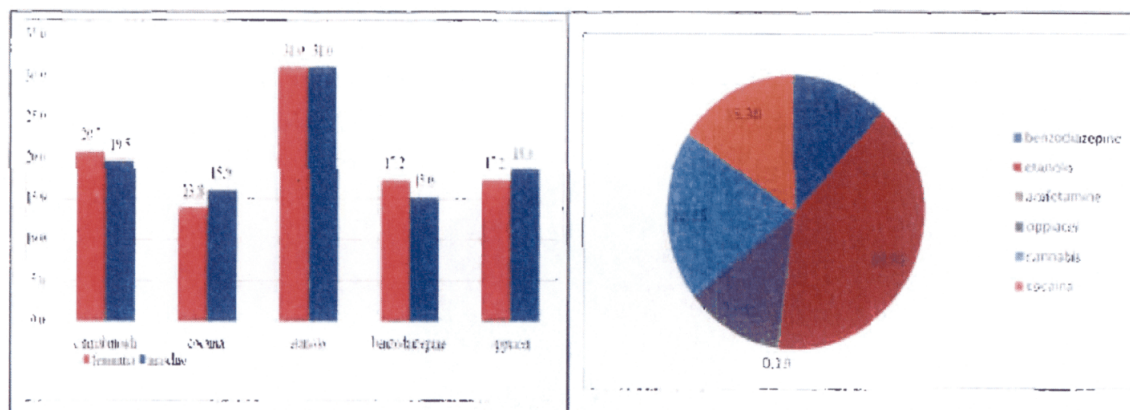


Contributi e approfondimenti

657

2 Incidenti stradali per assunzione di sostanze

Figura 47: Distribuzione percentuale dei soccorsi secondo il genere e la positività per tipo di sostanza per l'anno 2012 e delle sostanze per il periodo 2009-2012.



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Per quanto riguarda il poliuso di sostanze, in particolare l'assunzione contemporanea di alcool e/o più sostanze stupefacenti, si riportano di seguito i risultati (

Tabella 21):

Tabella 21: Distribuzione del numero di soggetti positività per numero di sostanze assunte. Anno 2012

N. positività	N	%
0	98	50,3
1	56	28,7
2	30	15,4
3	10	5,1
4	1	0,5
Totale	195	100,0

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Dalla tabella sopra si nota che il 29% circa è risultato positivo ad una sola sostanza, il 15% circa a due sostanze ed il 5% a 3 sostanze. Un soggetto è risultato positivo addirittura a 4 sostanze. La distribuzione del numero di sostanze utilizzate da un singolo soggetto è riportata in

Figura 48. La distribuzione è simile per maschi e femmine per quanto riguarda una sola sostanza mentre per due sostanze sono di più i maschi e per tre sostanze di più le femmine.

La distribuzione di soggetti con diversa positività per fascia d'età è rappresentata nella

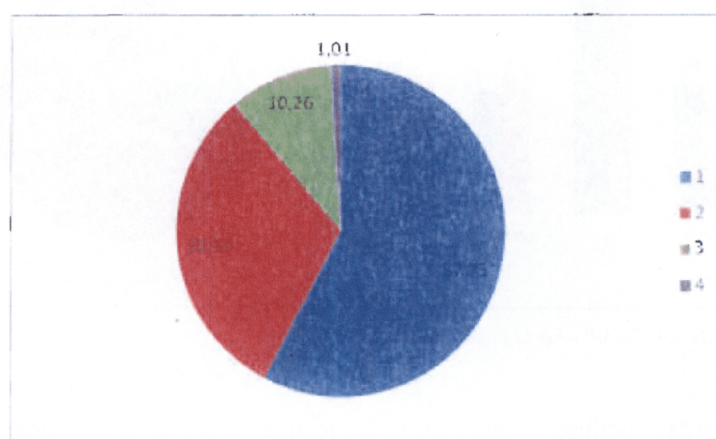
Figura 49 insieme alla distribuzione percentuale per ogni fascia d'età. La percentuale maggiore di soggetti positivi all'uso di almeno una sostanza si rileva in corrispondenza della fascia di età "minori", seguita dalle fasce "18-25", dove è superiore alla percentuale di soggetti negativi alle sostanze, e 26-30 (ovvero quelle più giovanili). Considerando i soggetti positivi all'uso di due o tre

658

Relazione Annuale al Parlamento 2015

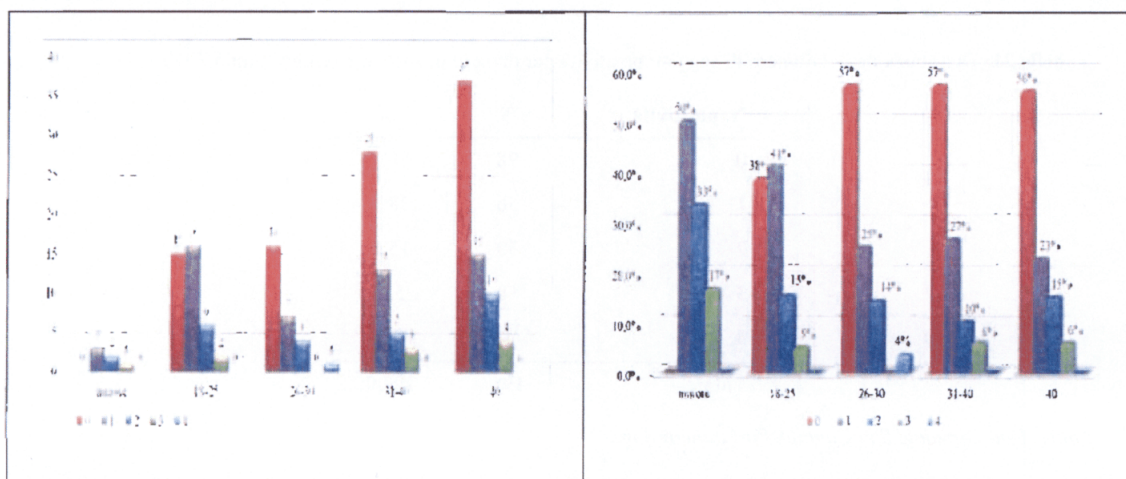
sostanze, la percentuale maggiore è della fascia >40, seguita da “18-25” e “minore. Per confronto, si riporta la stessa distribuzione per tutto il periodo 2009-2012.

