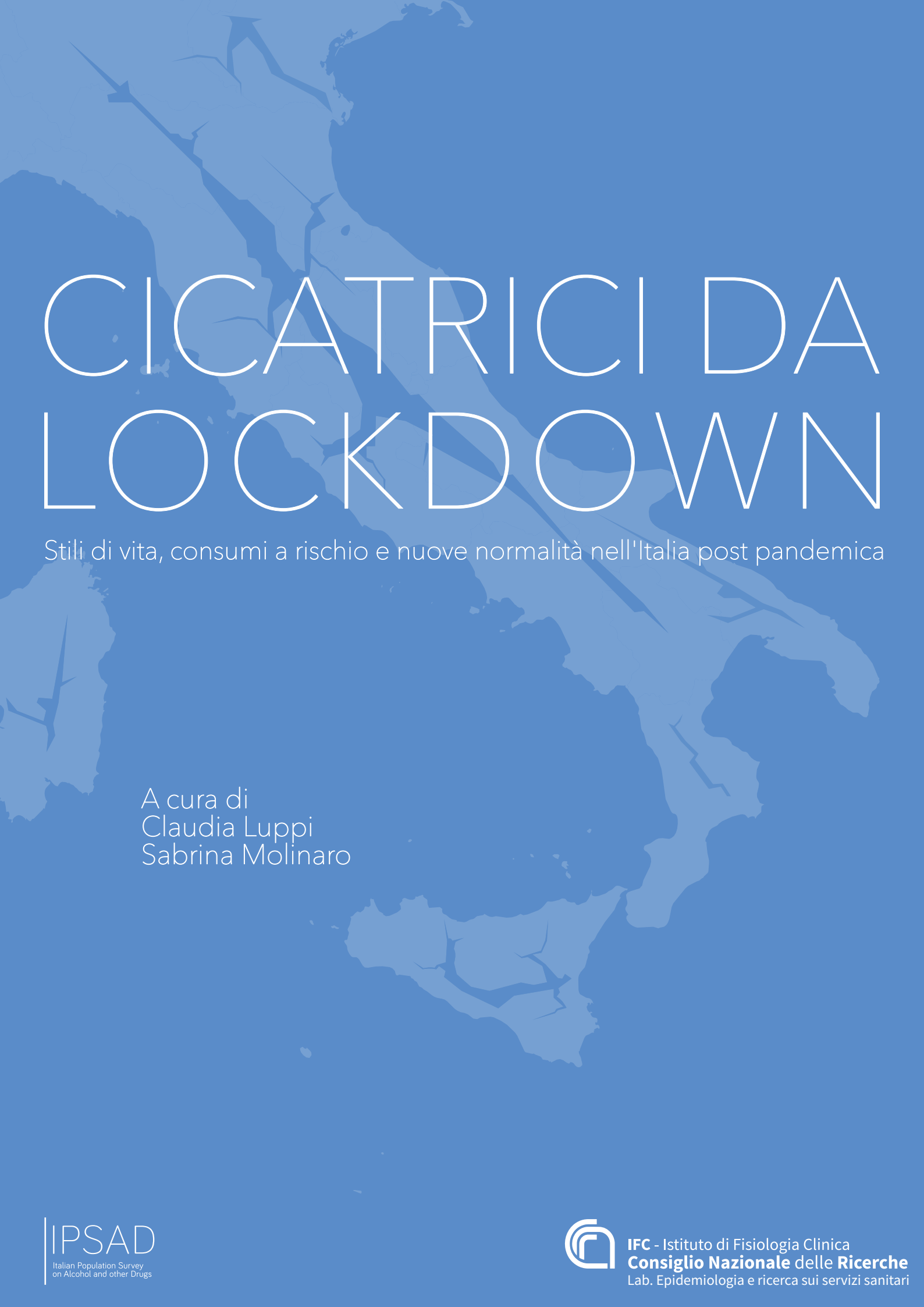


CICATRICI DA LOCKDOWN

Stili di vita, consumi a rischio e nuove normalità nell'Italia post pandemica

A cura di
Claudia Luppi
Sabrina Molinaro

IPSAD
Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs

IFC - Istituto di Fisiologia Clinica
Consiglio Nazionale delle **Ricerche**
Lab. Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari

Istituto di Fisiologia Clinica - CNR
Area della Ricerca di Pisa - IFC - Pisa anno 2024
Lab. Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari
www epid.ifc.cnr.it

ISBN 978-88-79580-71-7 (electronic edition)

A cura di: Claudia Luppi e Sabrina Molinaro
Curatori di specifici capitoli (in ordine alfabetico per cognome): Giada Anastasi, Marina Baroni, Elisa Benedetti, Silvia Biagioni, Sonia Cerrai, Rodolfo Cotichini, Francesca Denoth, Alessia Formica, Michela Franchini, Marco Scalese Urciuoli.
Progetto grafico e impaginazione: Claudia Luppi

Immagine pag. 102
“http://www.freepik.com”>Designed by macrovector_official / Freepik</a
Immagini pagg. 123, 256
Author Vectors by Vecteezy
Immagine pag. 137
Designed by Freepik
Immagine pag. 204
”http://www.freepik.com”>Designed by Freepik</a
Immagine pag. 232
Image by Rochak Shukla on Freepik

INDICE

PREFAZIONE 7

INTRODUZIONE 9

LA FOTOGRAFIA DEL 2022: LE CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI 13
Introduzione 13
Le caratteristiche dei partecipanti 14
La percezione sui servizi sanitari territoriali 17
Servizi Sanitari generali 17
Servizi Sanitari specifici 17

LO STATO DI SALUTE DEGLI ITALIANI IN ERA POST-PANDEMICA 23
Come stanno gli italiani? 23
Stato ponderale 23
Percezione del benessere e qualità del sonno 24
Salute cardiopolmonare 28
Malattie cardiovascolari 28
Malattie non trasmissibili 28
Ipertensione 29
Malattie respiratorie croniche 30
Apnee notturne 31
Disturbi del quadro metabolico ed endocrino 31
Ipercolesterolemia 31
Diabete 32
Disturbi della tiroide 33
Salute mentale, disturbi nervosi e psicosomatici e decadimento cognitivo 35
Disturbi nervosi 35
Patologie della pelle 38
Decadimento cognitivo 38
Patologia tumorale 39
Dolori reumatici 40
Abitudine all'esercizio fisico 42
Esercizio fisico e benessere 45
Esercizio fisico e qualità del sonno 46
COVID-19 e dintorni 50
Conclusioni 53
Bibliografia 54

NICOTINA: DAL CONSUMO ANALOGICO AL CONSUMO DIGITALE 63
Introduzione 63
Percezione del rischio 64
Diffusione e pattern di consumo 66
Tabacco 66
Sigarette elettroniche 70
Fumo passivo 72

Stato di salute 73
Conclusioni 77
Bibliografia 78

IL CONSUMO DI ALCOL TRA TRADIZIONE ED ECCESSO 81
Introduzione 81
Percezione del rischio 82
Diffusione e pattern di consumo 83
Eccessi alcolici 87
Ubriacature *87*
Binge drinking *89*
Eccessi alcolici e fattori associati *91*
Consumo a rischio 91
Stato di salute 95
Fattori associati 97
Conclusioni 98
Bibliografia 99

USO E MISUSO: PSICOFARMACI TRA CURA E AUTOCURA 103
Introduzione 103
Percezione del rischio 104
Accessibilità 105
Diffusione e pattern di consumo 106
Uso di psicofarmaci SPM e stato di salute 108
Comportamenti associati 110
Conclusioni 112
Bibliografia 113

STUPEFICIUM 117
Introduzione 117
Percezione del rischio 118
Accessibilità 118
Diffusione e pattern di consumo 119
Oppiacei 123
Diffusione e pattern di consumo *124*
Cocaina 127
Diffusione e pattern di consumo *128*
Stimolanti 132
Diffusione e pattern di consumo *133*
Allucinogeni 137
Diffusione e pattern di consumo *138*
Fattori associati 142
Nuove Sostanze Psicoattive *144*
Poliuso 146
Conclusioni 148
Bibliografia 149

CANNABIS 153
Introduzione 153
Percezione del rischio 155
Accessibilità 156

Diffusione e pattern di consumo 158
Uso problematico 163
Fattori associati 165
Cannabis Sativa L. *168*
Conclusioni 170
Bibliografia 171

GIOCO D'AZZARDO 175
Introduzione 175
Quanto è diffuso il gioco d'azzardo tra gli italiani? 178
Il gioco online sta davvero sostituendo il gioco offline? 180
Quali sono i giochi d'azzardo più praticati? 180
Quanto tempo dedicano gli italiani al gioco d'azzardo? 182
Quanto si spende in azzardo? 183
Qual è la percezione individuale del proprio bilancio di gioco? 184
Conoscenze o credenze? 185
Quanto è diffuso il gioco illegale? 186
Quanto è facile giocare d'azzardo? 187
Il gioco d'azzardo è associato ad altri comportamenti a rischio? 188
Come viene definito e classificato il gioco d'azzardo problematico? 189
Il gioco può causare dipendenza, ma quanti sono i giocatori a rischio? 190
È possibile tracciare un identikit del giocatore e del giocatore problematico? 191
Quali caratteristiche del comportamento di gioco sono associate al gioco problematico? 195
Il gioco d'azzardo problematico compromette il benessere? 199
Il gioco d'azzardo problematico è associato ad altri comportamenti a rischio? 200
Conclusioni 200
Bibliografia 202

COMPORTAMENTI ED ESPERIENZE 205
Introduzione 205
Relazioni sociali 206
Comportamenti a rischio *207*
Hikikomori *208*
Uno sguardo di insieme 208
Quante sono le persone che si sono isolate? 208
Conclusioni 211
Bibliografia 211
Internet *212*
Pattern di utilizzo 213
Incidenti stradali 216
Conclusioni 219
Bibliografia 219

TRAUMA E RESILIENZA: CARATTERISTICHE E CONSEGUENZE DEGLI EVENTI TRAUMATICI 223
Introduzione 223
Il contesto nazionale 224
Stato di benessere 225
Comportamenti associati 227
Conclusioni 229
Bibliografia 229

LE VOCI NASCOSTE VITTIME DI VIOLENZA 233
Introduzione 233
Il contesto nazionale 233
Stato di benessere 237
Comportamenti associati 238
Violenza di genere 240
Episodi di violenza e comunità LGBTQIA+ 243
Conclusioni 246
Bibliografia 246

LO STUDIO IPSAD® ITALIAN POPULATION SURVEY ON ALCOHOL AND OTHER DRUGS 251
Informazioni di contesto 251
Metodologia 251
Descrizione generale del disegno di campionamento *251*
Definizione della dimensione campionaria *252*
Il questionario *252*
La compilazione del questionario e l'invio della cartolina *253*
Il materiale inviato al soggetto campionato *253*
Analisi della affidabilità del database *253*
Il trattamento delle liste anagrafiche: finalità del trattamento 254
Dati in sintesi 254
Informativa 254
Pubblicazioni 255

PREFAZIONE

Fin dalla prima realizzazione di IPSAD, nel 2001, ho dato il mio supporto a tutta la gestione amministrativa e tecnica dello studio ed è per questo che non entrerò nel merito dei risultati scientifici, non è il mio ruolo e persone ben più qualificate di me sapranno fornire con competenza le informazioni necessarie nelle pagine a seguire.

Vorrei invece porre l'attenzione su quelli che sono gli aspetti più pratici, quelli che ho seguito più da vicino, che conosco meglio e che spesso sono sconosciuti e non vengono valutati da chi entra in contatto con i prodotti di una ricerca.

Il nostro è un gruppo di lavoro composto attualmente da circa 30 persone tra Ricercatori, Tecnologi, Tecnici, Amministrativi e personale a contratto e tutti, a vario titolo, sono coinvolti nella messa in moto delle svariate procedure, una vera e propria corsa a ostacoli, necessarie alla realizzazione dello studio, a partire dalla finalizzazione delle domande che andranno a costituire il questionario, fino alla stampa.

Le prime spedizioni fatte con un'affrancatrice (macchina a volte capricciosa ma l'alternativa sarebbe stata attaccare i francobolli uno per uno!), le migliaia di questionari a cui trovare un posto nell'attesa della spedizione, con le scatole di cartone che hanno riempito ogni piccolo spazio libero nelle nostre stanze, gli interminabili accordi, mai gli stessi, definiti a ogni edizione dello studio con i vari responsabili degli uffici postali per il ritiro dei questionari...

Per arrivare al momento più importante: la restituzione dei questionari compilati dagli italiani.

La lotta infinita per la ricerca degli spazi necessari all'archiviazione, l'apertura delle singole buste nelle quali a volte, oltre al questionario, sono stati recapitati curricula, immagini di Santi e di Madonne, foto di famiglia, una volta anche un bollettino per il cambio utenza dell'energia elettrica... nonché lettere con suggerimenti per la responsabile dello studio: qualche volta gentili altre volte meno...

Oltre allo scambio di comunicazioni via posta c'è chi sceglie il contatto telefonico.

Sulla copertina di ogni questionario riportiamo, per trasparenza, anche i numeri di telefono contattabili nel caso in cui sorgano dubbi al momento della compilazione, oppure anche solo per la verifica della reale esistenza e serietà dell'indagine.

Nel tempo le chiamate sono state tante e non sempre pertinenti...A volte provocatorie (nervi saldi! L'unica intenzione è quella di provocare una lite..), altre di sfogo (nervi saldi! L'unica intenzione è quella di essere consolati...) altre in cerca di rassicurazione (nervi saldi! ç'obiettivo è quello di sapere come "avete avuto il mio nome?" ipotizzando una qualche segnalazione da parte della mamma, della moglie o di qualche altra persona vicina).

Non so se sono riuscita a rendere l'idea di quanto sia grande e di quante siano le sfaccettature della macchina IPSAD, far girare tutto l'ingranaggio ha mille inciampi e complessità.

Approfitto della possibilità che mi è stata offerta nello scrivere questa breve prefazione per ringraziare tutti, colleghi e colleghe per l'impegno e la serietà con cui portano avanti ogni piccolo o grande compito assegnato e un grazie particolare a chi è al timone della macchina ormai da tanti anni, la Dott.ssa Sabrina Molinaro: non esiste macchina che, in mancanza un buon guidatore, possa raggiungere alcun traguardo.

Stefanella Pardini

INTRODUZIONE

Nel cuore dell'Italia post-pandemica, in un tessuto sociale che inizia a riassestarsi dopo due anni di confinamento forzato, nasce e si sviluppa questo libro, che ha l'obiettivo di esplorare le abitudini nascoste di un Paese in continua trasformazione.

"Cicatrici da Lockdown. Stili di vita, consumi a rischio e nuove normalità nell'Italia post pandemica", attraverso undici capitoli densi di dati e informazioni, scende in profondità nelle dinamiche socio-sanitarie italiane, esplorando i lati affascinanti, e talvolta inquietanti, di un nuovo contesto di sfide e di speranze che definiscono la nostra società.

Dopo una prima parte che descrive il campione rispondente allo studio, il secondo capitolo si concentra su un aspetto cruciale della vita contemporanea: l'impatto dei cambiamenti nello stile di vita sulla salute collettiva. Viene sottolineata l'importanza di una dieta sana, dell'esercizio fisico regolare e del riposo. Un dato allarmante riguarda il raddoppio dei tassi di obesità rispetto al periodo pre-pandemico, soprattutto tra gli uomini sotto i 60 anni, mentre tra le donne giovani (18-40 anni) il sovrappeso è aumentato dal 12,6% al 15,5%. Ciononostante, crescono la frequenza di attività fisica, con un aumento del 10% tra coloro che la praticano almeno tre volte a settimana, specialmente tra gli over 40, la percezione di benessere in tutte le fasce d'età e la riduzione delle persone che riferiscono di dormire meno ore rispetto al necessario.

Il terzo capitolo esplora le abitudini legate al fumo, comprese le sigarette elettroniche, analizzando le differenze di genere anche nella percezione del rischio. Nonostante tra il 2008 e il 2018 si fosse registrata una riduzione del consumo di tabacco, oltre 14milioni di italiani fumano ancora e nell'ultimo anno di rilevazione si è registrato un incremento. La consapevolezza dei rischi del tabacco è diffusa, ma persistono sacche di disinformazione, soprattutto tra i fumatori abituali. Le sigarette elettroniche hanno visto una crescita costante, specialmente tra i giovani e gli uomini. L'uso delle e-cig è motivato dalla cessazione del fumo tradizionale o dalla curiosità, con la percezione che siano meno dannose rispetto alle sigarette tradizionali. Nonostante l'efficacia delle politiche anti-tabacco, rimane il problema dell'esposizione al fumo passivo, soprattutto in ambito domestico.

Il consumo di alcol è l'oggetto del quarto capitolo, nel quale si evidenzia, come primo dato, come il vino sia la bevanda più consumata, seguita dalla birra. Le donne risultano consumatrici meno frequenti rispetto agli uomini, sia in termini generali sia di eccesso. Tuttavia, tra i giovani adulti, in particolare tra i 18 e i 34enni, si rileva una diminuzione della forbice tra i due generi negli episodi di ubriacatura sia nell'anno sia nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario. Il 7,9% dei consumatori ha mostrato segni di un consumo problematico, con una tendenza all'associazione con altri comportamenti a rischio, come l'uso di sostanze psicoattive, e con un peggioramento del benessere percepito.

Nel quinto capitolo si esplora l'uso e l'abuso di psicofarmaci. Nel 2022 circa 8milioni di italiani hanno fatto uso di questa tipologia di sostanze a seguito di una prescrizione, mentre oltre 2milioni le hanno utilizzate senza il consulto di un medico. Le donne risultano più inclini a consumare tranquillanti e sonniferi e, tra coloro che assumono psicofarmaci senza prescrizione, è emerso un legame con esperienze di violenza o traumi, oltre che con comportamenti a rischio come l'uso di alcol e sostanze illegali. La correlazione con problemi relazionali, sia familiari che lavorativi, è particolarmente evidente.

Il sesto capitolo si concentra sul consumo di droghe illecite, in aumento negli ultimi anni. Quasi 5milioni di persone hanno utilizzato almeno una sostanza psicoattiva illegale nel 2022, con la cannabis in cima alla lista. Il consumo di oppiacei è cresciuto del 180%, soprattutto tra le donne di età compresa tra 55 e 74 anni. Anche l'uso di cocaina è in aumento, con una crescita del 17% rispetto al 2017 e un consumo maggiore tra i giovani uomini. Le Nuove Sostanze Psicoattive (NPS), sebbene coinvolgano una piccola parte della popolazione, rappresentano un pericolo crescente.

Il consumo di cannabis, la sostanza illegale più utilizzata in Italia, è approfondito nel settimo capitolo. Il suo uso è in costante aumento, con quasi 4milioni di consumatori nel 2022. La curiosità e il divertimento sono le motivazioni principali per l'uso tra i giovani, mentre le donne spesso la utilizzano per trattare ansia e depressione. Un quarto degli utilizzatori presenta comportamenti problematici, con conseguenze negative anche sulle relazioni interpersonali.

L'ottavo capitolo affronta il fenomeno del gioco d'azzardo, evidenziando che nel 2022 il 6% della popolazione presenta un comportamento di gioco d'azzardo a rischio. Gli uomini, i giovani e i gruppi socialmente svantaggiati sono più propensi a sviluppare problematiche legate al gioco. Particolare attenzione viene posta alla crescita del gioco online, un canale facilmente accessibile ma difficile da monitorare.

I capitoli nono e decimo analizzano invece i comportamenti a rischio legati alla vita quotidiana e agli incidenti stradali e gli effetti degli eventi traumatici sulla vita degli italiani. Gli uomini risultano maggiormente coinvolti sia nei comportamenti a rischio che negli incidenti, spesso in associazione con il consumo di sostanze e oltre un terzo della popolazione ha vissuto esperienze traumatiche che, spesso, sono correlate a una ridotta percezione del benessere e a una qualità del sonno compromessa.

Nel capitolo conclusivo viene affrontato il fenomeno della violenza di genere, sia psicologica sia fisica, che, altamente diffuso nel Paese, in particolare tra le persone di genere femminile , nella fascia di età più giovane e tra le persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+, è stato denunciato solo da una piccola parte delle vittime e ha visto nella maggior parte dei casi e indipendentemente dal genere, come principali autori della violenza i conoscenti, gli amici, i familiari conviventi e gli ex partner.

Questo è solo un assaggio dei risultati principali di questo libro, uno spaccato multidimensionale dell'Italia uscita dalla pandemia che rivela le ferite profonde nei comportamenti e nelle abitudini degli italiani e che è il frutto del lavoro di un gruppo di ricerca coeso, il cui impegno collettivo ha reso possibile un'analisi approfondita e rigorosa dei fenomeni esplorati. La sua realizzazione è stata costruita grazie all'uso sapiente delle risorse derivanti dai residui della ricerca, che hanno permesso di dare continuità e valore a uno studio indipendente, condotto con un approccio metodologicamente solido e comparabile nel tempo e nello spazio.

Un ringraziamento speciale va alla libertà di ricerca che è garantita all'interno del Consiglio Nazionale delle Ricerche come presupposto fondamentale per intraprendere studi che, liberi da condizionamenti esterni, possano offrire una visione chiara e precisa della realtà, contribuendo alla comprensione più profonda dei fenomeni complessi che ci circondano.

A questo ringraziamento si aggiunge un plauso ai componenti di questo gruppo di ricerca che non si lasciano scoraggiare dalle difficoltà tecniche burocratiche che ogni giorno dobbiamo affrontare e che con passione, dedizione e competenza continuano a combattere perché questo studio possa esistere

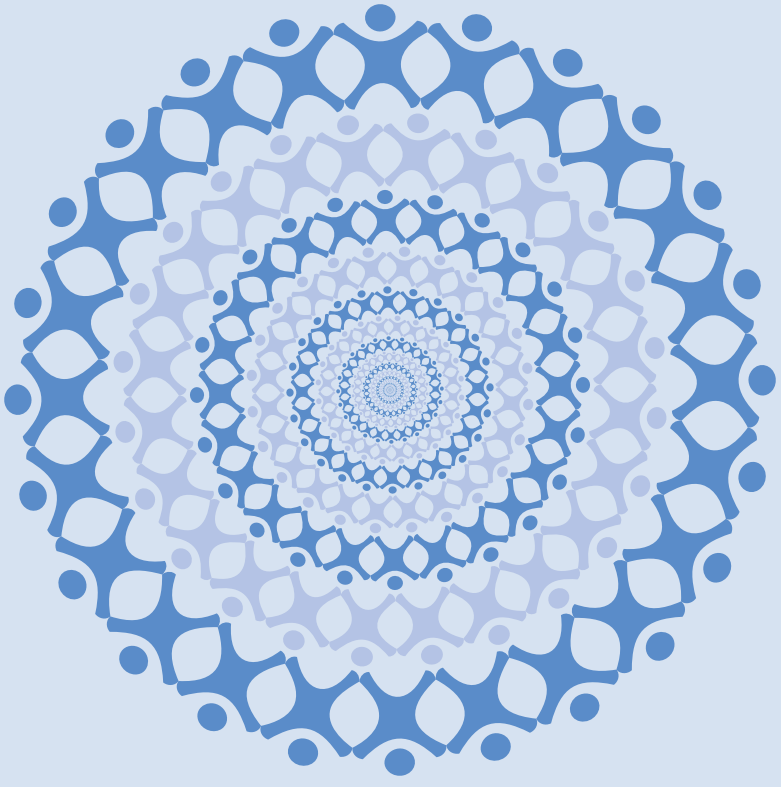
Solo attraverso ricerche indipendenti e accuratamente condotte possiamo sperare di costruire una conoscenza robusta, capace di fotografare il presente e illuminare il cammino verso un futuro maggiormente consapevole.

Sabrina Molinaro

01

LA FOTOGRAFIA DEL 2022: LE CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

01



LA FOTOGRAFIA DEL 2022: LE CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

LA FOTOGRAFIA DEL 2022: LE CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

Claudia Luppi e Marina Baroni

INTRODUZIONE

La rilevazione IPSAD®2022 è uno studio epidemiologico nazionale, condotto dall'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR. Lo studio segue le linee guida fornite dall'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug and Drug abuse) di Lisbona e permette di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici proposti dal consiglio d'Europa: Prevalence and patterns of drug use. Questo indicatore aiuta a comprendere i modelli di consumo, la percezione del rischio e le conseguenze correlate dell'uso di sostanze psicoattive. L'indicatore si avvale di una serie di strumenti, tra i quali, appunto, i dati provenienti dagli studi sulla popolazione generale e scolastica: il Laboratorio di Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari conduce lo studio IPSAD® sulla popolazione generale dal 2001, con una frequenza ogni 3 anni circa ed ESPAD®Italia, sulla popolazione studentesca frequentante le scuole secondarie di secondo grado, annualmente sin dal 1999.

Il campione dello studio IPSAD® è estratto attraverso le liste anagrafiche della popolazione nazionale, di età compresa tra i 18 e gli 84 anni di età e ha una numerosità tale da permettere delle stime di prevalenza.

Lo studio consiste nell'autocompilazione, da parte del campione estratto, di un questionario postale anonimo: lo strumento si apre con una serie di quesiti volti a inquadrare la condizione socio-culturale degli intervistati e in seguito approfondisce i consumi di sostanze legali quali tabacco, alcol, psicofarmaci e altre sostanze psicoattive illegali, nonché altri comportamenti potenzialmente a rischio come la pratica del gioco d'azzardo, il gaming e molti altri approfonditi nei capitoli di questo libro.

IPSAD® riveste un importante ruolo nell'individuazione di interventi adeguati alle problematiche legate all'uso di sostanze psicoattive: i dati sulle opinioni e gli atteggiamenti in rapporto alle varie sostanze e sull'esperienza del consumo delle stesse rivestono, infatti, un ruolo importante nella programmazione delle politiche sociali.

Tali dati possono costituire inoltre una preziosa fonte d'informazione per la rilevazione degli effetti a breve termine delle campagne di prevenzione universale.

LE CARATTERISTICHE DEI PARTECIPANTI

Le analisi sono state condotte su 5.080 questionari considerati validi e successivamente analizzati. I dati rilevati sono stati sottoposti a procedure di ponderazione matematico-statistica, basate sulla stratificazione secondo le principali variabili anagrafiche e considerando la distribuzione della popolazione residente al 1° gennaio 2022. Le stime così prodotte e di seguito descritte, sono quindi da intendersi rappresentative della popolazione nazionale.

Il 53% del campione è rappresentato dal genere femminile (M: 46%); il 38% è composto da residenti nel Paese tra i 41 e i 60 anni e il restante 62% è equamente distribuito tra i 18-40 anni e tra i 61-84 anni.

Il 97% del campione è nato in Italia e il 3,1% ha genitori provenienti da Stati esteri, prevalentemente europei.

Tabella 1. Il campione: distribuzione percentuale dei rispondenti per genere e fascia di età. Anno 2022

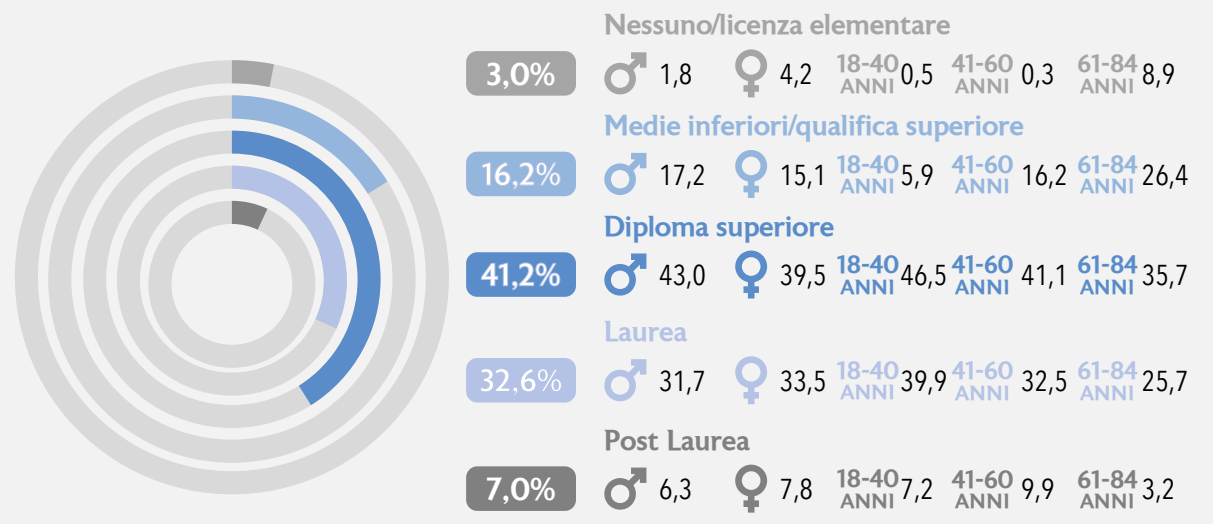
	Maschi	Femmine	Totale
18-40 anni	32,7	29,7	31,2
41-60 anni	38,4	37,7	38,1
61-84 anni	28,9	32,6	30,8

Il 53% dei partecipanti allo studio è coniugato o unito civilmente, il 35% riferisce di essere celibe o nubile, il 7% separato o divorziato e il 4,5% vedovo.

Il 63% nel 2022 ha vissuto con il coniuge o il convivente, un quinto con i genitori o altri parenti e il 15% da solo[1]; il 60% riferisce di avere figli.

Il 41% dei rispondenti ha completato le scuole secondarie di secondo grado, in particolare gli uomini; un terzo ha conseguito una laurea (triennale o magistrale), soprattutto fra le donne e nella fascia di età più giovane; il 16% ha completato le scuole medie inferiori o possiede una qualifica superiore, soprattutto la fascia più anziana della popolazione. Il 3% ha conseguito al massimo la licenza elementare, percentuale che sale al 4,2% tra le donne e sfiora il 9% tra gli over60. I percorsi post laurea, che hanno coivolto il 7% dei residenti del Paese, sono soprattutto presenti nella popolazione di età compresa tra i 41 e i 60 anni.

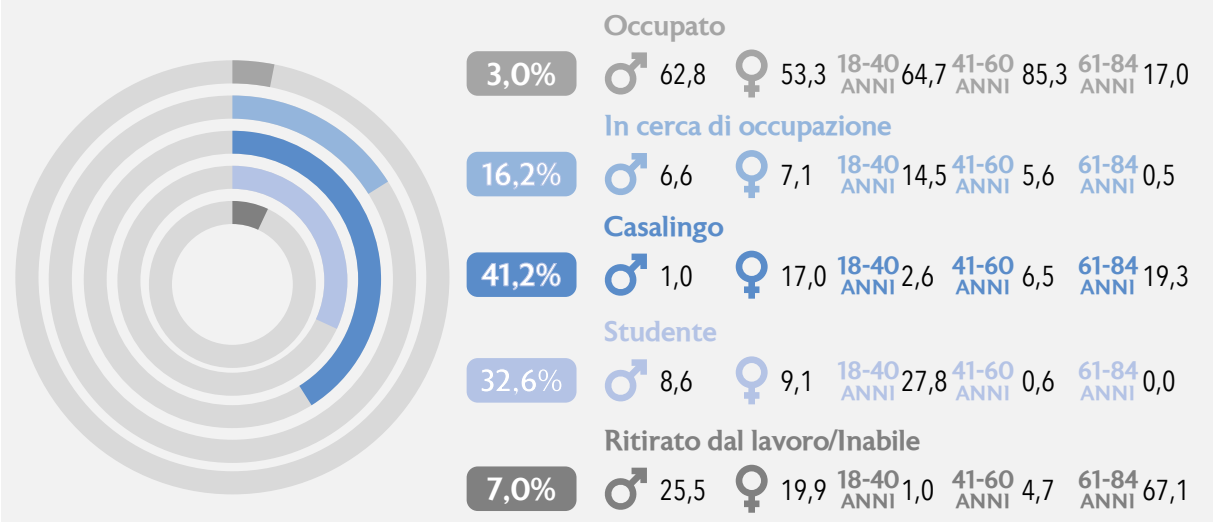
Figura 1. Titolo di studio: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia di età. Anno 2022



[1] L'1,9% ha vissuto con amici o conoscenti e il restante 0,2% ha vissuto in una struttura residenziale di natura pubblica o privata

In riferimento alla condizione lavorativa, il 58% dei partecipanti allo studio riferisce di essere occupato, il 23% ritirato o inabile al lavoro, in percentuale maggiore tra le persone di 61-84 anni e l'8,9% di essere uno studente. Il 6,8% riferisce di essere in cerca di una prima o nuova occupazione lavorativa, condizione che riguarda prevalentemente i rispondenti tra i 18 e i 40 anni di età, mentre il 9,1% è casalingo, soprattutto le persone di genere femminile e over61.

Figura 2. Stato occupazione: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia di età. Anno 2022



Chi riferisce di essere occupato vive prevalentemente un lavoro come dipendente (84%), il 10% ha un contratto di collaborazione o una prestazione occasionale e il 5,2% un lavoro autonomo; quest'ultima condizione è riferita maggiormente dalle persone di genere maschile (6,7%; F=3,5%) e dalle fasce di età estreme, entrambe circa al 6%, mentre tra i 41-60enni è autonomo il 4,2%.

