

CAPITOLO I.4.

IMPLICAZIONI SOCIALI

I.4.1. Inclusione sociale

I.4.1.1 Condizione lavorativa

I.4.1.2 Assenza di fissa dimora

I.4.2. Criminalità droga correlata

I.4.2.1 Adulti tossicodipendenti ristretti in carcere

I.4.2.2 Minori transitati nei servizi di giustizia minorile

I.4.3. Il fenomeno del gioco d'azzardo patologico

I.4. IMPLICAZIONI SOCIALI

Il presente capitolo è dedicato alle conseguenze sociali e giudiziarie legate al consumo abituario di sostanze illecite in soggetti particolarmente vulnerabili. Nel dettaglio vengono analizzati i profili dei soggetti emarginati, attraverso le informazioni raccolte mediante uno studio multicentrico su 47.821 soggetti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze nel 2010 eseguito dal Dipartimento Politiche Antidroga, e le caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze e ristretti in carcere nel 2010.

I flussi informativi oggetto di debito nei confronti dell'Osservatorio Europeo per le Tossicodipendenze (OEDT), nell'ambito del monitoraggio dell'indicatore chiave relativo alla domanda di trattamento, prevede la rilevazione di alcune informazioni riguardanti la condizione abitativa, nella fattispecie il nucleo familiare in cui il tossicodipendente vive quotidianamente e la tipologia di dimora. Queste informazioni vengono rilevate dai Servizi per le Tossicodipendenze costituendo parte del nucleo di dati che caratterizzano il flusso informativo individuale per ciascun utente in trattamento (flusso SIND).

Il profilo dei soggetti tossicodipendenti ristretti negli istituti penitenziari, è stato elaborato sulla base degli archivi forniti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia.

Premesse

Fonti informative

I.4.1. Inclusione sociale

I.4.1.1 Condizione lavorativa

L'analisi delle caratteristiche del campione di individui all'interno dello Studio Multicentrico DPA sui Ser.T. permette di tracciare il profilo dei soggetti in carico ai servizi per uso di sostanze psicotrope relativamente alla condizione lavorativa.

Nel campione in esame si osserva che quasi un terzo dell'utenza complessiva (31%) è disoccupato, il 65% svolge attività lavorativa di vario tipo e in varie modalità (occasionale, continuativa, etc.), circa il 3% è economicamente non attivo.

Il 65% degli utenti Ser.T. risulta variamente occupato; il 31% è disoccupato

La condizione occupazionale appare più critica tra le utenti femmine con il 37,7% disoccupate, contro una quota del 29,8% rilevata nel collettivo maschile.

Maggiore disoccupazione nelle femmine (37,7%)

Tabella I.4.1: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il grado di occupazione, per genere e tipologia di utente - Anno 2010

Occupazione	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
occupato stabilmente / saltuaria	59,7	43,8	57,2	63,3	46,2	60,6
disoccupato	28,6	33,8	29,4	30,1	38,5	31,4
studente	7,9	12,3	8,6	3,0	7,1	3,6
casalinga	0,0	3,2	0,5	0,0	2,4	0,4
economicamente non attivo *	2,6	5,5	3,0	2,9	4,4	3,1
altro	1,3	1,5	1,3	0,8	1,3	0,9

* soggetto che è pensionato, invalido, etc.

Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

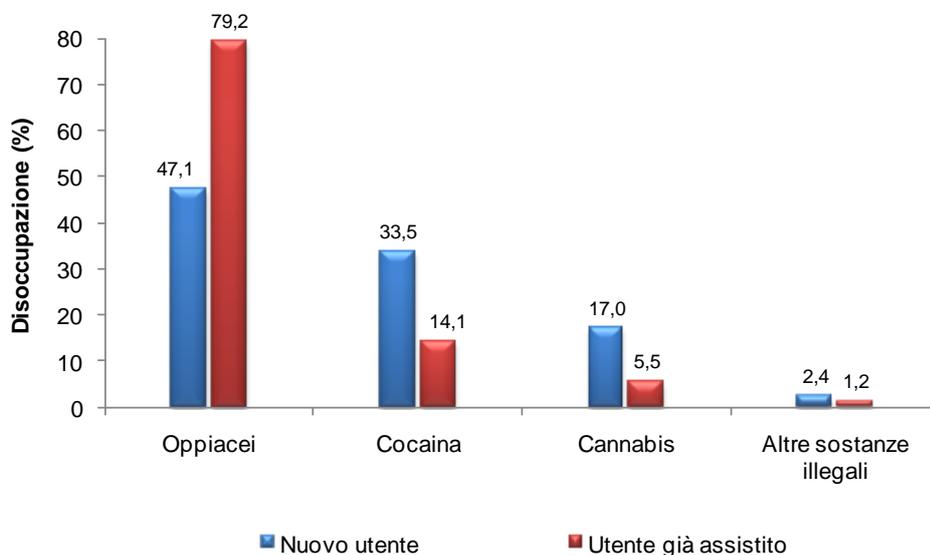
Seppur lieve, una differente gravità della problematica occupazionale si osserva

anche distinguendo l'utenza in base alla presenza nel servizio, con un indice di disoccupazione maggiore tra gli utenti già conosciuti rispetto ai nuovi (rispettivamente 31,4% e 29,4%); una situazione analoga si nota anche confrontando i due gruppi di utenti rispetto all'indice di occupazione (57,2% nei nuovi utenti contro il 60,6% dei soggetti già assistiti) e permette di cogliere la sostanziale differenza percentuale di soggetti impegnati nello studio pari all'8,6% tra i nuovi utenti e solo al 3,6% tra gli utenti già noti ai Ser.T.

Per quanto riguarda la sostanza di abuso definita "primaria", confrontando le percentuali degli utilizzatori di oppiacei tra coloro che sono disoccupati e il collettivo totale si nota un valore lievemente superiore nel primo gruppo (74,4%) rispetto al campione totale (72,9%); situazione analoga si presenta considerando coloro che sono disoccupati e assumono cocaina rispetto al gruppo in esame (17% vs 16,4 %). Per quanto riguarda la cannabis si rileva invece una percentuale minore in coloro che sono senza occupazione rispetto al campione totale (7,2% vs 9,1%).

Tra gli utenti disoccupati, sensibili differenze si osservano tra i nuovi utenti consumatori di oppiacei e gli utenti già noti ai servizi per l'uso di tale sostanza (47,1% vs 79,2%) (Figura I.4.1).

Figura I.4.1: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio - Anno 2010



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Tabella I.4.2: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio - Anno 2009 e 2010

Sostanza	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
	2009	2010	Diff. %	2009	2010	Diff. %
Oppiacei	52,3	47,1	-5,2	79,9	79,1	-0,8
Cocaina	31,6	33,5	+1,9	14,3	14,1	-0,2
Cannabis	14,5	17,0	+2,5	4,6	5,5	+0,9
Altre sostanze illegali	1,6	2,4	+0,8	1,1	1,2	+0,1

Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Diminuzione dal 2009 del consumo di oppiacei ed aumento della cocaina tra i nuovi utenti

Il collettivo in questione sembra essere caratterizzato da una maggior criticità nel profilo di tossicodipendenza rispetto all'utenza generale. Si osservano infatti proporzioni più elevate di soggetti che consumano la sostanza per via iniettiva

(55,1% contro il 49,2% rilevato a livello complessivo), che utilizzano la cocaina come sostanza secondaria (24,7% contro 21,1% sull'utenza in generale), che assumono l'alcol come sostanza secondaria (10,6% contro 9% sull'utenza in generale).

Per quanto riguarda i trattamenti, si rileva che il 55,1% dei soggetti disoccupati non ha ricevuto un trattamento di tipo farmacologico, ma un supporto esclusivamente psicologico (55,8%), sociale (5,5%) oppure entrambi gli interventi (24,8%).

I.4.1.2 Assenza di fissa dimora

In base allo Studio Multicentrico DPA condotto nel 2010 su dati Ser.T. 2009 sui Ser.T. è possibile individuare le caratteristiche dei soggetti in carico ai servizi rispetto al luogo di residenza (residenza stabile, residenza in struttura e senza fissa dimora).

Tra i soggetti del campione analizzato l'89,2% ha dichiarato di avere una residenza stabile contro il 4% che, invece, risulta essere senza fissa dimora. I dati dello studio mostrano inoltre una proporzione maggiore di soggetti senza fissa dimora di sesso maschile rispetto a quello femminile (85,9% contro 14,1%), e di una elevata maggioranza di utenti già in carico rispetto ai nuovi (85,8% contro 14,5%).

Una dettagliata analisi rispetto al genere e al tipo di utenza mostra che l'88,8% della nuova utenza e l'89,3% di quella già ai Ser.T. hanno una residenza stabile, con percentuale maggiore tra le femmine rispetto ai maschi indipendentemente dal tipo utente. La percentuale dei soggetti che hanno dichiarato di risiedere in struttura (carcere, ospedale, comunità, etc.) è invece più elevata tra i nuovi soggetti rispetto a coloro che sono già in assistenza (7,9% vs 6,6%), al contrario di quelli che risultano senza fissa dimora la cui percentuale è pari al 4,1% tra gli utenti già in carico e 3,4% tra i nuovi (Tabella I.4.3).