Figura 48: Distribuzione percentuale del numero di sostanze per i soggetti positivi. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 49: Distribuzione del numero di positivi per fascia d'età e distribuzioni percentuali del numero di sostanze condizionate alla fascia d'età. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

L'orario in cui si rilevano soccorsi di soggetti con maggior uso e poliuso di sostanze è quello che va da mezzanotte alle sei del mattino (Figura 50). Dalla stessa figura si riscontra che il codice d'urgenza relativo al maggiore uso e poliuso è il codice rosso.

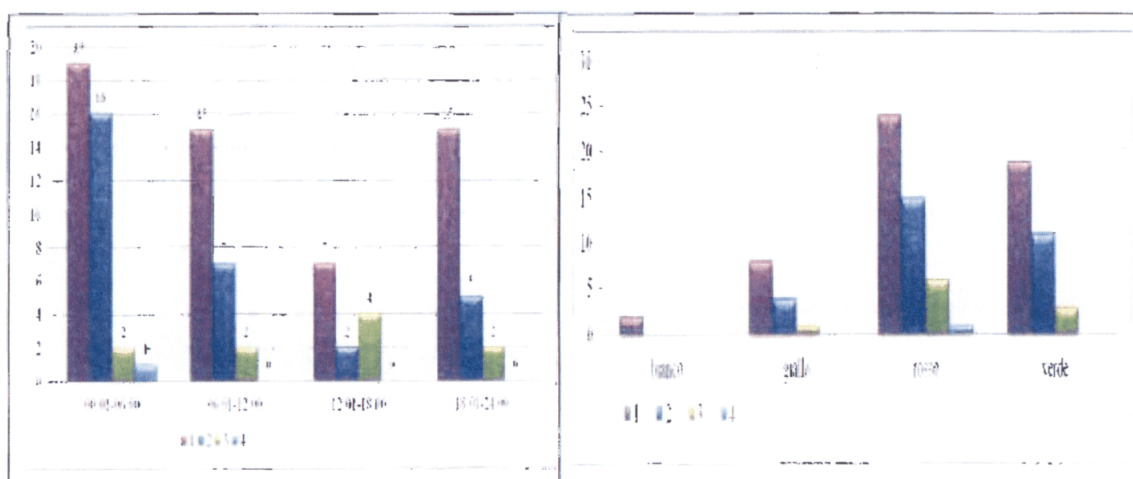
Dalla Figura 51 si nota che i giorni in cui gli accessi per soccorso sono costituiti da soggetti con uso e poliuso di sostanze sono quelli relativi al fine settimana e, molto probabilmente, come conseguenza dello stesso, anche al lunedì.

Contributi e approfondimenti

659

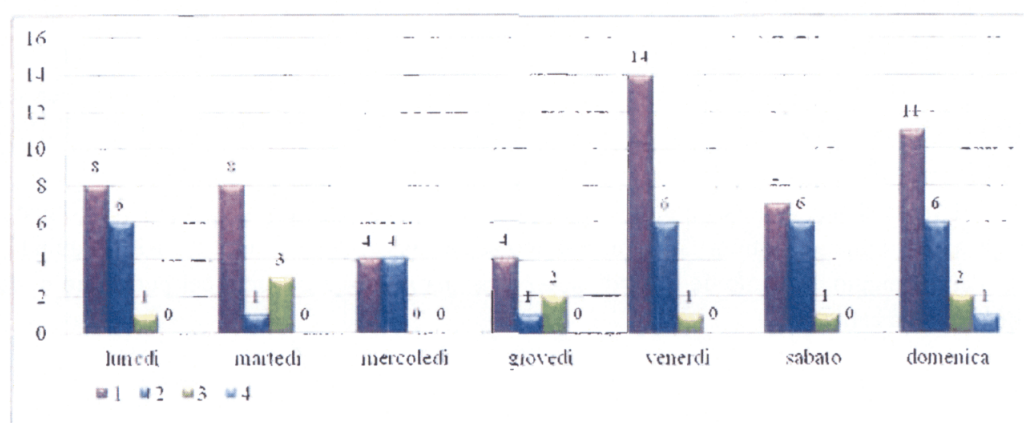
2 Incidenti stradali per assunzione di sostanze

Figura 50: Distribuzione del numero di positività risultanti secondo l'orario di soccorso. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 51: Distribuzione del numero di positività risultanti secondo il giorno di soccorso. Anno 2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Si utilizza in conclusione l'indicatore Poly-Drug Score (PDS), calcolato per ogni soggetto, che rappresenta una misura del danno che l'assunzione di sostanze stupefacenti provoca alla salute (Fabi F. et al. 2014).