Tra coloro che non hanno un lavoro autonomo, la maggior parte è inquadrata come impiegato, gli inquadramenti di dirigenti e quadri sono maggiormente riferiti dagli uomini in un rapporto di genere a loro favore, rispettivamente, di 1.5 e 1.8; questi 2 profili sono inoltre riferiti in misura crescente all'aumentare dell'età passando, per i dirigenti, dal 2,3% dei 18-40enni al 10% dei 61-84enni e, per i quadri, dal 5,6% al 17%.

Al momento dell'entrata in vigore delle restrizioni legate all'emergenza sanitaria COVID-19, se circa un quinto delle persone non aveva un lavoro, per il 41% di tutti i lavoratori, autonomi e dipendenti, si sono verificati cambiamenti nell'ambito lavorativo: tra le persone che vivevano una condizione di lavoro dipendente il 20% ha modificato la propria attività in modalità agile (smart working), il 7,7% ha iniziato il trattamento di cassa integrazione, per il 4,7% il lavoro si è intensificato mentre per il 3,1% si è ridotto; il 3,6% ha subito una sospensione del lavoro (ferie o congedo straordinario) mentre l'1,3% è stato licenziato; tra i lavoratori autonomi l'8,6% ha ridotto o sospeso temporaneamente la propria attività, l'1,3% l'ha cessata e poco più dell'1% è ricorso all'utilizzo degli ammortizzatori sociali quali la cassa integrazione.

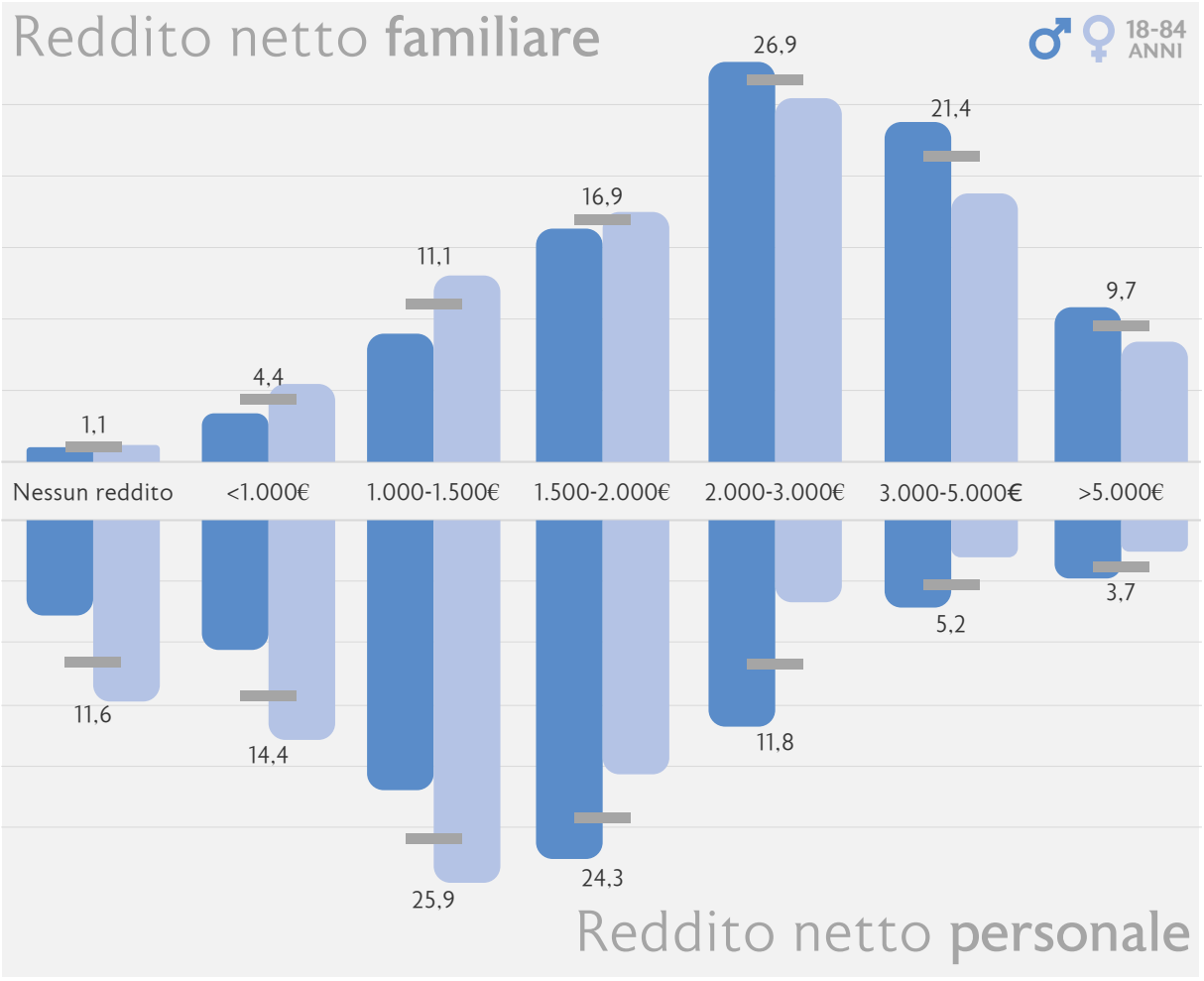
Complessivamente il 27% delle persone ha subito dei cambiamenti nella propria condizione economico-finanziaria e, tra questi: rispetto al reddito il 52% riferisce sia diminuito, contro il 14% per il quale invece è aumentato; poco più di un terzo ha speso più del proprio reddito, attingendo ai propri risparmi e una pari quota lo ha speso tutto senza risparmiare nulla; il 13% non è stato in grado di rispettare le scadenze di pagamenti quali tasse, mutui o affitti e il 17% ha avuto necessità di richiedere un prestito.

Il 15% delle persone nel Paese, dall'entrata in vigore delle restrizioni, ha richiesto/ricevuto sostegni economici: il 12% ha usufruito di sostegni economici come i bonus vacanze, babysitter, affitto, indennità per partite IVA e professionisti, fondi di garanzia per Piccole Medie Imprese e Professionisti, etc; circa il 2% ha usufruito di sostegni per beni alimentari e una quota di poco inferiore di altre tipologie di agevolazioni come la sospensione del pagamento delle rate del mutuo.

L'88% delle persone, riferendosi alla situazione economica della propria famiglia, la definisce né povera né ricca, percentuale che nella fascia di età più anziana supera il 90%; la restante parte si divide equamente tra chi la ritiene ricca o molto ricca, soprattutto gli uomini e le persone under41 e chi povera o molto povera.

Quasi 3 persone su 10 hanno riferito il reddito mensile della propria famiglia compreso tra 2mila e 3mila euro e poco più di un quarto tra i 3mila e i 5mila; rispetto al reddito personale, il 50% delle persone tra i 18 e gli 84 anni lo stima tra i 1.000 e i 2.000 euro. Distinguendo per genere, tra le persone di genere maschile si osservano percentuali superiori in rifermento ai redditi familiari più elevati, ma è riguardo al reddito netto personale che emergono differenze più evidenti: le donne, infatti, risultano in misura doppia non avere alcun reddito o comunque inferiore ai 1.000 euro mensili rispetto agli uomini i quali, a loro volta, riferiscono in misura quasi tripla, redditi personali superiori ai 2.000 euro.

Figura 3. Reddito netto familiare e personale: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022

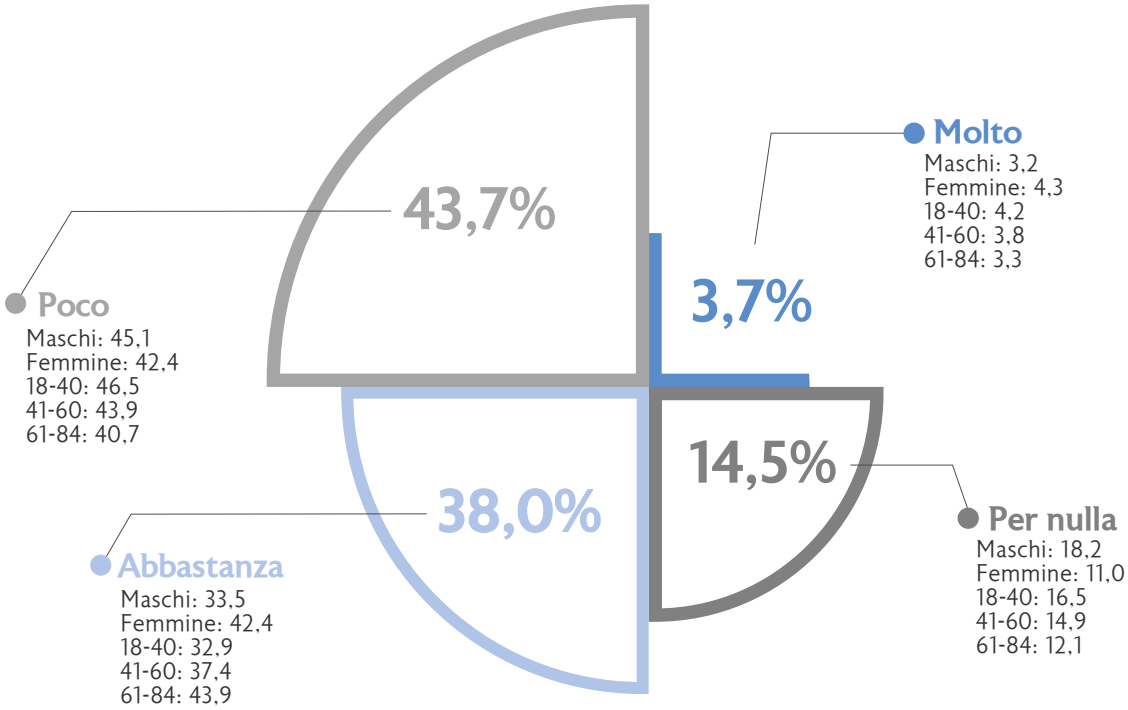


LA PERCEZIONE SUI SERVIZI SANITARI TERRITORIALI

Servizi Sanitari generali

Circa 4 residenti nel Paese su 10 si ritengono abbastanza/molto informati sulle modalità di accesso ai Servizi Sanitari generali offerti dalle Aziende Sanitarie locali. In particolare, la conoscenza di questi Servizi è più alta tra le persone di genere femminile e di età superiore a 60 anni. Sfiora invece il 60% la quota di chi ritiene di essere per nulla o poco informato, soprattutto tra le persone di genere maschile e nella fascia di età più giovane.

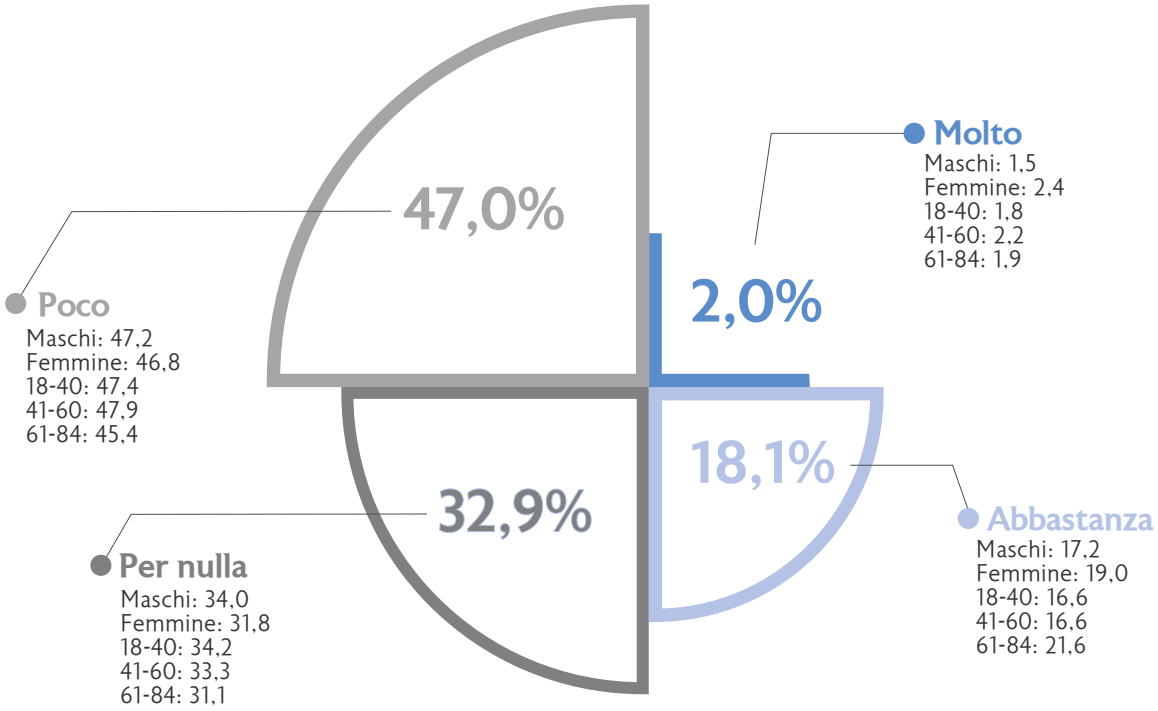
Figura 4. Grado di conoscenza dei Servizi Sanitari generali presenti sul territorio: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia di età. Anno 2022



Servizi Sanitari specifici

Scendendo nel dettaglio della tipologia di Servizi Sanitari offerti e riferendosi a quelli che operano nell'ambito delle dipendenze patologiche (SerD), il livello di informazione risulta nettamente più basso: 8 persone su 10 si ritengono per nulla o poco informati sulle modalità di accesso a tale tipologia di Servizi, senza differenze significative in base al genere ma con quote superiori tra le persone tra i 18 e i 60 anni rispetto ai più anziani. Solo un quarto dei residenti nel Paese riporta di esserne abbastanza o molto informato, soprattutto nella fascia di età tra i 61 e gli 84 anni (32,0%).

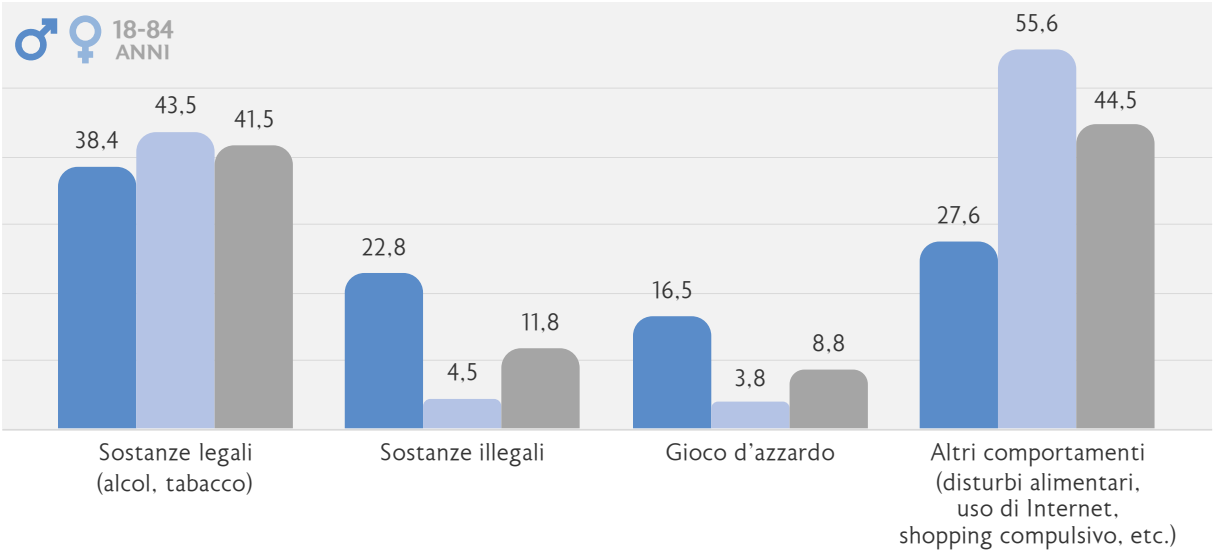
Figura 5. Grado di conoscenza dei Servizi Sanitari specifici presenti sul territorio: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia di età. Anno 2022



Scendendo nel dettaglio delle tipologie di Servizio presenti sul territorio, come i Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) e le Dipendenza (SerD), le comunità terapeutiche accreditate, gli Enti locali, etc. la maggior parte delle persone non conosce le attività specifiche rivolte alle persone con problematiche afferenti all'ambito delle dipendenze. Tra le attività conosciute, i SerT e, a seguire, i SerD e le comunità terapeutiche sono i Servizi che le persone indicano maggiormente per le problematiche di dipendenza patologica legate a sostanze legali e illegali; le associazioni di volontariato vengono legate soprattutto a problematiche derivanti dal consumo di sostanze legali. Ai Servizi afferenti alla Neuropsichiatria infantile, alla Salute Mentale o il Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura sono maggiormente riferite le attività rivolte a problematiche relative ad altri comportamenti. I Servizi di strada come le unità mobili sono quelli meno conosciuti in assoluto: è l'84% la quota di chi non sa indicare infatti se siano presenti sul proprio territorio e quali attività specifiche per problematiche di dipendenza patologica svolgano.

In generale, il 2,6% delle persone tra i 18 e gli 84 anni in Italia ha riferito di aver chiesto aiuto per risolvere eventuali problemi legati all'uso di sostanze o ad altri comportamenti: il 45% si è rivolto ai Servizi per problematiche legati a comportamenti come, ad esempio, disturbi alimentari o utilizzo di Internet e il 41% per problemi legati all'uso di sostanze legali: in entrambi i casi, le richieste tra le persone di genere femminile sono molto superiori rispetto a quelle maschili. Il 12% ha richiesto aiuto per problematiche droga-correlate e meno del 9% per problemi legati al gioco d'azzardo, in entrambi i casi con percentuali superiori tra le persone di genere maschile.

Figura 6. Sostanze o altri comportamenti per i quali ci si è rivolti ai Servizi specifici per la cura delle dipendenze patologiche: percentuali totali e per genere. Anno 2022



02

LO STATO DI SALUTE DEGLI ITALIANI IN ERA POST-PANDEMICA

02

LO STATO DI SALUTE DEGLI ITALIANI IN ERA POST-PANDEMICA

LO STATO DI SALUTE DEGLI ITALIANI IN ERA POST-PANDEMICA

Francesca Denoth, Alessia Formica e Michela Franchini

COME STANNO GLI ITALIANI?

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) definisce lo stato di salute come "una condizione di completo benessere fisico, mentale e sociale" e non semplicemente "assenza di malattie o infermità".

Sono molti i fattori socio-ambientali e le caratteristiche personali che possono influenzare la salute di una singola persona o di una popolazione, spaziando dall'area medica alla psicologica, dal sociale all'educazione e all'area economica. Questo capitolo vuole offrire ai lettori una panoramica dei dati emersi dallo studio IPSAD® 2022 relativi all'eventuale presenza di anomalie ponderali, alla percezione del benessere, alla qualità del sonno e alla diffusione delle principali malattie non trasmissibili che possono influenzare lo stato di benessere. Verrà fornita, inoltre, una panoramica sulla diffusione dell'abitudine all'esercizio fisico e infine, una breve descrizione del fenomeno COVID-19, in particolare riguardante la sintomatologia e i relativi livelli di gravità percepiti fra coloro che hanno contratto l'infezione da SARS-COV-2.

STATO PONDERALE

La fotografia dello stato ponderale fornita dall'indagine IPSAD® 2022 classifica il 57% degli italiani come soggetti normopeso (M=50,0%, F=64,3%), e la restante quota distribuita fra il 29% (M=37,2%, F=20,9%) di soggetti sovrappeso e il 10,4% (M=11,5%, F=9,2%) di soggetti obesi, ovvero caratterizzati da un BMI≥30 Kg/m2. Solo il 3% dei soggetti dichiara di essere in sottopeso, con una netta prevalenza fra le donne. Lo stato di sovrappeso è quello che fa registrare il maggior differenziale per fra i due sessi, accomunati, però, da un trend crescente per età.

Rispetto al periodo pre-pandemia, la quota di soggetti obesi si è quasi duplicata (5,7% nel 2018 vs 10,4% nel 2022). Questo incremento ha interessato soprattutto i soggetti al di sotto dei 60 anni e in particolare gli uomini. È cresciuta dal 12,6% al 15,5% anche la quota delle donne più giovani (18-40 anni) in sovrappeso.

Lo stato ponderale della popolazione rappresenta un indicatore di salute di grande rilievo in quanto l'eccesso di peso corporeo si associa a molte malattie croniche quali il diabete mellito di tipo 2, l'ipertensione arteriosa, la cardiopatia ischemica e altre condizioni patologiche che possono peggiorare la qualità di vita. Sovrappeso e obesità sono, inoltre, tra i principali fattori di rischio per lo sviluppo di tumori, in particolare quelli dell'intestino (colon e retto), del rene, dell'esofago, del pancreas e della cistifellea, e per le donne si aggiungono il cancro del seno (nelle donne in post-menopausa), dell'endometrio e dell'ovaio. L'obesità di fatto può essere considerata una malattia multifattoriale sulla quale incidono sia la familiarità sia lo stile di vita. Anche l'inattività fisica e la sedentarietà contribuiscono allo sviluppo di eccesso ponderale e quindi di malattie croniche (Ministero della salute - Obesità 2022).

L'eccesso ponderale, e in particolare l'obesità, possono incidere negativamente a livello psicologico: lo stigma sociale a cui le persone obese sono sottoposte, soprattutto durante l'infanzia, può rappresentare un fattore di rischio per il corretto sviluppo dell'immagine del sé con gravi ripercussioni a livello di vita relazionale e lavorativa. Sono, inoltre, fattori di rischio che incidono notevolmente sulla prospettiva di invecchiare in buona salute. In questo contesto è facile comprendere come l'alimentazione bilanciata e l'esercizio fisico, praticato in maniera regolare e costante nel tempo, siano le strategie di prevenzione fondamentali da acquisire a partire dalla prima infanzia e mantenere lungo tutto il corso della vita.

Figura 1. BMI - Body Mass Index: classificazione dell'indice di massa corporea

Classificazione	Grave magrezza	Sottopeso	Leggermente sottopeso	Normopeso	Sovrappeso	Obesità di classe I	Obesità di classe II	Obesità di classe III
IMC Kg/m2	<16,5	16,01 - 17,50	17,51 - 18,50	18,51 - 25	25,1 - 30	30,1 - 35	35,1 - 40	>40

PERCEZIONE DEL BENESSERE E QUALITÀ DEL SONNO

Secondo l'OMS il benessere rappresenta uno stato positivo sperimentato sia a livello individuale che sociale. Analogamente alla salute, si configura come una risorsa per la vita quotidiana e viene influenzato dalle condizioni sociali, economiche e ambientali. Questa condizione include la qualità della vita e la capacità delle persone e delle comunità di contribuire al mondo con un senso e uno scopo.

Il WHO-5: come si misura lo stato di benessere

Uno degli strumenti più utilizzati per la rilevazione della percezione del benessere è il questionario WHO-5 Well-Being Index (WHO-5), uno strumento psicometrico composto da 5 domande. Dalla sua prima pubblicazione nel 1998, il WHO-5 è stato tradotto in più di 30 lingue ed è stato utilizzato in studi di ricerca in tutto il mondo. La scala è stata ampiamente utilizzata come test di screening sia in popolazioni con diverse patologie che in ambito di epidemiologia occupazionale. È la più utilizzata in Europa e rappresenta, quindi, un valido strumento al fine di raccogliere un dato che sia confrontabile fra differenti paesi (Cedrone et al., 2017; Sommer et al., 2022).

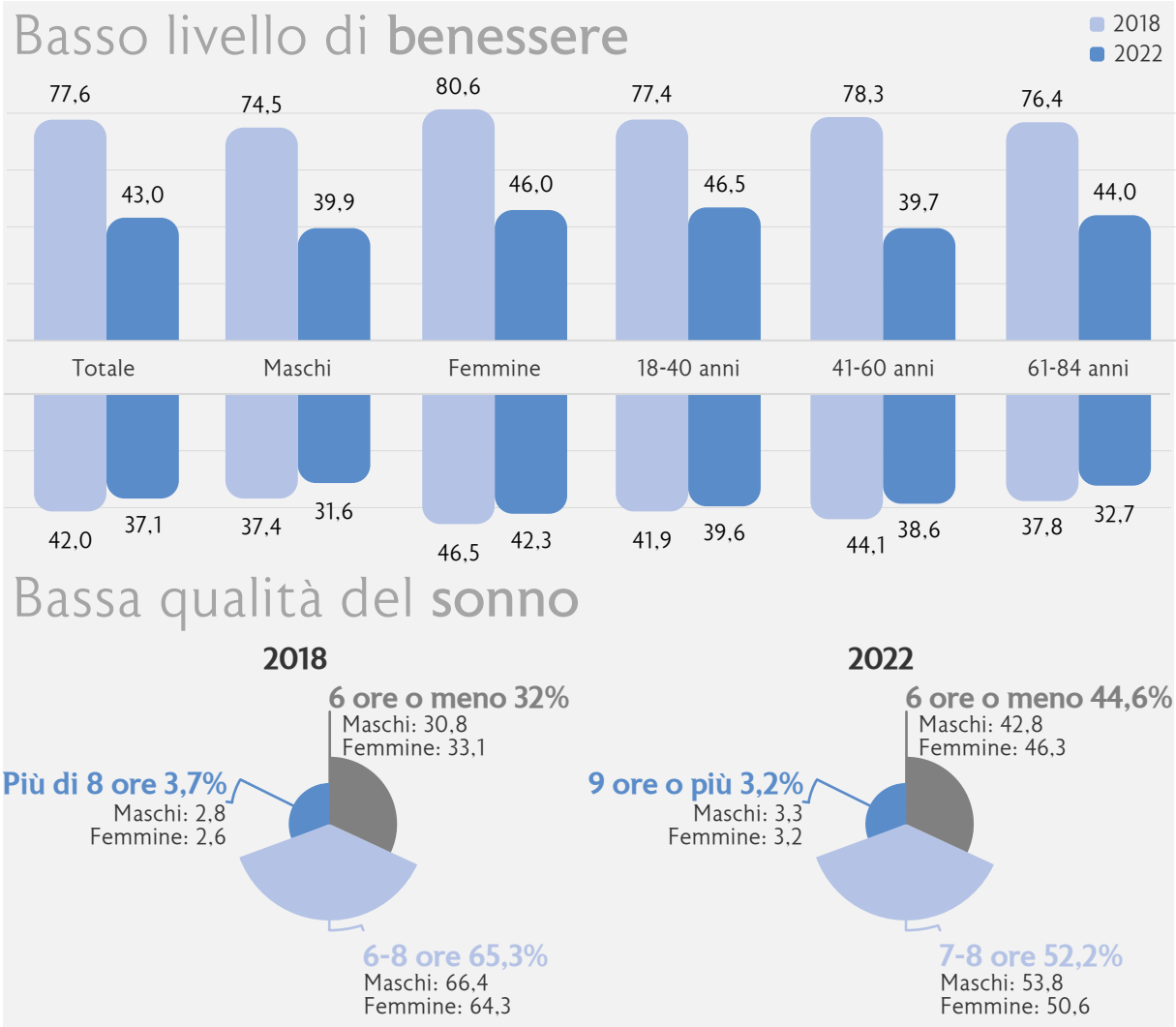
Dal quadro delineato dall'indagine IPSAD® 2022, emerge che più della metà dei residenti (57,6%) in Italia ha la percezione di possedere un buon livello di benessere, soprattutto fra i soggetti di sesso maschile (60,1%). La fascia di età che sembra maggiormente soddisfatta del proprio benessere è quella tra 41 e 60 anni. Verosimilmente è questo il periodo in cui si può godere di una maggiore

stabilità economica unitamente ad un buono stato di salute. Uno scarso livello di benessere viene percepito con maggiore frequenza dai soggetti al di sotto dei 40 anni, soprattutto di genere femminile (M=43,4%, F=49,5%) forse anche in conseguenza di una maggiore instabilità lavorativa e quindi economica e all'elevato carico familiare che caratterizza questa fascia di età.

L'esperienza pandemica sembra aver favorito una sorta di visione positiva della propria condizione di vita, testimoniata dall'incremento in tutte le classi di età e in entrambi i generi della quota di coloro che dichiarano di possedere un buon livello di benessere rispetto al 2018. Nei soggetti tra i 41 e 60 anni è stato rilevato l'aumento più consistente nei livelli di benessere.

Questa tendenza è confermata anche dal decremento nella quota di coloro che dichiarano di dormire meno ore rispetto a quelle di cui necessitano (42% nel 2018 vs 37,6% nel 2022), con particolare riferimento al genere maschile (37% nel 2018 vs 32% nel 2022). Così come accade per la percezione del proprio benessere, sono i 41-60enni a mostrare il maggior decremento nella quota di soggetti con problemi del sonno rispetto al periodo pre-pandemico. A beneficiare di una migliore qualità del sonno sono i soggetti più anziani, oltre i 61 anni. Infatti, sebbene circa la metà riferisca di dormire 6 ore o meno a notte (M=44,0%, F=53,2%), oltre il 67% non riferisce difficoltà nel dormire le ore di cui necessita. Rispetto alla rilevazione pre-pandemica entrambi gli indicatori sono incrementati, ovvero il +8% degli ultrasessantenni dichiara 6 ore o meno di sonno con un +6% che si ritiene soddisfatto dalle ore dormite.

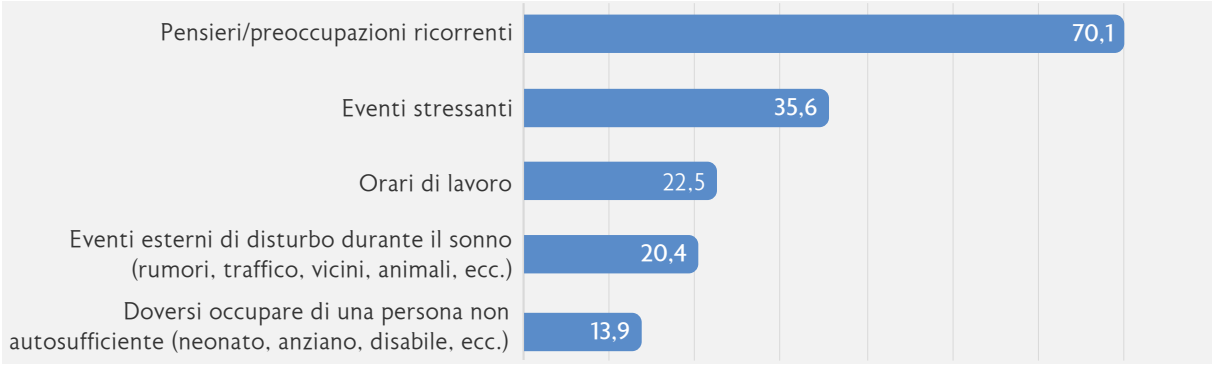
Figura 2. Stato di salute[1,2], qualità del sonno[2] e ore dormite: prevalenza totale, per genere e fascia di età[3]. Anni 2018-2022



[1] Percezione dello stato di benessere in base al WHO-5 questionnaire
[2] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Buon livello di benessere" e "Buona qualità del sonno".
[3] Il campione dello studio condotto nel 2018 aveva un'età compresa tra i 18 e i 74 anni

Diverse sono le cause cause di scarsa qualità del sonno indicate dai soggetti intervistati: fra queste le principali sono i pensieri e le preoccupazioni ricorrenti, riportati da oltre il 70% dei rispondenti seguiti dalla presenza di eventi stressanti.

Figura 3. Motivi che causano difficoltà a dormire: distribuzione percentuale. Anno 2022



Quando si parla di eventi stressanti, più di un quarto degli italiani fa riferimento soprattutto a problemi legati al lavoro, riportati in percentuale leggermente superiore dalle donne. Se i problemi legati alla sfera lavorativa sembrano interessare i due generi senza grandi differenze, il divario aumenta quando si parla di problemi "a casa", infatti il 31% delle rispondenti riferisce di incontrarne più frequentemente rispetto al 16% della popolazione maschile. Le donne più giovani sono quelle particolarmente afflitte dalle preoccupazioni familiari (38%) verosimilmente a causa della concomitanza fra le attività di accudimento dei figli e di gestione della casa con le attività lavorative. Rispetto alla rilevazione del 2018, il livello di preoccupazione legato ai tre ambiti indagati si è mantenuto costante per entrambi i generi.

Tabella 1. Motivazioni di stress nell'ultimo anno: prevalenza totale e per genere[4]. Anno 2022

		Maschi	Femmine	Totale
Per problemi a casa	A volte	55,3	53,6	54,4
	Spesso	14,6	27,0	20,9
	Sempre	2,1	4,4	3,3
Per problemi al lavoro	A volte	42,9	36,3	39,7
	Spesso	23,8	25,3	24,5
	Sempre	4,1	5,5	4,8
Per problemi economico-finanziari	A volte	34,3	34,4	34,3
	Spesso	10,5	14,5	12,5
	Sempre	3,7	4,5	4,1

[4] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

MALATTIE NON TRASMISSIBILI

La definizione di Malattie Non Trasmissibili (MNT) include tutte quelle patologie che non possono essere trasmesse ad altri individui attraverso il contagio. Esse comprendono principalmente malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche, diabete, problemi di salute mentale e disturbi muscolo scheletrici. Spesso queste malattie cronicizzano: si tende, perciò, a parlare di Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT). Sono le principali cause di morte a livello mondiale e sono responsabili di quasi il 70% delle morti, la maggior parte delle quali si verifica nei Paesi a basso e medio reddito (Ministero della Salute 2020). I principali fattori di rischio per lo sviluppo delle MNT e MCNT sono riconducibili, oltre che a fattori genetici e socio-ambientali, ad uno stile di vita poco corretto. Il sovrappeso, l'uso di tabacco, un'alimentazione sbilanciata e la vita sedentaria sono i principali determinanti sui quali si può intervenire per prevenire o limitare l'evolversi della gravità.