Bassa percentuale di utenti Ser.T. senza fissa dimora (4%)

Tabella I.4.3: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il luogo di residenza, per genere e tipologia di utente - Anno 2010

Luogo di residenza	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
	M	F	Totale	M	F	Totale
Residenza fissa	88,5	90,3	88,8	89,0	91,1	89,3
In struttura *	8,0	6,9	7,9	6,8	5,1	6,6
Senza fissa dimora	3,5	2,8	3,4	4,2	3,7	4,1

* carcere, ospedale, comunità, etc.

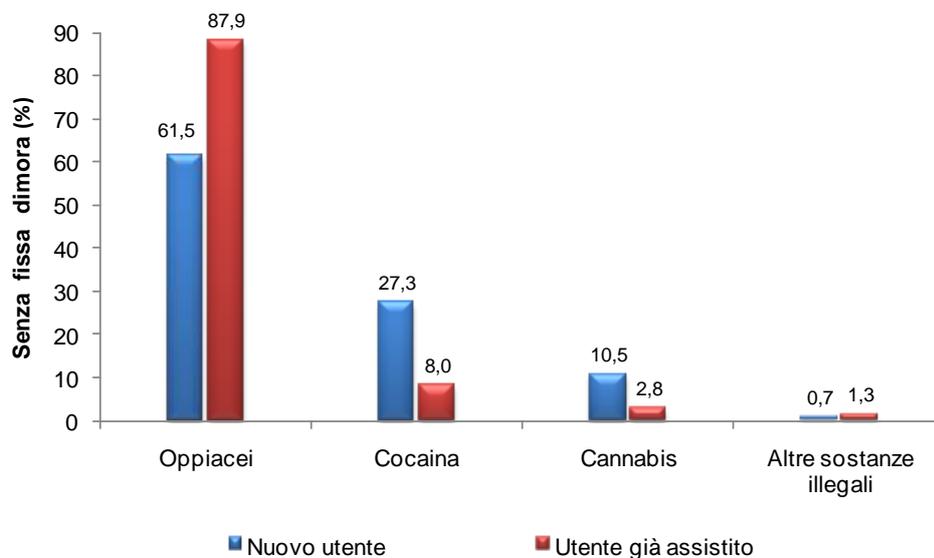
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Rispetto al collettivo generale, tra gli utenti senza fissa dimora si rileva una percentuale maggiore di utilizzatori di oppiacei (84% contro 71,4%) e una proporzione inferiore di utilizzatori di cocaina (10,6% contro 16,5%) e cannabis (3,8% contro 9,6%).

Disaggregando queste informazioni rispetto alla tipologia di utenti, si vede che la richiesta di trattamento da parte degli utilizzatori di oppiacei senza fissa dimora è inferiore tra i nuovi utenti rispetto ai soggetti già in carico (61,5% contro l'87,9%), viceversa quella di cocaina (27,3% contro 8%) (Figura I.4.2).

In percentuale maggiore sono utilizzatori di oppiacei

Figura I.4.2: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio - Anno 2010



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Tabella I.4.4: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio - Anno 2009 e 2010

Sostanza	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
	2009	2010	Diff. %	2009	2010	Diff. %
Oppiacei	52,5	61,5	+9,0	73,3	87,9	+14,6
Cocaina	38,8	27,3	-11,5	22,5	8,0	-14,5
Cannabis	8,0	10,5	+2,5	2,8	2,8	0,0
Altre sostanze illegali	0,7	0,7	0,0	1,4	1,3	-0,1

Diminuzione dal 2009 del consumo di cocaina ed aumento degli oppiacei

Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Per quanto riguarda la via di assunzione, nei soggetti senza fissa dimora si riscontra una maggiore percentuale di utenti che assumono la sostanza per via iniettiva rispetto al collettivo del campione (64,9% vs 49,2%); tale percentuale diminuisce se si considerano i soggetti nuovi (28,1%) a fronte di un elevata percentuale di utenti che fumano/inalano la sostanza (53,2%), e per l'utenza già nota ai servizi (70,9%).

L'aspetto terapeutico dei soggetti senza fissa dimora mostra che più della metà degli utenti riceve un trattamento di tipo farmacologico (53,4%), mentre la restante parte del gruppo in questione riceve supporti esclusivamente di tipo psicologico nel 55,5%, sociale nel 7% ed entrambi i tipi di interventi nel 24,8%.

I.4.2. Criminalità droga-correlata

Nella seguente sezione viene presentata l'analisi delle caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze illecite, transitati nei servizi della giustizia nel corso del 2009, in seguito a crimini commessi in violazione della legge sugli stupefacenti, per reati contro la persona, contro il patrimonio o altro. L'analisi è stata condotta distintamente per la popolazione adulta e quella minorenni, in relazione alle differenti strutture dipartimentali competenti del Ministero della Giustizia.

Obiettivo principale dello studio dei soggetti ristretti in carcere è l'individuazione

Soggetti carcerati e condizione di

del contingente coloro nei i quali sussiste la condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti, condizione che connota il bisogno di assistenza e cura del soggetto, quindi l'applicazione dell'art. 94 (affidato in prova) del DPR 309/90.

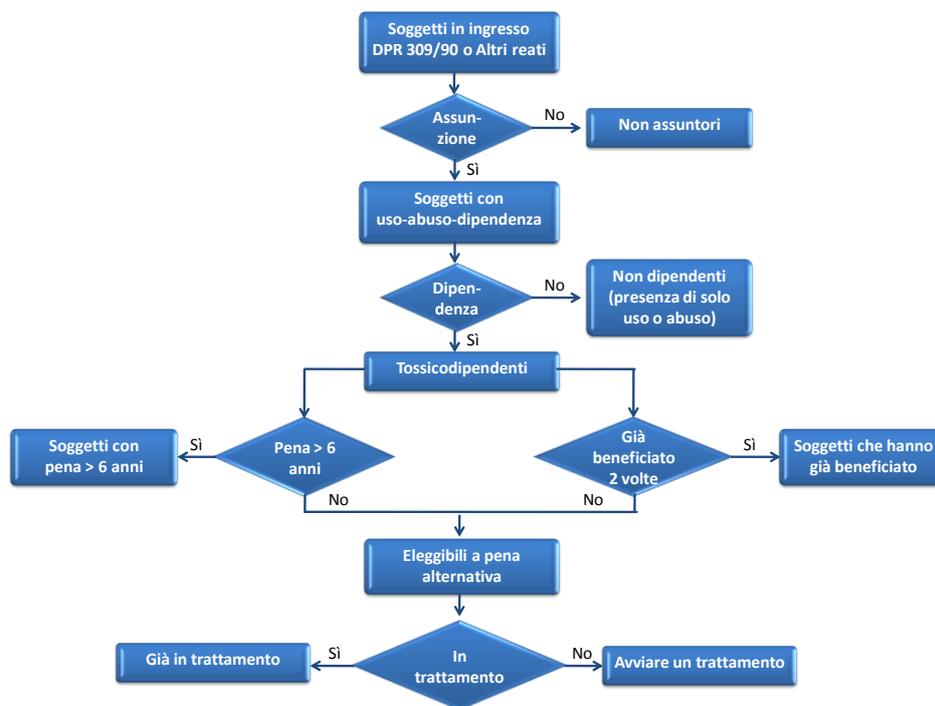
tossicodipendenza

A tal fine, prima di procedere all'analisi dei dati rilevati dalle diverse fonti informative che rilevano informazioni sui soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere, si rende necessario un approfondimento sulla definizione del termine "Tossicodipendenti", che attualmente non prevede una uniformità ed omogeneità nell'utilizzo da parte delle diverse fonti ed organizzazioni che trattano informazioni a riguardo. Pertanto è necessario specificare quanto segue:

Alcune importanti
specifiche

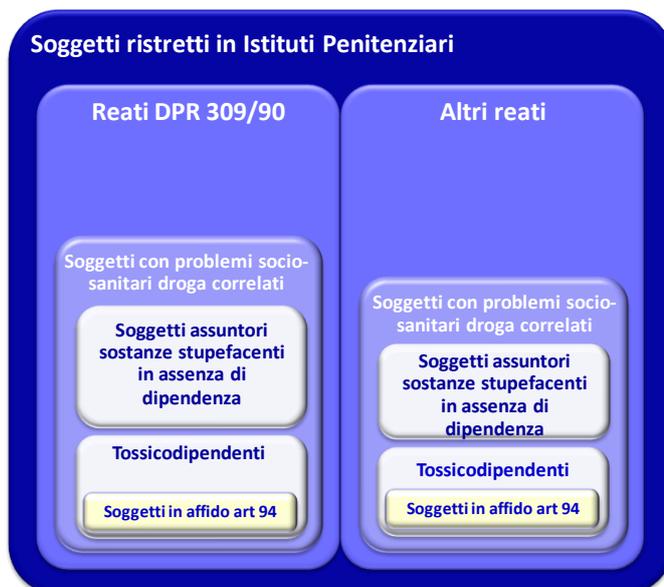
- 1) Le persone in carcere che in libertà assumevano sostanze stupefacenti, possono presentare vari gradi di gravità clinica in base alla presenza o meno di dipendenza. Sarebbe pertanto più corretto, al fine di poter conteggiare e poter distinguere i soggetti carcerati, in assenza di un sistema di classificazione condiviso e standardizzato, utilizzare la dizione "soggetti carcerati con problemi socio-sanitari droga correlati";
- 2) Le persone ristrette negli istituti penitenziari con "problemi socio-sanitari droga correlati" possono e dovrebbero quindi essere distinte macroscopicamente in due gruppi: A) detenuti con "Dipendenza da sostanze stupefacenti" e B) detenuti con "uso di sostanze stupefacenti senza dipendenza". Allo stato attuale i flussi informativi del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria non permettono precisamente la distinzione tra le due categorie di detenuti, potendo quindi comportare sottostime o sovrastime dei due contingenti;
- 3) Spesso viene usata la definizione "Tossicodipendente" anche con persone che non presentano una dipendenza secondo reali criteri clinici;
- 4) Va ricordato che i detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati possono essere entrati dalla libertà per reati correlati al DPR 309/90, ma anche per altri reati;
- 5) Al fine di un corretto conteggio, anche per una futura progettazione degli interventi e dell'incentivazione dell'applicazione dell'art. 94 (affidato in prova) del DPR 309/90, risulta di fondamentale importanza quindi distinguere i detenuti "dipendenti da sostanze stupefacenti" dai detenuti "assuntori di sostanze stupefacenti non dipendenti" in virtù della possibilità da parte della prima categoria di detenuti di poter usufruire dell'affido in prova al servizio sociale in casi particolari come previsto dall'art. 94 del DPR 309/90. E' infatti la condizione di dipendenza che connota il bisogno di cura e quindi l'esistenza, se presenti tutti i requisiti previsti per legge, di un diritto esigibile.

Figura I.4.3: Diagramma esemplificativo sintetico di flusso degli ingressi in carcere secondo la condizione di assunzione di sostanze stupefacenti



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.4.4: Classificazione e definizioni proposte per i soggetti entrati in carcere dalla libertà al fine di computare in maniera differenziata in base alla condizione di assunzione di sostanze stupefacenti in assenza di dipendenza o presenza di dipendenza



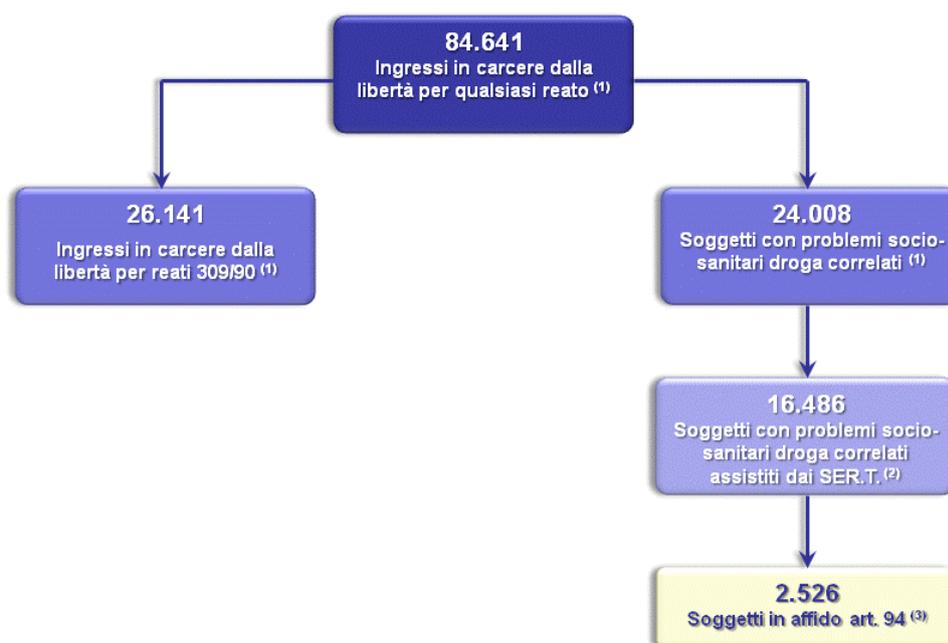
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

In Figura I.4.3 viene illustrato il diagramma di flusso concettuale della “classificazione” dei soggetti all’ingresso degli istituti penitenziari in relazione alla condizione di assunzione di sostanze stupefacenti, eventuale condizione di dipendenza e applicazione della normativa per l’affidamento in prova ai servizi

sociali per casi speciali (art. 94 DPR 309/90).

L'applicazione del modello concettuale illustrato nei precedenti punti 1. - 5. classifica i soggetti ristretti in carcere secondo le categorie illustrate in Figura I.4.4. Sulla base delle informazioni attualmente rilevate dal Ministero della Giustizia e dal Ministero della Salute, è possibile individuare e quantificare i soggetti ristretti in carcere secondo le categorie indicate in Figura I.4.5, dalla quale emergono sensibili differenze tra le diverse fonti informative. Particolarmente evidente risulta la differenza tra il numero di soggetti affidati ai servizi sociali nel 2010, secondo l'art. 94 del DPR 309/90 (2.526) e il numero di tossicodipendenti entrati dalla libertà nel 2010 secondo il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia (24.008).

Figura I.4.5: Ricostruzione multifonte dei dati sui soggetti carcerati: ingressi in carcere dalla libertà, soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati, soggetti ristretti in carcere e assistiti dai Ser.T. e soggetti in affido secondo l'art. 94 DPR 309/90. Anno 2010



(1) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato

(2) Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

(3) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.4.2.1 Adulti tossicodipendenti ristretti in carcere

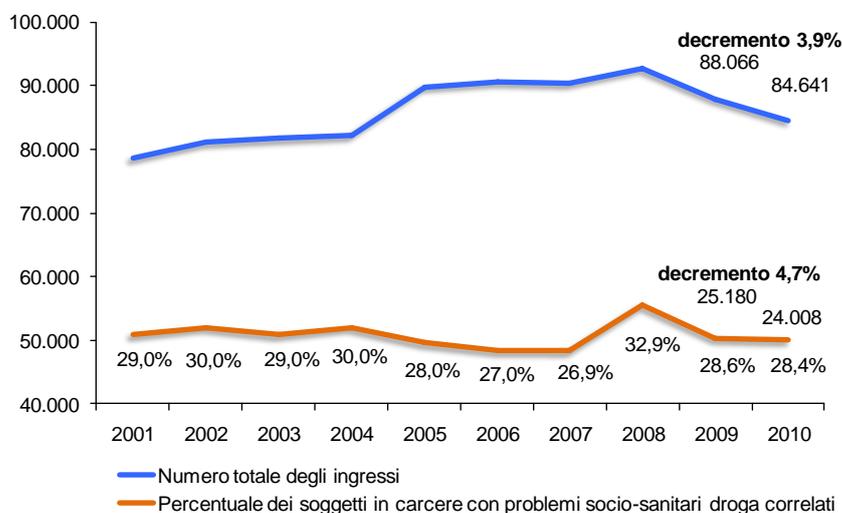
Secondo i dati pubblicati dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria nel 2010 gli ingressi totali dalla libertà sono stati 84.641, con un decremento del 4,7% rispetto a quanto rilevato nel 2009. Nello stesso anno di riferimento gli ingressi di soggetti negli istituti penitenziari in violazione dell'art. 73 del DPR 309/90 che disciplina produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti e psicotrope, si sono attestati a quota 26.141 con una diminuzione del 7,9% rispetto al 2009. Nello stesso anno di riferimento il contingente di soggetti entrati dalla libertà con problemi socio-sanitari droga correlati è diminuito rispetto all'anno precedente (25.180 nel 2009 vs 24.008 nel 2010) attestandosi ai valori percentuali osservati ad inizio decennio (Figura I.4.6).

Da un confronto tra i dati rilevati dal Ministero della Giustizia e quelli del Ministero della Salute relativamente ai soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati detenuti negli istituti penitenziari, emerge che secondo le fonti del

Diminuzione dal 2009 del 4,7% degli ingressi dalla libertà di persone con problemi socio-sanitari droga correlati

Ministero della Salute i soggetti ristretti in carcere ed assistiti per varie ragioni dai Servizi Territoriali per le Tossicodipendenze costituiscono un contingente di 16.486 detenuti e rappresentano circa il 68,7% dei soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati rilevati dal Ministero della Giustizia.

Figura I.4.6: Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuale di soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 2001 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

In particolare nell'ultimo decennio si osserva un trend variabile della percentuale di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati assistiti dai Ser.T. rispetto a quelli entrati dalla libertà e definiti tali dal Ministero della Giustizia, costantemente inferiore al 100%, con valori che oscillano tra il 55% e l'80%. Tale evidenza avvalorata l'ipotesi che solo una quota parte di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati abbiano avuto necessità di interventi diagnostici o terapeutico/riabilitativi da parte dei Ser.T., senza tuttavia poter definire chiaramente il contingente di persone che fossero realmente dipendenti da sostanze e quante invece appartenenti solo alla categoria di consumatori.