Viene utilizzato un punteggio di danno associato a ciascuna sostanza stabilito attraverso un approccio "Delphi" nel 2010 (van Amsterdam et al., 2010). Per ogni individuo, il PDS si ottiene facendo la somma "pesata" delle frequenze d'uso di tutte le sostanze usate, utilizzando come "pesi" i punteggi che caratterizzano il danno. Nel caso in esame la frequenza vale 1, dato che non si

conosce la frequenza d'uso delle sostanze, per tutti e quindi si sommano i pesi di danno delle sostanze utilizzate.

Tabella 22: Valori dell'indicatore Poly-Drug Score (PDS) per genere. Anno 2012

Anno 2012	M	F	Media
valore medio PDS	2,84	2,95	2,88
mediana PDS	2,32	2,25	2,32

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Tabella 23: Valori dell'indicatore Poly-Drug Score (PDS) secondo la fascia di età. Anno 2012

ANNO 2012	valore medio PDS	mediana PDS
<18	2,62	2,28
18-25	2,64	2,18
26-30	3,14	2,32
31-40	2,93	2,32
>40	2,94	2,32

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

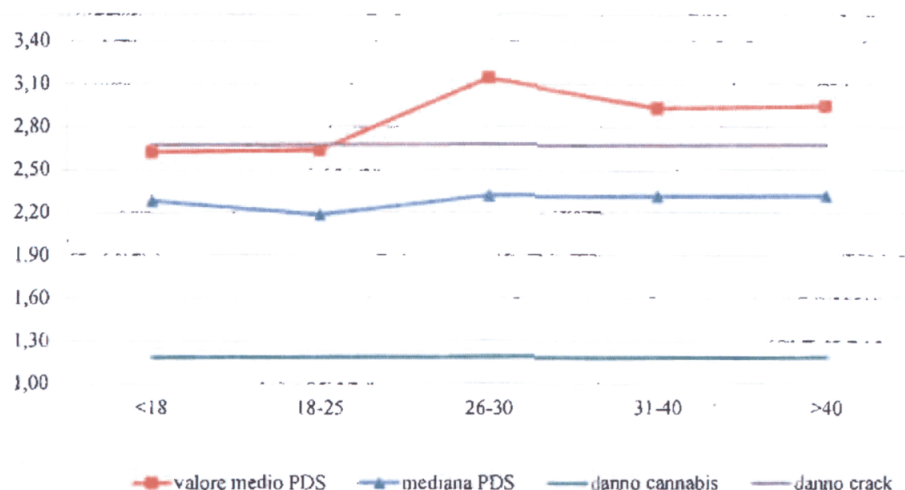
Il punteggio medio è leggermente più alto nelle femmine (2,95) che nei maschi (2,84); mentre, per quanto riguarda la fascia di età, il valore medio e mediano più alto del PDS si rileva in corrispondenza dei soggetti con età 26-30 anni.

I valori della mediana, come ci si poteva aspettare, sono meno variabili rispetto ai valori medi (più influenzati dai punteggi estremi). Si concentrano sostanzialmente intorno a 2,20-2,30, quindi al di sotto del punteggio di danno dell'uso di solo crack, ma molto al di sopra del punteggio di danno dell'uso di sola cannabis.

Contributi e approfondimenti
2 Incidenti stradali per assunzione di sostanze

661

Figura 52: Rappresentazione grafica del valore medio e mediano secondo la fascia di età. Anno 2012



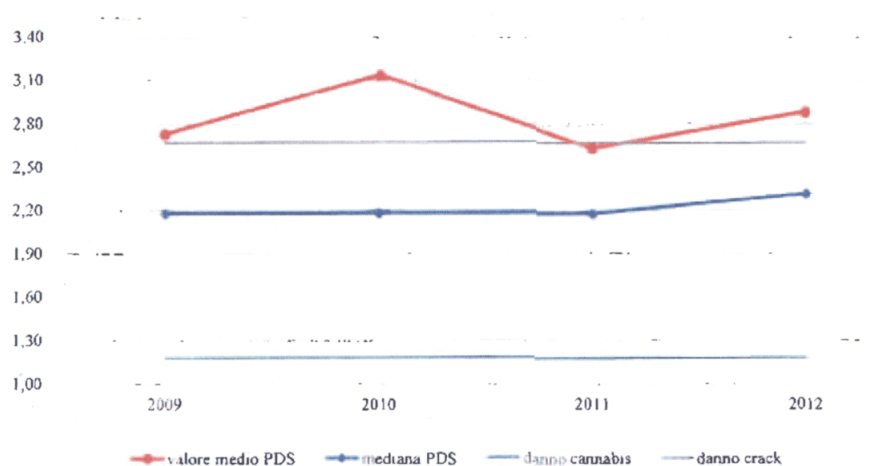
Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

La Figura 53 mostra che nel 2012 vi è un aumento del valore del PDS rispetto al 2011 (oltre 2,20 per la mediana e oltre 2,8 per la media), anche se resta al di sotto dei valori raggiunti nel 2010.