Le patologie MNT e MCNT sono state associate a un quadro pro-infiammatorio generale, ovvero alla presenza di molecole infiammatorie nell'organismo (Dinarello et al., 2011; Dantzer et al., 2008).

Salute cardiopolmonare

L'interazione tra cuore e polmoni è un argomento complesso poiché, da un punto di vista clinico, le alterazioni di un organo influenzano e promuovono le alterazioni dell'altro. I dati epidemiologici dimostrano che la correlazione di diverse patologie cardiache e pneumologiche si basa sulla presenza di fattori di rischio comuni come il fumo di sigaretta, la mancanza di attività fisica, lo stile di vita non salutare, l'ipertensione e l'età avanzata.

Malattie cardiovascolari

Le malattie cardiovascolari sono un gruppo di patologie che includono le malattie ischemiche del cuore, come l'infarto acuto del miocardio e l'angina pectoris, le malattie delle valvole cardiache e le malattie cerebrovascolari, come l'ictus ischemico ed emorragico. Rappresentano le principali cause di morbosità, invalidità e mortalità in Italia. Sono responsabili del 44% di tutti i decessi. In particolare, la cardiopatia ischemica è la prima causa di morte in Italia, rendendo conto del 28% di tutte le morti, mentre gli accidenti cerebrovascolari sono al terzo posto, con il 13%, dopo i tumori.

Le malattie cardiovascolari determinano, inoltre, un elevato carico di cronicità: in Italia la prevalenza di cittadini affetti da invalidità cardiovascolare è pari al 4,4 per mille (dati Istat). Il 23,5% della spesa farmaceutica italiana (pari all'1,34% del prodotto interno lordo), è destinata a farmaci per il sistema cardiovascolare (ISS 2000).

L'incidenza delle malattie cardiovascolari si differenzia per genere: la maggiore aspettativa di vita delle donne è accompagnata sino alla menopausa da un minor rischio cardio-cerebrovascolare rispetto agli uomini, favorito dalla protezione ormonale naturale estro-progestinica tipica dell'età fertile. Le donne dai 55 ai 75 anni hanno, rispetto agli uomini, un maggior rischio di ictus che aumenta con l'età. Le donne colpite da ictus hanno una mortalità più alta degli uomini e se sopravvivono presentano maggiore disabilità e più frequente ricovero in reparti di lungodegenza.

Anche la sintomatologia legata alle malattie cardiovascolari si differenzia per genere: nelle donne, molte volte il dolore manca, è localizzato in altra sede o è confuso con quello derivato da altre patologie. Per questo, generalmente, le donne si recano in ospedale più tardi rispetto agli uomini.

I dati IPSAD® 2022 confermano questo differenziale fra i generi: a fronte di una prevalenza complessiva del 2,9% relativa ad eventi cardiovascolari come infarto e angina, la prevalenza fra gli uomini si dimostra lievemente superiore rispetto alle donne (1,5%; M=2,4%). Al contrario la prevalenza di eventi cerebrovascolari (0,5%) vede le donne maggiormente interessate rispetto agli

uomini (0,4%; F=0,5%), con una maggior concentrazione di eventi nella classe 61-74 anni (F=1,3%; M=1,2%). Lo stesso andamento è stato rilevato in relazione alle altre malattie del cuore (aritmia, malattia delle valvole, malattie congenite, etc) la cui prevalenza ammonta a 6,5% fra le donne e a 5,0% fra gli uomini (prevalenza M+F=5,8%), con la classe di età delle donne più anziane (oltre i 61 anni) che mostra una prevalenze del 12,8% contro il 9,8% fra i coetanei maschi.

Le patologie del cuore, in fase post-pandemica, hanno fatto registrare dei lievi incrementi. La prevalenza di infarto e angina è cresciuta di oltre un punto percentuale in particolare fra gli uomini ultrasessantenni, a fronte di un incremento più contenuto che ha interessato le donne della stessa età (+0,8%). L'incremento nella prevalenza di eventi cerebrovascolari, sebbene inferiore al punto percentuale (+0,4%), ha interessato esclusivamente le donne dai 41 anni di età, così come è accaduto anche nel caso delle altre malattie del cuore (aritmia, malattia delle valvole, malattie congenite, etc), la cui prevalenza è cresciuta di oltre un punto percentuale fra le donne dai 41 anni di età, con particolare rilevanza fra le più anziane (10% nel 2018 vs 13% nel 2022). Un incremento più contenuto è stato rilevato anche nella classe dei più giovani, entro i 40 anni di età, soprattutto nei maschi (M: 2,1% nel 2018 vs 3,1% nel 2022; F: 2,7% nel 2018 vs 3,1% nel 2022).

Le malattie cardiovascolari sono in gran parte prevenibili, in quanto riconoscono, accanto a fattori di rischio non modificabili (età, sesso e familiarità), anche fattori modificabili, legati a comportamenti e stili di vita (fumo, alcol, scorretta alimentazione, sedentarietà). Sono, inoltre, associate ad altre problematiche di salute come diabete, obesità, sindrome metabolica, ipercolesterolemia, ipertensione arteriosa e apnee notturne.

Adottare stili di vita sani, come una corretta alimentazione e una regolare attività fisica, è la strategia più efficace per ridurre contestualmente il rischio di malattie cardiovascolari e delle problematiche ad esse associate.

In particolare, un limitato consumo di sale (meno di 5 gr al giorno) associato a una dieta ricca di frutta e verdura, legumi, di alimenti a basso contenuto di grassi animali (pesce e pollame), e povera di carni rosse e insaccati, dolci e bevande zuccherine, contribuisce a ridurre la pressione arteriosa e a mantenere livelli di colesterolemia ottimali.

Praticare una regolare attività fisica (fare sport e qualsiasi attività che richieda movimento, camminare a passo svelto per almeno 30 minuti al giorno per 5-7 volte alla settimana, salire le scale, ballare, etc), non fumare ed evitare/limitare il consumo di alcol rappresentano ulteriori comportamenti virtuosi che contribuiscono a ridurre il rischio.

Ipertensione

L'ipertensione arteriosa non è una malattia, ma un fattore di rischio, ovvero una condizione che aumenta la probabilità che si verifichino altre malattie cardiovascolari (es. angina pectoris, infarto miocardico, ictus cerebrale).

Se di fatto non esiste una definizione scientifica di pressione arteriosa ottimale, esistono dei valori di riferimento di normalità: 115-130 mmHg nei valori massimi (pressione sistolica) e 75-85 mmHg nei valori minimi (pressione diastolica). Valori più elevati identificano la condizione di ipertensione (pressione massima superiore ai 140 mmHg e minima ai 90 mmHg) (Charchar et al., 2024; Naci et al., 2018).

L'ipertensione interessa con maggiore frequenza gli uomini. I dati IPSAD® 2022, rivelano che circa il 22% degli uomini intervistati soffre attualmente di pressione alta rispetto al 15% delle donne. In totale circa un quinto della popolazione riferisce di essere ipertesa.

Rispetto al periodo pre-pandemico la prevalenza di soggetti affetti da ipertensione è cresciuta in media di tre punti percentuali (16% nel 2018 vs 19% nel 2022), soprattutto fra i soggetti

ultrasessantenni di genere maschile (43% nel 2018 vs 50% nel 2022).

L'ipertensione è associata, in particolar modo, ad un aumento del rischio di eventi cardiovascolari quali malattie coronariche, insufficienza cardiaca e ictus, oltre che ad eventi nefasti. Pur essendo l'ipertensione un fattore di rischio per molte patologie croniche caratterizzato da un'ampia diffusione nella popolazione, la comunità scientifica è concorde nell'affermare che sia anche quello più facilmente modificabile e sul quale si può intervenire più efficacemente.

I cambiamenti dello stile di vita sono la pietra angolare nella prevenzione e nel trattamento dell'ipertensione. Le modifiche dello stile di vita possono non solo ridurre la pressione sanguigna e migliorarne il controllo, ma anche promuovere la salute cardiovascolare e generale. L'aspetto più critico dei cambiamenti nello stile di vita consiste nel riuscire a mantenerli nel tempo. Infatti, l'ambiente in cui viviamo, inteso come sfera personale, sociale e lavorativa, può ostacolare la messa in atto di sane abitudini, basti pensare all'attività lavorativa sedentaria, la cronica mancanza di tempo, oltre alle attitudini personali allo svolgere esercizio fisico e mangiare bilanciato. Proprio con riferimento alla dieta, è stato dimostrato che in soggetti ipertesi e in sovrappeso, anche una modesta riduzione del peso (3-10% del peso corporeo iniziale), può portare a ridurre il dosaggio dei farmaci antiipertensivi oltre che l'abbassamento della pressione sistolica e diastolica di circa 3 mmHg, anche senza raggiungere il peso ideale. Parlando di esercizio fisico, ovvero l'altro fattore di prevenzione e cura dell'ipertensione, le attuali conoscenze dimostrano che praticare regolarmente e con continuità esercizio fisico, sia pure una camminata, porta a un miglioramento della salute cardiorespiratoria (Denham et al., 2016), nonché ad un quadro più favorevole degli aspetti cardiometabolici (Belanger et al., 2022). Un regolare esercizio fisico tende a ridurre l'infiammazione, diminuendo, non solo il rischio di sviluppare ipertensione e CVD, ma anche di prevenire numerose altre malattie non trasmissibili come il diabete di tipo II.

Malattie respiratorie croniche

Le malattie respiratorie croniche (MRC) rappresentano in Italia, con più di 16.000 decessi all'anno, la terza causa di morte dopo le malattie cardiovascolari e neoplastiche e sono una delle quattro priorità dell'OMS, sulle quali sviluppare politiche di prevenzione (WHO 2022).

Le malattie respiratorie comprendono un ampio spettro di disturbi che coinvolgono il sistema respiratorio, composto da organi come naso, gola, trachea, bronchi e polmoni. Le malattie polmonari croniche, come la broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) e l'asma, sono caratterizzate da problemi respiratori persistenti e spesso richiedono una gestione a lungo termine.

La promozione della salute respiratoria comprende anche la consapevolezza degli ambienti inquinati e la promozione di uno stile di vita sano, compresa l'astensione dal fumo e l'adozione di abitudini alimentari e di esercizio fisico che sostengono la salute polmonare (Bédard et al., 2020). La ricerca ha anche dimostrato che l'inattività, dovuta alla dispnea, può portare al decondizionamento dei muscoli periferici, che è un fattore importante che limita la capacità di esercizio (de Lima et al., 2023). È stato dimostrato che l'esercizio fisico attenua l'infiammazione sistemica, il che può potenzialmente aiutare nel controllo dell'asma (de Lima et al., 2023).

I dati IPSAD® 2022 indicano una prevalenza totale dei disturbi respiratori cronici del 7,9%, suggerendo che una percentuale significativa della popolazione soffre di condizioni che influenzano il sistema respiratorio a lungo termine. Questi disturbi possono avere un impatto sostanziale sulla qualità della vita e richiedono spesso una gestione protratta nel tempo per controllare i sintomi. I dati evidenziano una leggera differenza di genere, con un 7,4% degli uomini e 8,4% delle donne affetti da disturbi respiratori cronici. Questa piccola discrepanza potrebbe essere attribuita a vari fattori, comprese le differenze biologiche e ormonali tra i sessi, oltre a variazioni nei comportamenti legati alla salute respiratoria.

Apnee notturne

Le apnee notturne sono un disturbo che si verifica quando durante il sonno la respirazione viene ripetutamente interrotta da "pause" del respiro: le apnee notturne ostruttive (note anche come OSA, *Obstructive Sleep Apnea*), sono le più comuni e sono causate dall'ostruzione completa o parziale delle vie aeree superiori durante il sonno (INAIL 2021). Le apnee notturne centrali patologiche sono invece legate a un malfunzionamento del sistema nervoso o cardiovascolare: le vie aeree sono aperte, ma il cervello non invia segnali adeguati ai muscoli che controllano la respirazione.

In Italia, la prevalenza delle apnee ostruttive è stimata intorno al 20,5%, con un 15,5% di forme moderate o gravi. Secondo l'indagine IPSAD® 2022, soltanto il 5,3% degli italiani ha dichiarato di soffrire di apnee notturne con un rapporto di circa 2:1 fra uomini (6,3%) e donne (3,7%). Rispetto al periodo pre-pandemico, la prevalenza delle apnee notturne non si è modificata, così come il rapporto fra i sessi.

I sintomi delle apnee notturne ostruttive (russamento, frequenti risvegli e irrequietezza durante il sonno, sudorazione notturna, etc) vengono spesso sottovalutati, sebbene le apnee notturne possano avere conseguenze molto gravi come l'aumentato rischio cardiovascolare (ipertensione arteriosa, infarto, ictus, aritmie cardiache, tromboembolismo venoso profondo), di problemi cognitivi e sonnolenza diurna, con il conseguente aumento nel rischio di infortuni professionali o stradali.

Alla base del fenomeno ci sono diversi fattori come obesità, fumo, conformazione del palato e deviazione del setto nasale. L'intervento medico è necessario quando il numero delle apnee (di almeno 10 secondi) è superiore a 5: al di sotto di tale valore possono essere considerate fisiologiche. Un sintomo che non deve comunque essere trascurato, anche se le apnee sono scarse, è la sonnolenza diurna, che rappresenta un segno di scarsa ossigenazione e di frequenti risvegli durante il sonno, il quale risulta frammentato e non ben strutturato.

In termini di prevenzione primaria il rischio di insorgenza di apnee notturne può essere ridotto evitando l'assunzione di alcolici e pasti abbondanti nelle ore precedenti il sonno; evitando il fumo di sigaretta; non assumendo stimolanti (es. caffè); limitando l'assunzione di farmaci che deprimono il tono dei muscoli delle vie aeree superiori (es. sonniferi o tranquillanti); regolando l'attività fisica; evitando lettura e visione della TV a letto; rispettando orari del sonno regolari.

Disturbi del quadro metabolico ed endocrino

Il metabolismo è l'insieme complesso dei processi e delle reazioni chimiche che consentono all'organismo di creare energia. Con le sue ghiandole, il sistema endocrino coordina l'omeostasi metabolica attraverso la produzione e la secrezione di ormoni, sostanze che agiscono come messaggeri che controllano e coordinano le attività in tutto l'organismo.

I disturbi metabolici sono condizioni diverse che influenzano il metabolismo dell'organismo e la sua capacità di disgregare il cibo.

Ipercolesterolemia

Si parla di ipercolesterolemia quando il colesterolo totale (LDL-*Low Density Lipoprotein più HDL-High Density Lipoproteine*) è troppo alto. Valori desiderabili sono i seguenti: colesterolo totale: fino a 200 mg/dl; colesterolo LDL: fino a 100 mg/dl.

Dallo studio IPSAD® 2022 emerge un quadro che rispecchia quanto riportato nella letteratura scientifica e divulgativa. Emergono, inoltre, importanti differenze di genere che vale la pena di sottolineare.

L'ipercolesterolemia si conferma la malattia cronica non trasmissibile con la prevalenza maggiore. Se in totale il 21% dei rispondenti ha riferito di trovarsi attualmente in questa condizione, il primato spetta alle donne (22%; M=20%), soprattutto nella classe di età più anziana (44,7%; M=32,5%). Rispetto al periodo pre-pandemico la prevalenza di ipercolesterolemia si è incrementata in media di circa due punti percentuali facendo registrare i maggiori incrementi tra gli uomini più giovani (6% nel 2018 vs 7,5% nel 2022). L'ipercolesterolemia non produce sintomi diretti e molte persone si rendono conto di esserne affette solo al verificarsi di eventi avversi, in particolare cardiovascolari. Infatti, il colesterolo, sostanza grassa, si deposita nei vasi sanguigni provocando l'indurimento e diminuendone il lume e quindi la capacità far circolare il sangue.

Livelli elevati di colesterolo possono dipendere sia da fattori ambientali, come lo stile di vita, sia dalla predisposizione genetica. Tra i fattori di rischio ambientali hanno particolare rilevanza la dieta e l'esercizio fisico in quanto, non solo efficaci nella riduzione dei livelli di colesterolo, ma ampiamente modificabili. Possono bastare pochi accorgimenti dietetici e l'aumento dell'attività fisica per contrastare l'ipercolesterolemia. A tale proposito l'OMS raccomanda almeno 150-300 minuti a settimana di esercizio fisico, tra aerobico e di potenziamento muscolare, per prevenire numerose malattie, fra cui l'ipercolesterolemia (WHO 2022). Inoltre, adeguati livelli di attività fisica sono efficaci nel contrastare il diabete, una malattia che spesso si associa all'ipercolesterolemia e ne aggrava l'evoluzione. Ad ogni modo, sia che si tratti di ipercolesterolemia dovuta a stili di vita errati che su base genetica, l'adozione di abitudini salutari rappresenta la strategia fondamentale anche quando si debba ricorrere a terapia specifica. Tra i fattori ambientali che possono costituire un rischio va ricordato il fumo di sigaretta che può danneggiare i vasi sanguigni e accelerare il processo di indurimento delle arterie. Infine, va ricordato che il livello di colesterolo LDL, il colesterolo cattivo, tende ad aumentare con l'età, soprattutto fra le donne in menopausa. Ecco perché queste ultime devono porre particolare attenzione alla prevenzione adottando stili di vita salutari.

Diabete

Il diabete è una malattia cronica che determina un aumento nel sangue dei livelli di glucosio (zucchero; la glicemia) come conseguenza di un deficit della quantità e, spesso, dell'efficacia biologica dell'insulina, l'ormone che controlla la glicemia nel sangue e che viene prodotto dal pancreas.

In Italia, in base ai dati ISTAT 2020 (Relazione al Parlamento 2021 sullo stato delle conoscenze e delle nuove acquisizioni in tema di diabete mellito), la prevalenza del diabete si attesta al 5,9% (oltre 3,5milioni di persone), con un trend in lento aumento negli ultimi anni. La prevalenza aumenta al crescere dell'età fino a raggiungere il 21% tra le persone ultra 75enni. Il diabete mellito di tipo 2 rappresenta circa il 90% dei casi di diabete complessivi. Il tipo 2, detto anche diabete dell'adulto, è una malattia cronica non trasmissibile caratterizzata da elevati livelli di glucosio nel sangue ed è dovuta a un'alterazione della quantità o del meccanismo d'azione dell'insulina.

I dati IPSAD® evidenziano che il 4,0% di soggetti dichiara di soffrire di diabete, con una lieve differenza tra generi (M=4,8%; F=3,2%) e la prevalenza maggiore tra i soggetti più anziani (12%).Rispetto alla rilevazione IPSAD® precedente (2018) il dato si è mantenuto pressoché stabile, sebbene gli uomini più anziani abbiano fatto registrare un incremento di 1,5 punti percentuali.

La letteratura scientifica stima che nel 70% dei casi, il diabete di tipo 2 viene preceduto dalla condizione di prediabete (Zeevi et al., 2015). La condizione di prediabete (iperglicemia intermedia) è costituito da due anomalie: l'alterata glicemia a digiuno (IFG) e l'alterata tolleranza al glucosio (IGT), e viene identificata attraverso tre parametri: glicemia a digiuno fra 100 e 125 mg/dL (FPG), glicemia a 2 ore (PG a 2 ore) fra 140 e 199 mg/dL dopo un carico di glucosio di 75 grammi e risultato del test dell'emoglobina glicata (HbA1c) compreso fra 5,7 e 6,4% (ADA 2018). Il prediabete è una condizione che, nel 2018, ha interessato circa il 7,3% (352milioni di adulti) della popolazione mondiale, una cifra destinata a salire all'8,3% (587milioni di adulti) entro il 2045 (Bergman et al., 2020).

La condizione di prediabete è anche correlata ad altre problematiche metaboliche che nel loro insieme vengono definite sindrome metabolica (MetS). La MetS è definita dalla presenza concomitante di fattori di rischio cardiometabolico come obesità centrale (addominale), ipertensione arteriosa, livelli di glicemia a digiuno (FPG) e di trigliceridi elevati e diminuzione del livello di colesterolo lipoproteico ad alta densità (HDL-C). Tale condizione, che interessa circa un quarto (20-30%) della popolazione adulta dei paesi occidentali, incrementa da 2 a 5 volte il rischio di sviluppare malattie cardiovascolari nei 5-10 anni successivi alla sua insorgenza (Alberti et al., 2009).

È stato dimostrato che fattori psicologici come depressione, ansia e stress cronico (Anwar et al., 2018), così come altri fattori comportamentali, tra cui la qualità del sonno, la sedentarietà e il fumo, contribuiscono allo sviluppo di malattie metaboliche (Gallardo-Alfaro et al., 2020).

È ormai ampiamente validato, inoltre, che la riduzione di massa muscolare, fisiologica con l'aumentare dell'età (Dutta & Hadley 1995) e indotta dagli elevati livelli di sedentarietà attuali, aumenti specificamente il rischio di intolleranza al glucosio e problemi di salute associati, in considerazione del fatto che il tessuto muscolare rappresenta il sito principale per lo smaltimento del glucosio e dei trigliceridi (Flack et al., 2010).

Le linee guida dell'International Diabetes Federation identificano nell'attività fisica regolare e nell'aderenza ad un regime alimentare ipocalorico le strategie non farmacologiche di elezione per il trattamento dei disturbi del metabolismo (Alberti et al., 2006). Uno studio recente mostra come una perdita di peso consistente possa addirittura indurre la remissione della patologia in circa la metà dei pazienti con diabete di tipo 2 conclamato da oltre otto anni (Steven et al., 2015).

Numerose sono anche le evidenze a favore dell'associazione fra attività fisica e ridotto rischio metabolico (Balducci et al., 2014; Clemente-Suárez et al., 2023), considerando che sia l'inattività fisica (effettuare attività fisica da moderata a vigorosa per un periodo inferiore a 150 min alla settimana) che il comportamento sedentario (trascorrere più di 8 ore in attività che richiedono un dispendio energetico inferiore a 1,5 equivalenti metabolici (MET: unità di misura che stima la quantità di energia utilizzata dal nostro organismo durante un'attività rispetto a quando siamo a riposo. 1 MET è pari a 3,5 ml di O2/Kg/min oppure a 1 Kcal/Kg/h)) si sono dimostrati fattori indipendentemente associati ad un aumento della mortalità per qualsiasi causa e della mortalità per malattie cardiovascolari nella popolazione generale e anche nelle persone con diabete di tipo 2 (Balducci et al., 2022).

Per questo motivo le recenti indicazioni fornite dall'American Diabetes Association consigliano di eseguire regolarmente la quantità indicata di attività fisica da moderata a vigorosa (almeno 150 minuti a settimana), ma anche di contrarre il più possibile le ore trascorse in sedentarietà o interrompere i tempi di seduta prolungata, con pause in cui effettuare attività fisiche leggere.

Disturbi della tiroide

Le malattie tiroidee derivano da disfunzioni della ghiandola tiroide, una ghiandola endocrina posta alla base del collo che produce l'ormone tiroideo, sotto forma di tiroxina (T4) e triiodotironina (T3): quest'ultima rappresenta la forma attiva dell'ormone tiroideo che regola numerose funzioni del metabolismo, tra cui lo sviluppo del sistema nervoso centrale e l'accrescimento corporeo. La tiroide è soggetta a uno stretto controllo ormonale da parte dell'ipofisi, mediante l'ormone tireotropo (TSH) e la corretta funzione della ghiandola tiroidea è garantita da un adeguato apporto nutrizionale di iodio.

Si definisce ipertiroidismo la condizione in cui la ghiandola tiroidea funziona in eccesso, rilasciando troppo ormone nell'organismo ed è la patologia endocrina maggiormente frequente dopo il diabete mellito. La comparsa di ipertiroidismo, in genere, è caratterizzata da sintomi quali ansia, irritabilità, intolleranza al caldo, sudorazione, palpitazioni, tachicardia, aritmie, astenia, dimagrimento non

giustificato da diete, dissenteria, tremori e alterazioni del ciclo mestruale. Nel caso in cui la tiroide produca una quantità di ormoni tiroidei insufficiente, si parla di ipotiroidismo. L'ipotiroidismo è associato a sintomi quali sensazione di grande stanchezza (astenia), aumentata sensibilità al freddo, pelle secca, aumento della perdita di capelli, difficoltà di concentrazione, stipsi, aumento di peso, gonfiori (edemi) e alterazioni del ciclo mestruale. Nelle aree con sufficiente iodio, la prevalenza dell'ipertiroidismo varia fra 0,2% e 1,3%, mentre la prevalenza dell'ipotiroidismo fra 1% e 2% (Zhang et al., 2023).

Il gozzo, invece, si identifica con un ingrossamento della tiroide, sintomo di patologia tiroidea benigna che colpisce maggiormente le donne in conseguenza di una carenza nutrizionale di iodio o di malattie autoimmuni tiroidee, quali la Tiroidite di Hashimoto e la Malattia di Graves. Queste malattie colpiscono il 5-15% della popolazione femminile e l'1-5% della popolazione maschile, aumentando di frequenza, in particolare nelle donne, col progredire dell'età. Il riscontro ecografico di nodularità tiroidea si verifica nel 19–68% della popolazione generale con maggiore prevalenza nelle donne e negli anziani, ma solo il 4-7% dei noduli nelle donne e l'1% dei noduli negli uomini è palpabile (Zhang et al., 2023).

Nella stragrande maggioranza dei casi si tratta di noduli benigni e solo nel 5-7% dei casi si tratta di una neoplasia maligna della tiroide: il cancro tiroideo è più diffuso tra le donne rispetto agli uomini, con un rapporto di 3,2:1 e la sua incidenza aumenta con l'età.

I dati IPSAD® 2022 confermano la differenza di genere nella prevalenza di disturbi tiroidei, così come evidenziata dalla letteratura di settore e ricondotta al pattern ormonale estrogenico prevalente nel sesso femminile, ma anche ad altri meccanismi legati al cromosoma X.

Secondo i dati IPSAD® 2022, a fronte di una prevalenza complessiva del 9,5% di persone che dichiarano di soffrire di disturbi tiroidei, la prevalenza fra le donne (15,6%) è circa cinque volte superiore rispetto a quella dei maschi (3,2%).

Considerando che oltre alla carenza nutrizionale di iodio, esistono anche altri fattori di ampia diffusione che influenzano l'epidemiologia delle malattie tiroidee (suscettibilità genetica o familiarità, età, associazione con altre patologie autoimmunitarie, deficit di selenio, etnia, fumo, presenza di patologie sindromiche, utilizzo di alcuni farmaci e alcuni fattori ambientali come i cosiddetti "disturbatori endocrini"), la prevenzione primaria e secondaria di queste patologie dovrebbe essere incentivata.

In particolare, i soggetti a maggior rischio (donne, fumatori, esposti a radiazioni in ambito professionale o per cura, etc) dovrebbero seguire una dieta bilanciata ricca di iodio che preveda il consumo di pesce marino, crostacei, uova, latte carne e integrare la propria alimentazione con sale arricchito con iodio.

In termini di prevenzione secondaria, invece, sarebbe buona norma eseguire un controllo dei valori di tiroxina (T4), triiodotironina (T3) e TSH a cadenza annuale, effettuando un banale prelievo di sangue. In caso di fastidi o dolori al collo, raucedine, problemi di respirazione, o altri sintomi potenzialmente collegati all'iper o all'ipotiroidismo, sarebbe buona norma sottoporsi anche ad un'ecografia tiroidea.

Salute mentale, disturbi nervosi e psicosomatici e decadimento cognitivo

Secondo l'OMS, la salute mentale è uno stato di benessere mentale che consente alle persone di affrontare gli eventi stressanti della vita, di mettere a frutto le proprie capacità, di avere buone capacità cognitive sia nell'apprendimento che sul lavoro e poter contribuire alla propria comunità. È una componente integrale della salute e del benessere che sostiene le nostre capacità individuali e collettive di prendere decisioni, costruire relazioni e modellare il mondo in cui viviamo. La salute mentale è un diritto umano fondamentale. Ed è fondamentale per lo sviluppo personale, della collettività e socioeconomico (WHO 2022) che non può prescindere dallo stato di benessere generale che comprende l'individuo nella sua totalità.

La salute mentale è qualcosa di più dell'assenza di disturbi mentali. E' un complesso continuum che può variare nel corso della vita e che ciascuna persona sperimenta in modo soggettivo, con livelli di stress e difficoltà diversi e con ricadute sociali e cliniche potenzialmente molto variabili. Di solito le persone con problemi di salute mentale riferiscono livelli più bassi di benessere, ma non è sempre o necessariamente così.

La salute mentale include il benessere emozionale, psicologico e sociale. Influenza il modo in cui una persona pensa, agisce, il suo stato emotivo, le scelte che compie e le relazioni sociali.

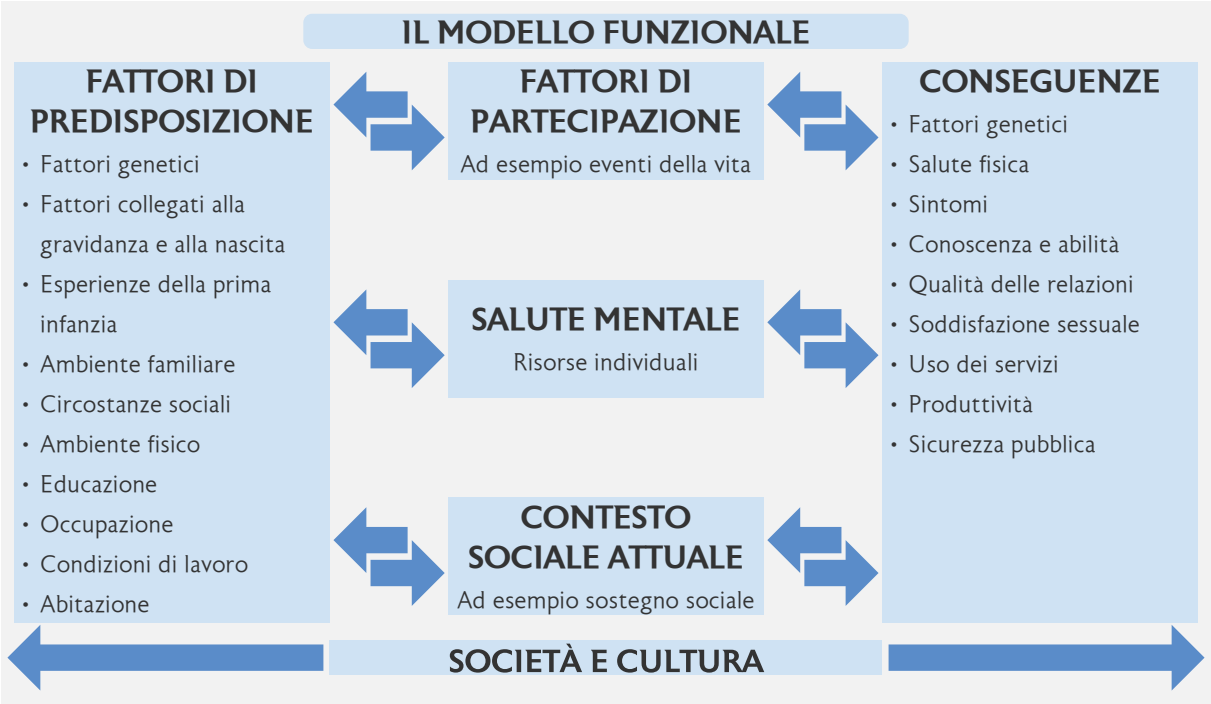
Disturbi nervosi

Quando si parla di disturbi nervosi ci si riferisce a tutti quegli stati psicologici che possono portare malessere psicofisico. Le cause del disagio possono essere molteplici e di varia natura: eventi stressanti del quotidiano, ad esempio legati al contesto lavorativo, forme paranoidi, dipendenze da sostanze psicoattive, compreso l'alcol, e dipendenze senza consumo di sostanze come le ludopatie, la dipendenza da Internet e l'isolamento sociale nelle sue diverse forme (es. Hikikomori). Sono molteplici i fattori che possono influenzare la salute nel corso della vita ed includono, non solo caratteristiche individuali come la capacità di gestire i propri pensieri, le emozioni, i comportamenti e le relazioni con gli altri, ma anche fattori sociali, culturali, economici, politici e ambientali, tra cui le politiche adottate a livello nazionale, la protezione sociale, lo standard di vita, le condizioni lavorative e il supporto sociale offerto dalla comunità. I rischi possono manifestarsi in tutte le fasi della vita, ma quelli che si verificano durante i periodi sensibili dello sviluppo, in particolare la prima infanzia, sono particolarmente dannosi. Ad esempio, è noto che la genitorialità severa e le punizioni fisiche mettono a repentaglio la salute dei bambini ed essere vittime di bullismo è uno dei principali fattori di rischio per le condizioni di salute mentale.