E' verosimile pensare, inoltre, che alcune di queste persone assistite dai Ser.T. all'interno degli istituti penitenziari, non siano entrate per violazione del DPR 309/90, ma per altri reati.

Tabella I.4.5: Ingressi di soggetti negli istituti penitenziari, soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati, detenuti assistiti dai Ser.T. e detenuti per reati DPR 309/90. Anni 2002 - 2010

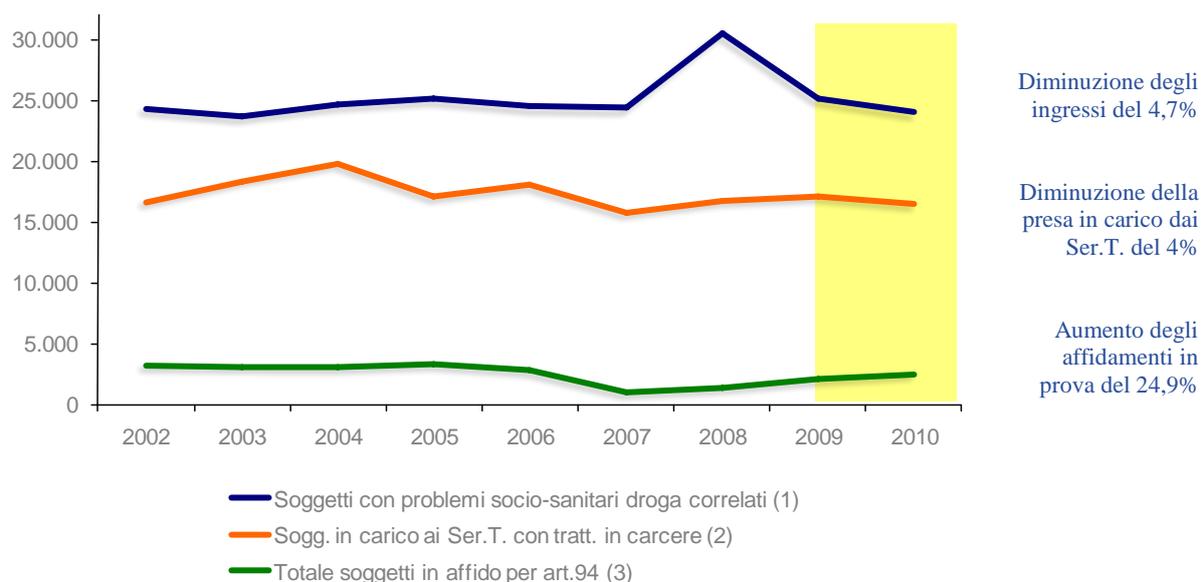
ANNO	Totale ingressi (1)	Soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati (1)	Sogg. in carico ai Ser.T. con tratt. in carcere (2)	Soggetti con affidamento in prova art. 94 DPR 390/90 (3)	% di soggetti incarico ai Ser.T. (2) sul totale di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati (1)
2002	81.185	24.356	16.661	3.189	68,4
2003	81.790	23.719	18.392	3.109	77,5
2004	82.275	24.683	19.805	3.058	80,2
2005	89.887	25.168	17.105	3.329	68,0
2006	90.714	24.493	18.075	2.799	73,8
2007	90.441	24.371	15.790	982	64,8
2008	92.800	30.528	16.798	1.382	55,0
2009	88.066	25.180	17.166	2.022	68,2
2010	84.641	24.008	16.486	2.526	68,7

Fonti: (1) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato

(2) Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

(3) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Figura I.4.7: Ingressi di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati, detenuti assistiti dai Ser.T. e soggetti con affidamento in prova per art.94 DPR 309/90. Anni 2002 - 2010

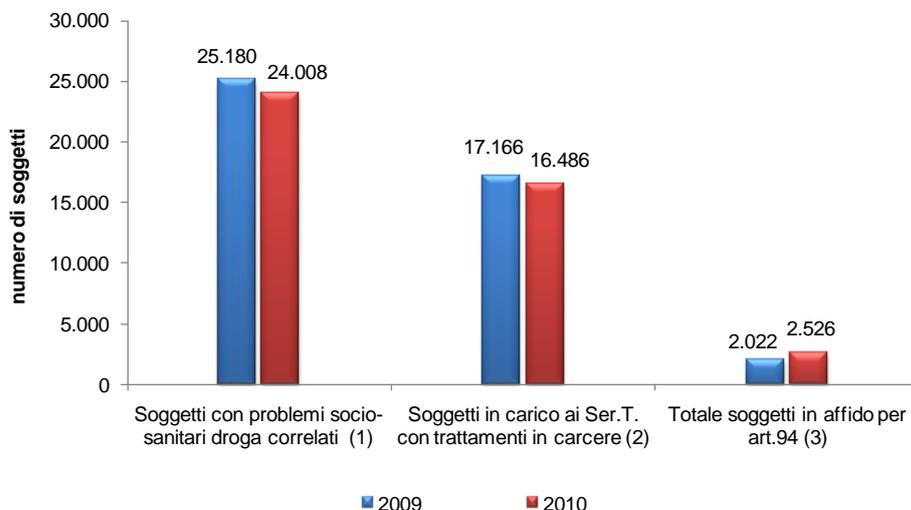


Fonti: (1) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato

(2) Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

(3) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Figura I.4.8: Ingressi di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati, detenuti assistiti dai Ser.T. e soggetti con affidamento in prova per art.94 DPR 309/90. Dettaglio 2009 - 2010



Fonti: (1) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato
 (2) Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
 (3) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Dall'analisi degli adulti entrati dalla libertà nel 2010 per reati previsti dal DPR 309/90 e/o con problemi socio-sanitari droga correlati (26.499 soggetti), solo per una minima parte sono disponibili informazioni maggiormente dettagliate: 598 soggetti, per i quali è possibile definire un profilo demografico sull'uso di sostanze e clinico per quanto riguarda la presenza di malattie infettive. Il gruppo in oggetto è costituito da adulti ristretti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati, i quali hanno ricevuto dei trattamenti, ma che non necessariamente hanno commesso un reato in violazione del DPR 309/90. Rispetto agli anni antecedenti il 2007 e analogamente al biennio 2008-2009, il contingente di detenuti consumatori di sostanze per i quali le Autorità Giudiziarie dispongono di informazioni dettagliate sullo stato di tossicodipendenza è stato sensibilmente ridotto in seguito alla fase transitoria di applicazione del DPCM 1 aprile 2008 concernente il trasferimento di tutte le competenze in tema di medicina penitenziaria dal Ministero della Giustizia alle Regioni, quindi alle aziende sanitarie del S.S.N. Con riferimento a tale contingente, in Tabella I.4.6 sono riportate le principali caratteristiche demografiche ed epidemiologiche, il cui profilo evidenzia una popolazione in prevalenza di genere maschile e di nazionalità italiana, con un'età media attorno ai 34 anni, più elevata per gli italiani rispetto agli stranieri (35 anni contro 30,8).

Caratteristiche di un gruppo di adulti assuntori di sostanze

Tabella I.4.6: Caratteristiche demografiche ed epidemiologiche di un campione di detenuti assuntori di sostanze stupefacenti ristretti in carcere. Anno 2009 e 2010

Caratteristiche	2009		2010		Diff. %	Δ%
	N	% c	N	% c		
Genere						
Maschi	901	93,0	536	89,6	-3,4	-40,5
Femmine	68	7,0	62	10,4	3,4	-8,8
Totale	969		598			-38,3
Nazionalità						
Italiani	722	74,5	426	71,2	-3,3	-41,0
Stranieri	247	25,5	172	28,8	3,3	-30,4
Età media						
Italiani	34,9		35,0			
Stranieri	30,5		30,8			
Totale	33,8		33,8			
Sostanza						
Oppiacei	138	14,2	74	12,4	-1,8	-46,4
Cocaina	119	12,3	41	6,9	-5,4	-65,5
Politossicodipendenza	265	27,4	133	22,2	-5,2	-49,8
Benzodiazepine	1	0,1	0	0,0	-0,1	-100,0
Non indicata	446	46,0	350	58,5	12,5	-21,5
Positività per test						
HIV italiani	10	11,0	3	6,0	-5,0	-70,0
HIV stranieri	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
HBsAG italiani	8	10,5	1	4,0	-6,5	-87,5
HBsAG stranieri	1	3,6	0	0,	-3,6	-100,0
Anti-HBs italiani	28	37,3	6	42,9	+5,6	-78,6
Anti-HBs stranieri	10	38,5	3	33,3	-5,2	-70,0
HCV italiani	53	60,9	14	46,7	-14,2	-73,6
HCV stranieri	7	23,3	1	7,7	-15,6	-85,7

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

La sostanza di assunzione è stata indagata in circa il 41,5% del contingente con un marcato decremento rispetto al 2009 (54%), evidenziando omogeneità tra italiani e stranieri, in prevalenza poliassuntori (53,7% dei 248 detenuti che hanno indicato la sostanza d'abuso), seguiti da consumatori di oppiacei (29,8%) e da cocainomani (16,5%). Riguardo la poliassunzione, sebbene nel 43,5% dei soggetti non sia specificata la sostanza d'abuso, si nota in particolar modo la presenza delle benzodiazepine assunte, seppur in minima parte, solo in associazione con altre sostanze stupefacenti.