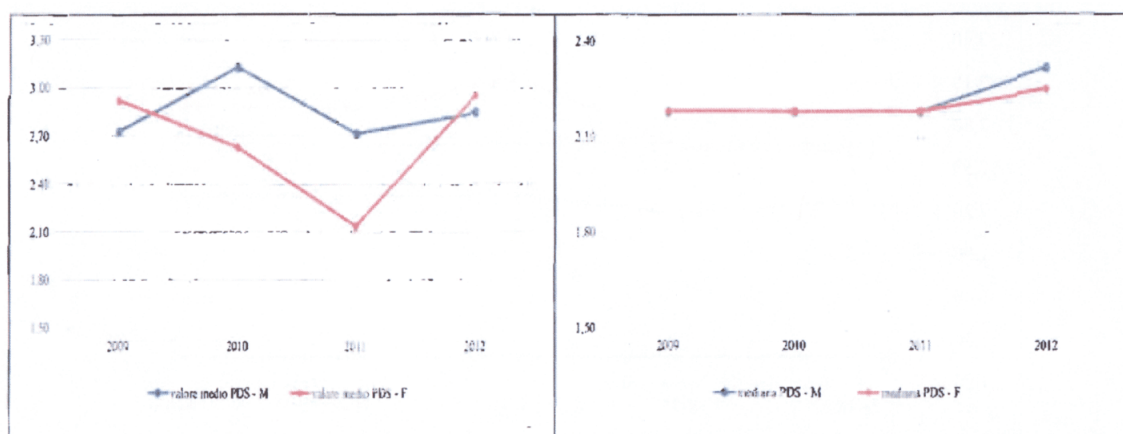
Considerando negli anni l'andamento della media e della mediana di PDS per genere si ottiene l'andamento rappresentato in Figura 54.

Il valore del Poly-Drug Score risulta essere tendenzialmente maggiore negli uomini rispetto alle donne. Nell'anno 2012, coerentemente con quanto visto in precedenza, si rileva un aumento particolarmente evidente nelle donne (valore medio poco oltre 2,10 nel 2011 e intorno a 3 nel 2012).

Figura 53: Trend del punteggio dell'indicatore PDS. Anni 2009-2012



Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

Figura 54: Rappresentazione grafica del punteggio secondo il genere. Anni 2009-2012

Fonte: Dati Ospedale San Camillo-Forlanini di Roma

L'analisi dei dati mostra che i soccorsi per incidente avvengono maggiormente nei giorni del week-end, giorni in cui i giovani adulti (18-25 anni) e gli adulti (31-40 anni) magari escono per qualche serata in cui bevono alcol e/o fanno uso di sostanze stupefacenti. I soggetti più grandi (>40 anni), invece, tendono ad assumere tali tipi di comportamento con pari frequenza sia durante l'arco della giornata sia durante l'intera settimana. Un fatto rilevante, da sottolineare, è che una discreta parte degli individui soccorsi dopo incidente è risultata positiva a più di una sostanza. Tali comportamenti a rischio sono associati a soccorsi con codice prevalentemente rosso e verde (il codice giallo in misura minore).

Ringraziamento

Si ringrazia il Professor Langravinese per aver consentito la pubblicazione del lavoro (Langravinese et al., 2015) su una rivista internazionale e di utilizzare i dati anche per la Relazione al Parlamento 2015.

Incidenti stradali: fonte ASAPS

L'ASAPS, Associazione Sostenitori ed Amici della Polizia Stradale, tramite il suo impegno a favore della Sicurezza Stradale, è presente in tutti gli uffici ed i comandi della Polizia Stradale ed in molti della Polizia Locale. In particolare l'Osservatorio "Il Centauro" rileva i dati relativi agli incidenti stradali, (incidenti nel fine settimana con relative conseguenze, episodi di pirateria e altri casi di violazione della sicurezza stradale).

Contributi e approfondimenti

663

2 Incidenti stradali per assunzione di sostanze

Nel complesso, gli incidenti sono passati da 34.199 nel 2013 a 32.123 nel 2014, con un decremento pari al 6,1%. Le vittime coinvolte sono passate da 887 a 869 (-2%) e i feriti da 25.805 sono scesi a 24.279, con 1.526 ingressi in meno nei pronto soccorsi.

Per le vittime più giovani il dato è in aumento: i ragazzi con meno di 30 anni che hanno perso la vita nel 2014 sono stati 286, contro i 276 del 2013 (+3,6%)⁸⁵.

⁸⁵ Maggiori informazioni sono disponibili sul sito <http://www.asaps.it/>

Appendice

Tabella dei punteggi di danno alla salute derivati dal lavoro (van Amsterdam et al. 2010).

Substance	Overall physical harm score (W)
Crack Cocaine	2,67
Heroin	2,51
Alcohol	2,18
Methamphetamine	2,18
Methadone	2,12
Cocaine	2,07
Amphetamine	1,88
GHB	1,47
Benzodiazepines	1,31
Buprenorphine	1,30
Cannabis	1,18
Ketamine	1,05
Ecstasy	1,03
Methylphenidate	0,87
Anabolic steroids	0,81
Khat	0,73
LSD	0,61
Magic mushrooms	0,28

Contributi e approfondimenti

665

2 Incidenti stradali per assunzione di sostanze

Bibliografia

Francesco Fabi, Alessia Mammone and Carla Rossi, (2014). New indicators of illegal drug use to compare drug user populations for policy evaluation, *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, 11-2, 8891-1/8891-7.

Giovanni Michele Lagravinese, Alessia Mammone, Carla Rossi, Miriam De Vita, Valeria Marino, Alessandro Feola, Luigi Tonino Marsella. (2015). The frequency of polidrug use in a driving population in Rome. *Epidemiology, Biostatistics and Public Health*, vol. 12-1, suppl.1.