Oltre ai fattori di rischio, esistono anche fattori protettivi che, allo stesso modo, possono verificarsi durante tutta la vita e servono a rafforzare la resilienza, ovvero la capacità di affrontare e superare un evento traumatico o un periodo di difficoltà. Includono le nostre capacità e attributi sociali ed emotivi individuali, nonché le interazioni sociali positive, la qualità dell'istruzione, un lavoro soddisfacente, l'abitare in quartieri in cui ci si sente sicuri e la coesione della comunità.

Nonostante l'esposizione a uno o più fattori di rischio, la maggior parte delle persone non sviluppa un disturbo di salute mentale così come molte persone senza alcun fattore di rischio noto sviluppano comunque una condizione di salute mentale instabile.

Figura 4. Motivi che causano difficoltà a dormire: distribuzione percentuale. Anno 2022



Fonte: XXI Congresso Nazionale della Società Italiana di Psicopatologia Roma, 22 febbraio 2017. Giorgio Aleva. La salute mentale in Italia: cosa ci dicono i dati dell'Istat

Dallo studio IPSAD® 2022 emerge che il 12% degli italiani ha avuto disturbi nervosi in passato, mentre il 10% riporta di soffrirne attualmente con una percentuale fra le donne quasi doppia rispetto a quella maschile (M=7,4%; F=14,1%). I dati della letteratura scientifica confermano una maggiore diffusione dei disturbi nervosi tra le donne, ma che tuttavia dipende dal tipo di disturbo. Mentre i disturbi d'ansia e la depressione si connotano prevalentemente al femminile, la dipendenza da sostanze e la morte per suicidio sono più frequenti fra gli uomini (Kiely et al., 2019).

La depressione è la prima causa di disabilità a livello globale, con circa 300milioni di persone nel mondo che ne soffrono.

Gli studi condotti negli ultimi decenni hanno delineato un quadro multifattoriale. In primo luogo, esiste una base di predisposizione genetica, come testimoniato dall'anamnesi familiare positiva che si riscontra in molti soggetti con disturbo depressivo. Su di essa si innestano una miriade di fattori ambientali, biologici, personologici, da stress, da malattie organiche e da farmaci.

La fotografia della situazione italiana mostra una prevalenza di circa il 5,5% sulla popolazione generale, una percentuale che equivale a circa 3,5milioni di soggetti affetti, secondo le cifre rilevate dall'ISTAT e riportate dal rapporto "Depressione: sfida del secolo" pubblicato nel 2019 dalla Fondazione Onda, Osservatorio nazionale sulla salute della donna e di genere. Le stime epidemiologiche mostrano infatti che l'insorgenza del disturbo, nella maggior parte dei casi si situa temporalmente nella seconda e nella terza decade di vita, con un picco in quella successiva, anche se l'esordio può avvenire a qualsiasi età. Tra le donne la prevalenza è doppia rispetto a quella degli uomini, e la depressione è spesso accompagnata da altri sintomi psichici quali ansia, disturbi del sonno e del comportamento alimentare.

Considerate le dimensioni del problema della depressione nel nostro Paese, si può ben comprendere quanto sia stato grave l'impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale degli italiani. Uno studio recente, relativo un campione di più di 2.700 soggetti intervistati durante e dopo la pandemia,

ha riferito elevati sintomi depressivi nel 32% dei casi e sintomi ansiosi nel 19% dei casi: si tratta di numeri decisamente più elevati rispetto a percentuali di prevalenza intorno al 6% registrate in una survey relativa agli anni 2015-2018 (Balestrieri et al., 2021).

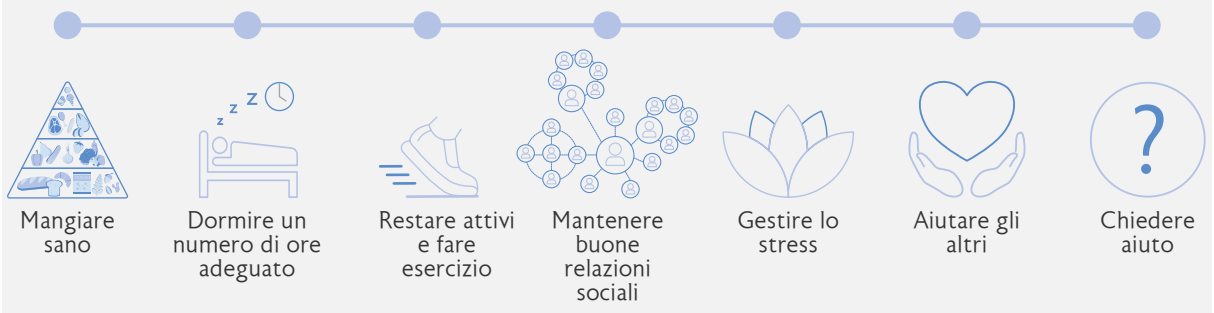
Un altro aspetto interessante dei disturbi nervosi è che la loro distribuzione per genere varia con l'età. I disturbi dell'età infantile tendono a essere più diffusi nel sesso maschile: questo vale, oltre che per l'autismo, anche per la sindrome da deficit di attenzione/iperattività (ADHD). Col passare degli anni la situazione si inverte (Otten et al., 2021). Ulteriore aspetto da considerare è che spesso i disturbi mentali influiscono su altre malattie, quali ad esempio il cancro, le malattie cardiovascolari, e sono a loro volta influenzate da queste. Per esempio, è stato dimostrato che la depressione può causare una predisposizione all'infarto del miocardio e al diabete, i quali a loro volta aumentano il rischio d'insorgenza di una depressione. L'OMS ha elaborato un piano di azione per la prevenzione dei disturbi mentali e la promozione della salute mentale. In particolare, si sottolinea l'importanza della prevenzione soprattutto durante l'età dello sviluppo a partire dalla prima infanzia. A questo scopo assumono particolare rilievo i progetti volti a promuovere lo sviluppo delle life-skills, ovvero delle capacità di affrontare e superare situazioni di stress e traumi (ISS, 2018).

Oltre alle strategie proposte a livello di Sistema, sono importanti le azioni che l'individuo può intraprendere in autonomia al fine di migliorare la propria salute fisica e mentale. In particolare, il National Institute of Mental Health (NIH), il principale organo Federale per la salute mentale negli Stati Uniti di America, raccomanda di adottare alcune prassi atte a prendersi cura di sé.

Prendersi cura di sé significa prendersi il tempo per fare cose che ci aiutano a vivere bene e a migliorare sia la nostra salute fisica che quella mentale. Quando si tratta della tua salute mentale, la cura di sé stessi può aiutare a gestire lo stress, ridurre il rischio di malattie e aumentare le proprie energie. Anche i piccoli gesti nella vita quotidiana possono avere un grande impatto.

Tra i principali suggerimenti ritroviamo l'esercizio fisico praticato in modo regolare e costante. Anche 30 minuti al giorno di camminata possono migliorare l'umore e lo stato di benessere così come consumare pasti equilibrati e regolari, mantenersi idratati bevendo principalmente acqua ed evitando bevande dolci ed alcolici. È importante anche limitare il consumo di bevande contenenti caffeina come il caffè e gli Energy Drink. Avere un buon ritmo sonno-veglia è uno dei determinanti di benessere più importanti. Oltre a dormire un numero sufficiente di ore, bisogna adottare alcuni accorgimenti come, ad esempio, evitare la luce blu proveniente da dispositivi e schermi che può rendere più difficile addormentarsi ovvero ridurre l'uso del telefono o del computer prima di andare a dormire. Anche dedicarsi ad un'attività rilassante può risultare utile. Si possono utilizzare App specifiche o seguire corsi di meditazione, rilassamento muscolare ed esercizi di respirazione. Fare una lista di cose da fare e stabilire le priorità può aiutare a restare concentrati e ridurre i livelli di ansia e stress (*U.S. Department of Health and Human Services, National Institutes of Health*).

Figura 5. Gli 8 step per mantenersi in salute



Patologie della pelle

La vergogna, la rabbia o la gioia possono essere espresse arrossendo oppure un sentimento di paura o disgusto può portare alla "pelle d'oca". Il collegamento tra pelle e psiche non solo è evidente, alcuni aspetti di questo collegamento anatomico e funzionale sono noti da tempo. Il sistema nervoso autonomo e la pelle sono collegati tra loro tramite fibre nervose simpatiche, che sono significativamente coinvolte nello sviluppo delle reazioni allergiche cutanee.

La stretta relazione anatomico-funzionale tra cervello e pelle si esprime non da ultimo nell'osservazione empirica e scientificamente confermata dell'aumento e del peggioramento delle malattie della pelle a causa dell'aumento del sovraccarico emotivo e psicologico e delle esigenze eccessive (Mavrogiorgou et al., 2017).

La pelle e le malattie ad essa correlate rappresentano un onere sanitario globale (Hay et al., 2014). La pelle è il più grande organo del corpo umano e può essere soggetta a diverse patologie nell'età adulta. Queste condizioni possono variare dalla semplice irritazione cutanea alle malattie più complesse e croniche.

Le patologie della pelle possono assumere varie forme ad eziologia, manifestazione sintomatologica e gravità differenti. Le infezioni cutanee sono causate da batteri, virus, funghi o parassiti: l'eczema, la dermatite atopica e la psoriasi rientrano in questa categoria e sono spesso caratterizzate da rossore, gonfiore, prurito e talvolta formazione di lesioni cutanee. Le malattie autoimmuni della pelle coinvolgono il sistema immunitario che attacca erroneamente le cellule sane della pelle, mentre i disturbi genetici della pelle sono di carattere ereditario e sono causati da mutazioni genetiche. I tumori cutanei includono sia tumori benigni come il nevo (neo) e il cheratoacantoma, che tumori maligni come il carcinoma basocellulare, il carcinoma squamocellulare e il melanoma. Esistono poi le allergie cutanee determinate dalla reazione della la pelle che, al contatto con sostanze allergeniche, è soggetta all'insorgenza di dermatite da contatto o orticaria. Le malattie vascolari cutanee, come la teleangectasia e il lupus eritematoso discoide, coinvolgono i vasi sanguigni della pelle, mentre le malattie della cheratina includono condizioni come la cheratosi pilaris, caratterizzata da piccoli urti sulla pelle, e la cheratosi attinica, una forma precancerosa causata da eccessiva esposizione alla luce solare.

Ad esempio, la psoriasi è una malattia cronica che compromette significativamente il funzionamento psicosociale dei pazienti ed è riconosciuta come una grave malattia psicosomatica (Jafferany et al., 2020). Il disagio legato alla malattia può portare a un significativo peggioramento della qualità della vita (Randa et al., 2018).

I dati IPSAD® 2022 non evidenziano differenze di genere significative rispetto alla prevalenza delle patologie della pelle. l'8,6% degli individui di sesso maschile e il 9,2% degli individui di sesso femminile ha patologie della pelle. La lieve differenza fra uomini e donne potrebbe essere influenzata da vari fattori, tra cui le differenze ormonali, genetiche, ambientali e comportamentali tra i generi. La prevalenza delle patologie della pelle nella popolazione italiana, inoltre, si mostra stabile nel tempo, come evidenziato dal confronto con la rilevazione IPSAD® 2018.

È comunque evidente che la prevalenza specifica delle singole patologie cutanee può variare notevolmente anche in relazione ai tempi medio-lunghi di guarigione che le caratterizzano.

Decadimento cognitivo

Un altro aspetto della salute mentale riguarda i soggetti più anziani, si tratta del progressivo deterioramento delle capacità intellettive, tale da interferire con le attività quotidiane. Questo deterioramento prende il nome di decadimento cognitivo e mentale sebbene una minima compromissione della memoria legata all'invecchiamento sia un fenomeno fisiologico. Il decadimento compromette quelle capacità che ci permettono di percepire il mondo intorno a noi e di relazionarci con

gli altri (es. apprendimento e memoria, linguaggio, funzioni esecutive, funzioni percettivo-motorie, attenzione e cognizione sociale).

I fattori di rischio associati al decadimento cognitivo includono fattori non modificabili (familiarità, età, genere) e fattori modificabili quali lo stile di vita, le esposizioni ambientali, livello socio-economico e la presenza di altre patologie come l'ipoacusia, le malattie cardiovascolari e metaboliche.

In Italia, secondo le stime dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), sono circa 900 mila le persone affette dal disturbo cognitivo lieve e circa 1 milione quelle con demenza, di cui il 50-60% sono malati di Alzheimer, circa 600mila persone (Linee Guida OMS 2019). Le demenze rappresentano la settima causa di morte a livello globale.

Lo studio IPSAD® 2022, ha stimato una prevalenza dei disturbi cognitivi autoriportati (perdita di memoria, morbo di Parkinson, demenza senile) pari a 1,4%, con una diffusione lievemente superiore fra le donne (1,7%; M=1,1%), dato stabile anche rispetto alla rilevazione IPSAD® 2018. La prevalenza maggiore si rileva, come da atteso, nella classe di età più anziana (3,7%) mentre il differenziale più marcato fra generi interessa i soggetti fra i 41 e i 60 anni di età (F=2%; M=0,7%). Le donne di questa età, inoltre, fanno registrare un lieve incremento rispetto alla rilevazione pre-pandemica (1,3% nel 2018 vs 2,0% nel 2022). Le demenze, al di là delle sfaccettature che le differenziano, sono malattie al momento prive di terapie efficaci, quindi anche l'efficacia della diagnosi precoce (prevenzione secondaria) risulta scarsa nel ridurre la prevalenza della patologia. L'arma più efficace a disposizione rimane quindi la prevenzione primaria, ovvero la riduzione dei fattori di rischio associati alla patologia.

Le linee guida dell'ISS sostengono l'attività fisica e uno stile di vita sano come strategie da perseguire, già in età giovanile, per prevenire le demenze e il rischio di decadimento cognitivo nella popolazione generale.

Patologia tumorale

Dal dato IPSAD® 2022 emerge che il 2,2% degli italiani (M=2,4%; F=2,0%) ha dichiarato di avere una patologia tumorale in corso, mentre il 4,7% (M=2,6%; F=6,7%) di averla avuta in passato. I soggetti ultrasessantenni sono quelli con le prevalenze maggiore (5,7% patologia tumorale in corso;10,6% patologia tumorale pregressa). Rispetto al periodo pre-pandemico, la prevalenza di coloro che hanno dichiarato di essere affetti da una patologia tumorale si è incrementata mediamente di un punto percentuale (1,3% nel 2018 vs 2,2% nel 2022), con l'incremento più consistente a carico dei soggetti più anziani, soprattutto di sesso maschile (3,3% nel 2018 vs 5,3% nel 2022).

Secondo le stime AIRC fornite nel 2023, , i casi di tumore nel 2022 rispetto al 2020 sono aumentati di oltre 18.000 unità: da 376.600 nuove diagnosi (194.700 negli uomini e 181.900 nelle donne) a circa 395.000 (208.000 negli uomini e 187.000 nelle donne). Questi numeri un po' sconfortanti erano però attesi per almeno due motivi. Il primo è che la popolazione nelle fasce d'età in cui le diagnosi di tumori sono più frequenti è oggi molto ampia, dato che corrisponde ai cosiddetti "baby boomer", ovvero coloro che sono nati tra gli anni Cinquanta e Sessanta e che oggi hanno intorno ai 60-70 anni. Il secondo è che gli screening sospesi o rallentati durante la pandemia di COVID-19 hanno ritardato molte diagnosi che altrimenti sarebbero state effettuate con maggior anticipo.

Escludendo dalle stime AIRC i carcinomi della cute non melanomi, i tumori in assoluto più frequenti sarebbero quelli della mammella (55.900 casi circa), del colon-retto (circa 50.000 casi), del polmone (circa 44.000 casi), della prostata (circa 41.100 casi) e della vescica (circa 29.700 casi).

Il tumore maschile più frequente, che corrisponde a quasi il 20% dei casi di tumori maschili, sembra

essere quello alla prostata (circa 41.000 nuovi casi). È seguito dal tumore al polmone (14,3% dei tumori maschili; circa 29.800 nuovi casi), dal tumore al colon-retto (12,9% dei tumori maschili; 26.800 casi) e quello alla vescica (11,4% dei tumori maschili; circa 23.700 nuovi casi).

Nelle donne continua a prevalere il tumore alla mammella (30% dei tumori femminili; quasi 56.000 nuovi casi). Segue il tumore del colon-retto-ano (12,7% dei tumori femminili; circa 23.700 nuovi casi), il tumore del polmone (7,4% dei tumori femminili; circa 14.000 nuovi casi) e il cancro dell'endometrio (5,5% dei tumori femminili; 10.200 nuovi casi).

La AIRC esorta a porre particolare attenzione in relazione ai tumori causati dal fumo di sigaretta nelle donne e al cancro del pancreas, per il quale non si sono sostanzialmente registrati miglioramenti nello sviluppo né di metodi di screening per la diagnosi precoce né di terapie. La prevenzione resta comunque un elemento fondamentale, dato che il 40% circa dei casi di cancro potrebbe essere evitato eliminando fattori di rischio come fumo, alcol, obesità e sedentarietà, così come aderendo ai programmi di screening.

In Italia, nel 2023, sono più di 3,7milioni le persone in vita dopo una diagnosi di tumore: il 6,4% circa della popolazione italiana. Si prevede che nei prossimi 20 anni il numero assoluto di tumori aumenterà, in media, dell'1,3% circa per gli uomini e dello 0,6% per le donne.

Dolori reumatici

I dolori reumatici comprendono un vasto spettro di malattie, più di cento, che si manifestano con dolore prevalentemente a carico dell'apparato muscolo-scheletrico (articolazioni, ossa, tendini, legamenti, capsule articolari, muscoli etc), ma che possono interessare anche altri organi e tessuti, come il cuore, i vasi sanguigni, i polmoni, i reni, la pelle, l'intestino, gli occhi. Le malattie che determinano questa sintomatologia dolorosa spaziano dall'usura delle strutture articolari a forme reumatiche dovute ad infezioni o malattie del sistema immunitario. Quando si parla di artrite, si fa riferimento a patologie che si associano a processi infiammatori, cioè alla produzione di molecole pro-infiammatorie da parte dell'organismo.

A livello mondiale, si stima che il 15% della popolazione sia affetto da osteoartrite, con una prevalenza del 60% nelle donne (Jaimie et al., 2023).

L'artrosi, la malattia che colpisce sia l'osso che le parti molli limitrofe, pur essendo associata ad una componente infiammatoria, non è una malattia infiammatoria ma una patologia di tipo degenerativo, in quanto porta alla progressiva perdita delle normali componenti anatomiche che formano le articolazioni. I principali fattori di rischio sono l'età avanzata, il sesso femminile, l'obesità, lo svolgimento di attività sportive o di lavori usuranti e traumi articolari pregressi.

I dati rilevati attraverso IPSAD® 2022 riguardano più in generale la presenza di sintomatologia dolorosa diffusa, riportata dal 13% della popolazione residente, con una prevalenza nel genere femminile quasi doppia rispetto agli uomini (M=9,3%; F=16,7%), così come evidenziato dalla rilevazione precedente, dalle fonti informative ufficiali e correlato ai cambiamenti nel quadro metabolico e ormonale in fase di menopausa. Ad ulteriore conferma, la prevalenza più elevata si rileva nelle donne di età più avanzata (38,6%) , seguite dai coetanei maschi (23,6%). In ottica di prevenzione, altrettanto interessante risulta essere la prevalenza di dolori reumatici nella classe di età 41-60 anni che si attesta al 12,2% con le donne che rappresentano circa il doppio degli uomini (M=8,6%; F=15,6%). Rispetto alla rilevazione precedente, la prevalenza di dolori reumatici rimane costante in entrambi i generi e per età. Come già evidenziato in relazione alle patologie croniche descritte in precedenza, anche in questo caso si possono distinguere fattori di rischio non modificabili come appunto, l'età, la predisposizione genetica e il genere, e fattori modificabili, in particolare l'eccesso ponderale, l'alimentazione e l'esercizio fisico. Qualunque sia l'origine della sintomatologia dolorosa, questa porta inevitabilmente

ad una peggiore qualità della vita che, nel perdurare, può essere causa di stati di depressione. Se sui fattori non modificabili ad oggi si può intervenire soltanto a livello clinico-farmacologico, pur con il rischio di effetti collaterali, una corretta prevenzione primaria può essere promossa agendo sui fattori modificabili. Tra questi, l'adozione di uno stile di vita appropriato al quadro clinico e sintomatologico è senz'altro la strategia vincente. Salvo nelle fasi di dolore e infiammazione acuta, chi soffre di malattie reumatiche e artrosi deve cercare di mobilitare il più possibile le articolazioni, pur senza sovraccaricarle, e praticare regolarmente esercizio fisico. Il movimento rappresenta, infatti, un'importante componente del programma terapeutico poiché permette di mantenere una migliore mobilità articolare e tutelare tutte le strutture articolari da cui dipende la stabilità e il movimento. Per evitare errori è bene rivolgersi agli specialisti di settore (es. fisioterapisti e chinesiologi). Oltre all'attività programmata, è importante anche seguire una corretta alimentazione prediligendo alimenti a base vegetale riconosciuti per il loro effetto protettivo antinfiammatorio. Auspicabile anche la riduzione, per quanto possibile, dello stress, magari dedicandosi ad attività che possono distrarre come passeggiate, se la mobilità lo consente, e hobby. Infatti, la scienza conferma che dedicarsi ad attività ricreative contribuisce alla diminuzione dei livelli sistemici di infiammazione aumentando, al contempo, i livelli di neurotrasmettitori deputati alla sensazione di benessere (Scheffer et al., 2020; Gay et al., 2016).

Tabella 2. Condizioni di salute: prevalenza totale e per genere[5]. Anno 2022

		Maschi	Femmine	Totale
Diabete	In passato	0,3	0,9	0,6
	Attualmente	4,8	3,2	4,0
Pressione alta	In passato	6,3	4,2	5,3
	Attualmente	21,7	15,2	18,5
Infarto del miocardio, angina o altre malattie cardiovascolari	In passato	2,2	0,5	1,3
	Attualmente	2,4	1,5	1,9
Ictus o altre malattie cerebrovascolari	In passato	0,8	0,3	0,5
	Attualmente	0,4	0,5	0,5
Altre malattie del cuore (aritmia, malattia delle valvole, malattie congenite, etc)	In passato	3,1	2,0	2,5
	Attualmente	5,0	6,5	5,8
Colesterolo alto	In passato	9,6	8,3	8,9
	Attualmente	19,8	21,8	20,8
Disturbi della tiroide	In passato	2,6	7,5	5,1
	Attualmente	3,2	15,6	9,5
Tumore (incluso linfoma o leucemia)	In passato	2,6	6,7	4,7
	Attualmente	2,0	2,4	2,2
Disturbi nervosi (ansia, depressione, etc)	In passato	8,9	15,5	12,3
	Attualmente	7,4	14,1	10,8
Dolori reumatici (fibromialgia, artrite reumatoide, etc)	In passato	3,7	3,1	3,4
	Attualmente	9,3	16,7	13,0
Patologie della pelle (psoriasi, eczema, etc)	In passato	7,5	8,3	7,9
	Attualmente	8,6	9,2	8,9
Apnee notturne	In passato	4,0	2,0	3,0
	Attualmente	6,3	3,7	5,0
Disturbi respiratori cronici (asma, allergie respiratorie, bronco pneumopatia cronica ostruttiva)	In passato	4,7	4,1	4,4
	Attualmente	7,4	8,4	7,9
Decadimento cognitivo (perdita di memoria, morbo di Parkinson, demenza senile, etc	In passato	0,2	0,1	0,1
	Attualmente	1,1	1,7	1,4

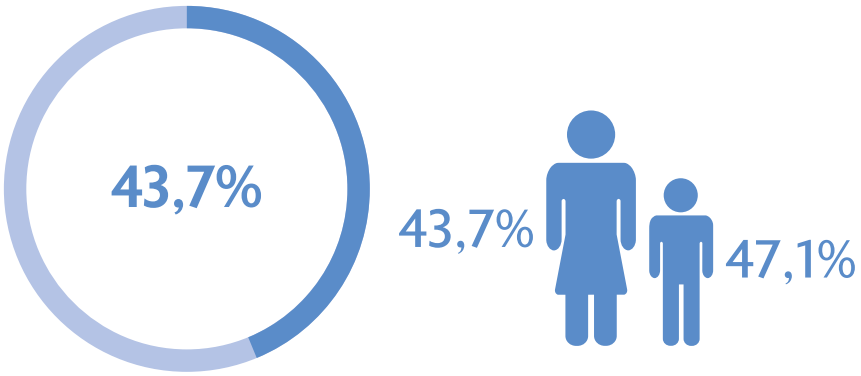
[5] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

ABITUDINE ALL'ESERCIZIO FISICO

Gli studi sono concordi sul ruolo fondamentale dell'attività fisica, regolare e costante, sia in un'ottica di prevenzione sia come vera e propria terapia (World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. 2018; Balducci et al., 2022; Garber et al., 2011). L'esercizio fisico, infatti, insieme ad uno stile di vita corretto contribuisce non solo a mantenere il corpo sano, ma apporta notevoli benefici anche al benessere psicologico e sociale sia direttamente che indirettamente. L'esercizio fisico, infatti, innalza il livello di diversi neurotrasmettitori nell'organismo che hanno la funzione di aumentare la sensazione di benessere e abbassare i livelli di stress. L'esercizio fisico, inoltre, può facilitare il ripristino del corretto ritmo sonno-veglia. Anche il concetto che praticare esercizio fisico in serata può ritardare l'addormentarsi sembra sfatato, infatti, l'esercizio fisico serale può facilitare il sonno in quanto riscalda il corpo e riduce lo stress e l'ansia. Quando il corpo si raffredda, si attiva la sonnolenza, cioè si verifica il cosiddetto "effetto bagno caldo" che migliora la qualità del sonno (Harding et al., 2019). Da evitare, invece, l'esercizio fisico subito prima di coricarsi; per avere gli effetti benefici dell'allenamento sul sonno bisogna terminare l'allenamento almeno un'ora prima.

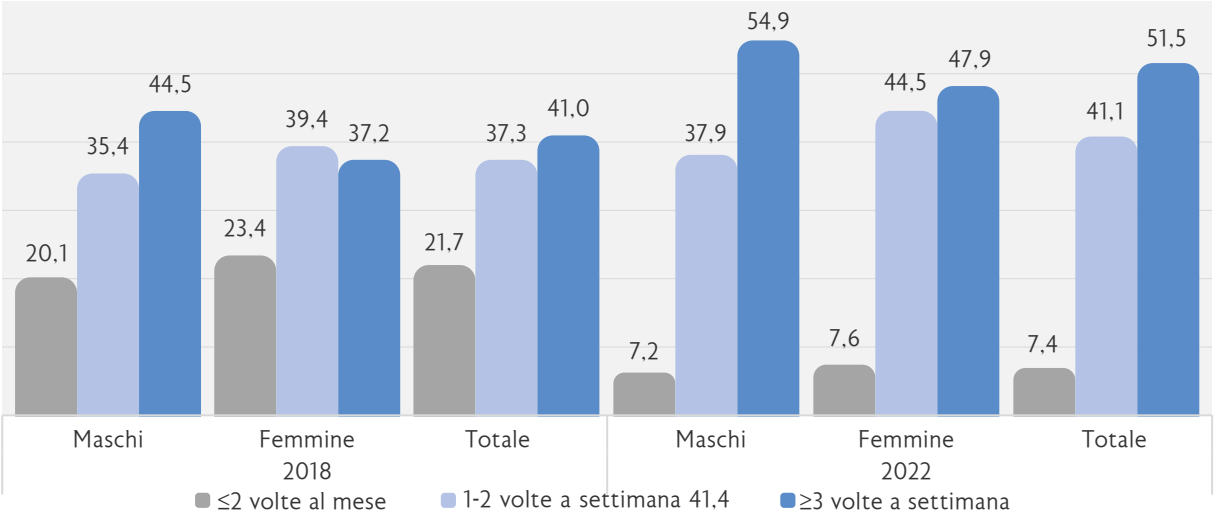
I dati presentati in questo paragrafo saranno descritti per genere, infatti, la letteratura scientifica indica come alcuni fattori di rischio per la salute, così come quelli protettivi, siano specifici per le donne piuttosto che per gli uomini.

Figura 6. Esercizio fisico in Italia: prevalenza totale e per genere. Anno 2022



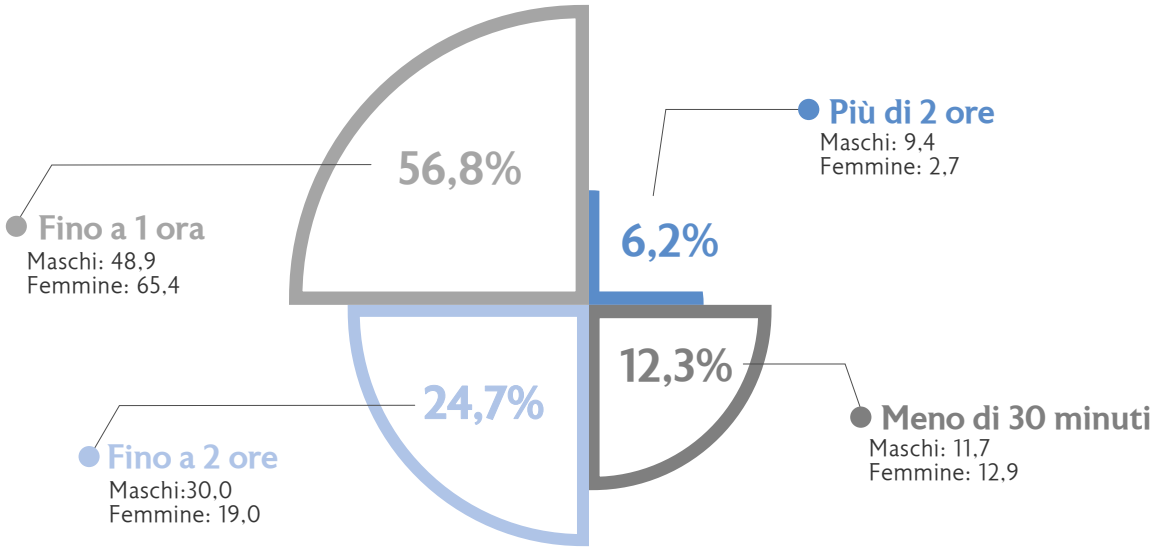
Fra coloro che hanno detto di praticare esercizio fisico, oltre la metà lo fa 3-4 volte a settimana, con percentuale maggiore fra gli uomini. Rispetto al 2018, gli italiani sembrano aver incrementato sensibilmente la frequenza della loro attività: sale infatti di dieci punti percentuali la prevalenza di coloro che praticano attività fisica almeno tre volte alla settimana, soprattutto negli ultraquarantenni. Vale la pena ricordare che le linee guida proposte dall'OMS raccomandano di praticare esercizio fisico almeno 150-300 minuti, ad intensità da moderata a intensa o, almeno 75-150 minuti a settimana ad intensità vigorosa. Queste raccomandazioni sono valide per la popolazione adulta, cioè di età 18-64 anni, mentre fra i 5-17 anni è consigliato effettuare esercizio almeno un'ora al giorno. Le donne, in Italia, sembrano aderire in percentuale ridotta, rispetto al genere maschile, a queste raccomandazioni sebbene la letteratura scientifica indichi i benefici della pratica quotidiana dell'esercizio fisico quale importante strumento di prevenzione, tanto più indicato con il sopraggiungere della menopausa.

Figura 7. Frequenza dell'esercizio fisico: distribuzione percentuale totale e per genere. Anni 2018-2022



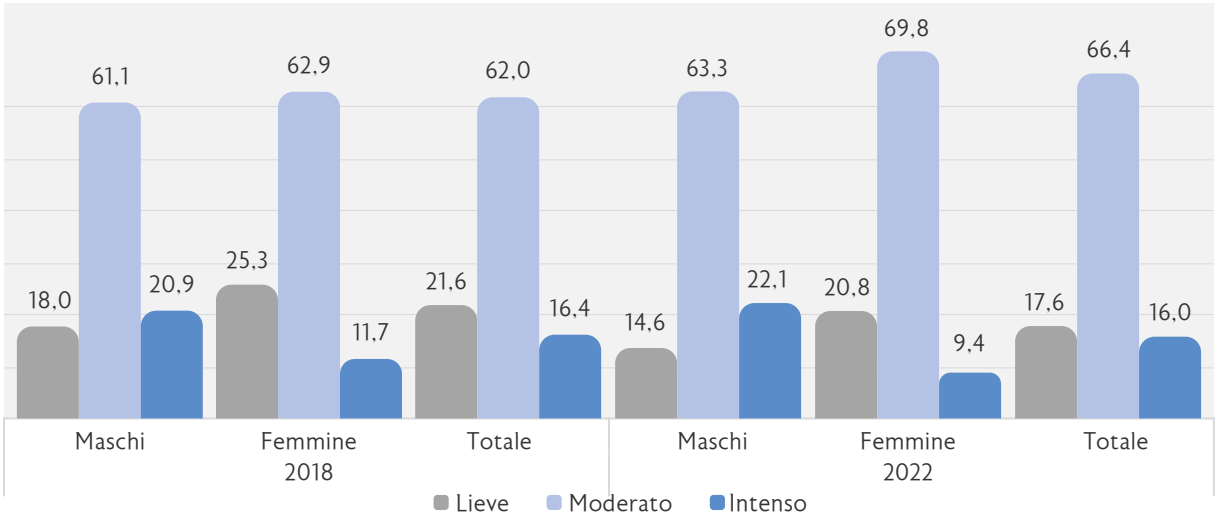
Effettuare esercizio fisico rispettando la durata raccomandata dall'OMS, significa tenere in considerazione la durata di ogni sessione di esercizio fisico e anche il tempo trascorso passeggiando ad un ritmo sostenuto. Data questa premessa, sebbene la maggior parte (69%) dei rispondenti alla survey IPSAD® 2022 dichiari di effettuare esercizio fisico per un'ora la massimo, fra coloro che dichiarano sessioni di attività più prolungate la percentuale di donne è nettamente inferiore rispetto a quella degli uomini. Lo stesso vale confrontando la frequenza settimanale delle sessioni di esercizio, dato che vede le donne maggiormente rappresentate nelle classi di frequenza inferiori (1-2 volte a settimana; < 2 volte al mese).