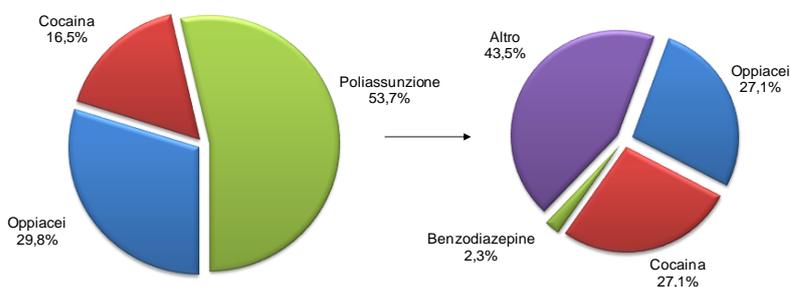
Basso livello di Drug testing eseguito all'ingresso: 41,5%

Diminuzione del 70% delle prevalenze HIV dal 2009

Maggior prevalenza negli italiani di infezione da HIV e da virus epatici rispetto agli stranieri

Per la maggior parte poliassuntori

Figura I.4.9: Percentuale di un campione di detenuti assuntori di sostanze stupefacenti ristretti in carcere rispetto alla sostanza d'abuso. Anno 2010



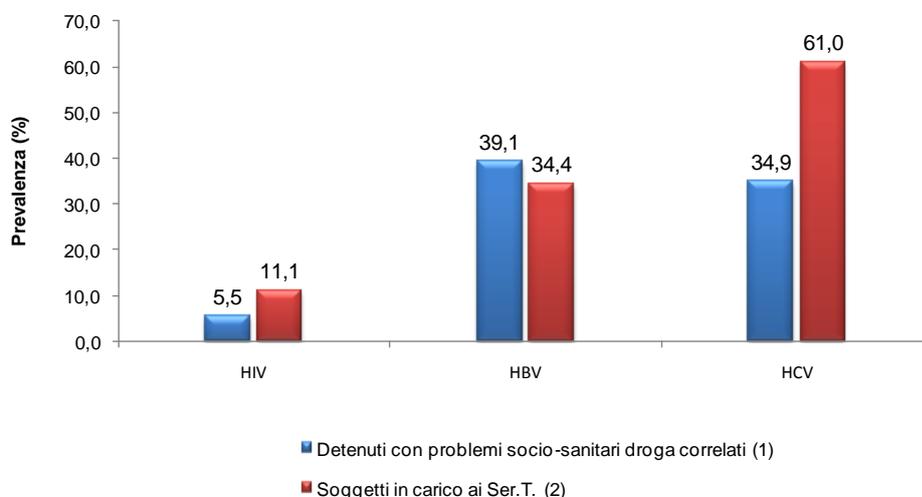
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Per quanto concerne il monitoraggio della diffusione di malattie infettive sulla popolazione ristretta in carcere con uso problematico di sostanze, secondo le informazioni rilevate sul campione di 568 detenuti, per i quali è stata compilata la scheda infettivologica, essa risulta molto differenziata a seconda delle malattie infettive indagate e della nazionalità dei soggetti. La percentuale di testing più elevata si riscontra tra i soggetti italiani testati per l'HIV (11,7%) che, tuttavia, rispetto agli stranieri presentano valori inferiori nel monitoraggio dell'HCV e soprattutto dell'epatite B.

Effettuando un confronto rispetto all'anno scorso si evidenzia in generale un minor monitoraggio delle malattie infettive, evidente soprattutto per i soggetti stranieri testati per HIV che presentano un decremento di 9,6 punti percentuali.

Molto basso il testing per le malattie infettive: 11,7% soggetti testati

Figura I.4.10: Percentuale di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati ristretti in carcere e percentuale di soggetti in carico ai Ser.T. risultati positivi ai test per le malattie infettive sul totale soggetti testati - Anno 2010



Fonti: (1) Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

(2) Elaborazioni su dati del Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Gli esiti dei test confermano la presenza di infezione da epatite C in oltre il 46% dei soggetti italiani testati e nel 7,7% dei detenuti stranieri, la presenza del virus

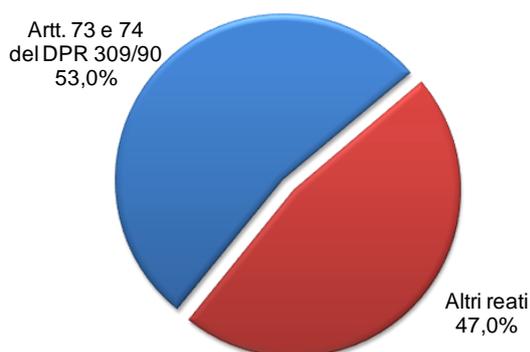
Il 53% delle persone detenute con problemi droga

dell'epatite B in una percentuale maggiore tra i detenuti italiani rispetto agli stranieri (circa il 42,9% vs il 33,3%) e valori sensibilmente più bassi per l'infezione da HIV (4% degli italiani testati contro la totale negatività del test per gli stranieri).

Considerando il campione di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati indagati, emerge che poco più della metà è entrato in carcere per aver commesso almeno un reato in violazione della normativa sulle droghe in riferimento agli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, esito che evidenzia un lieve decremento percentuale rispetto al numero di detenuti rilevati l'anno scorso (54,6% 2009 vs 53% 2010). Oltre il 95% di questo sottoinsieme è entrato in carcere per crimini connessi alla produzione, traffico e detenzione illeciti di sostanze stupefacenti ed in minima parte, 4,1%, per associazione finalizzata al traffico ed alla vendita di sostanze illegali.

correlati sono state
incarcerate per reati
connessi alla
produzione, traffico
e vendita
(artt. 73 e 74)

Figura I.4.11: Percentuale di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati ristretti in carcere secondo il reato commesso - Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Riguardo le precedenti carcerazioni, la maggior parte dei soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati oggetto di analisi non avevano commesso reati in violazione della normativa sulle droghe (45,9%), mentre solo una minima parte (13,2%) crimini legati al DPR 309/90, senza alcuna differenza rispetto alla nazionalità. Tale diversità emerge, invece, dall'analisi sulla posizione giuridica: il 42,7% dei soggetti italiani sono in attesa di primo giudizio contro un valore nettamente inferiore dei soggetti stranieri (27,9%), mentre il 30,8% hanno un procedimento definitivo a fronte del 33,1% del secondo gruppo di soggetti.

1.4.2.2 Minori transitati nei servizi di giustizia minorile

I Servizi della Giustizia Minorile che gestiscono i minorenni con reati in carico si suddividono in quattro tipologie: centri di prima accoglienza, istituti penali per minorenni, uffici di servizio sociale per minorenni, comunità. Nel corso di un anno solare un soggetto minore può accedere o essere preso in carico da più servizi in relazione al decorso del procedimento giudiziario.

Le informazioni relative alle caratteristiche dei soggetti che transitano nei servizi di giustizia minorile vengono rilevate dal Dipartimento della Giustizia Minorile ed elaborate dall'Ufficio I del capo dipartimento – servizio statistica, che pubblica periodicamente un rapporto semestrale.

Secondo tale fonte, i minorenni assuntori di sostanze stupefacenti transitati nel corso del 2010 nei servizi di giustizia minorile in seguito alla contestazione di reati sono stati complessivamente 860 con una riduzione del 16,9% rispetto all'anno precedente (1.035).

Diverse tipologie di
servizi della
giustizia minorile

Soggetti e ingressi

Decremento
rispetto al 2009
(-16,9%)

Tabella I.4.7: Minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile - Anni 2009 - 2010

	2009		2010		Diff %
	N	% c	N	% c	
Genere					
Maschi	997	96,3	824	95,8	-0,5
Femmine	38	3,7	36	4,2	13,5
Nazionalità					
Italiani	828	80,0	700	81,4	1,8
Stranieri	207	20,0	160	18,6	-7,0
Sostanze di assunzione					
Cannabinoidi	846	81,7	715	83,1	1,7
Cocaina	84	8,1	63	7,3	-9,9
Eroina	45	4,4	40	4,7	6,8
Altri oppiacei	21	2,0	3	0,3	-85,0
Alcol	31	3,0	33	3,8	26,7
Ecstasy	3	0,3	1	0,1	-66,7
Altre sostanze	5	0,5	5	0,6	20,0
Totale	1.035	100,0	860	100,0	-
Età media					
		16,8		16,9	-
Reati					
Reati contro il patrimonio - Rapina	190	18,4	178	20,7	12,5
Reati contro il patrimonio - Furto	146	14,1	151	17,6	24,8
Reati contro la persona	42	4,1	33	3,8	-7,3
Violazione legge stupefacenti	593	57,3	461	53,6	-6,5
Altri reati	64	6,2	37	4,3	-30,6

Caratteristiche dei soggetti transitati nei servizi di giustizia minorile

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile

Quasi il 96% degli ingressi è caratterizzato da minori di genere maschile, per l'81% italiani, mediamente diciassettenni.