Van Amsterdam J., Opperhuizen A., Koeter M., & van den Brink W. (2010). Ranking the Harm of Alcohol, Tobacco and Illicit Drugs for the Individual and the Population. *European Addiction Research* 2010; 16: 202-207.

3. Altre dipendenze: dati sul tabagismo

A cura dell'Istituto Superiore di Sanità

L'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OssFAD) è l'organo ufficiale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) che ha come obiettivo di informare e formare in materia di tabagismo, alcolismo, tossicodipendenze e doping.

L'OssFAD realizza annualmente il Convegno Nazionale Tabagismo e Servizio Sanitario Nazionale nell'ambito del quale viene presentato il Report Nazionale sul Fumo in Italia, indagine che l'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Istituto Mario Negri commissiona alla Doxa sull'abitudine al fumo degli italiani. L'indagine campionaria ha previsto interviste personali, svolte con sistema C.A.P.I. (Computer Assisted Personal Interview) da intervistatori opportunamente istruiti e controllati, su un campione nazionale rappresentativo della popolazione italiana adulta di 15 anni ed oltre. Le interviste sono state realizzate da marzo ad aprile 2015 in 110 Comuni di tutte le Regioni italiane.

La sintesi del Rapporto 2015 sul fumo

La prevalenza di fumatori - Il Rapporto 2015 sull'abitudine al fumo degli italiani indica che i fumatori in Italia sono il 20,8% della popolazione, pari a 10,9 milioni di persone. I fumatori maschi rappresentano il 25,1% degli italiani, le fumatrici, il 16,9%. Gli ex fumatori sono 6,3 milioni, il 12,1% della popolazione.

Prendendo in considerazione la serie storica relativa alla prevalenza del fumo di sigarette secondo le indagini DOXA condotte tra il 1975 ed il 2015 (Figura 55) è possibile osservare come, a partire dall'entrata in vigore della legge antifumo del 16 gennaio 2003 n. 3 (G.U. n. 15 del 20/01/2003, Suppl. Ord. n. 5), la percentuale dei fumatori sia regolarmente diminuita fino ad attestarsi attorno ad un valore medio pari al 20% della popolazione: tale valore negli ultimi sei anni non sembra più subire significative oscillazioni. (20,8% nel 2015).

La fascia d'età 25-44 anni è quella ove si colloca la percentuale più elevata di fumatori di sesso sia maschile (30,7%), che femminile (22,4%). Per contro, tra gli over 65 si rilevano le percentuali meno elevate di fumatori di entrambi i sessi (14,2% per gli uomini, 6,7% per le donne).

Oltre il 76% dei fumatori dichiarano di consumare più di 10 sigarette al giorno, mentre circa l'83% dei fumatori di età compresa tra 15 e 24 anni dichiara di fumare meno di 15 sigarette al giorno.

L'età media in cui si inizia a fumare è di 17,9 anni, con uno scarto di circa due anni tra maschi e femmine (17,0 nei maschi e 19,1 nelle femmine). Circa il 73% dei fumatori ha iniziato tra i 15 e i 20 anni. Particolare preoccupazione desta il dato relativo al 12,9% dei fumatori che hanno iniziato prima dei 15 anni. Il motivo principale per il quale oltre il 60% dei giovani e non giovani fumatori hanno iniziato a fumare è legato alle situazioni ludiche o ricreative in compagnia di amici e compagni di scuola. L'influenza dei "pari" è una costante nell'iniziazione al fumo di tabacco.

Interessante notare che il 43,7% degli Italiani pratica (anche solo occasionalmente) almeno un gioco d'azzardo, ma tra i fumatori il dato dei praticanti anche occasionali sale al 53,4%.

Contributi e approfondimenti

667

3 Altre dipendenze: dati sul tabagismo

Tipologia di consumo – Il 95,4% dei fumatori consuma prevalentemente sigarette confezionate mentre il 17% dei fumatori utilizza, anche o esclusivamente, sigarette fatte a mano (tabacco trinciato). Questa particolare tipologia di prodotto non risente di differenze di genere ma è particolarmente gradita ai giovanissimi di entrambi i sessi (15-24 anni) che ne sono i principali consumatori (31,5%). Il gradimento di questo prodotto è verosimilmente legato al prezzo inferiore rispetto al pacchetto tradizionale ma anche al ruolo che la “moda” ha nell’orientare la scelta nei giovani consumatori. Comunque, rispetto alla crisi economica solo il 16% dei fumatori dichiara di fumare un numero di sigarette inferiore, mentre il 62,3% dichiara di non aver cambiato abitudini tabagiche e il 19,4% di fumare sigarette meno costose.

Rispetto ai canali di acquisto delle sigarette la grande maggioranza dei fumatori (88,2%) acquista presso i tabaccaï, l’8% acquista dai distributori automatici e il 3,3% da altri canali (es. internet).

La sigaretta elettronica – La sigaretta elettronica (e-cig) da alcuni anni rappresenta un vero e proprio fenomeno socio economico. L’indagine DOXA, già dal 2013, ha fotografato per la prima volta quali siano state le risposte dei fumatori italiani all’introduzione sul mercato di un prodotto che si pone come alternativo alla sigaretta tradizionale.

I risultati dell’indagine mostrano che dal 2013 quando gli utilizzatori erano circa 2 milioni di persone (1,6 milioni consumatori occasionali e 500 mila consumatori abituali) l’uso della sigaretta elettronica si è più che dimezzato. Nel 2015 infatti i consumatori abituali sono circa 350 mila e quelli occasionali 200 mila.