Figura 8. Durata delle sessioni di esercizio fisico: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



La maggior parte delle donne riferisce di percepire uno sforzo moderatamente intenso durante l'esercizio fisico. Un quinto degli uomini indica di percepire uno sforzo intenso. Queste connotazioni potrebbero rispecchiare la tipologia di esercizio prescelta, ovvero il dedicarsi ad attività aerobiche piuttosto che alla pesistica. Rispetto alla rilevazione del 2018, in media l'intensità percepita durante l'attività fisica si è incrementata, soprattutto fra i soggetti sotto i 40 anni, con particolare riferimento agli uomini.

Figura 9. Sforzo percepito durante l'attività fisica: distribuzione percentuale totale e per genere. Anni 2018-2022

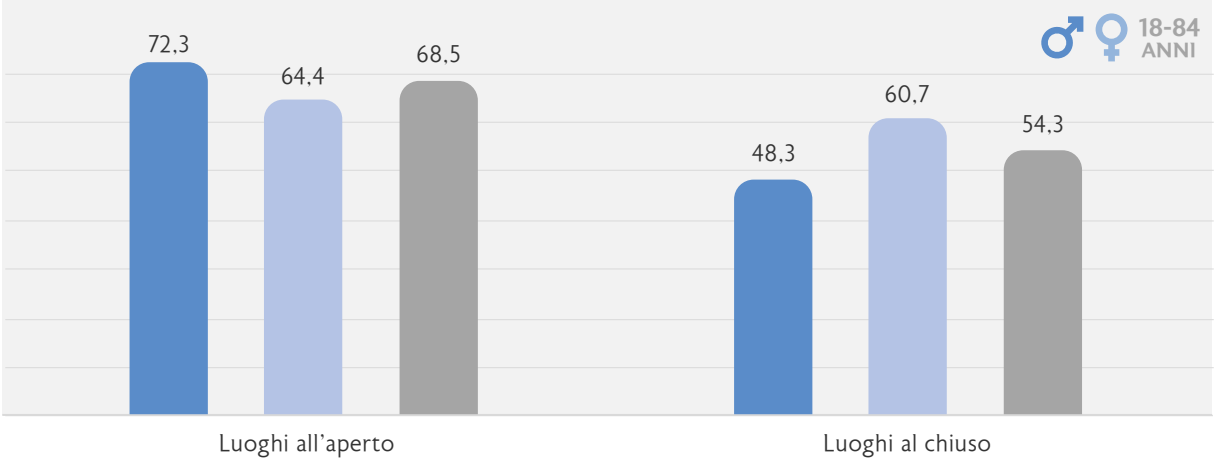


Un altro aspetto dell'esercizio fisico riguarda i luoghi dove questo viene praticato. Fra coloro che fanno attività la preferenza sembra spettare ai luoghi all'aperto, soprattutto fra gli uomini e in particolare fra i più anziani. Oltre il 75% delle donne più giovani, al contrario, predilige i luoghi chiusi, prevalenza che si riduce all'aumentare dell'età.

Rispetto al dato pre-pandemico, comunque, la prevalenza dell'attività all'aperto ha subito un incremento maggiore rispetto a quella svolta in luoghi chiusi, soprattutto fra le donne di età più avanzata.

Se da una parte praticare attività in luoghi chiusi offre il vantaggio di poter dedicarsi all'esercizio fisico indipendentemente dalle condizioni metereologiche, i benefici dell'esercizio all'aperto sono numerosi. Ad esempio, si può ottenere una maggiore sintesi di vitamina D grazie all'esposizione al sole o ottenere vantaggi per la funzione tiroidea se si pratica attività al mare. Una recente ricerca ha evidenziato che svolgere attività all'aperto migliora la predisposizione psicologica verso il buonumore ed una notevole diminuzione degli stati d'ansia. La stessa ricerca sottolinea come l'esercizio fisico all'aperto porti benefici in diverse condizioni patologiche come la sclerosi multipla, l'osteoporosi e la miopia (Manferdelli et al., 2019).

Figura 10. Luoghi in cui viene svolta l'attività fisica: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



Esercizio fisico e benessere

La relazione tra attività fisica e salute mentale è stata ampiamente studiata e sono state formulate diverse ipotesi a riguardo. Nello specifico, durante il processo di invecchiamento, l'esercizio fisico potrebbe rappresentare un potenziale trattamento aggiuntivo per i disturbi neuropsichiatrici e il deterioramento cognitivo, aiutando a ritardare l'insorgenza dei processi neurodegenerativi. Sebbene anche l'esercizio fisico stesso può agire come un fattore di stress, è stato dimostrato che riduce gli effetti dannosi di altri fattori di stress se eseguito a intensità moderata (Deslandes et al., 2009).

L'esercizio fisico è un potente alleato nella lotta allo stress, agendo su diversi livelli fisiologici e neurobiologici. Uno degli aspetti chiave riguarda il suo effetto sul sistema endocrino, responsabile della regolazione delle risposte ormonali dell'organismo. Durante l'esercizio, il corpo produce e rilascia endorfine, note anche come "ormoni della felicità". Queste sostanze chimiche, simili alla morfina, agiscono come analgesici naturali, aiutando a ridurre la sensazione di dolore e innescando sensazioni di benessere ed euforia.

Allo stesso tempo, l'esercizio fisico regola la produzione di cortisolo, l'ormone dello stress. Mentre lo sforzo fisico può aumentare temporaneamente i livelli di cortisolo, una pratica regolare e moderata sembra aiutare a stabilizzare questi livelli a lungo termine. Mantenere un livello elevato di cortisolo per lunghi periodi può avere ripercussioni negative sulla salute mentale provocando, ad esempio, stati di ansia e depressione.

L'esercizio fisico è fondamentale per il benessere generale, influenzando positivamente sia l'aspetto fisico che quello mentale.

In un contesto di crescente consapevolezza della salute fisica e mentale, il ruolo dell'attività fisica come pilastro fondamentale del benessere sta diventando sempre più evidente e comprovato dalla letteratura scientifica. L'attività fisica regolare non solo soddisfa gli standard sanitari, ma è un potente strumento per migliorare la qualità generale della vita. Questa interazione tra esercizio fisico e salute si estende ben oltre l'aspetto fisico per includere anche aspetti emotivi, psicologici e sociali.

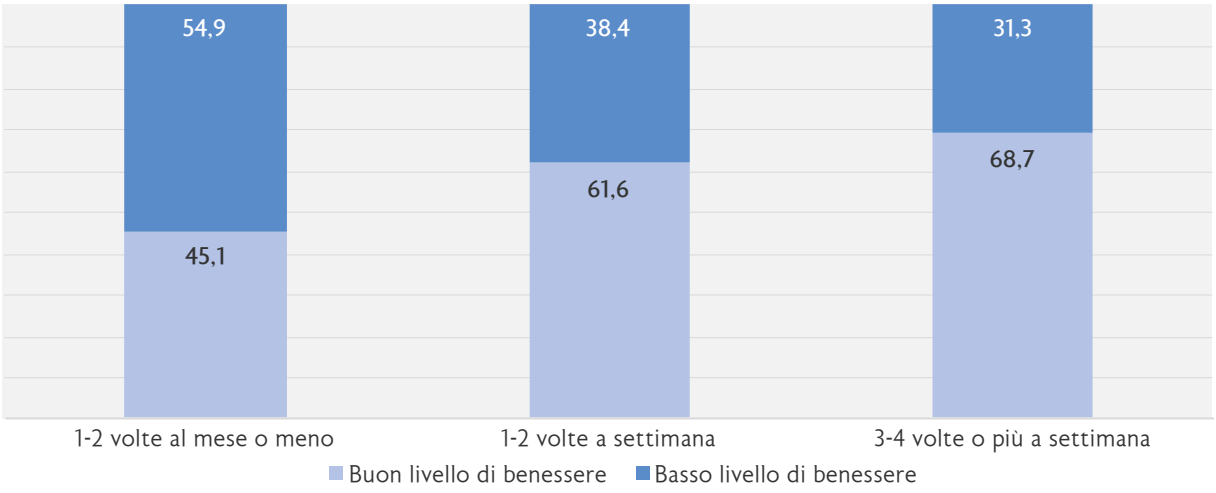
Numerosi studi epidemiologici hanno dimostrato che minori quantità di attività fisica o maggiori quantità di tempo trascorso in comportamenti sedentari sono associati a un maggior rischio di cattiva salute mentale (Smith et al., 2021).

Secondo i dati dello studio IPSAD® 2022, ad un maggior numero di sessioni settimanali di attività

fisica, si associa un buon livello di benessere generale essendo il benessere percepito direttamente proporzionale alla frequenza delle sedute settimanali. Infatti, la percentuale maggiore si osserva tra coloro che si dedicano all'attività fisica 3-4 volte a settimana seguita da quella per la frequenza di 1-2 volte. Questo potrebbe suggerire che chi riporta un buon livello di benessere ha un atteggiamento attivo e coinvolto nella vita di tutti i giorni, indicando una possibile correlazione positiva tra uno stile di vita attivo e lo stato di benessere, così come confermano i dati di letteratura (Callaghan, 2004). Al contrario, una frequenza minore di sessioni di esercizio, si associa ad un basso livello di benessere. Infatti, oltre la metà di coloro che dedicano all'attività fisica 1-2 giorni al mese, o meno, riferiscono un basso livello di benessere.

Questi risultati rivestono un'importanza notevole nel contesto della comprensione di come le scelte personali rispetto ai propri stili di vita possano esercitare un'influenza significativa sul benessere, fornendo al contempo uno spunto prezioso per lo sviluppo di strategie di prevenzione più mirate.

Figura 11. Livello di benessere: distribuzione percentuale per frequenza di svolgimento dell'attività fisica. Anno 2022

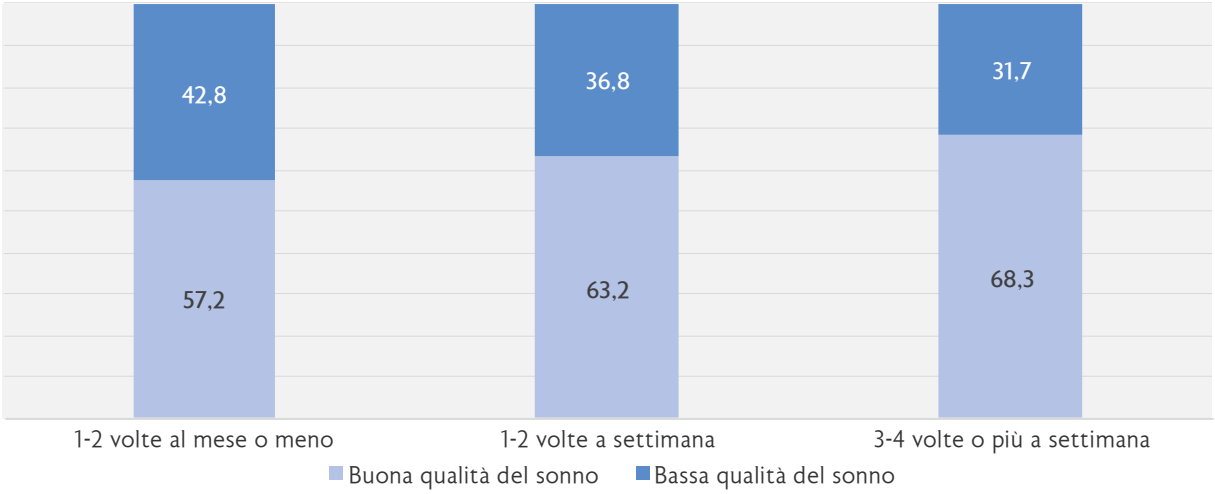


Esercizio fisico e qualità del sonno

Con un trend analogo a quello descritto per la relazione tra esercizio fisico e stato di benessere, si osserva una relazione diretta fra il numero di sedute di attività fisica e qualità del sonno, cioè che ad una frequenza maggiore di esercizio fisico corrisponde una migliore qualità del sonno. Infatti, tra coloro che praticano attività in maniera insufficiente, rispetto alle linee guida OMS, una percentuale più alta ha difficoltà a dormire, mentre tra coloro che svolgono attività motorie ricreative, o allenanti, almeno 3 volte a settimana si riscontra la percentuale maggiore per una buona qualità del sonno.

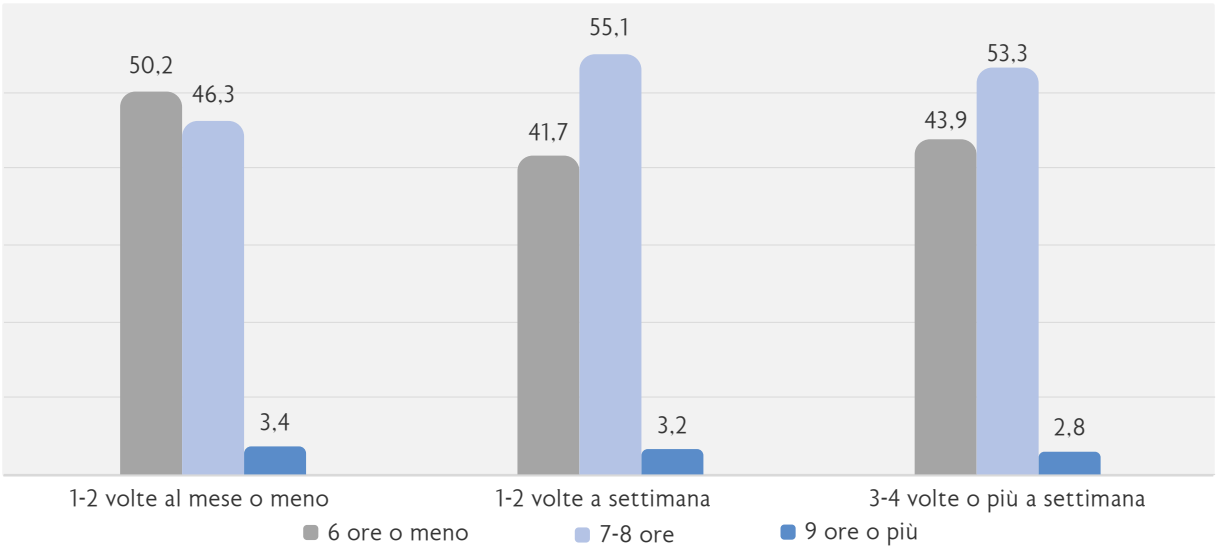
Occorre, comunque, tenere presente che la gestione del sonno è influenzata da fattori multipli. I dati suggeriscono che il fabbisogno di sonno varia notevolmente tra le persone, anche in base all'età. In generale il fabbisogno nei soggetti adulti è di 7-8 ore al giorno, una durata del sonno inferiore a 7 ore è associata a malattie croniche come l'obesità, l'ipertensione, il diabete, malattie cardiovascolari oltre che a depressione e disturbi mentali (Sejbuk et al., 2022). Sebbene l'attività fisica sia una componente fondamentale dello stile di vita, in grado di influenzare la qualità e la durata del sonno, anche altri fattori concorrono a determinare una corretta igiene del sonno, come lo stress, l'alimentazione, i turni lavorativi notturni e la percezione del benessere generale (Philippens et al., 2022). Inoltre, è stato dimostrato come i fattori genetici possono influenzare la durata del sonno con una percentuale che può arrivare al 50% (Watson N.F., 2010).

Figura 12. Igiene del sonno: distribuzione percentuale per frequenza di svolgimento dell'attività fisica. Anno 2022



I dati IPSAD® evidenziano che oltre la metà di coloro che svolgono attività fisica con bassa frequenza dormono sei ore o meno a notte, mentre la durata del sonno si allunga fra coloro che svolgono esercizio 1-2 volte a settimana o più. Questi risultati sono supportati da numerosi studi scientifici, sia epidemiologici che clinici, che dimostrano come l'esercizio fisico regolare influenzi positivamente la durata del sonno così come l'addormentarsi in tempi più rapidi. La relazione fra esercizio fisico e quantità/qualità del sonno sembra essere reciproca. Come la pratica settimanale di sedute di allenamento, o attività motorie ricreative, è in grado di aumentare il numero di ore dormite, allo stesso modo un numero insufficiente di ore di sonno sembra influenzare negativamente la pratica dell'esercizio fisico (Reid KJ et al., 2010).

Figura 13. Numero di ore dormite: distribuzione percentuale per frequenza di svolgimento dell'attività fisica. Anno 2022

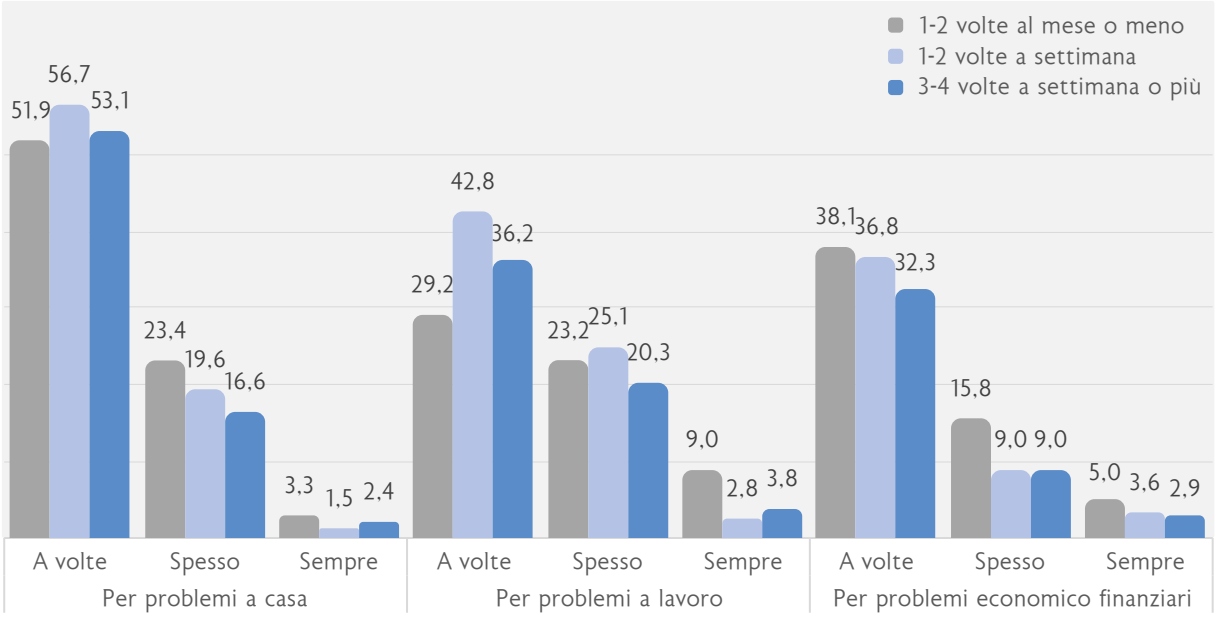


Come emerso dai paragrafi precedenti, l'esercizio fisico risulta efficace nella prevenzione e nella cura di numerose malattie non trasmissibili attraverso diversi meccanismi di azione che si rivelano utili anche nella regolazione dei ritmi sonno-veglia e nella percezione di benessere. Questi meccanismi, ed in particolare la liberazione di neurotrasmettitori del benessere, contribuiscono anche alla riduzione della sensazione di stress agendo da 'terapia' anche quando si è in presenza di stati mentali alterati (Schuch et al., 2021).

In coerenza con queste evidenze, dai dati IPSAD® emerge che chi pratica attività fisica meno frequentemente riporta in percentuale maggiore di trovarsi in una condizione di stress per le diverse cause prese in esame.

Osservando la figura seguente, si nota una relazione inversa fra esercizio fisico e presenza di stress, ovvero che all'aumentare della frequenza dell'esercizio fisico, diminuisce la percentuale di coloro che si sentono in condizioni stress, infatti tra chi pratica attività motoria almeno 1-2 volte a settimana le percentuali, riferite alla presenza continua dii stress, sono le più basse.

Figura 14. Motivazioni di stress nell'ultimo anno: distribuzione percentuale per frequenza di svolgimento dell'attività fisica[6]. Anno 2022



Se fra chi svolge attività fisica più frequentemente si osserva una percentuale maggiore di consumo di bevande alcoliche, consumo riferito all'anno e al mese precedenti lo studio, fra chi adotta una pratica insufficiente di esercizio si riscontrano percentuali più elevate per comportamenti di eccessi alcolici, cioè di ubriacature e binge drinking. A tale proposito alcuni studi hanno dimostrato che l'esercizio fisico può ridurre l'uso problematico di alcol, soprattutto se inserito in un contesto di adozione di stili di vita salutari (Gunillasdotter et al., 2022).

Rispetto al consumo di sigarette invece, si osserva come chi fa attività fisica frequentemente, riporta in misura minore l'esperienza di tale comportamento, così come per quanto riguarda l'uso di sostanze psicoattive illegali ad esclusione della cannabis. Per quest'ultima, infatti, si osserva un'associazione inversa: un consumo maggiore della sostanza sembrerebbe associarsi ad una maggiore attività fisica. Questa evidenza potrebbe essere supportata dall'utilizzo di cannabis al fine di ridurre la sensazione di dolore, comportamento adottato per lo più da atleti di alto livello (Kramer et al., 2020).

[6] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

Infine, per quanto riguarda la sfera strettamente comportamentale, chi fa meno attività fisica ha un profilo di rischio moderato-severo rispetto al gioco d'azzardo più alto, se confrontato con le altre due categorie di riferimento (1-2 volte a settimana o 3-4 volte o più a settimana).

In generale, una pratica settimanale regolare e costante di attività motoria sembra essere un fattore protettivo verso i comportamenti a rischio più diffusi nella popolazione, anche se talvolta con meno evidenza scientifica (Pharr et al., 2020).

Tabella 3. Comportamenti a rischio: distribuzione percentuale distribuzione per frequenza di svolgimento dell'attività fisica. Anno 2022

	1-2 volte al mese o meno	1-2 volte a settimana	3-4 volte o più a settimana
Consumo di alcol nell'anno	70,4	83,0	83,8
Consumo di alcol nel mese	63,8	76,5	75,0
Binge drinking nell'anno	16,4	18,7	20,2
Binge drinking nel mese	9,6	11,7	11,4
Ubriacature nell'anno	22,9	24,0	25,0
Ubriacature nel mese	6,4	7,9	8,2
Consumo di alcol a rischio[a]	12,3	7,9	8,2
Consumo di almeno 10 sigarette al giorno nell'anno	8,0	3,4	6,0
Consumo di cannabis nell'anno	5,8	9,2	9,5
Consumo di almeno una sostanza illegale[b] nell'anno	5,2	3,3	3,3
Gioco d'azzardo nell'anno	47,7	42,6	40,0
Gioco d'azzardo onsite nell'anno	45,6	41,2	38,8
Gioco d'azzardo online nell'anno	9,0	7,1	7,6
Profilo di gioco "non a rischio"[c]	82,5	86,9	88,4
Profilo di gioco a rischio "minimo"[c]	7,9	10,5	8,3
Profilo di gioco a rischio "moderato/severo"[c]	9,6	2,6	3,3

[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)

COVID-19 E DINTORNI

È innegabile come, nel giro di pochissime settimane, la pandemia di COVID-19 abbia letteralmente sconvolto il mondo che tutti eravamo soliti conoscere e vivere, configurandosi come un vero e proprio evento traumatico. Come tale, la pandemia, le misure di contenimento messe in atto dai Governi dei paesi più colpiti e le conseguenze sociali ed economiche che ne sono derivate hanno avuto un impatto rilevante sul nostro stato di benessere emotivo e potrebbero avere conseguenze sul nostro stato di salute futuro.

Un recente revisione di letteratura ha evidenziato nel periodo pandemico un drastico calo dell'esercizio fisico (ridotto di una quota fra il 43% e 60%) e dell'attività fisica (riduzione dei praticanti dal 56% al 45%) con il conseguente aumento dei livelli di sedentarietà (il 63% ha dichiarato di aver incrementato fino a 7 ore, in media, il tempo trascorso in inattività) e delle abitudini scorrette come l'utilizzo di dispositivi, come televisore, PC, smartphone, tablet (il 58,7% degli adolescenti ha riferito di trascorrere più di otto ore al giorno davanti agli schermi) (Zhao et al., 2023).

L'esperienza pandemica ha influito anche sulla qualità del sonno: durante la pandemia la difficoltà a dormire soprattutto a causa di risvegli frequenti è stata riportata dal 69% della popolazione. Sono stati osservati periodi di sonno eccessivo e sonnellini più lunghi tra gli studenti (3,1±1,23 ore/giorno) e gli impiegati (2,5±1,86 ore/giorno). Durante il confinamento, le persone tendevano ad andare a dormire più tardi la notte e a svegliarsi più tardi la mattina: questi fattori, inclusa la mancanza di esposizione alla luce naturale, hanno inciso sui ritmi circadiani degli individui, che controllano i cicli sonno-veglia e altri processi fisiologici.

La pandemia di COVID-19 e le relative restrizioni hanno avuto un impatto significativo sui comportamenti alimentari e sui modelli di consumo alimentare. Più del 30% delle persone ha guadagnato peso rispetto al periodo pre-pandemia: la percentuale di persone che consumavano 5 o più pasti al giorno è aumentata dal 2,2% al 6,2% e il 48,8% delle persone non ha consumato frutta.

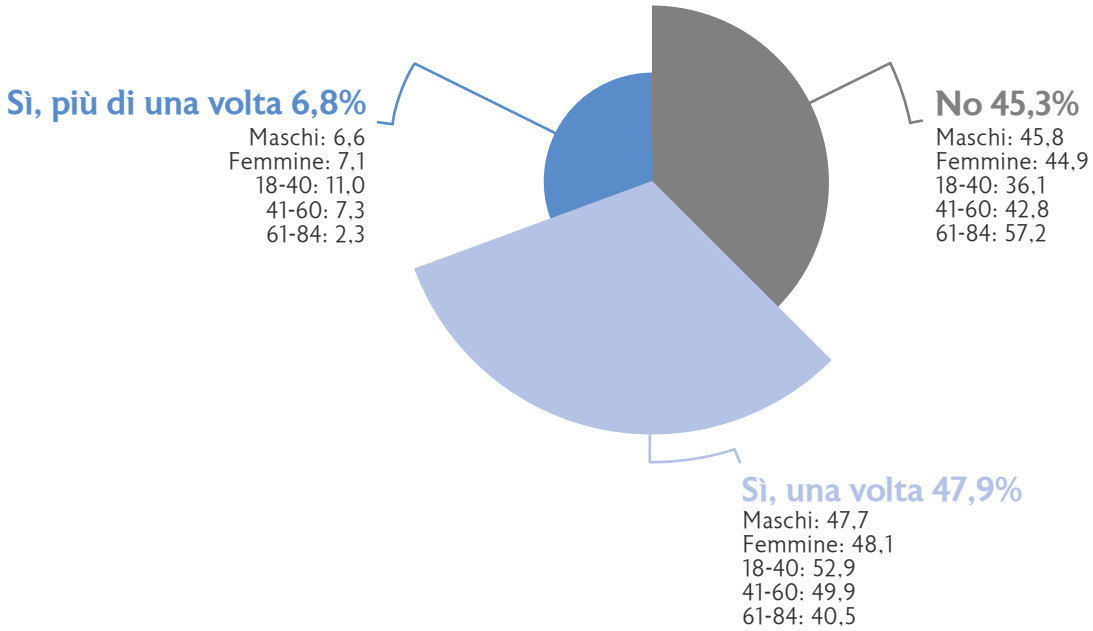
Sia il consumo di tabacco che quello di alcol sono aumentati. Oltre il 17% degli intervistati ha aumentato il consumo di alcol, in particolare gli uomini, le persone con un titolo di studio superiore e coloro che vivono nei grandi centri urbani. La percentuale di forti bevitori (≥5 drink/settimana) è aumentata dal 20,9% del periodo pre-pandemico al 25,7% durante la pandemia. Tra i fumatori, il 30% della popolazione ha aumentato il consumo di sigarette, con una media di 5,6 sigarette al giorno. Una piccola percentuale di coloro che hanno smesso (0,6%) ha ricominciato a fumare, e i forti fumatori (≥11 sigarette al giorno) sono aumentati dal 5,8% del periodo pre-pandemico a 7,9% durante la pandemia.

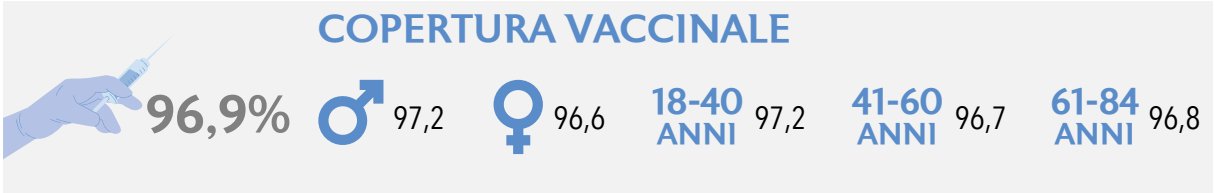
La pandemia di COVID-19 e le misure ad essa associate, come l'isolamento o l'obbligo di permanenza al domicilio, hanno interrotto la vita normale, influenzando le attività fisiche e incidendo gravemente sulla salute mentale degli individui. La prevalenza dei problemi di salute mentale più comuni ha subito un incremento consistente: l'ansia dal 6,5% al 63% e la depressione dal 4% al 31%. Anche la prevalenza del disturbo da stress post-traumatico ha subito incrementi, soprattutto fra i pazienti ricoverati nelle unità di terapia intensiva rispetto a quelli nei reparti.

Un'indagine condotta su 2.064 adolescenti italiani ha dimostrato che la pandemia ha influenzato gli stati d'animo e gli stili di vita degli adolescenti e ha influenzato le loro relazioni con i coetanei e le relazioni con i genitori (Buzzi et al., 2020).

Secondo i dati dello studio IPSAD® 2022 gli italiani che hanno contratto l'infezione da SARS-COV-2 in una sola occasione sono il 48% mentre il 7% ha sperimentato almeno due occasioni di contagio, soprattutto fra i soggetti più giovani, che sono anche coloro che presentano un'incidenza più elevata di contagiati, seguiti dai 41-60enni. Fra le persone oltre i 60 anni il 43% ha contratto il virus.

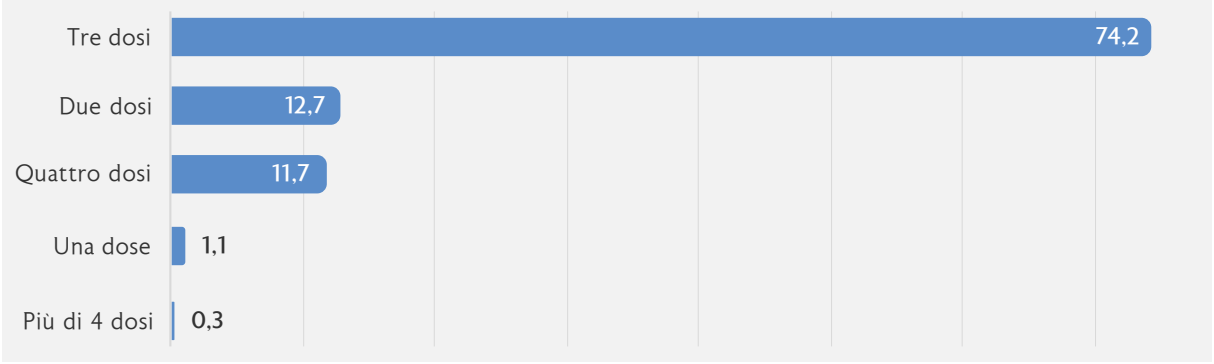
Figura 13. L'avere o meno contratto il COVID-19: prevalenza totale, per genere e fascia di età. Anno 2022





Le differenze per età fra i tassi di contagio non sembrano giustificate dalla mancata prevenzione. La quota di soggetti vaccinati si attesta intorno al 97%, con la quota maggiore rilevata fra i soggetti più giovani. I soggetti vaccinati, nel 74% dei casi hanno dichiarato di aver effettuato le tre dosi previste e consigliate.

Figura 14. Compliance con le linee guida vaccinali: distribuzione percentuale tra vaccinati. Anno 2022



Mal di gola, dolori muscolari e alle articolazioni, tosse e febbre sono i sintomi riportati dalla maggioranza dei soggetti contagiati, sebbene con qualche lieve differenza fra i generi. La perdita di gusto e/o olfatto ha interessato un quarto dei contagiati.