Prevale il genere maschile

Sebbene, nel 2010, il numero di minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi di giustizia minorile sia diminuito in termini percentuali, il confronto con il 2009 evidenzia un aumento del genere femminile (+13,5%) e di minori di nazionalità italiana (+1,8%).

Tabella I.4.8: Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile per classe di età, nazionalità e genere - Anno 2010

Classe di età	Italiani			Stranieri			Totale
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale	
14-15 anni	11,8	17,9	12,0	9,9	0,0	9,4	11,5
16-17 anni	67,9	46,4	67,0	65,8	87,5	66,9	67,0
18 anni ed oltre	20,4	35,7	21,0	24,3	12,5	23,8	21,5
Totale valori assoluti	672	28	700	152	8	160	860

Prevalenza dei soggetti di 16-17 anni

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile

Distinguendo per fasce di età, la maggiore prevalenza di soggetti transitati per i Servizi di Giustizia Minorile si osserva per l'età compresa tra i 16 e i 17 anni (67,0%), seguiti dai giovani adulti (21,5%) e dai minorenni di 14-15 anni (11,5%), sia per gli italiani che per gli stranieri, anche se con una certa variabilità per genere (Tabella I.4.8).

La sostanza assunta da poco più dell'83% dei minori assistiti dai Servizi di Giustizia Minorile è ancora una volta la cannabis, seguita dalla cocaina assunta dal 7,3% dei casi e dall'eroina, assunta da un ulteriore 4,7% di soggetti; dal confronto con i valori percentuali rilevati l'anno scorso, emerge una lieve diminuzione nell'uso di cocaina ed eroina a fronte di un aumento di soggetti assuntori di cannabis. La distribuzione per età è simile con riferimento agli assuntori di cannabinoidi, mentre tra i consumatori di cocaina e oppiacei si registra una maggiore incidenza della categoria dei giovani adulti.

Cannabis e cocaina le sostanze più assunte dai minori:

Tra gli assuntori stranieri, sia il consumo di oppiacei che quello di cocaina è superiore rispetto agli italiani; al contrario il consumo di cannabinoidi risulta superiore nei minori di nazionalità italiana (Tabella I.4.9).

Tabella I.4.9: Soggetti assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile per sostanza d'abuso e nazionalità - Anno 2010

	Italiani		Stranieri		Totale	
	N	%c	N	%c	N	%c
Cannabinoidi	606	86,6	109	68,1	715	83,1
Cocaina	42	6,0	21	13,1	63	7,3
Oppiacei	30	4,3	13	8,1	43	5,0
Altre sostanze	22	3,1	17	10,6	39	4,5
Totale	700	100,0	160	100,0	860	100,0

Italiani: consumo di cannabinoidi

Stranieri: consumo di cocaina e oppiacei

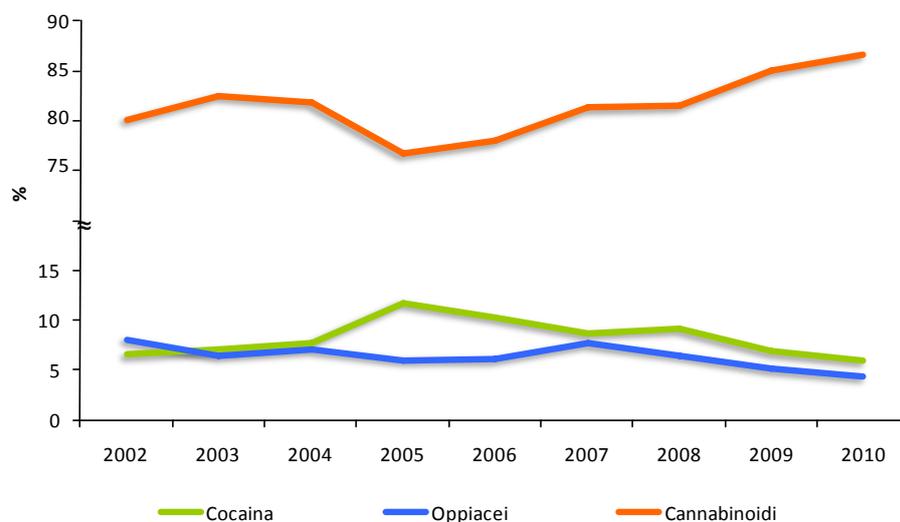
Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile

Sebbene il trend della distribuzione percentuale dei minori per tipo di sostanza e per nazionalità (Figure I.4.12 e I.4.13) evidenzia profili di consumo molto differenziati tra i minori italiani ed i coetanei stranieri, per entrambi l'assunzione di cocaina prevale sull'uso di eroina dal 2003 in poi.

Cocaina più usata dell'eroina

Figura I.4.12: Percentuale di minori *italiani* assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per sostanza assunta. Anni 2002 – 2010

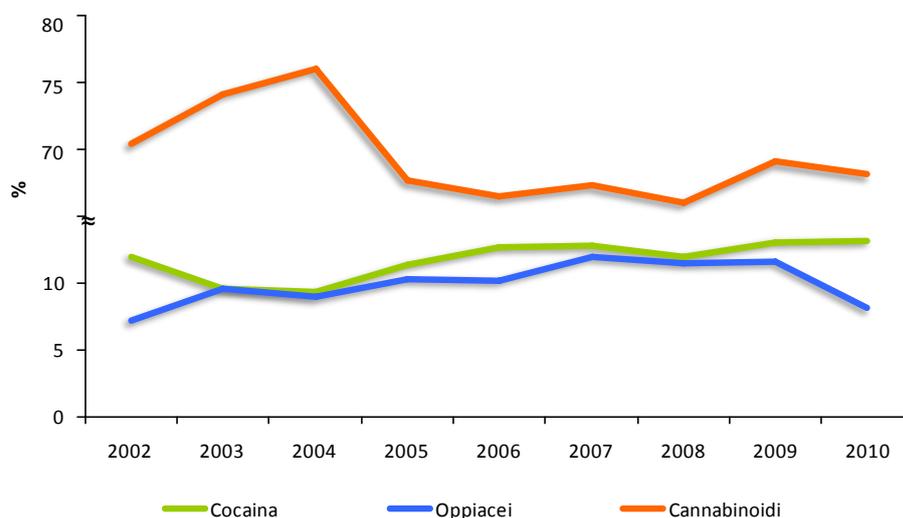
Trend minori italiani: maggior uso di cannabis



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Figura I.4.13: Percentuale di minori *stranieri* assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per sostanza assunta. Anni 2002 - 2010

Trend minori stranieri: maggior uso di cocaina e oppiacei rispetto agli italiani

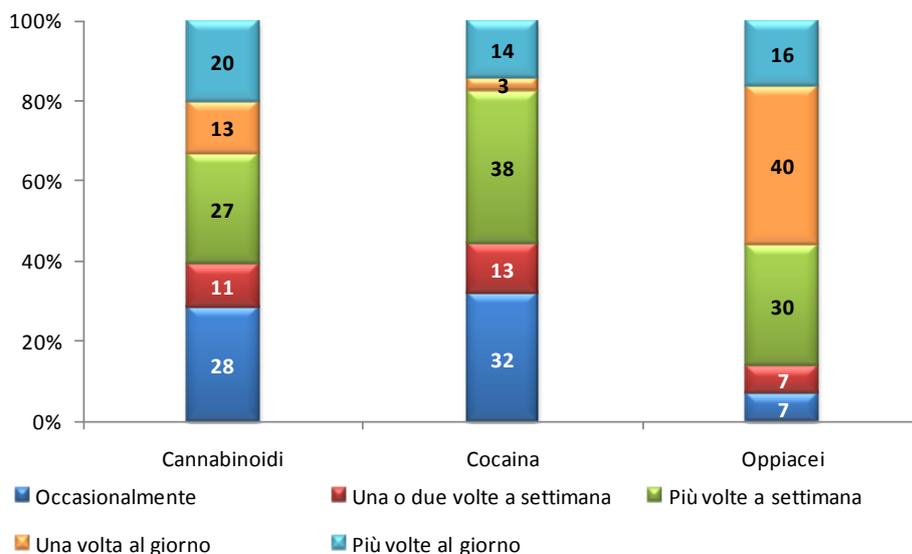


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

L'uso giornaliero della sostanza si rileva soprattutto tra i consumatori di oppiacei (circa 56%), l'occasionale e quello settimanale rispettivamente tra gli assuntori di cannabinoidi e cocaina (28% e 41%).