Verosimilmente le maggior parte delle persone utilizzano la e-cig come mezzo per ridurre o smettere di fumare: a proposito di ciò, il 20,1% dichiara di aver smesso di fumare le sigarette tradizionali, mentre il 37,7% ne ha diminuito leggermente o drasticamente il numero. Il 33,5% dichiara di non aver modificato le abitudini tabagiche e quindi di aver aggiunto l’uso della e-cig a quello delle sigarette tradizionali.

Il Telefono Verde contro il Fumo – Il Ministro della Salute con Decreto del 25 ottobre 2012 (Gazzetta Ufficiale n. 274 del 23 novembre 2012) ha inserito tra le avvertenze supplementari sull’etichettatura dei prodotti del tabacco “*Telefono verde contro il fumo: 800554088 – Istituto Superiore di Sanità*”. Conseguentemente il TVF dell’OssFAD ha, durante l’anno 2014, decuplicato il numero di telefonate ricevute da cittadini che principalmente chiedono informazioni per essere aiutati a smettere di fumare (5414 telefonate, 3477 di fumatori e 1937 di fumatrici).

Smettere di fumare – Nel 2015 il 26,3% dei fumatori ha tentato senza successo di smettere di fumare, nel ’81,6% dei casi lo hanno fatto senza alcun tipo di supporto. D’altro canto il 53,6% dei fumatori intervistati dichiara di non aver ricevuto, nel corso dell’ultimo anno, dal proprio medico alcun suggerimento di smettere di fumare. L’età media in cui si smette di fumare è di 42,4 anni, essenzialmente per la maggior consapevolezza dei danni provocati dal fumo e/o per motivi di salute.

L’OssFAD come tutti gli anni aggiorna il censimento dei servizi territoriali per la cessazione dal fumo di tabacco (centri antifumo, CA) del SSN dedicati alla cura del tabagismo e dei problemi fumo-correlati. I CA del SSN sono 313 e 55 sono della Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori. Il 57,3% dei CA sono collocati nel nord Italia, il 18,5% nel centro e il 24,2% nel sud e isole. Gli utenti trattati dai CA nell’anno 2014 sono stati 17.782.

Figura 55: Prevalenza del fumo di sigaretta (valori %): anni 1975-2013.

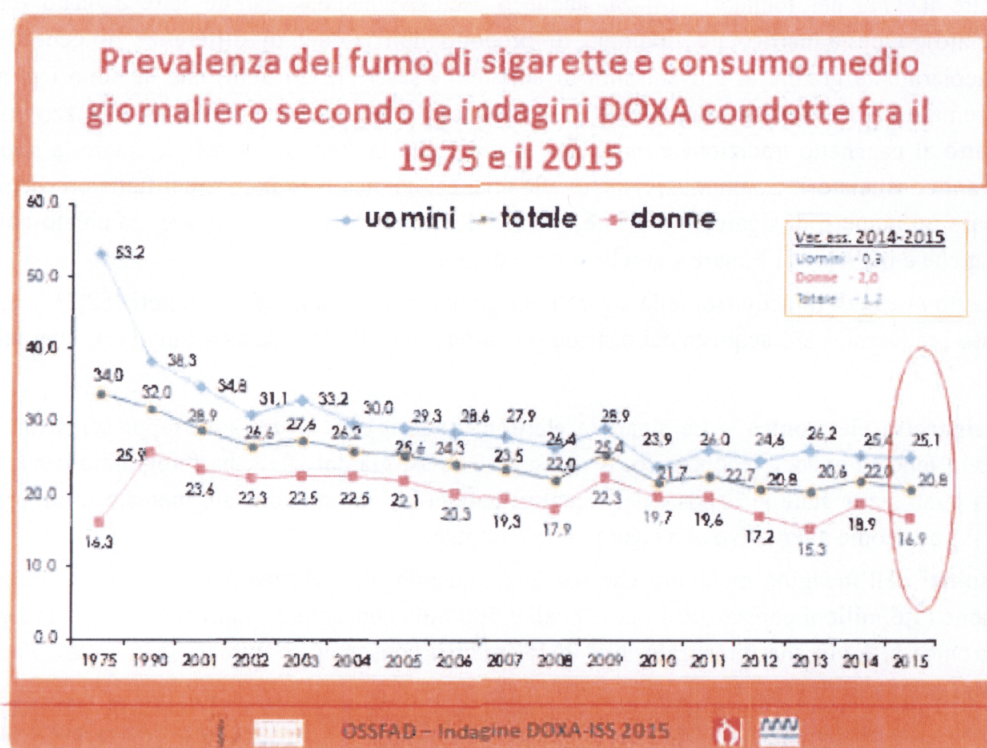
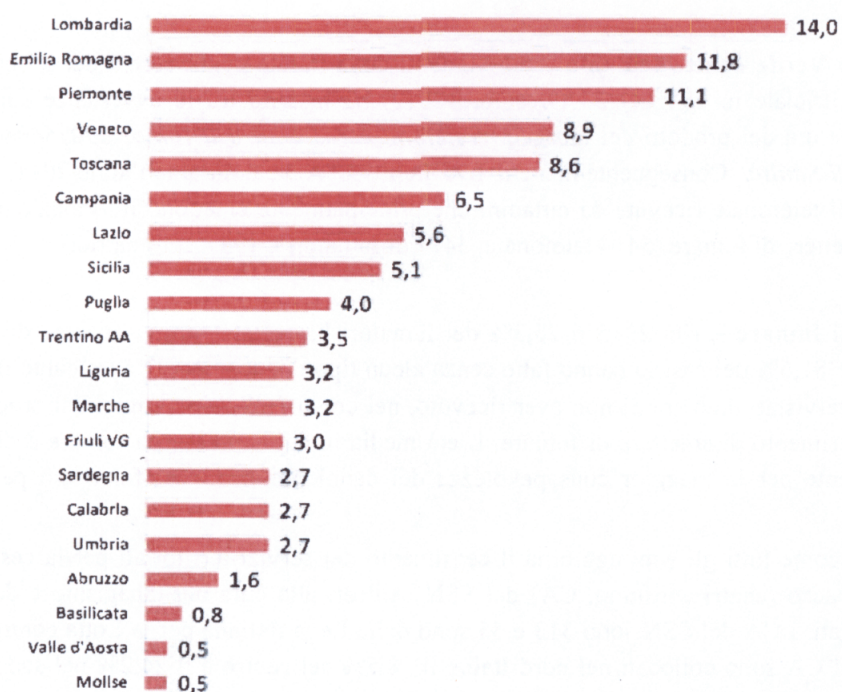