Tabella 4. Sintomatologia: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022

	Maschi	Femmine	Totale
Nessuno	9,1	4,5	6,8
Disturbi gastrointestinali (diarrea, nausea, vomito)	9,4	16,5	13,1
Febbre, con temperatura superiore ai 37,5°C per almeno tre giorni consecutivi	51,9	46,4	49,1
Congiuntivite (occhi arrossati)	4,0	5,5	4,7
Tosse	47,5	54,7	51,2
Polmonite	2,6	1,4	2,0
Mal di gola e/o raffreddore	57,9	70,5	64,4
Altri sintomi neurovegetativi lievi (capogiri, brividi, tremori)	8,9	14,0	11,5
Mal di testa	38,0	53,1	45,7
Altri sintomi neurovegetativi gravi (deliri, infiammazioni cerebrali, danni ai nervi)	0,5	0,5	0,5
Dolori a muscoli, ossa, articolazioni	46,8	57,8	52,4
Difficoltà cognitive (confusione, ottundimento)	4,3	7,3	5,9
Perdita di gusto e/o olfatto	23,0	27,0	25,0
Irritabilità	2,7	5,4	4,1
Difficoltà respiratoria (senso di affanno a riposo)	9,8	14,2	12,0
Sintomi ansiosi e/o depressivi	2,6	7,0	4,8
Dolore al petto (dolore allo sterno)	4,9	9,8	7,4
Tachicardia	7,6	11,9	9,8
Difficoltà a dormire	4,4	7,4	6,0

Fra coloro che hanno contratto il COVID-19, i soggetti più anziani hanno mostrato un quadro sintomatologico più grave, che nell'1,7% dei casi ha richiesto un ricovero e nello 0,5% la permanenza in terapia intensiva.

Tabella 5. Gravità sintomatologica: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022

	Maschi	Femmine	Totale
Contratto in maniera asintomatica	8,7	5,5	7,1
Sintomi lievi: non hanno particolarmente infastidito	54,0	49,5	51,7
Sintomi lievi: hanno particolarmente infastidito	28,1	36,3	32,3
Sintomi gravi: non hanno portato al ricovero	7,6	8,0	7,8
Sintomi gravi: hanno portato al ricovero	1,2	0,7	0,9
Sintomi molto gravi: hanno portato al ricovero in terapia intensiva	0,5	0,1	0,3

A fonte della maggioranza dei soggetti che hanno mantenuto la positività, in media, per una decina di giorni, circa il 3% dei soggetti intervistati ha dichiarato un periodo di positività fra 30 e 90 giorni, senza differenze per età o genere.

Tabella 6. Tempo in cui si è rimasti positivi al COVID-19: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022

	Maschi	Femmine	Totale
Meno di 7 giorni	29,9	23,5	26,7
8-15 giorni	56,5	60,9	58,8
16-30 giorni	10,3	12,7	11,5
31-45 giorni	2,0	1,8	1,9
46-60 giorni	0,6	0,6	0,6
61-90 giorni	0,7	0,4	0,6

CONCLUSIONI

La letteratura scientifica evidenzia come uno stato infiammatorio cronico e sistemico sia alla base di numerose patologie come quelle descritte nel corso di questo capitolo. Eccesso ponderale e obesità possono contribuire all'instaurarsi di una condizione infiammatoria. L'infiammazione di per sé è la fisiologica risposta dell'organismo ad agenti che ritiene potenzialmente pericolosi per la propria salute, va tuttavia distinta una condizione di infiammazione acuta da quella cronica. L'infiammazione acuta si caratterizza per la breve durata e di solito è dovuta ad infezioni o reazioni allergiche, mentre l'infiammazione cronica, solitamente di grado più lieve, persiste a lungo nel tempo e può portare allo sviluppo di malattie croniche, appunto, quali tumori, patologie cardiovascolari, respiratorie, diabete, ipertensione arteriosa, demenza, obesità, malattie reumatologiche, osteoporosi, fibromialgia, sindrome da stanchezza cronica e altre (Kunnumakkara et al., 2018). Una estesa letteratura scientifica dimostra come la strategia di prevenzione più efficace e di largo spettro consista nell'assumere un corretto stile di vita con particolare riferimento al mantenimento di un peso corporeo nella norma ed una corretta alimentazione (Kerschbaum et al., 2019), esercizio fisico regolare e costante (Booth et al.,2012) ed un corretto ritmo sonno veglia. Inoltre, gli articoli scientifici pubblicati dopo la pandemia associano lo stato infiammatorio cronico anche con il cosiddetto long-COVID, cioè quella sindrome clinica che, pur dopo negativizzazione virale, porta nell'individuo il persistere di una vasta gamma di sintomi di carattere generale (fatica persistente, stanchezza eccessiva, debolezza muscolare, dolori diffusi), respiratori e cardiovascolari (Davis et al., 2023).

L'alimentazione è un fattore strategico per la prevenzione delle malattie non comunicabili. Gli studi ci dimostrano che il cibo è in grado di interagire con la genetica modulando l'espressione, ovvero influenzando la sintesi di numerose molecole come, ad esempio, l'insulina e diversi neurotrasmettitori (Franzago et al., 2020). Queste molecole nel loro insieme sono in grado di indurre uno stato pro-infiammatorio o, viceversa, contrastare l'infiammazione sistemica e di conseguenza lo sviluppo e il controllo delle malattie non trasmissibili. È stato dimostrato che una dieta ricca di alimenti di origine vegetale è in grado di ridurre l'infiammazione contrastando la produzione di molecole pro-infiammatorie (Kharaty et al., 2023). Recentemente un panel di trentatré esperti indipendenti, fra cui diabetologi, nutrizionisti e cardiologi, ha messo a confronto ventiquattro tipo di diete differenti ed ha stabilito che la Dieta Mediterranea è quella più efficace nella prevenzione delle malattie infiammatorie (Best Diets Overall 2023); (Dominguez et al., 2021). Oltre alla qualità degli alimenti e il bilanciamento degli stessi nella dieta, la quantità riveste una grande importanza. Infatti, un eccesso di introito calorico porta ad un aumento del peso e del rischio di sviluppare, o aggravare malattie croniche. Da quanto riassunto, si comprende come adottare una corretta alimentazione possa portare grandi benefici in termini di salute.

Nel corso di questo capitolo più volte è stata richiamata l'attenzione sull'importanza dell'esercizio fisico come fattore di prevenzione di tutte le malattie non comunicabili e chiave strategica per il conseguimento e mantenimento dello stato di benessere anche se in presenza di condizioni psicofisiche già alterate. Infatti, l'esercizio fisico, moderatamente intenso e praticato in modo costante, è in grado di promuovere la salute attraverso la modulazione del sistema immunitario, ovvero la produzione di molecole antinfiammatorie. Va tuttavia menzionato che la stessa letteratura scientifica evidenzia come un esercizio fisico troppo intenso e prolungato può portare alla produzione di molecole pro-infiammatorie e, quindi, anziché essere un mezzo di prevenzione, aumentare il rischio di sviluppo di malattie croniche (Cerqueira et al., 2020).

In estrema sintesi, il nostro organismo è continuamente esposto a fattori genetici ed ambientali che possono influenzarne negativamente lo stato di benessere. Ad oggi le terapie geniche non rappresentano ancora una concreta possibilità di cura ad ampio raggio, ma è possibile intervenire su tutti quei fattori modificabili come l'alimentazione, l'esercizio fisico e il corretto ritmo sonno veglia, ovvero l'adozione di un corretto stile di vita, come strategia vincente per la promozione della salute.

BIBLIOGRAFIA

AIRC. Le statistiche del cancro. Available at: https://www.airc.it/cancro/informazioni-tumori/cose-il-cancro/numeri-del-cancro

Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, Zimmet PZ, Cleeman JI, Donato KA, Fruchart JC, James WP, Loria CM, Smith SC Jr; International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; International Association for the Study of Obesity. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. Circulation. 2009 Oct 20;120(16):1640-5. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644

Alberti KG, Zimmet P, Shaw J. Metabolic syndrome--a new world-wide definition. A Consensus Statement from the International Diabetes Federation. Diabet Med. 2006 May;23(5):469-80. doi: 10.1111/j.1464-5491.2006.01858.x

American Diabetes Association. 5. Prevention or Delay of Type 2 Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. Diabetes Care. 2018 Jan;41(Suppl 1):S51-S54. doi: 10.2337/dc18-S005

Anwar A, Liu Y, Dong R, Bai L, Yu X, Li Y. The physiological and molecular mechanism of brassinosteroid in response to stress: a review. Biol Res. 2018;51(1):46. doi: 10.1186/s40659-018-0195-2

Balducci S, Sacchetti M, Haxhi J, Orlando G, D'Errico V, Fallucca S, Menini S, Pugliese G. Physical exercise as therapy for type 2 diabetes mellitus. Diabetes Metab Res Rev. 2014 Mar;30 Suppl 1:13-23. doi: 10.1002/dmrr.2514

Balducci S, Haxhi J, Sacchetti M, Orlando G, Cardelli P, Vitale M, Mattia L, Iacobini C, Bollanti L, Conti F, Zanuso S, Nicolucci A, Pugliese G; Italian Diabetes and Exercise Study 2 (IDES_2) Investigators. Relationships of Changes in Physical Activity and Sedentary Behavior With Changes in Physical Fitness and Cardiometabolic Risk Profile in Individuals With Type 2 Diabetes: The Italian Diabetes and Exercise Study 2 (IDES_2). Diabetes Care. 2022;45(1):213-221. doi: 10.2337/dc21-1505

Balestrieri M, Rucci P, Amendola D et al. Emergency Psychiatric Consultations During and After the COVID-19 Lockdown in Mencacci C, Salvi V. Expected effects of COVID-19 outbreak on depression incidence in Italy. J Affect Disord. 2021; 278:66-67. . doi: 10.1016/j.jad.2020.09.043.

Bédard A, Carsin AE, Fuertes E, Accordini S, Dharmage SC, Garcia-Larsen V, et al. Physical activity and lung function-Cause or consequence? PLoS One. 2020 20;15(8):e0237769. doi: 10.1371/journal.pone.0237769

Belanger MJ, Rao P, Robbins JM. Exercise, Physical Activity, and Cardiometabolic Health: Pathophysiologic Insights. Cardiol Rev. 2022 May-Jun 01;30(3):134-144. doi: 10.1097/CRD.0000000000000417

Bergman M, Abdul-Ghani M, DeFronzo RA, Manco M, Sesti G, Fiorentino TV, Ceriello A, Rhee M, Phillips LS, Chung S, Cravalho C, Jagannathan R, Monnier L, Colette C, Owens D, Bianchi C, Del Prato S, Monteiro MP, Neves JS, Medina JL, Macedo MP, Ribeiro RT, Filipe Raposo J, Dorcely B, Ibrahim N, Buysschaert M. Review of methods for detecting glycemic disorders. Diabetes Res Clin Pract. 2020;165:108233. doi: 10.1016/j.diabres.2020.108233

Best Diets Overall, https://health.usnews.com/best-diet/best-diets-overall?src=usn_pr, 2023

Booth FW, Roberts CK, Laye MJ. Lack of exercise is a major cause of chronic diseases. Compr Physiol. 2012;2(2):1143-1211. doi:10.1002/cphy.c110025

Buzzi C, Tucci M, Ciprandi R, Brambilla I, Caimmi S, Ciprandi G, Marseglia GL. The psycho-social effects of COVID-19 on Italian adolescents' attitudes and behaviors. Ital J Pediatr. 2020 May 24;46(1):69. doi: 10.1186/s13052-020-00833-4

Callaghan P. Exercise: a neglected intervention in mental health care? J Psychiatr Ment Health Nurs. 2004 Aug;11(4):476-83. doi: 10.1111/j.1365-2850.2004.00751.x

Cedrone F, Greco E, De Sio S, Benessere nei luoghi di lavoro: valutazione della percezione attraverso la somministrazione del questionario WHO-5 Well-being Index in "SALUTE E SOCIETÁ" 3-Suppl./2017, pp 136-147. doi: 10.3280/SES2017-SU3009

Cerqueira É, Marinho DA, Neiva HP, Lourenço O. Inflammatory Effects of High and Moderate Intensity Exercise-A Systematic Review. Front Physiol. 2020 Jan 9;10:1550. doi: 10.3389/fphys.2019.01550. PMID: 31992987; PMCID: PMC6962351

Charchar FJ, Prestes PR, Mills C, Ching SM, Neupane D, Marques FZ, et al. Lifestyle management of hypertension: International Society of Hypertension position paper endorsed by the World Hypertension League and European Society of Hypertension. J Hypertens. 2024 Jan 1;42(1):23-49. doi: 10.1097/HJH.0000000000003563

Clemente-Suárez VJ, Martín-Rodríguez A, Redondo-Flórez L, López-Mora C, Yáñez-Sepúlveda R, Tornero-Aguilera JF. New Insights and Potential Therapeutic Interventions in Metabolic Diseases. Int J Mol Sci. 2023 Jun 26;24(13):10672. doi: 10.3390/ijms241310672

Dantzer R, O'Connor JC, Freund GG, Johnson RW, Kelley KW. From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. Nat Rev Neurosci. 2008 ;9(1):46-56. doi: 10.1038/nrn2297. PMID: 18073775; PMCID: PMC2919277

Davis HE, McCorkell L, Vogel JM, Topol EJ. Long COVID: major findings, mechanisms and recommendations (published correction appears in Nat Rev Microbiol. 2023 Jun;21(6):408). Nat Rev Microbiol. 2023;21(3):133-146. doi:10.1038/s41579-022-00846-2

de Lima FF, Pinheiro DHA, de Carvalho CRF. Physical training in adults with asthma: An integrative approach on strategies, mechanisms, and benefits. Front Rehabil Sci. 2023;17;4:1115352. doi: 10.3389/fresc.2023.1115352

Denham J, Brown NJ, Tomaszewski M, Williams B, O'Brien BJ, Charchar FJ. Aortic augmentation index in endurance athletes: a role for cardiorespiratory fitness. Eur J Appl Physiol. 2016;116(8):1537-44. doi: 10.1007/s00421-016-3407-x

Deslandes A, Moraes H, Ferreira C, Veiga H, Silveira H, Mouta R, Pompeu FA, Coutinho ES, Laks J. Exercise and mental health: many reasons to move. Neuropsychobiology. 2009;59(4):191-8. doi: 10.1159/000223730

Dinarello CA. Interleukin-1 in the pathogenesis and treatment of inflammatory diseases. Blood. 2011 7;117(14):3720-32. doi: 10.1182/blood-2010-07-273417

Dominguez LJ, Di Bella G, Veronese N, Barbagallo M. Impact of Mediterranean Diet on Chronic Non-Communicable Diseases and Longevity. Nutrients. 2021;13(6):2028. Published 2021 Jun 12. doi:10.3390/nu13062028

Dominguez LJ, Di Bella G, Veronese N, Barbagallo M. Impact of Mediterranean Diet on Chronic Non-Communicable Diseases and Longevity. Nutrients. 2021;13(6):2028. Published 2021 Jun 12. doi:10.3390/nu13062028)

Dutta C, Hadley EC. The significance of sarcopenia in old age. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 1995 Nov;50 Spec No:1-4. doi: 10.1093/gerona/50a.special_issue.1

Flack KD, Davy KP, Hulver MW, Winett RA, Frisard MI, Davy BM. Aging, resistance training, and diabetes prevention. J Aging Res. 2010;2011:127315. doi: 10.4061/2011/127315

Franco P, Putois B, Guyon A, Raoux A, Papadopoulou M, Guignard-Perret A, Bat-Pitault F, Hartley S, Plancoulaine S. Sleep during development: Sex and gender differences. Sleep Med Rev. 2020 Jun;51:101276. doi: 10.1016/j.smrv.2020.101276

Franzago M, Santurbano D, Vitacolonna E, Stuppia L. Genes and Diet in the Prevention of Chronic Diseases in Future Generations. Int J Mol Sci. 2020;21(7):2633. Published 2020 Apr 10. doi:10.3390/ijms21072633

Gallardo-Alfaro L, Bibiloni MDM, Mascaró CM, Montemayor S, Ruiz-Canela M, Salas-Salvadó J, et al.Time Physical Activity, Sedentary Behaviour and Diet Quality are Associated with Metabolic Syndrome Severity: The PREDIMED-Plus Study. Nutrients. 2020 Apr 7;12(4):1013. doi: 10.3390/nu12041013

Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, Nieman DC, Swain DP; American College of Sports Medicine. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. Med Sci Sports Exerc. 2011 Jul;43(7):1334-59. doi: 10.1249/MSS.0b013e318213fefb

Gay C, Chabaud A, Guilley E, Coudeyre E. Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. Ann Phys Rehabil Med. 2016;59(3):174-183. doi:10.1016/j.rehab.2016.02.005

Gunillasdotter V, Andréasson S, Hallgren M, Jirwe M. Exercise as treatment for alcohol use disorder: A qualitative study. Drug Alcohol Rev. 2022;41(7):1642-1652. doi:10.1111/dar.13527

Harding EC, Franks NP, Wisden W. The Temperature Dependence of Sleep. Front Neurosci. 2019 ;13:336. doi: 10.3389/fnins.2019.00336

Hay RJ, Johns NE, Williams HC, Bolliger IW, Dellavalle RP, Margolis DJ, Marks R, Naldi L, Weinstock MA, Wulf SK, Michaud C, J L Murray C, Naghavi M. The global burden of skin disease in 2010: an analysis of the prevalence and impact of skin conditions. J Invest Dermatol. 2014 Jun;134(6):1527-1534. doi: 10.1038/jid

INAIL. Fact-sheet: La sindrome delle apnee ostruttive del sonno: numeri, conseguenze, trattamento e prevenzione. Ed. Inail – 2021. Available at: https://www.inail.it/cs/internet/comunicazione/pubblicazioni/catalogo-generale/pubbl-la-sindrome-apnee-ostruttive-del-sonno.html

Istituto Superiore di Sanità EpiCentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica: Malattie Cardiovascolari. Available at: https://www.epicentro.iss.it/cardiovascolare/

Jafferany M., Patel A. Comprensione della malattia psicocutanea: prospettive psicosociali e psiconeuroimmunologiche. interno J. Dermatol. 2020; 59 :8–15. doi: 10.1111/ijd.14629

Jaimie, Steinmetz D, Culbreth G, Haile LM, Rafferty Q, Lo J, Fukutaki KG, Cruz JA, Smith AE, Vollset SE, Brooks PM, Cross M, Woolf AD, Hagins H, Abbasi-Kangevari M, Abedi A, Ackerman IN, Amu H, Antony B, Arabloo J, Aravkin AJ, Argaw AM, Artamonov AA, Ashraf T, Barrow A, Bearne LM, Bensenor IM, Berhie AY, Bhardwaj N, Bhardwaj P, Bhojaraja VS, Bijani A, Briant PS, Briggs AM, Butt NS, Charan J, Chattu VK, Cicuttini FM, Coberly K, Dadras O, Dai X, Dandona L, Dandona R, de Luca K, Denova-Gutiérrez E, Dharmaratne SD, Dhimal M, Dianatinasab M, Dreinhoefer KE, Elhadi M, Farooque U, Farpour HR, Filip I, Fischer F, Freitas M, Ganesan B, Gemeda BNB, Getachew T, Ghamari SH, Ghashghaee A, Gill TK, Golechha M, D Golinelli, B Gupta, VB Gupta, VK Gupta, R Haddadi, N Hafezi-Nejad, R Halwani, S Hamidi, A Hanif, NI Harlianto, JMaria Haro, J Hartvigsen, SI Hay, JJ Hebert, G Heidari, Mohammad-Salar Hosseini, M Hosseinzadeh, AK Hsiao, IM Ilic, MD Ilic, L Jacob, R Jayawardena, RP Jha, JB Jonas, N Joseph, H Kandel, IM Karaye, Md Jobair Khan, YJ Kim, Ali-Asghar Kolahi, O Korzh, R Koteeswaran, V Krishnamoorthy, GA Kumar, N Kumar, Sang-woong Lee, SS Lim, SW Lobo, G Lucchetti, MR Malekpour, AA Malik, LGG

Mandarano-Filho, S Martini, AFA Mentis, MK Mesregah, T Mestrovic, EM Mirrakhimov, A Misganaw, R Mohammadpourhodki, AH Mokdad, S Momtazmanesh, SD Morrison, CJL Murray, Ha Nassereldine, HB Netsere, SN Kandel, MO Owolabi, S Panda-Jonas, A Pandey, S Pawar, P Pedersini, J Pereira, A Radfar, Mohammad-Mahdi Rashidi, DL Rawaf, S Rawaf, R Rawassizadeh, Seyed-Mansoor Rayegani, D Ribeiro, L Roever, B Saddik, A Sahebkar, S Salehi, L Sanchez Riera, F Sanmarchi, M Santric-Milicevic, S Shahabi, MA Shaikh, E Shaker, M Shannawaz, R Sharma, S Sharma, JK Shetty, R Shiri, P Shobeiri, DA Santos Silva, A Singh, JA Singh, S Singh, ST Skou, H Slater, MS Soltani-Zangbar, AV Starodubova, A Tehrani-Banihashemi, SV Tahbaz, PR Valdez, B Vo, LG Vu, Yuan-Pang Wang, SH Yahyazadeh Jabbari, N Yonemoto, I Yunusa, LM March, L Ong, T Vos, JA Kopec. Global, regional, and national burden of osteoarthritis, 1990–2020 and projections to 2050: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021, The Lancet Rheumatology, Volume 5, Issue 9, 2023, Pages e508-e522, ISSN 2665-9913, https://doi.org/10.1016/S2665-9913(23)00163-7)

Kerschbaum E, Nüssler V. Cancer Prevention with Nutrition and Lifestyle. Visc Med. 2019;35(4):204-209. doi:10.1159/000501776

Kharaty S, Harrington JM, Millar SR, Perry IJ, Phillips CM. Plant-based dietary indices and biomarkers of chronic low-grade inflammation: a cross-sectional analysis of adults in Ireland. Eur J Nutr. 2023;62(8):3397-3410. doi:10.1007/s00394-023-03242-5

Kiely KM, Brady B, Byles J. Gender, mental health and ageing. Maturitas. 2019;129:76-84. doi:10.1016/j.maturitas.2019.09.004

Kramer A, Sinclair J, Sharpe L, Sarris J. Chronic cannabis consumption and physical exercise performance in healthy adults: a systematic review. J Cannabis Res. 2020;2(1):34. Published 2020 Oct 7. doi:10.1186/s42238-020-00037-x

Kunnumakkara AB, Sailo BL, Banik K, Harsha C, Prasad S, Gupta SC, Bharti AC, Aggarwal BB. Chronic diseases, inflammation, and spices: how are they linked? J Transl Med. 2018 Jan 25;16(1):14. doi: 10.1186/s12967-018-1381-2

Manferdelli G, La Torre A, Codella R. Outdoor physical activity bears multiple benefits to health and society. J Sports Med Phys Fitness. 2019;59(5):868-879. doi:10.23736/S0022-4707.18.08771-6

Masocco M, Minardi V, Contoli B, Minelli G, Manno V, Cobellis L, Greco D. Sovrappeso e obesità nella popolazione adulta in Italia: trend temporali, differenze socio-anagrafiche e regionali con focus sulla Regione Campania. Boll Epidemiol Naz 2023;4(1):1-8. doi: https://doi.org/10.53225/BEN_059

Mavrogiorgou, P., Juckel, G. Dermatologische Erkrankungen und ihre Bedeutung für die Psychiatrie. Nervenarzt 88, 254–267 (2017). https://doi.org/10.1007/s00115-016-0082-4

Ministero della Salute. Relazione al Parlamento 2021 sul diabete mellito. Available at : https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?menu=notizie&id=5900

Ministero della Salute. Stili di vita- guadagnare salute. Available at: https://www.salute.gov.it/portale/stiliVita/homeStiliVita.jsp

Ministero della salute: Portale. Che cos'è la salute mentale? Available at: https://www.salute.gov.it/portale/saluteMentale/dettaglioContenutiSaluteMentale.jsp?lingua=italiano&id=171&area=salute%20mentale&menu=vuoto#:~:text=I%20determinanti%20della%20salute%20mentale,cui%20le%20politiche%20adottate%20a.36

Ministero della salute: Portale. Dettaglio nutrizione: Obesità. Available at: https://www.salute.gov.it/portale/nutrizione/dettaglioContenutiNutrizione.jsp?lingua=italiano&id=5510&area=nutrizione&menu=vuoto#:~:text=L%27Organizzazione%20Mondiale%20della%20Sanit%C3%A0,se%20%E2%89%A5%2030%20kg%2Fm2

Ministero della salute: Portale. Piano Nazionale della Prevenzione. Available at: https://www.salute.gov.it/portale/prevenzione/dettaglioContenutiPrevenzione.jsp?lingua=italiano&id=5762&area=prevenzione&menu=obiettivi2020

Naci H, Salcher-Konrad M, Dias S, Blum MR, Sahoo SA, Nunan D, Ioannidis JPA. How does exercise treatment compare with antihypertensive medications? A network meta-analysis of 391 randomised controlled trials assessing exercise and medication effects on systolic blood pressure. Br J Sports Med. 2019 ;53(14):859-869. doi: 10.1136/bjsports-2018-099921

Otten D, Tibubos AN, Schomerus G, et al. Similarities and Differences of Mental Health in Women and Men: A Systematic Review of Findings in Three Large German Cohorts. Front Public Health. 2021;9:553071. doi:10.3389/fpubh.2021.553071

Pharr JR, Terencio MAM, Bungum T. Physical Activity Guidelines Compliance and Its Relationship With Preventative Health Behaviors and Risky Health Behaviors. J Phys Act Health. 2020;17(10):1003-1008. Published 2020 Sep 16. doi:10.1123/jpah.2020-0039

Philippens N, Janssen E, Kremers S, Crutzen R. Determinants of natural adult sleep: An umbrella review. PLoS One. 2022;17(11):e0277323. Published 2022 Nov 7. doi:10.1371/journal.pone.0277323

Randa H., Lomholt JJ, Skov L., Zachariae R. Qualità della vita correlata alla salute negli adolescenti con psoriasi: uno studio basato su interviste. Fratello J. Dermatol. 2018; 178 :1404–1411. doi: 10.1111/bjd.16326

Reid KJ, Baron KG, Lu B, Naylor E, Wolfe L, Zee PC. Aerobic exercise improves self-reported sleep and quality of life in older adults with insomnia. Sleep Med. 2010 Oct;11(9):934-40. doi: 10.1016/j.sleep.2010.04.014. Epub 2010 Sep 1. PMID: 20813580; PMCID: PMC2992829

Scheffer DDL, Latini A. Exercise-induced immune system response: Anti-inflammatory status on peripheral and central organs. Biochim Biophys Acta Mol Basis Dis. 2020;1866(10):165823. doi:10.1016/j.bbadis.2020.165823

Schuch FB, Vancampfort D. Physical activity, exercise, and mental disorders: it is time to move on. Trends Psychiatry Psychother. 2021 Jul-Sep;43(3):177-184. doi: 10.47626/2237-6089-2021-0237. Epub 2021 Apr 21. PMID: 33890431; PMCID: PMC8638711

Sejbuk M, Mirończuk-Chodakowska I, Witkowska AM. Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. Nutrients. 2022 May 2;14(9):1912. doi: 10.3390/nu14091912. PMID: 35565879; PMCID: PMC9103473

Smith PJ, Merwin RM. The Role of Exercise in Management of Mental Health Disorders: An Integrative Review. Annu Rev Med. 2021 Jan 27;72:45-62. doi: 10.1146/annurev-med-060619-022943

Sommer R, Westphal L, Mrowietz U, Gerdes S, Augustin M. Measuring well-being in psoriasis: psychometric properties of the WHO-5 questionnaire. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2022;36(12):e986-e987. doi: 10.1111/jdv.18396

Steven S, Taylor R. Restoring normoglycaemia by use of a very low calorie diet in long- and short-duration Type 2 diabetes. Diabet Med. 2015 Sep;32(9):1149-55. doi: 10.1111/dme.12722

Watson N.F., Buchwald D., Vitiello M., Noonan C., Goldberg J. A twin study of sleep duration and body mass Index. J. Clin. Sleep Med. 2010;6:11–17. doi: 10.5664/jcsm.27704

WHO Newsroom. Fact-sheet: Mental Health. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response

WHO Newsroom. Fact-sheet: Physical activity. Available at: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity

WHO. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Available at :

https://www.promozionesalute.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/86954eca-2ef1-4f7e-bf6d-ae46a46a7e4e/LG+PREV+DECANDENZA+COGNITIVA_DEMENZA_+STILI+DI+VITA_WHO_2019.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-86954eca-2ef1-4f7e-bf6d-ae46a46a7e4e-mK9UnNQ

WHO. Systems thinking for noncommunicable disease prevention policy: guidance to bring systems approaches into practice. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research. Diet, nutrition, physical activity and cancer: A global perspective. Continuous Update Project Expert Report 2018. Available at: https://wcrf.org/diet-activity-and-cancer/

Zeevi D, Korem T, Zmora N, Israeli D, Rothschild D, Weinberger A, Ben-Yacov O, Lador D, Avnit-Sagi T, Lotan-Pompan M, Suez J, Mahdi JA, Matot E, Malka G, Kosower N, Rein M, Zilberman-Schapira G, Dohnalová L, Pevsner-Fischer M, Bikovsky R, Halpern Z, Elinav E, Segal E. Personalized Nutrition by Prediction of Glycemic Responses. Cell. 2015 Nov 19;163(5):1079-1094. doi: 10.1016/j.cell.2015.11.001

Zhang X, Wang X, Hu H, Qu H, Xu Y, Li Q. Prevalence and Trends of Thyroid Disease Among Adults, 1999-2018. Endocr Pract. 2023 Nov;29(11):875-880. doi: 10.1016/j.eprac.2023.08.006

Zhao Z, Li L, Sang Y. The COVID-19 pandemic increased poor lifestyles and worsen mental health: a systematic review. Am J Transl Res. 2023 May 15;15(5):3060-3066

03

NICOTINA: DAL CONSUMO *ANALOGICO* AL CONSUMO *DIGITALE*

03

NICOTINA: DAL CONSUMO *ANALOGICO* AL CONSUMO *DIGITALE*

NICOTINA: DAL CONSUMO *ANALOGICO* AL CONSUMO *DIGITALE*

Sonia Cerrai

INTRODUZIONE

Il consumo di tabacco rappresenta un fenomeno ampiamente radicato che, secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO) e le stime del Global Burden of Disease (GBD), coinvolge un miliardo e trecentomila fumatori nel mondo e rappresenta la prima causa di morte evitabile e tra le più grandi minacce per la salute pubblica (World Health Organization, 2021; GBD, 2019). Secondo tali stime, il numero totale di fumatori nella popolazione di età pari o superiore a 15 anni è aumentato negli ultimi decenni a causa della crescita demografica nonostante la prevalenza del fumo sia diminuita a livello mondiale a partire dagli anni '90 anche in conseguenza del massiccio sforzo collaborativo di prevenzione istituito in seno alla WHO Framework Convention on Tobacco Control (WHO FCTC).

L'importanza di affrontare la diffusione dell'abitudine al consumo di tabacco va oltre le cifre di mortalità e le implicazioni sulla salute individuale. La dipendenza da tabacco non solo mina la qualità della vita dei fumatori, ma ha anche impatti significativi sul sistema sanitario, con costi elevati per trattamenti e cure correlate al tabagismo. La prevenzione assume quindi un ruolo cruciale nell'abbassare la pressione sui servizi sanitari e nel migliorare la salute pubblica.

La strategia della WHO e le regolamentazioni anti-tabacco hanno dimostrato di essere efficaci nel contrastare la diffusione del consumo di tabacco. Ma il lavoro non è ancora completo e il perseguimento dell'obiettivo di generazioni senza tabacco richiede sforzi continuativi e una stretta collaborazione tra governi, organizzazioni sanitarie e comunità.

Con l'avvento del nuovo millennio, tuttavia, il panorama delle abitudini al fumo ha iniziato a modificarsi e, contemporaneamente, a vanificare decenni di programmi di prevenzione. La ricerca di metodi meno dannosi per l'assunzione di nicotina, con l'applicazione della tecnologia e con l'ingresso in partita dell'industria del tabacco, ha infatti originato un enorme ampliamento dell'offerta, con il risultato di agganciare nuove fette di mercato sia tra i fumatori adulti, interessati a preservare la propria salute o a smettere di fumare le sigarette tradizionali, sia tra giovani e giovanissimi, ormai largamente dissuasi dal fumo analogico associato alla generazione dei genitori e

non desiderabile come stile di vita, ma attratti da nuove esperienze digitali di assunzione di nicotina.

L'adozione di politiche per limitare l'accesso a prodotti del tabacco, educare sulle conseguenze nocive e offrire programmi di disintossicazione può contribuire a ridurre la dipendenza. La creazione di una società informata e consapevole è fondamentale per guidare le future generazioni verso uno stile di vita senza tabacco.