Frequenza di assunzione

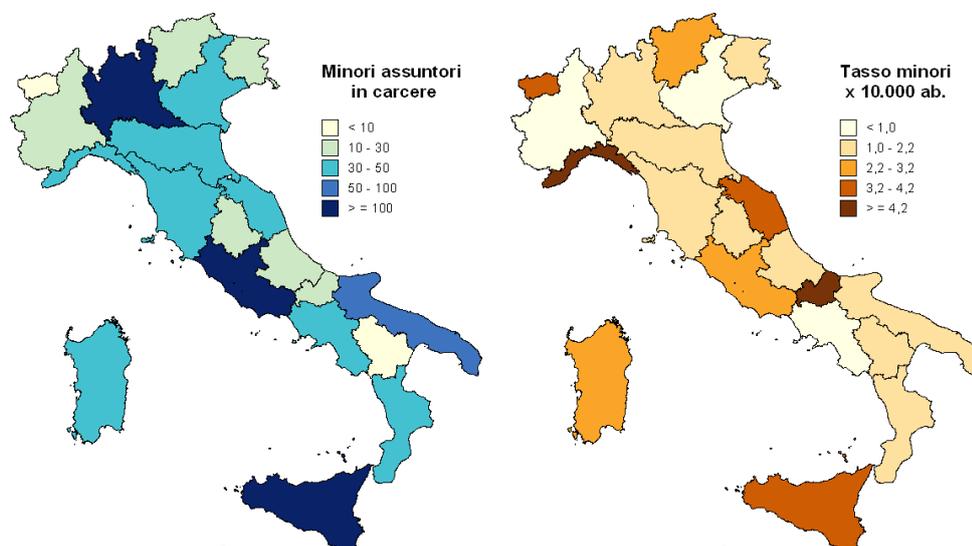
Figura I.4.14: Percentuale di minori per frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti, per tipo di sostanza - Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile

Il maggior numero di minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile risiede in Sicilia (18,8%), seguita dal Lazio (15,0%) e dalla Lombardia (12,0%); il minor numero, invece, si registra in Valle d'Aosta (0,3%), in Basilicata (0,9%) ed in Umbria (1,3%). A fronte di quanto riferito, va sottolineato che rapportando il numero dei minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile sulla popolazione residente (14-21 anni) in ciascuna regione, risulta che per ogni 10.000 abitanti i valori più elevati si ottengono in Molise (5,9) e in Liguria (4,4); i più bassi, invece, in Piemonte (0,7), Veneto e Campania (0,8).

Figura I.4.15: Distribuzione dei minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei Servizi di Giustizia Minorile, per regione di residenza - Valori assoluti e tasso per 10.000 residenti (14-21 anni) - Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile

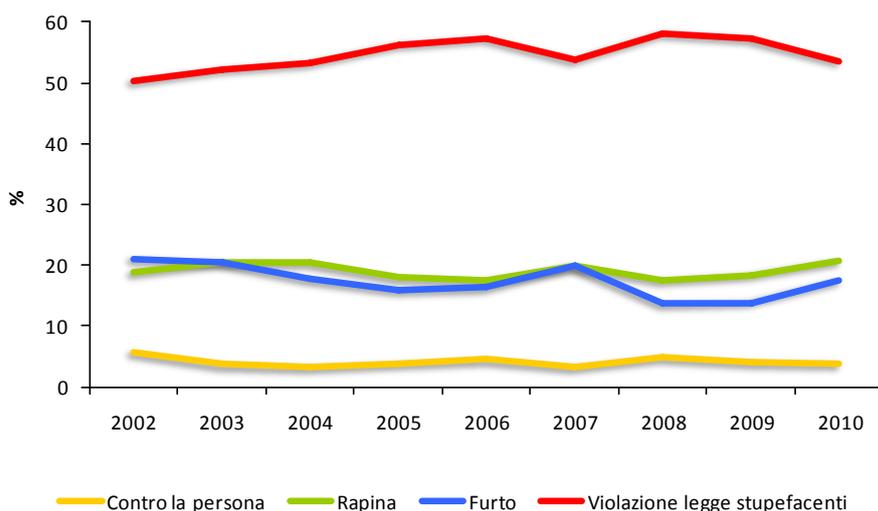
Il 53,6% dei minori con problemi giudiziari assuntori di sostanze e transitati nel 2010 nei servizi di giustizia minorile ha commesso reati in violazione alla normativa sulle sostanze stupefacenti, seguono i reati contro il patrimonio (41,3% del totale complessivo), ed in particolare le rapine (20,7% del totale complessivo) ed i furti (17,6% del totale complessivo).

Vari reati commessi dai minori: in particolare maggior traffico e spaccio

Nel corso degli ultimi otto anni si osserva un aumento della percentuale di minori in carico ai Servizi della Giustizia Minorile per reati commessi in violazione del DPR 309/90, con un rallentamento nel 2007, anno in cui sono aumentati, per contro, i reati contro il patrimonio e nella fattispecie i furti (Figura I.4.16).

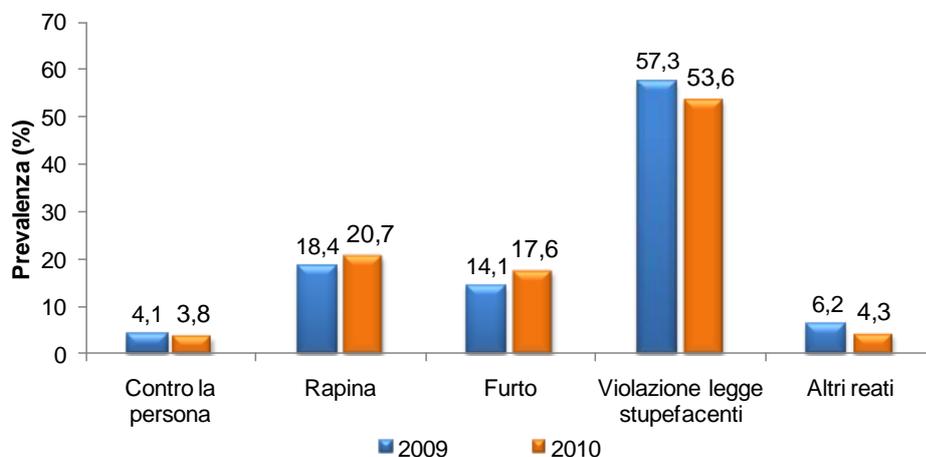
Figura I.4.16: Percentuale di minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per reato. Anni 2002 – 2010

Riduzione della violazione della legge sugli stupefacenti



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Figura I.4.17: Percentuale di minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati per i servizi di giustizia minorile per reato. Anni 2009 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

I.4.3. Il fenomeno del gioco d'azzardo patologico

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

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

Questa condizione è riconosciuta come un “disturbo compulsivo” e cioè una forma patologica che può comportare gravi disagi per la persona, derivanti dall'incontrollabilità del proprio comportamento, e contemporaneamente alla possibilità di entrare in contatto con organizzazioni criminali del gioco illegale ma, anche e soprattutto, con quelle dell'usura.

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

Oltre a questo, si è rivelata la necessità di valorizzare e promuovere ulteriormente le azioni di prevenzione e contrasto di gioco illegale e dell'usura collegata. I dati, purtroppo frammentari, che si possono trovare in varie fonti nazionali, sono stati qui riassunti al fine di dare un primo profilo dell'estensione della gravità del fenomeno che necessariamente dovrà essere preso in considerazione in maniera più approfondita nei prossimi anni, anche e soprattutto per strutturare precise ed efficaci strategie di tutela della salute ed integrità sociale sia del giocatore patologico che della propria famiglia e, nel contempo, trovare una migliore regolamentazione dell'intero sistema dei giochi.

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

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è un fenomeno caratterizzato da elementi molto vicini alle classiche forme di dipendenza; nel 1977 è stato inserito nella Classificazione Internazionale delle malattie (ICD-IX) e nel 1980 nel DSM-III nel capitolo “Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati”.

La gravità del GAP può essere classificata con l'utilizzo di test specifici (SOGS – South Oaks Gambling Screen; CPGI - Canadian Problem Gambling Index –) attraverso i quali è possibile identificare differenti livelli di compromissione: non problematico, problematico e patologico. Nella letteratura internazionale disponibile, la presenza nella popolazione generale di gambling patologico nella

Gioco d'azzardo:
fenomeno in forte
espansione

Possibili disturbi
patologici legati al
gioco

Gravi conseguenze
sociali legate
all'usura
Necessità di
riconoscere la
patologia nei LEA

Mancanza di
quantificazione
epidemiologica del
fenomeno

Necessarie forme di
tutela della salute e
regolamentazione

Gambling
patologico:
riconosciuto nei
manuali delle
malattie mentali

vita sembra ricorrere con una prevalenza del 1,0-1,9 (in particolare, adulti 1,9%, adolescenti 3,4%), mentre negli ultimi dodici mesi le stime riportano una prevalenza del 0,2-2,1% (adulti 1,5%, adolescenti 4,8%).