Figura 56: Distribuzione dei Centri Antifumo sul territorio nazionale (valori %).



Contributi e approfondimenti

669

3 Altre dipendenze: dati sul tabagismo

4. Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo

A cura del Ministero della Salute

Cenni epidemiologici e quadro giuridico di riferimento

Il Gioco d'azzardo patologico (GAP) veniva classificato nel DSM-IV-TR, il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali della Associazione Americana di Psichiatria, tra i Disturbi del controllo degli impulsi non classificati altrove, come “un comportamento persistente, ricorrente, e mal adattativo di gioco d'azzardo, che compromette le attività personali, familiari, o lavorative.

Si configurava perciò come una vera e propria malattia quando l'impulso a giocare, ripetitivo e non più controllato, diventa l'interesse primario della propria vita e può essere affiancato da azioni illegali per procurarsi crescenti quantità di denaro.

La versione successiva del manuale diagnostico statistico delle malattie mentali (il DSM V pubblicato dall'APA nel 2013) inserisce il “gambling disorder”, disturbo da gioco d'azzardo, nel capitolo più ampio dei disturbi correlati all'uso di sostanze o altre forme di dipendenza, collocandolo nella sottocategoria di “dipendenza sine substantia”, non correlata cioè all'uso e abuso di determinate sostanze, legali o illegali.

Non vi sono dati statistici completi ed esaurienti sulle persone che soffrono di questo disturbo, anche perché il confine tra il comportamento fisiologico, che viene cioè considerato come attività ricreativa e piacevole ed accettata socialmente e quello francamente patologico, non è sempre ben delineato e passa attraverso uno stato intermedio, il cosiddetto gioco d'azzardo problematico, caratterizzato da un aumento del tempo e delle spese dedicati al gioco con vincite in denaro, con comportamento a rischio per la salute e necessità di diagnosi precoce ed intervento.

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, come anzidetto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno.

In ogni caso i dati epidemiologici disponibili in Italia non si discostano molto da quelli internazionali. Secondo i dati del Rapporto Eurispes 2009, in Italia il gioco d'azzardo coinvolge fino al 70-80% della popolazione adulta (circa 30 milioni di persone).

La popolazione italiana è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo con vincite in denaro almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La stima però dei giocatori d'azzardo “problematici” (cioè di coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica pur essendo a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale (da 767.000 a 2.296.000 italiani adulti) mentre la stima dei giocatori d'azzardo “patologici” (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (da 302.000 a 1.329.000 italiani adulti). Da alcune osservazioni inoltre emergerebbe che il 60% degli introiti totali da gioco (almeno per quanto riguarda le slot machine) sarebbero alimentati proprio da questa quota minoritaria di giocatori patologici più vulnerabili.

Si tratta di soggetti particolarmente vulnerabili che per una serie di fattori, individuali (di tipo neuro psichico), familiari ed ambientali, se esposti allo stimolo del gioco e/o a pubblicità incentivanti il gioco, possono sviluppare una vera e propria patologia. Questo dato, ormai consolidato dalle

Contributi e approfondimenti

671

4 Altre dipendenze: il disturbo da gioco d'azzardo

evidenze scientifiche, impone a tutte le amministrazioni di riferimento l'adozione di strategie e misure contenitive del fenomeno.

L'indagine conoscitiva (student population survey) condotta negli anni 2012-2013 dal DPA sulla popolazione studentesca (15-19 anni), ha messo in evidenza la pratica del gioco d'azzardo nel 49,4% degli intervistati.

Questa popolazione è composta da una quota di giocatori sociali (39,0%), da giocatori problematici (7,2%) e da giocatori patologici (3,2%).

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

Una interessante anche se preoccupante associazione è stata trovata tra frequenza della pratica del gioco d'azzardo e consumo di sostanze che evidenzia una correlazione lineare tra le due condizioni sia nella popolazione giovanile (15-19 anni) sia in quella generale (15-64 anni).

Il problema esiste ed è andato crescendo in questi ultimi anni anche a causa della sempre maggiore diffusione delle opportunità di gioco tramite internet e le nuove applicazioni degli smart-phone.