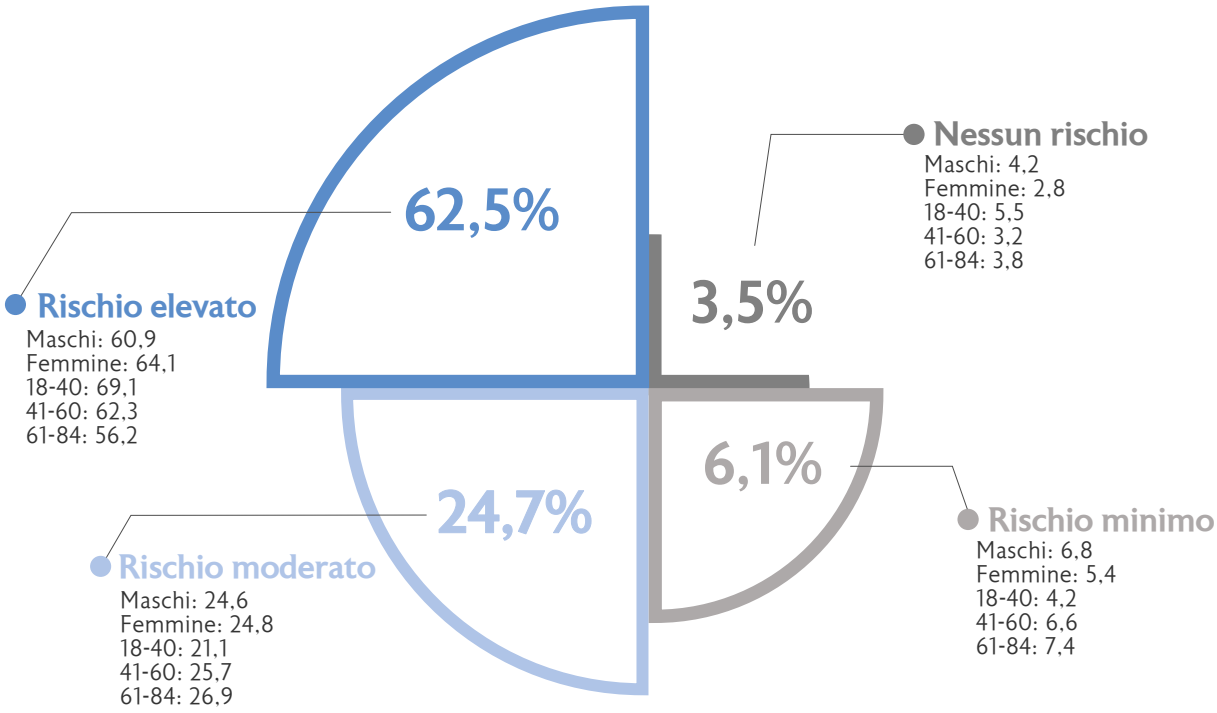
I dati relativi alla popolazione italiana adulta (18-84 anni) raccolti attraverso lo studio nazionale IPSAD®2022 forniscono un quadro informativo particolarmente inclusivo capace di delineare chiaramente i contorni di questo fenomeno, dalla percezione del rischio, alla diffusione dell'abitudine al fumo e ai pattern di consumo, considerando le differenze di genere e tra le fasce di età.

PERCEZIONE DEL RISCHIO

I dati raccolti in relazione al rischio percepito e alla conoscenza dei divieti di fumo tra la popolazione adulta indicano la presenza di una residua ma non trascurabile sacca di disinformazione e dispercezione nella società italiana.

Interrogati sul rischio associato al fumo di oltre dieci sigarette al giorno, più della metà dei rispondenti che hanno provato a fumare almeno una sigaretta nella vita, ritiene questo consumo altamente rischioso, soprattutto le donne, mentre il 6,1% lo reputa minimamente rischioso e il 3,5% ritiene il rischio addirittura nullo. Un ulteriore 3,2% della popolazione non è in grado di esprimere una valutazione del rischio. La dispercezione inerente ai potenziali rischi associati a questo comportamento riguarda prevalentemente il genere maschile e la fascia di età più avanzata (61-84enni) e cresce in termini percentuali tra i fumatori quotidiani attivi.

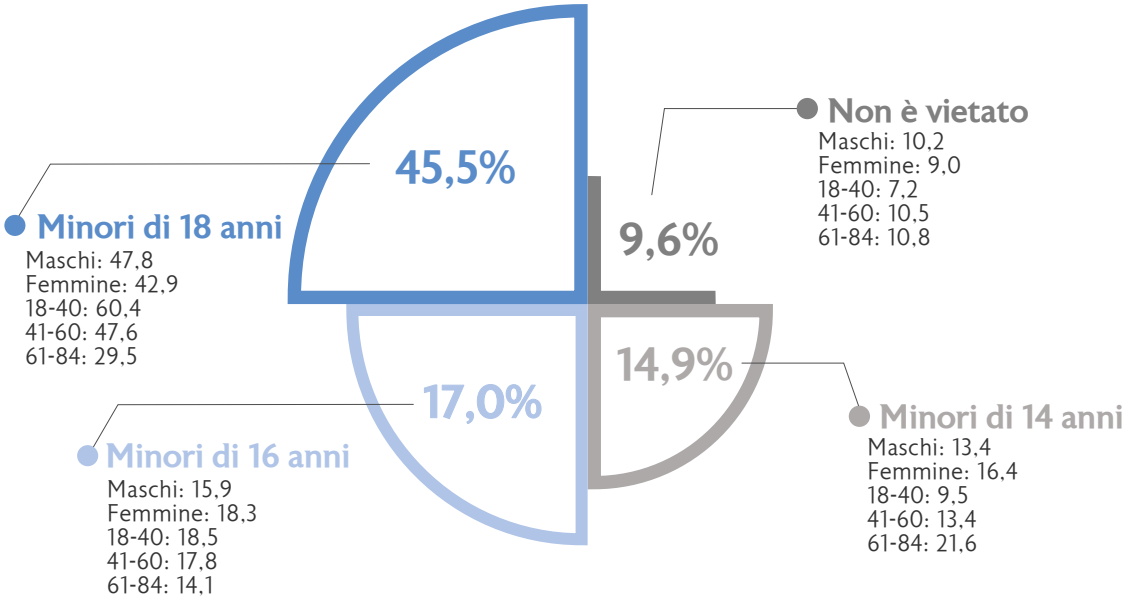
Figura 1. Percezione del rischio di fumare 10 o più sigarette al giorno: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia di età[1]. Anno 2022



[1] Il 3,1% non ha saputo esprimere un'opinione al riguardo (M=5,5%; F=3,0%; 18-40=2,1%; 41-60=2,2%; 61-84=5,7%)

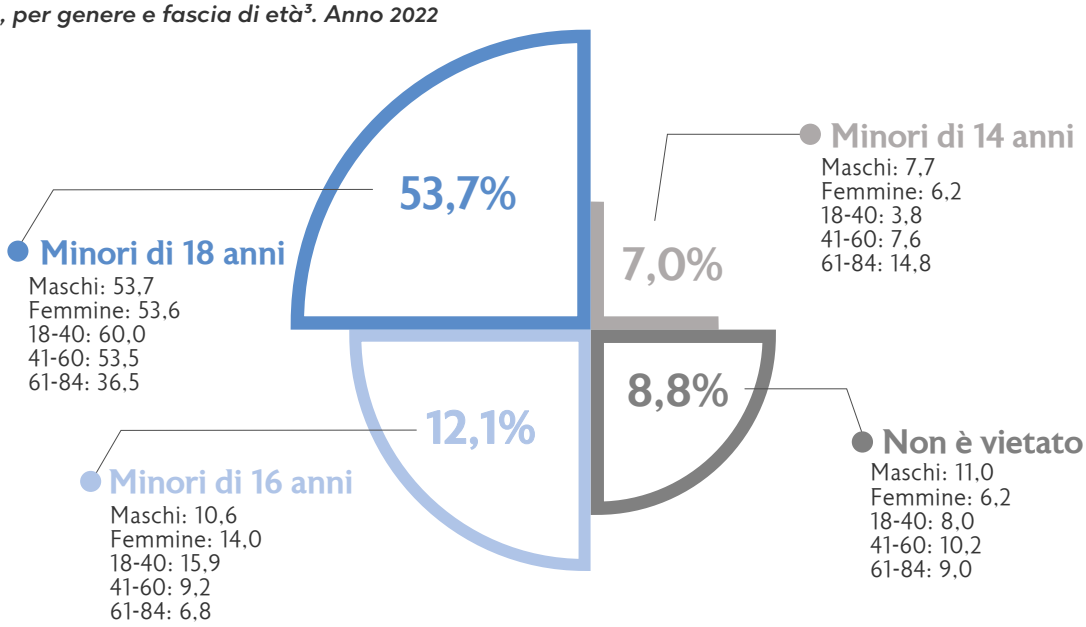
Poco meno della metà dei rispondenti tra i 18 e gli 84 anni è a conoscenza del fatto che fumare sia vietato ai minori di 18 anni, mentre circa il 10% ritiene che il fumo non sia vietato. Il 13% inoltre afferma di non saper rispondere alla domanda, in particolare le donne.

Figura 2. Conoscenza dei divieti associati al fumo di sigarette: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia di età[2]. Anno 2022



La situazione è leggermente diversa se si considera il divieto imposto ai minori di 18 anni di utilizzo delle sigarette elettroniche. In questo caso, tra i rispondenti che hanno usato questi dispositivi almeno una volta nella vita, più della metà è a conoscenza del divieto, l'8,8% ritiene che il divieto non sussista e il 18% non è in grado di fornire una risposta.

Figura 3. Conoscenza dei divieti associati all'utilizzo di sigarette elettroniche: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia di età[3]. Anno 2022



[2] Il 12,7% non ha saputo esprimere un'opinione al riguardo (M=13,3%; F=20,1%; 18-40=12,4%; 41-60=19,4%; 61-84=33,0%)
[3] Il 13,0% non ha saputo esprimere un'opinione al riguardo (M=12,7%; F=13,3%; 18-40=4,4%; 41-60=10,7%; 61-84=23,6%)

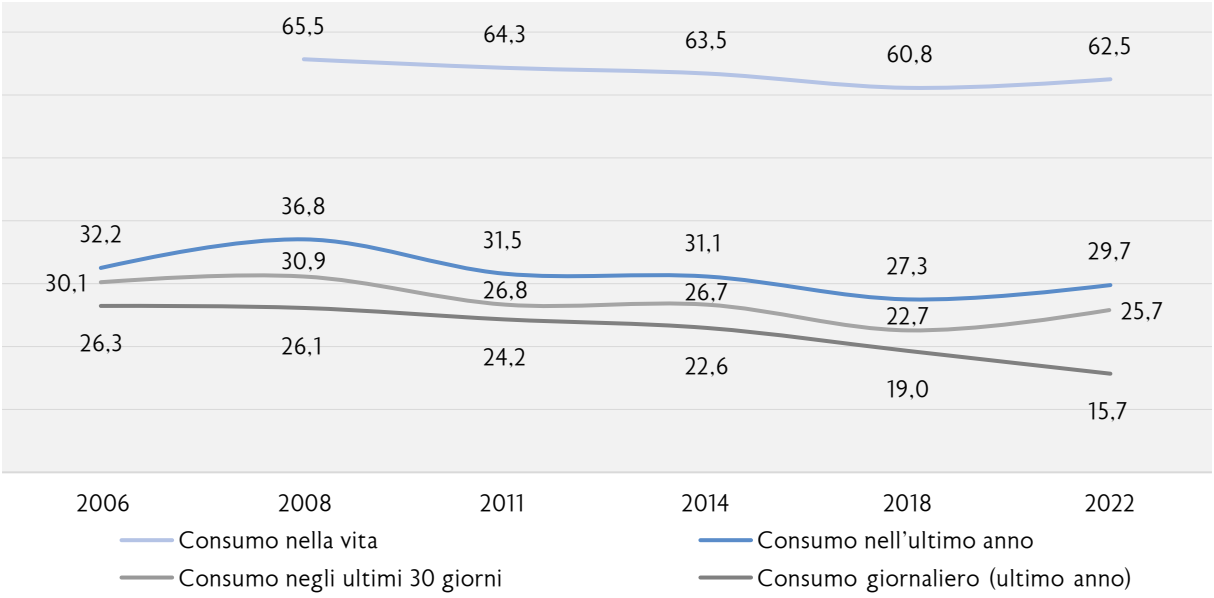
DIFFUSIONE E PATTERN DI CONSUMO

Tabacco

Quasi 30milioni (62%) di persone tra i 18 e gli 84 anni affermano di aver fumato tabacco nella propria vita, 24milioni (51%) sono stati almeno una volta nella vita fumatori di sigarette tradizionali, valore che si attesta al 29,3% (pari a circa 14milioni) per quanto riguarda il consumo riferito nell'anno 2022. Il 26% degli italiani, ossia 12milioni, ha riferito un consumo corrente (negli ultimi 30 giorni) e il 15%, pari a poco più di 7milioni, un consumo quotidiano di sigarette tradizionali.

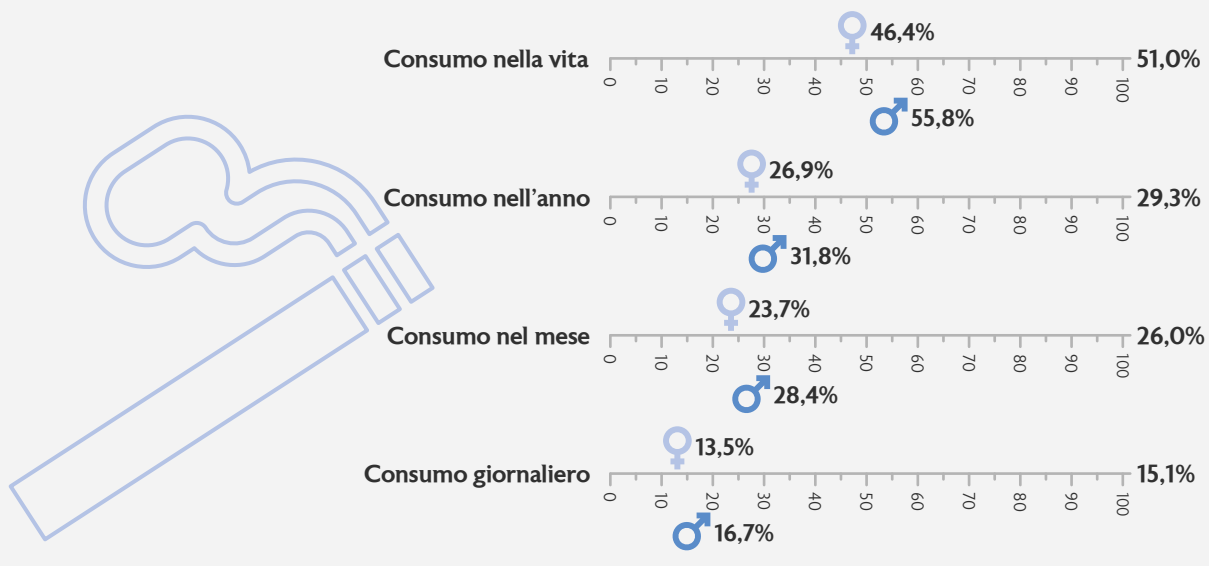
L'analisi temporale[4] delle abitudini di fumo in Italia, evidenzia una riduzione di tutti i consumi di tabacco tra il 2008 e il 2018, seguita da un aumento nell'ultimo anno di rilevazione per tutti gli indicatori eccetto il consumo giornaliero.

Figura 4. Consumo di tabacco: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2006-2022



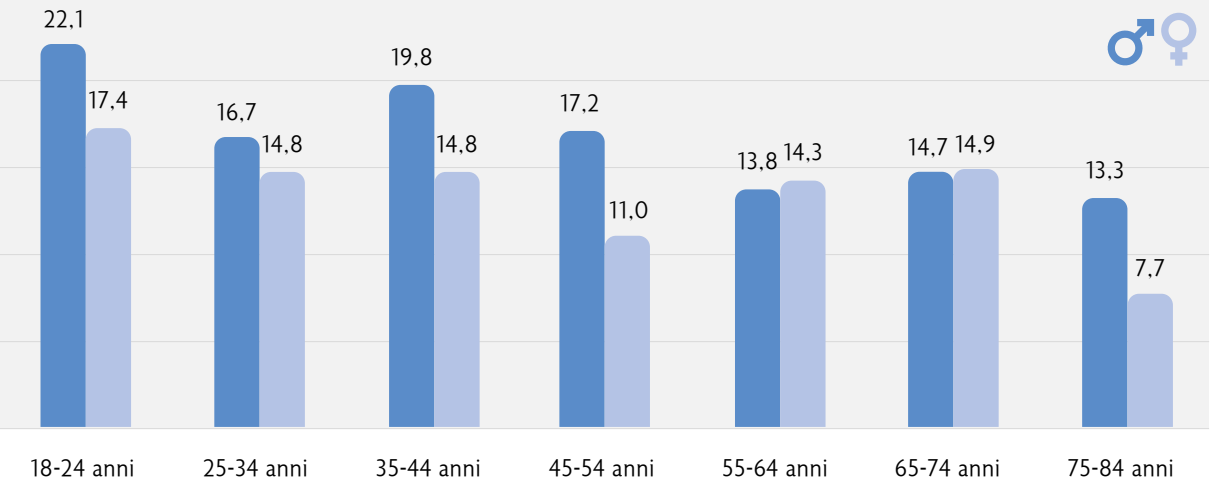
[4] Per una corretta confrontabilità con le precedenti edizioni dello studio, l'analisi temporale dei consumi viene sviluppata sulla popolazione 18-64enne. Questo è da tenersi in considerazione per tutte le analisi di trend presenti nel capitolo.

Nella rilevazione IPSAD®2022 gli uomini fanno registrare prevalenze superiori alle donne con un rapporto di genere M/F pari a 1.2 per tutti gli indicatori di consumo. I dati indicano inoltre che l'età media di primo utilizzo è pari a 17 anni, con una quota del 7,4% di persone che riferisce un'iniziazione precoce al fumo, entro i 14 anni di età (M=8,2%; F=6,5%).



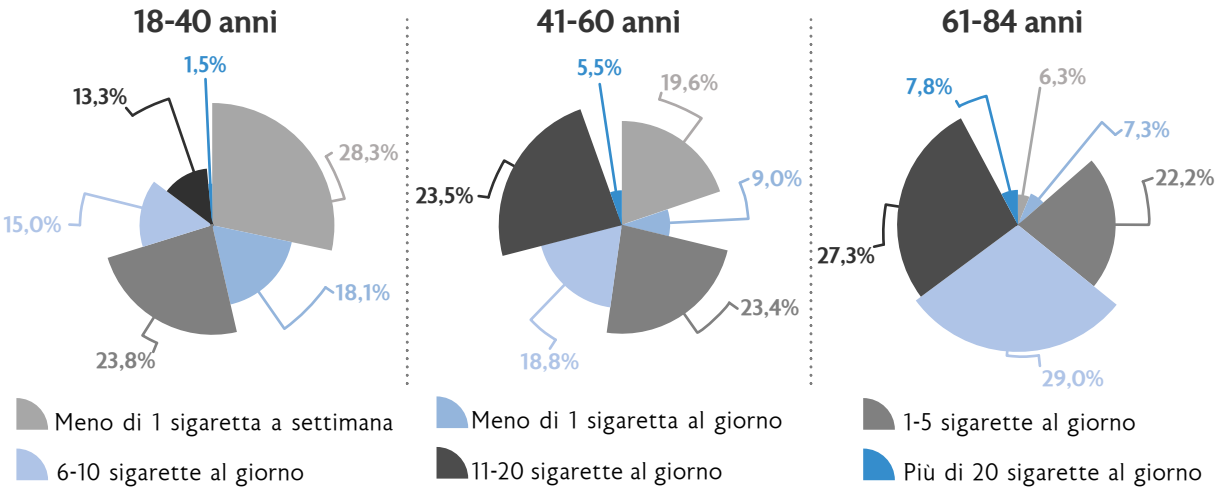
Osservando il comportamento di fumo quotidiano di sigarette tradizionali nelle diverse fasce di età, si osserva una diminuzione della prevalenza all'aumentare dell'età, con valori che passano dal 20% tra i 18-24enni, al 14% tra i 45-54enni fino al 10% tra i 75-84enni. Tale andamento decrescente è meno lineare tra le fumatrici.

Figura 5. Utilizzo quotidiano di sigarette tradizionali nell'ultimo anno per genere e fascia d'età. Anno 2022

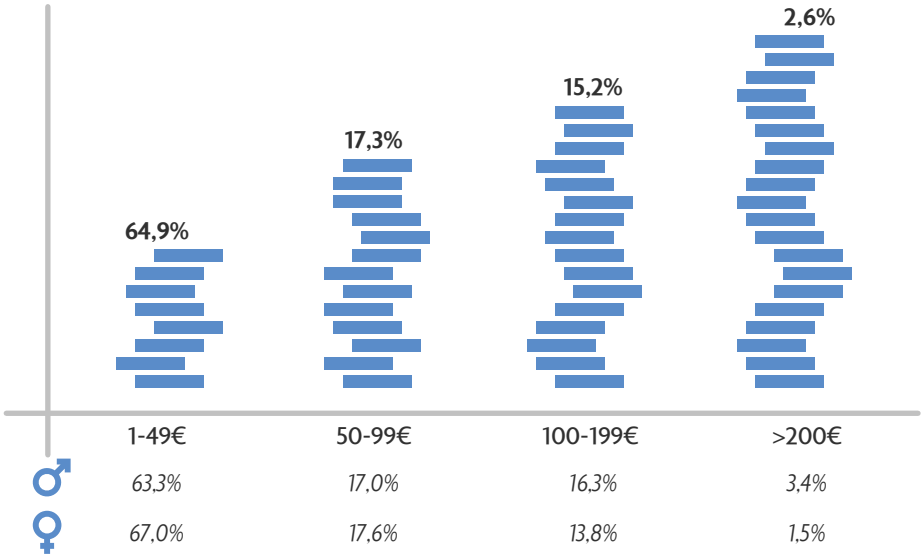


In termini di frequenza di consumo, il 34% dei fumatori afferma di consumare meno di una sigaretta al giorno (M=34%; F=34%), il 23% fuma 1-5 sigarette al giorno (M=21%; F=26%), il 19% da 6 a 10 sigarette (M=20%; F=18%) e il 24% oltre le 10 sigarette (M=24%; F=23%). Si osserva come all'aumentare dell'età corrisponda un aumento della frequenza di consumo a fronte di una diminuzione della prevalenza di utilizzo. Sono il 7,8% i fumatori tra i 61 e gli 84 anni che riferiscono di fumare più di 20 sigarette al giorno rispetto all'1,5% e al 5,5% osservato rispettivamente tra i 18-40enni e 41-60enni.

Figura 6. Frequenza di utilizzo quotidiano di sigarette tradizionali nell'anno per fascia di età. Anno 2022

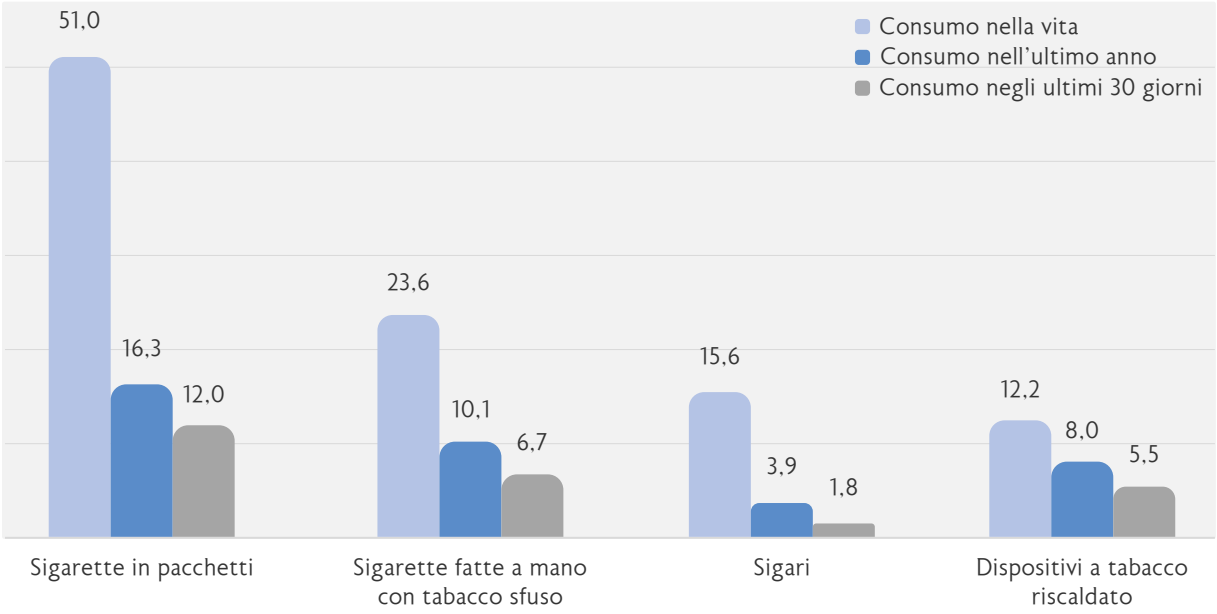


In relazione alla spesa per l'acquisto di tabacchi nell'ultimo mese, più della metà dei fumatori riferisce una spesa inferiore ai 50 euro, il 17% ha speso tra i 50 e i 99 euro, il 15% tra i 100 e i 199 euro e, infine, il 2,6% ha speso almeno 200 euro. Sono soprattutto gli uomini a investire somme di denaro maggiori per l'acquisto di tabacchi.



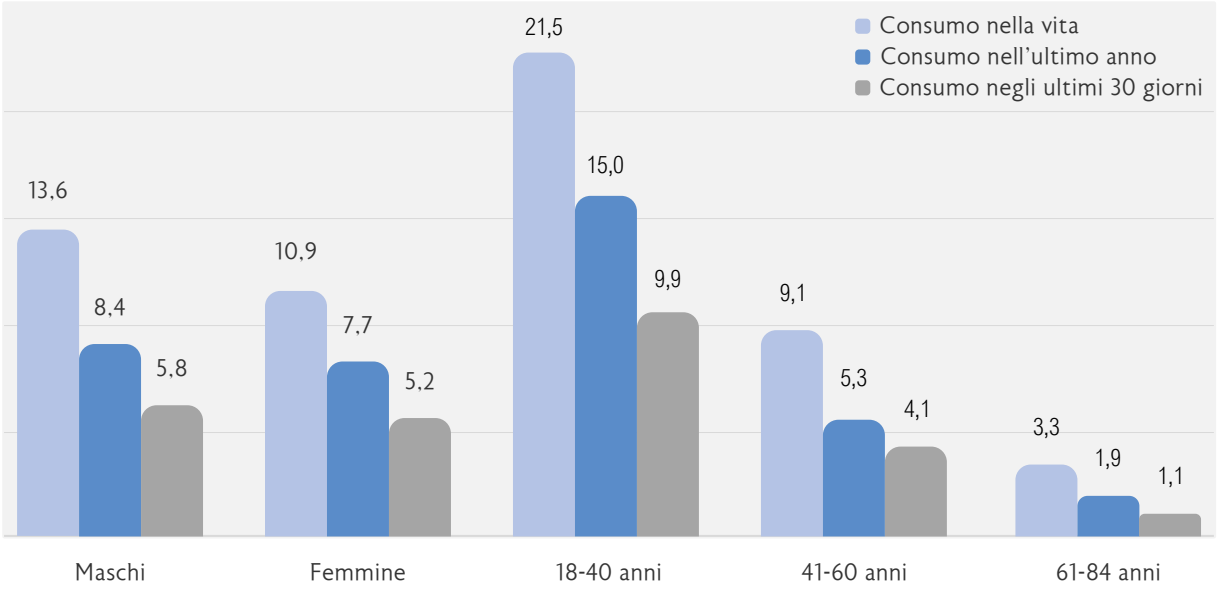
A prescindere dall'indicatore di consumo, le sigarette tradizionali in pacchetti rappresentano la soluzione più utilizzata dai fumatori, seguita dal tabacco trinciato sfuso.

Figura 7. Utilizzo di tabacco nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese per tipologia di dispositivo. Anno 2022



Riguardo invece all'utilizzo di dispositivi a tabacco riscaldato, sono soprattutto gli uomini ad averli utilizzati nell'arco della vita e nell'ultimo anno. Non si osservano sostanziali differenze di genere relativamente al loro utilizzo nel mese, mentre si osserva un maggiore utilizzo dei dispositivi a tabacco riscaldato tra le persone più giovani tra i 18 e i 40 anni per tutti gli indicatori di consumo.

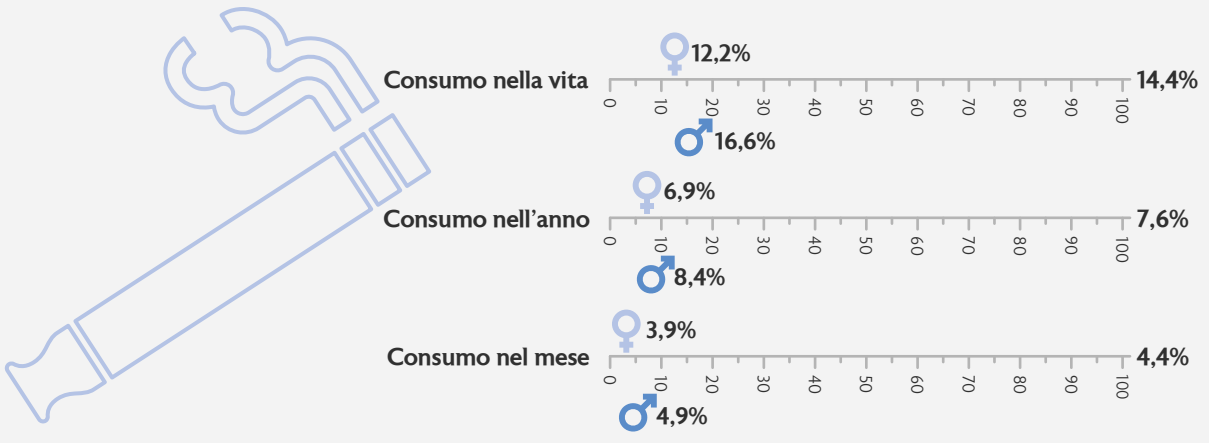
Figura 8. Utilizzo di dispositivi a tabacco riscaldato nella vita, nell'ultimo anno e nell'ultimo mese per genere e fascia di età. Anno 2022



Infine, tra i 18-84enni che hanno fumato almeno una volta nella vita, il 66% afferma di aver attualmente smesso di fumare, in particolare, come facilmente prevedibile, la fascia di età più anziana (61-84 anni: 79%). L'età media in cui hanno cessato l'abitudine al fumo è pari a 32 anni (39 anni nella fascia 61-84 anni). Tra gli ex-fumatori, la maggior parte fumava da 1 a 10 sigarette al giorno (69%), il 22% 11-20 sigarette e l'8,6% oltre le 20 sigarette.

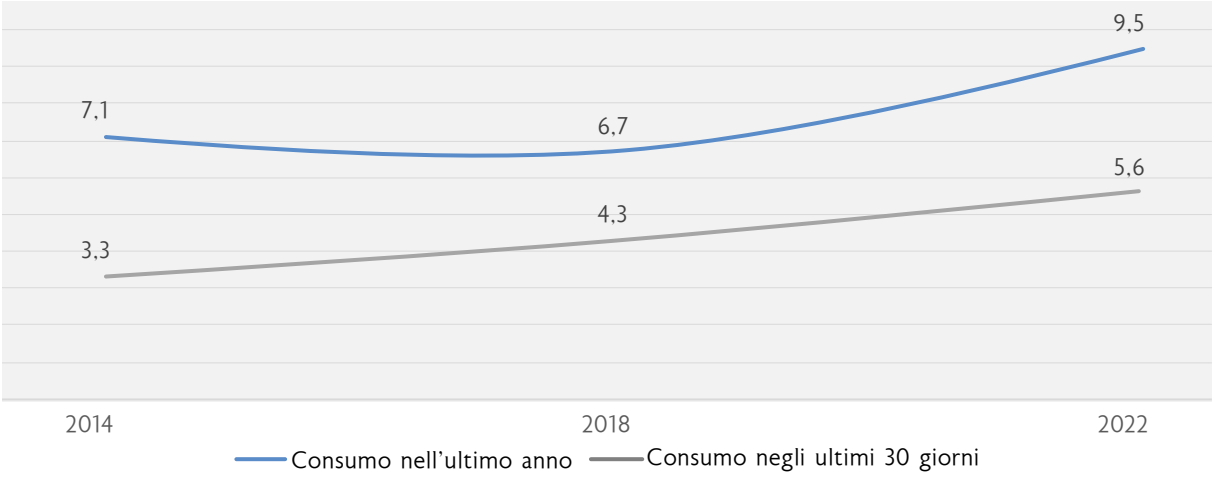
Sigarette elettroniche

Sono il 14% (6milioni e 800mila) gli italiani tra i 18 e gli 84 anni che hanno utilizzato sigarette elettroniche almeno una volta nel corso della loro vita, il 7,6% (3milioni e 600mila persone) le ha utilizzate durante gli ultimi 12 mesi e il 4,4% (2milioni) ne fa un uso corrente (ultimi 30 giorni). In linea con quanto osservato per le sigarette tradizionali, sono prevalentemente gli uomini a riportarne l'utilizzo. Si osserva inoltre come l'età media di primo uso sia pari a 34 anni, valore che passa a 35 anni per quanto concerne l'uso giornaliero.