Nell'ambito dell'inquadramento del fenomeno e dei diversi livelli di inquadramento si ritiene opportuno adottare la seguente terminologia:

- gioco d'azzardo "patologico" – è un disturbo del controllo degli impulsi che si connota con una dipendenza patologica "sine substantia", caratterizzata da andamento cronico e recidivante in grado di compromettere lo stato di salute e la socialità della persona affetta da tale disturbo. La sua diagnosi si basa sulla rispondenza ai criteri diagnostici descritti nella Classificazione Internazionale delle malattie dell'organizzazione mondiale della Sanità (ICD-X) e nel DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association
- gioco d'azzardo "problematico" – identifica il gioco d'azzardo compulsivo in cui non si è ancora instaurata una dipendenza, ma a rischio di tale evento è quindi un comportamento da considerare problematico per la salute, in quanto spesso è evolutivo verso la forma patologica, caratterizzata proprio da dipendenza
- persone vulnerabili – soggetti che per alcune loro caratteristiche individuali di tipo psicofisico hanno maggiore probabilità, rispetto alla popolazione generale esposta al gioco d'azzardo, di sviluppare una dipendenza da gioco

Dipendenza patologica senza sostanze

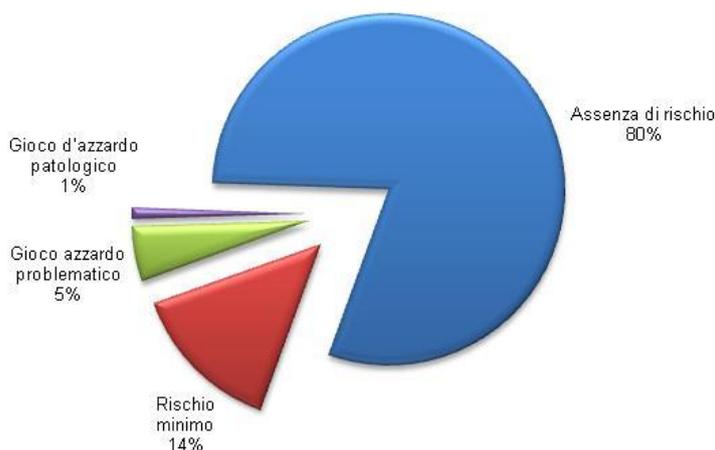
Comportamento problematico a rischio per la salute

Esistenza di gruppi di popolazione vulnerabili

5% a rischio

In Italia sulla popolazione generale i dati disponibili segnalano una prevalenza di gambling patologico nel corso della vita pari al 1%, mentre il 5% della popolazione appare a rischio di sviluppo dalla patologia.

Figura I.4.18: Livello di gravità del gioco d'azzardo nel corso della vita



Fonte: IPSAD 2007-2008

Nella popolazione studentesca la percentuale di soggetti con gioco d'azzardo problematico appare maggiore (10%) come anche la presenza di forme già patologiche (5%); il fenomeno è maggiormente rappresentato al sud e presso istituti tecnico professionali. Esiste una forte correlazione con la presenza in famiglia di abitudine al gioco.

Maggiore prevalenza nei giovani

Per il GAP le conseguenze e i correlati psicosocio-sanitari identificati sono molteplici. È stata rilevata una discreta associazione con altri disturbi della sfera psichica (alcolismo 73%, tabagismo 60%, dipendenza da altre sostanze psicotrope 38%, depressione 50%, ansia 41%, disturbi della personalità 61%). È stata

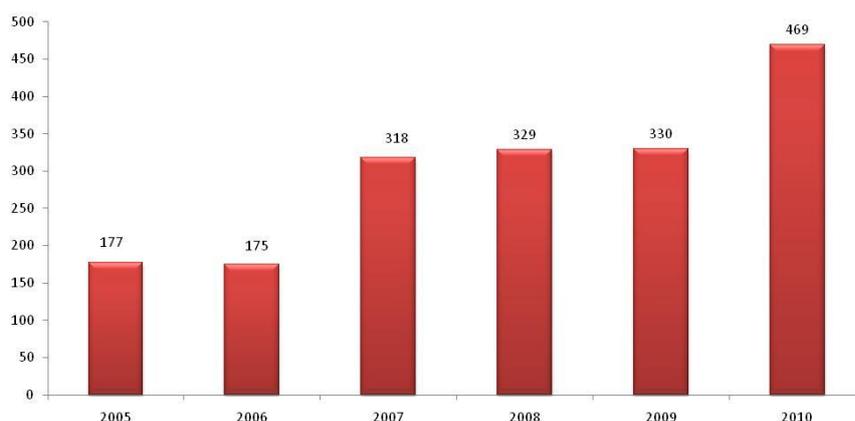
Alta associazione con altre dipendenze da sostanze e disturbi psichici

osservata anche una maggiore probabilità di suicidio, verosimilmente correlata alla compromissione della sfera sociale.

Dal punto di vista sociale i soggetti affetti da GAP presentano un elevato rischio di compromissione finanziaria personale che ha evidenti ripercussioni in ambito familiare e lavorativo, fino ad arrivare alla richiesta di prestiti usuranti. Questo è uno degli aspetti che collega il GAP alle criminalità organizzata che investe energie e capitali nel gioco d'azzardo. Come riportato dall'Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno, tra il 2005 e il 2010 si è osservato un aumento del 165% delle istanze di accesso al fondo di solidarietà presentate dalle vittime di usura.

Dal 2005-2010
aumento del 165%
delle istanze di
accesso per vittime
di usura

Figura I.4.19: Istanze di accesso al fondo di solidarietà per le vittime di usura. Anni 2005-2010



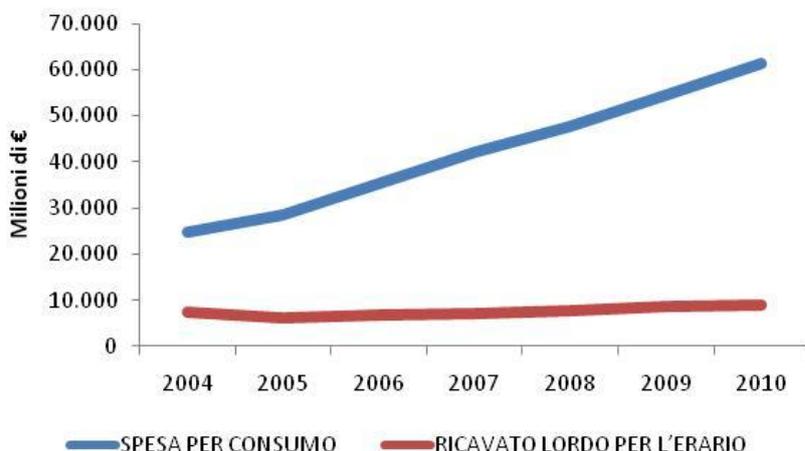
Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno

L'usura, oltre che nelle regioni a forte presenza di criminalità organizzata, è largamente diffusa anche in altre regioni e, specificamente, nel Lazio, Lombardia, Toscana e Piemonte; anche i dati ufficiali relativi alle denunce ed alle persone arrestate per usura negli anni 2009 e 2010 evidenziano un aumento delle persone denunciate ed arrestate in regioni quali l'Emilia Romagna, la Lombardia e la Toscana, tradizionalmente non considerate a rischio nel passato.

Attraverso una elaborazione incrociata su dati MEF, AAMS e Agicos, si è osservato che, dal 2004 al 2010, a fronte di un incremento del 148% della spesa per il gioco il ricavato lordo per l'erario è aumentato del 24%, comportando un dimezzamento del valore delle entrate erariali sul totale della spesa (30% nel 2004. 15% nel 2010) (Commissione Parlamentare Antimafia). Questo deriva probabilmente dal ribaltamento dell'indotto imprenditoriale internamente a un sistema "multilevel marketing".

Un paradosso da
approfondire:
aumento del 148%
della spesa per il
gioco a fronte del
24% del ricavo
lordo per l'erario

Figura I.4.20: Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della spesa per consumo e del ricavato lordo per l'erario. Anni 2004 - 2010



Fonte: MEF, AAMS e Agicos

Utilizzando l'andamento della spesa come elemento di prossimità per la valutazione dell'entità del gioco d'azzardo, è plausibile ipotizzare che anche la quota di soggetti affetti da GAP stia aumentando all'interno della popolazione generale; la valutazione del grado di penetrazione del GAP nella popolazione sarà considerato nelle prossime indagini epidemiologiche realizzate dal DPA in collaborazione con il Ministero della Salute.

L'aumento del fenomeno implica la necessità di organizzare e avviare strategie specifiche come definito nel PAN 2010-2013. Infatti, l'obiettivo 15 dell'area di intervento sulla prevenzione riporta la "promozione di iniziative per la prevenzione del gambling patologico", declinandone le azioni in:

- fornire un'informazione preventiva sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico presso le sale da gioco
- controllare e regolamentare meglio la pubblicità sul gioco d'azzardo legale introducendo soglie di massima
- proporre di inserire il gambling patologico tra le condizioni di dipendenza per le quali è previsto l'intervento diagnostico e terapeutico mediante i sistemi sanitari regionali e, in particolare, nei Dipartimenti delle Dipendenze
- attivare interventi di supporto e di assistenza specifica presso i dipartimenti delle dipendenze per le persone con gambling patologico e i loro famigliari

Servono nuove strategie ed azioni

Prevenzione

Cura e riabilitazione

Non da ultimo, supportare e promuovere ulteriormente il processo di repressione e contrasto esistente che consenta di incidere più profondamente sull'illegalità e le organizzazioni criminali che si sono introdotte nel business, sia quelle del gioco illegale che quelle dell'usura.

Contrasto e regressione