Sul piano legislativo il Ministero della Salute è intervenuto incisivamente sulla materia, facendosi promotore del decreto legge 13 settembre 2012, recante disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute. (GU n. 263 del 10-11-2012 convertito con legge 8 novembre 2012 n.189. (così detto Decreto Balduzzi)

L'articolo 5 del decreto legge sopra menzionato prevede l'aggiornamento dei LEA per la prevenzione, cura e riabilitazione dei soggetti affetti da ludopatia

L'aggiornamento dei LEA è tutt'ora in fase di approvazione, tuttavia, già da diversi anni le Regioni hanno preso in carico i soggetti affetti da disturbo da gioco d'azzardo, compatibilmente con le risorse esistenti, attraverso i propri Servizi per le Dipendenze, fornendo loro assistenza e trattamenti.

Gli interventi offerti sono soprattutto il sostegno psicologico individuale e/o del nucleo familiare e il counselling.

Tutte le realtà hanno in trattamento pazienti affetti da disturbo da GAP per un totale di 12.376 pazienti.

Nell'articolo 7 comma 3 quater, del decreto Balduzzi, viene vietata la messa a disposizione presso qualsiasi pubblico esercizio di apparecchiature che, attraverso la connessione telematica, consentano ai clienti di giocare sulle piattaforme di gioco messe a disposizione dai concessionari on-line, da soggetti autorizzati all'esercizio dei giochi a distanza, ovvero da soggetti privi di qualsivoglia titolo concessorio o autorizzatorio rilasciato dalle competenti autorità.

I commi successivi, dal 4 al 9 del medesimo articolo prevedono, tra l'altro, una serie di divieti e di disposizioni sui messaggi pubblicitari e sulla pubblicità dei giochi che prevedono vincite in denaro e formule di avvertimento sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro sugli apparecchi e nelle sale in cui sono installati i video terminali. Sono inoltre fissate le sanzioni amministrative per l'inosservanza delle norme.

La legge 23 dicembre 2014 n.190, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015), pubblicata sulla G.U n. 190 del 29.12.2014, S.O n.99, ha destinato, a partire dal 2015, una quota annua di 50 milioni di euro per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle patologie connesse alla dipendenza da gioco d'azzardo.

Di tale quota, un milione di euro per ciascuno degli anni 2015, 2016 e 2017, è destinato per la sperimentazione di modalità di controllo dei soggetti a rischio di patologia, mediante l'adozione di software che consentano al giocatore di monitorare il proprio comportamento generando conseguentemente appositi messaggi di allerta.

La medesima legge stabilisce inoltre che il Ministero della Salute adotti linee di azione per garantire le prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette dalle patologie connesse al gioco d'azzardo e che venga trasferito al Ministero della Salute l'Osservatorio istituito dal Decreto Balduzzi presso l'Agenzia delle Dogane e i Monopoli di Stato, al fine di realizzare il monitoraggio della dipendenza dal gioco d'azzardo e della efficacia delle azioni di cura e di prevenzione intraprese.

La composizione dell'Osservatorio verrà rideterminata con Decreto interministeriale del Ministro della Salute e del Ministro dell'Economia e delle Finanze, assicurando la presenza di esperti in materia, di rappresentanti delle Regioni e degli Enti locali, nonché delle associazioni operanti nel settore, nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente, e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.

(Il Decreto è stato predisposto dal Ministero della Salute ed è in fase di perfezionamento).

Questa iniziativa intende richiamare l'attenzione sul versante sanitario del disturbo da gioco d'azzardo, sottolineando l'importanza di intervenire con azioni efficaci di prevenzione e cura del fenomeno

Compito dell'Osservatorio sarà certamente anche quello prioritario di ottenere un quadro più dettagliato ed aderente alla realtà del fenomeno e dati epidemiologici attendibili, in collaborazione con le Regioni e i Servizi regionali per le dipendenze.

Lo strumento dell'Osservatorio sopra citato potrà consentire al Ministero della Salute, nel confronto con le Regioni, gli esperti della materia, le associazioni dei genitori e dei consumatori, di esaminare e discutere tutti gli aspetti che possono contribuire a limitare il fenomeno, come quelli relativi alla diffusione sul territorio dei punti di gioco, alle condizioni igienico-sanitarie ed ambientali relative, alle modalità di approccio al gioco soprattutto negli adolescenti e nei giovani, all'organizzazione dei servizi per le dipendenze e così via, orientando nel contempo le scelte dei legislatori.

Si fa presente inoltre che già nel 2013 la Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute aveva invitato le Regioni ad effettuare, attraverso i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL, la verifica dei fattori di rischio e della salubrità delle sale da gioco, con riferimento in particolare ai parametri microclimatici ed ambientali generali.

Le verifiche sono ancora in corso ed al momento le risposte sono state molto limitate mettendo comunque in evidenza alcuni casi particolari di gravi inadempienze, anche sul piano autorizzatorio.

Le nuove risorse previste dalla Legge di stabilità, che devono essere dedicate alle attività assistenziali specifiche per il trattamento dei disturbi da gioco d'azzardo, ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo connesso al rispetto degli adempimenti LEA, ancorché probabilmente sotto stimate per una completa risposta dei Servizi alla problematica del disturbo da gioco d'azzardo, contribuiranno sostanzialmente ad elevare il livello delle prestazioni ed il Ministero della Salute sarà chiamato a svolgere, in piena collaborazione con le Regioni, un compito di monitoraggio dell'assistenza.