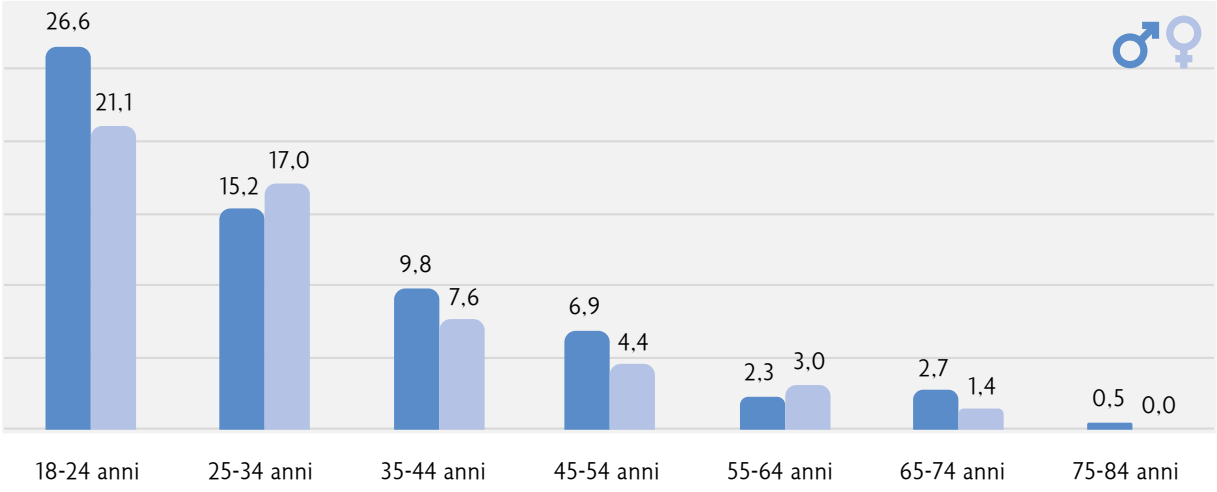
La sigaretta elettronica ha fatto la sua comparsa sul mercato italiano, primo insieme a quello giapponese, nel 2010. Lo studio IPSAD® ne rileva l'utilizzo tra gli italiani tra i 18 e i 64 anni di età a partire dal 2014: la comparazione degli utilizzi nel corso dei 12 mesi e degli ultimi 30 giorni (uso nell'anno e uso corrente) mette in luce un aumento costante dell'utilizzo di sigarette elettroniche per entrambi gli indicatori nel corso del tempo.

Figura 9. Utilizzo di sigarette elettroniche: trend delle prevalenze. Anni 2014-2022



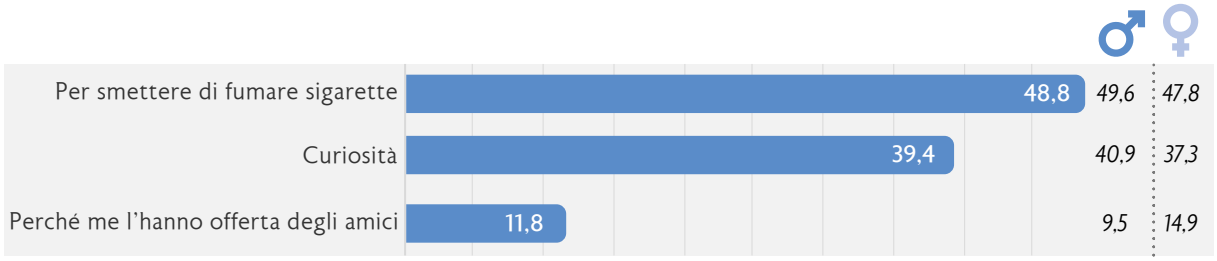
Sono soprattutto i più giovani ad aver utilizzato questa tipologia di dispositivi nel corso dell'anno. La prevalenza, infatti, passa dal 24% tra i 18-24enni allo 0,2% tra i 75-84enni. L'utilizzo tra le donne sopravanza quello maschile nelle fasce di età 25-34 anni e 55-64 anni.

Figura 10. Utilizzo di sigarette elettroniche nell'ultimo anno per genere e fascia d'età. Anno 2022



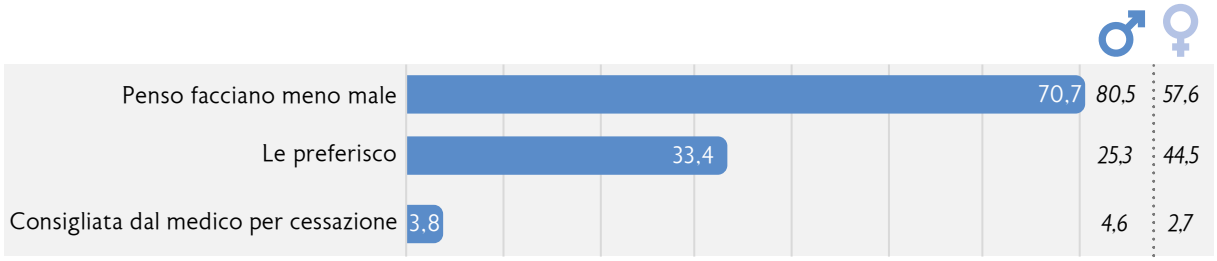
Quando interrogati sulle motivazioni del primo utilizzo, circa la metà di chi ha sperimentato sigarette elettroniche nella vita riferisce di averle provate per smettere di fumare e il 39% per curiosità, in particolare tra gli uomini. Viceversa, sono soprattutto le donne ad averle sperimentate per la prima volta perché offerte dagli amici.

Figura 11. Motivazioni per le quali sono state provate per la prima volta sigarette elettroniche totale e per genere. Anno 2022



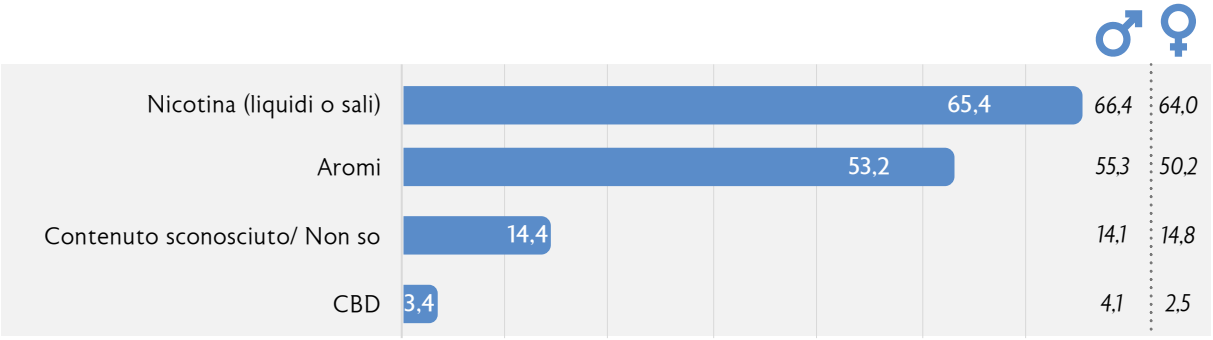
Tra coloro che invece le utilizzano attualmente, il 71% pensa che questa tipologia di dispositivi sia meno dannosa delle sigarette tradizionali, un terzo le utilizza in maniera preferenziale rispetto al tabacco classico e il 3,8% perché consigliati dal medico per cessazione.

Figura 12. Motivazioni per le quali sono attualmente utilizzate sigarette elettroniche totale e per genere. Anno 2022



Per oltre il 65% dei casi la ricarica utilizzata nei dispositivi elettronici è la nicotina, in forma liquida o di sali, seguita dall'utilizzo di aromi (53%) e, nel 3,4% dei casi, da contenuto a base di CBD, soprattutto tra gli uomini. È interessante notare come il 14% degli utilizzatori non sappia specificare il contenuto della ricarica.

Figura 13. Ricarica utilizzata nei dispositivi elettronici totale e per genere. Anno 2022



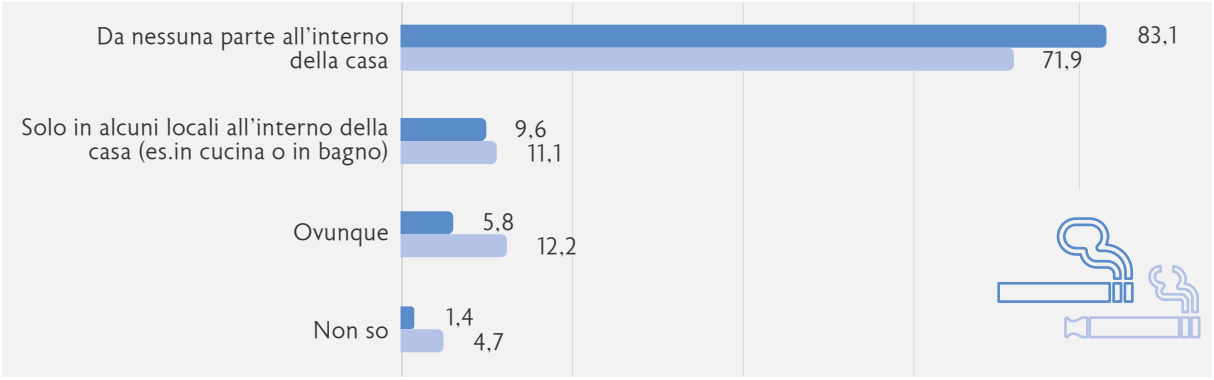
FUMO PASSIVO

In considerazione dei rischi associati all'esposizione al fumo passivo, dalle malattie respiratorie alla disabilità (OMS, 2005; Olivieri et al., 2019), ai partecipanti allo studio è stato chiesto il tempo medio giornaliero durante il quale sono stati esposti al fumo passivo di sigarette tradizionali ed elettroniche nell'arco dell'ultimo mese. In relazione alle sigarette tradizionali, la durata media di esposizione al fumo passivo è stata pari a circa 1 ora, valore che passa a 2 tra le donne e all'interno della fascia di età più giovane (18-40 anni).

Analogamente, per quanto riguarda l'esposizione a fumo da sigaretta elettronica i rispondenti hanno riferito un'esposizione media giornaliera nell'ultimo mese pari a circa 1 ora, senza differenze di genere e di età, a eccezione della fascia 65-84enne che riferisce un'esposizione circa nulla.

La maggior parte delle persone afferma che all'interno della propria casa non sia consentito fumare sigarette tradizionali (83%) o elettroniche (72%), mentre rispettivamente il 9,6% e l'11% riferisce il consumo di sigarette tradizionali o elettroniche solo all'interno di alcuni locali domestici. Si osserva come l'utilizzo delle sigarette elettroniche sia più accettato all'interno dell'ambiente domestico considerando che il 12% ritiene possibile il loro consumo ovunque, a fronte di un 5,8% riferito alle sigarette tradizionali. Il restante 1,4% e 4,7% non sa riferire se nella propria abitazione sia consentito rispettivamente fumare sigarette tradizionali o utilizzare sigarette elettroniche.

Figura 14. Luoghi domestici nei quali è possibile fumare sigarette tradizionali ed elettroniche. Anno 2022

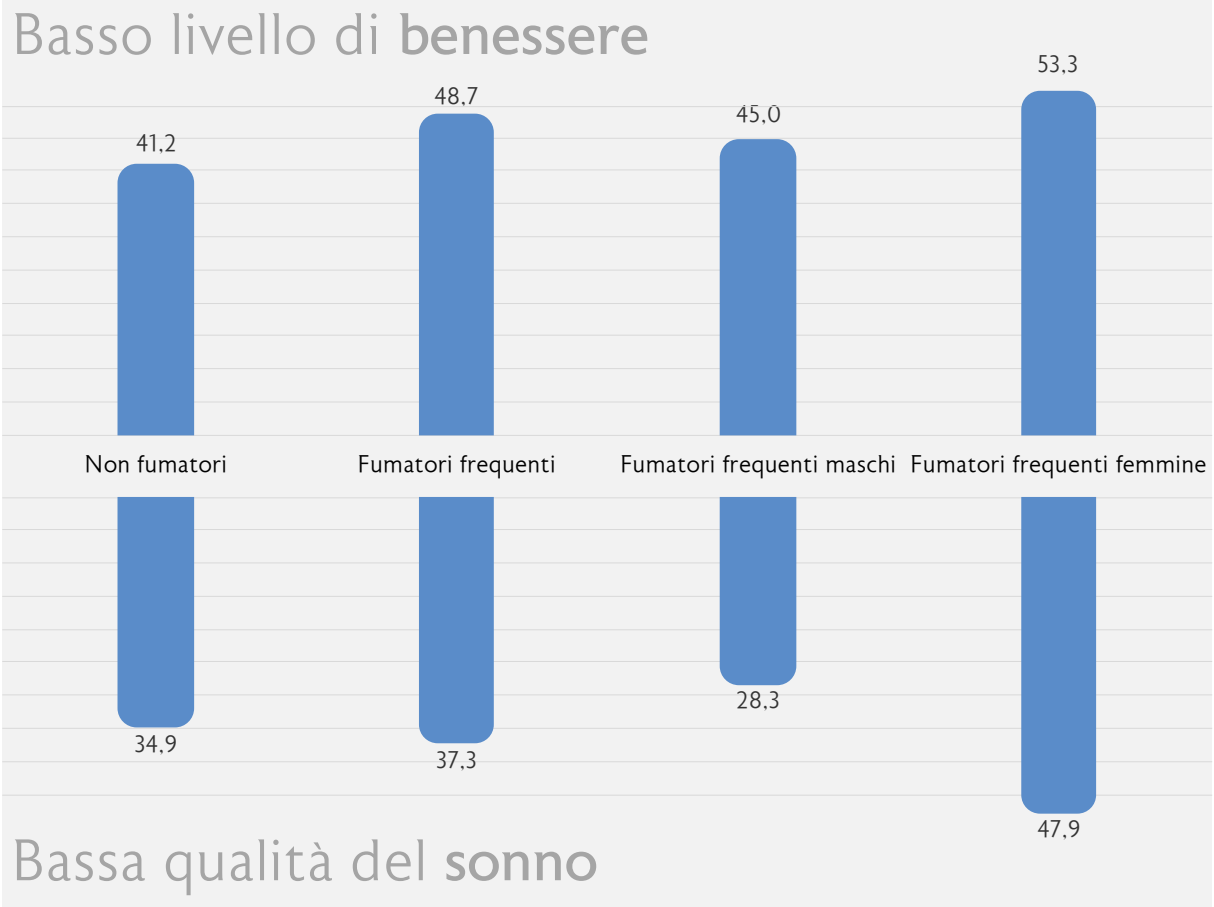


STATO DI SALUTE

In linea con la letteratura scientifica che evidenzia come il consumo di sigarette comporti conseguenze da negative a gravi sullo stato di salute della persona (Münzel et al., 2020), i dati dello studio IPSAD® 2022 rilevano percentuali maggiori di bassa percezione dello stato di benessere (49%) tra i fumatori frequenti (aver consumato almeno una sigaretta al giorno nell'ultimo anno) rispetto ai non fumatori (41%), in particolare tra le donne.

Il 37% dei fumatori frequenti riporta inoltre la presenza di maggiori difficoltà a dormire il numero di ore necessarie, a fronte di un 35% rilevato tra i non fumatori. Anche in questo caso sono soprattutto le donne fumatrici a risentire delle conseguenze dell'abitudine al fumo sul sonno.

Figura 14. Stato di salute e qualità del sonno tra non fumatori, fumatori frequenti e fumatori frequenti per genere[5]. Anno 2022

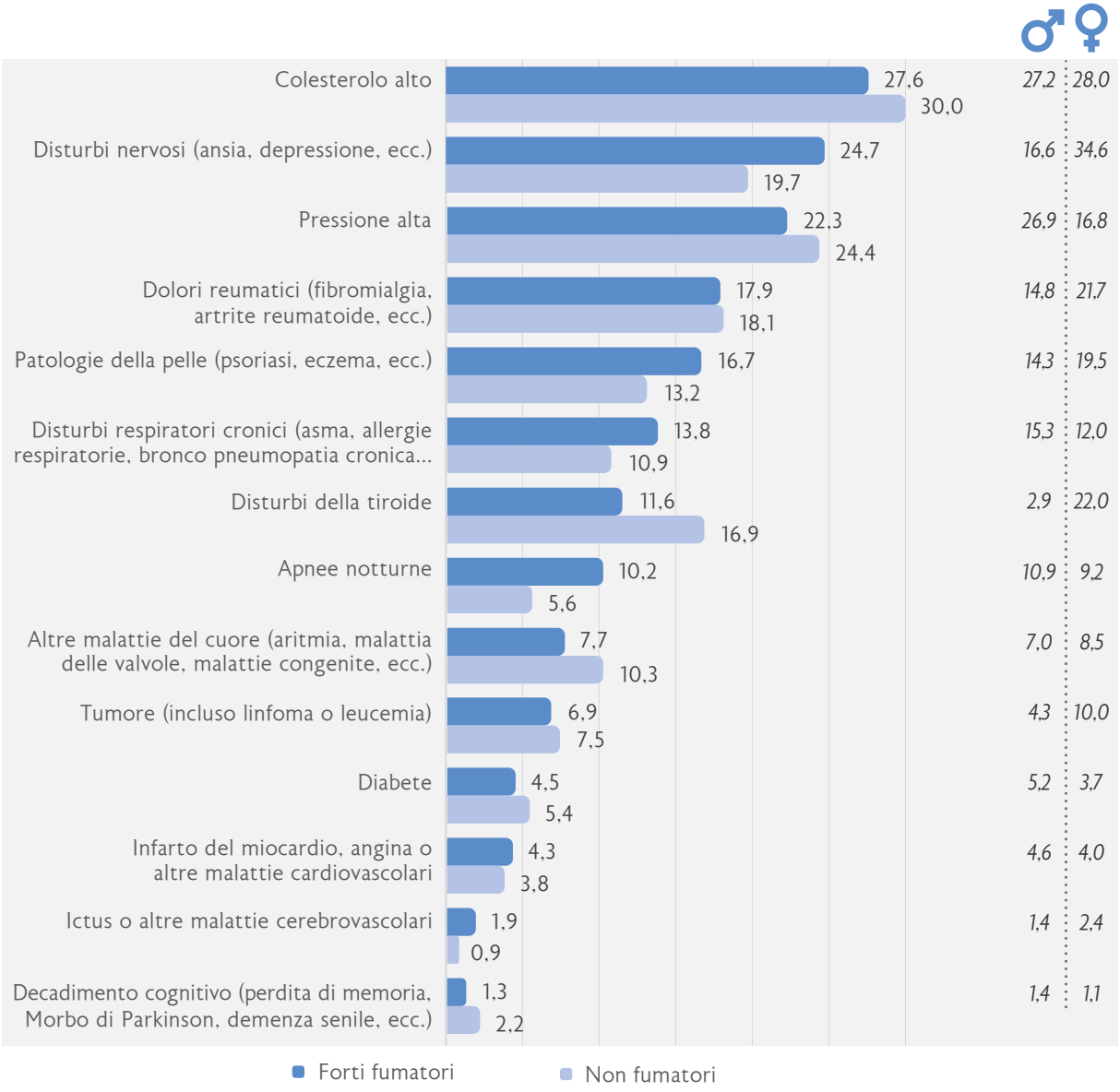


In relazione alle potenziali patologie correlate al consumo di sigarette, rispetto ai non fumatori i fumatori frequenti soffrono maggiormente di malattie e cattive condizioni di salute quali infarto del miocardio, angina o altre malattie cardiovascolari, ictus o altre malattie cerebrovascolari, disturbi nervosi come ansia e depressione, patologie della pelle come psoriasi ed eczema, apnee notturne e disturbi respiratori cronici come asma e allergie respiratorie.

[5] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Buon livello di benessere" e "Buona qualità del sonno".

Tra i fumatori frequenti, l'insorgenza dell'infarto del miocardio, angina o altre malattie cardiovascolari, delle apnee notturne e dei disturbi respiratori cronici riguarda prevalentemente gli uomini. D'altro canto, le donne si caratterizzano maggiormente per l'insorgenza di ictus o altre malattie cerebrovascolari, disturbi nervosi e patologie della pelle.

Figura 15. Patologie correlate tra non fumatori e fumatori frequenti, totale e per genere. Anno 2022



Tendenzialmente, i fumatori frequenti riportano più frequentemente livelli di stress associati a problematiche inerenti all'ambiente familiare, il lavoro e problematiche economico finanziarie. Analizzando per genere, le donne fumatrici presentano livelli di stress più frequenti rispetto agli uomini.

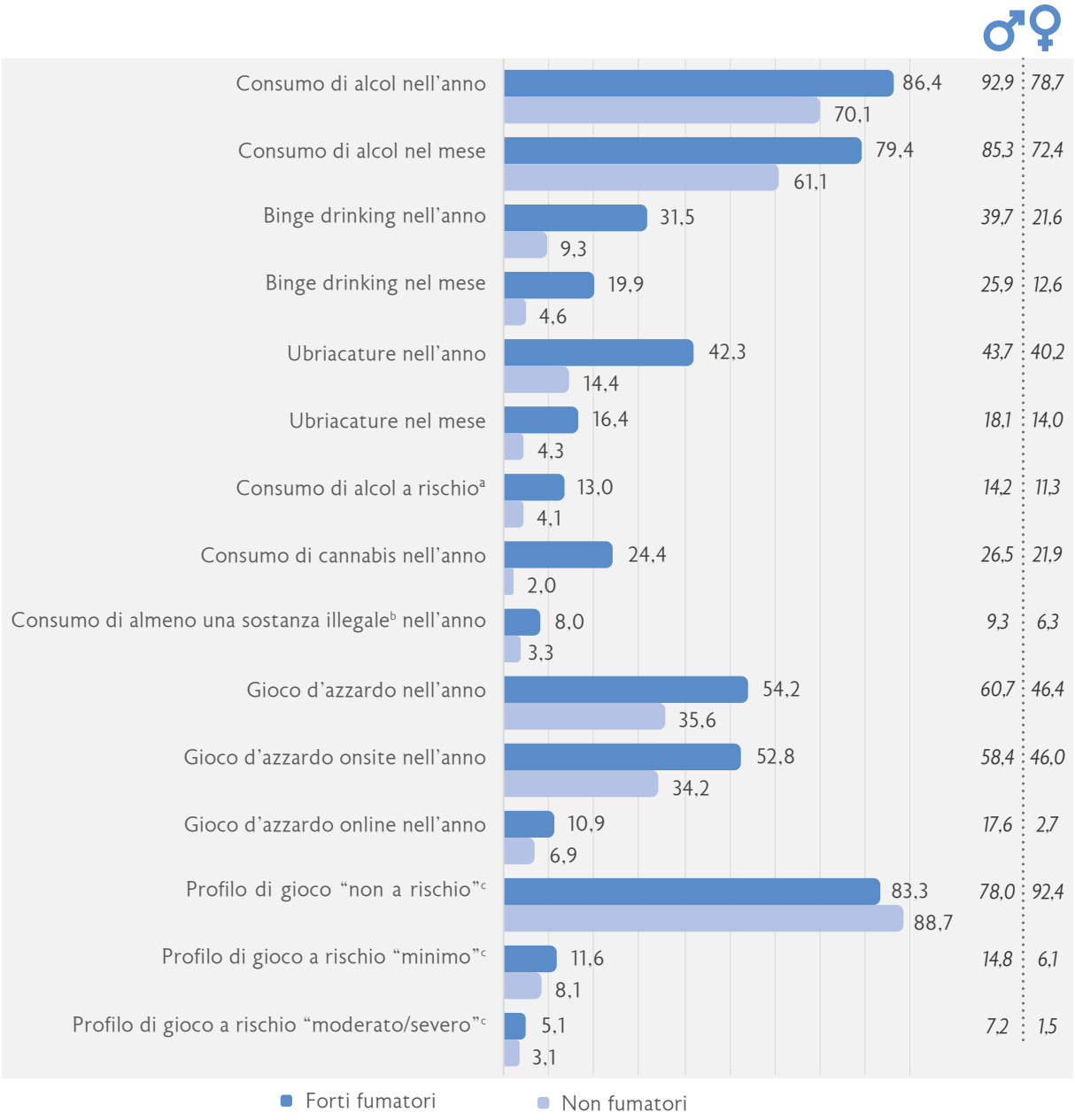
Tabella 1. Motivazioni di stress nell'ultimo anno: confronto tra non fumatori e fumatori frequenti, totale e per genere[6]. Anno 2022

		Non fumatori	Fumatori frequenti totale	Fumatori frequenti maschi	Fumatori frequenti femmine
Per problemi a casa	A volte	53,1	53,5	54,7	54,0
	Spesso	19,0	23,2	13,8	25,7
	Sempre	3,5	3,7	1,9	4,3
Per problemi al lavoro	A volte	36,7	38,0	41,5	33,8
	Spesso	22,7	27,6	22,7	22,9
	Sempre	4,4	6,6	3,3	5,2
Per problemi economico-finanziari	A volte	31,7	37,2	33,5	33,5
	Spesso	9,1	18,3	8,7	12,8
	Sempre	2,8	6,5	3,0	4,0

Infine, per tutte le tipologie di comportamenti a rischio presentati nella figura seguente, dal consumo di alcol al gioco d'azzardo problematico, si osservano percentuali più elevate tra i fumatori frequenti rispetto ai non fumatori. Dall'analisi per genere si evince inoltre quanto gli uomini fumatori siano più inclini all'esperienza dei suddetti comportamenti a rischio rispetto alle donne fumatrici.

[6] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

Figura 3. Comportamenti a rischio tra non fumatori e fumatori frequenti totale e per genere. Anno 2022



[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)

CONCLUSIONI

Lo studio IPSAD®2022 ha fornito un quadro dettagliato del consumo di tabacco e nicotina in Italia, con particolare attenzione all'evoluzione delle abitudini di fumo in risposta all'avanzare della tecnologia e all'ingresso sul mercato di nuovi prodotti. L'analisi dei dati raccolti ha rivelato una complessità di comportamenti e atteggiamenti nei confronti del fumo, con una netta distinzione tra l'uso di sigarette tradizionali e quello di sigarette elettroniche. La conoscenza dei rischi associati al fumo di tabacco mostra una consapevolezza diffusa, ma persistono sacche di disinformazione, soprattutto tra i fumatori abituali. La percezione del rischio varia tra i generi, con le donne che tendono a considerare il fumo più pericoloso rispetto agli uomini. Le politiche anti-tabacco, seppur efficaci, devono affrontare il problema della disinformazione residua e concentrarsi su specifici gruppi di popolazione.

Le tendenze nel consumo di tabacco mostrano una diminuzione complessiva negli ultimi decenni, ma con una persistente presenza di fumatori, soprattutto nella popolazione di genere maschile. La riduzione del consumo di sigarette tradizionali è evidente in molti indicatori, ma l'analisi rivela un aumento dell'uso di sigarette elettroniche, soprattutto tra i giovani adulti. La diffusione di sigarette elettroniche presenta un'evoluzione significativa rispetto al passato, con una crescita costante nel corso degli anni e un uso più comune tra gli uomini e tra i giovani. Le motivazioni per l'utilizzo di sigarette elettroniche variano, con la cessazione del fumo tradizionale e la curiosità che emergono come principali fattori. Tuttavia, una parte significativa degli utilizzatori ritiene che le sigarette elettroniche siano meno dannose delle sigarette tradizionali.

L'esposizione al fumo passivo rimane una preoccupazione, anche se la durata media è relativamente bassa. Le politiche per limitare il fumo nei luoghi pubblici sembrano efficaci, ma è necessario continuare gli sforzi per ridurre ulteriormente l'esposizione, specialmente in contesti domestici.

Lo stato di salute dei fumatori evidenzia una maggiore incidenza di problemi respiratori e cardiovascolari. I dati confermano i rischi noti associati al fumo, sottolineando l'importanza delle iniziative di prevenzione e cessazione. Il consumo di alcol e il gioco d'azzardo rappresentano altri comportamenti a rischio che mostrano una prevalenza significativa in determinati segmenti della popolazione. La correlazione tra il fumo e questi comportamenti sottolinea la necessità di approcci integrati nella gestione dei rischi comportamentali.

In conclusione, il presente studio fornisce una base solida per la comprensione del panorama del consumo di tabacco in Italia. Le sfide attuali includono la gestione dell'uso crescente di sigarette elettroniche, la riduzione della disinformazione residua, il potenziamento delle politiche anti-tabacco e la promozione di stili di vita sani in generale.

BIBLIOGRAFIA

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani, P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. Journal of Gambling Studies, 29, 765-774.

Ferris, J., & Wynne, H. (2001a). The Canadian problem gambling index: User manual. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

Ferris, J., & Wynne, H. (2001b). The Canadian problem gambling index: Final report. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

GBD 2019 Tobacco Collaborators. Spatial, temporal, and demographic patterns in prevalence of smoking tobacco use and attributable disease burden in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet. 2021 397: 2337-2360.

Mayfield D., McLeod G. & Hall P. (1974) The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. Am J Psychiatry; 131(10): 1121-3.

Münzel, T., Hahad, O., Kuntic, M., Keaney Jr, J. F., Deanfield, J. E., & Daiber, A. (2020). Effects of tobacco cigarettes, e-cigarettes, and waterpipe smoking on endothelial function and clinical outcomes. European heart journal, 41(41), 4057-4070.

Olivieri, M., Murgia, N., Carsin, A. E., Heinrich, J., Benke, G., Bono, R., ... & Verlato, G. (2019). Effects of smoking bans on passive smoking exposure at work and at home. The European Community respiratory health survey. Indoor Air, 29(4), 670-679.

Shayesta Dhalla, Jacek A. Kopec (2006). The CAGE Questionnaire for Alcohol Misuse: A Review of Reliability and Validity Studies. ClinInvest Med 2007; 30 (1): 33-41

World Health Organization. WHO Framework Convention on Tobacco Control. WHO Document Production Services, Geneva. 2005. http://www.who.int/tobacco/framework/WHO_FCTC_english.pdf.

World Health Organization (2021). WHO global report on trends in prevalence of tobacco use 2000-2025, fourth edition. Geneva: World Health Organization.

04

IL CONSUMO DI ALCOL TRA TRADIZIONE ED ECCESSO

04

IL CONSUMO DI ALCOL TRA TRADIZIONE ED ECCESSO

IL CONSUMO DI ALCOL TRA TRADIZIONE ED ECCESSO

Sonia Cerrai e Claudia Luppi

INTRODUZIONE

In Italia, l'uso di alcol rappresenta una delle pratiche di consumo più diffuse sia tra i giovani sia tra gli adulti, con il consumo di bevande alcoliche che occupa una posizione apicale nel panorama delle sostanze psicoattive (Biagioni S. et al, 2023; Ufficio 6 - Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale, 2023). Nella popolazione adulta, negli ultimi anni, si è assistito a un aumento dell'utilizzo medio pro-capite di sostanze alcoliche quali vino e birra, a fronte di una diminuzione del consumo medio di altri alcolici come superalcolici, amari e cocktail (Ufficio 6 - Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale, 2023). Questa tendenza potrebbe riflettere cambiamenti nelle preferenze di consumo e nell'atteggiamento culturale nei confronti dell'alcol. Si registra tuttavia un trend in aumento degli episodi di ubriacatura nel corso dell'anno, soprattutto a carico delle fasce giovani (18-24 anni) e giovanissimi (15-19 anni). Tra le studentesse quindicenni e sedicenni in particolare, si osserva nel 2022 una prevalenza di ubriacature doppia rispetto ai coetanei e comunque maggiore rispetto al dato maschile fino alla maggiore età (Ufficio 6 - Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale, 2023). Nonostante le elevate prevalenze di consumo, rispetto alla media europea in Italia si osservano valori più bassi della prevalenza di disturbi da uso di alcol (AUD – DSM-5), sia nel genere maschile sia femminile (Ufficio 6 - Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale, 2023; GHO). Questo potrebbe essere attribuibile a una serie di fattori, tra cui la tradizione culturale del vino, spesso visto come parte integrante della dieta e della vita sociale, e la moderazione nel consumo, insieme a politiche pubbliche mirate alla prevenzione e al trattamento dei disturbi correlati all'uso di alcol. In sintesi, il panorama del consumo di alcol in Italia riflette una complessa intersezione di tradizioni culturali, tendenze di mercato e politiche pubbliche, che influenzano sia i modelli di consumo sia i risultati per la salute associati al consumo di alcol nella popolazione italiana.

PERCEZIONE DEL RISCHIO

In Italia, l'uso diffuso di alcol ha radici profonde nella cultura e nelle tradizioni del Paese, dove il vino, in particolare, ha una lunga storia di produzione e consumo. Tale tradizione culturale può influenzare significativamente i modelli di consumo di alcol e la percezione del rischio associata a tale comportamento, che varia molto in base ai pattern di consumo. Se il 40% della popolazione di età compresa tra i 18 e gli 84 anni ritiene che il consumo giornaliero di alcol (1-2 bicchieri al giorno) comporti un rischio minimo per la propria salute fisica, tale valore si abbassa al 7% per quanto riguarda l'attribuzione di un rischio minimo all'esperienza di eccessi alcolici (ubriacarsi una volta a settimana), comportamento che è considerato invece molto pericoloso per la propria salute dalla maggioranza delle persone (63%).

Figura 1a. Grado di rischio attribuito al bere 1-2 bicchieri di alcolici (birra, vino, liquori) al giorno: distribuzione percentuale totale e per genere[1]. Anno 2022

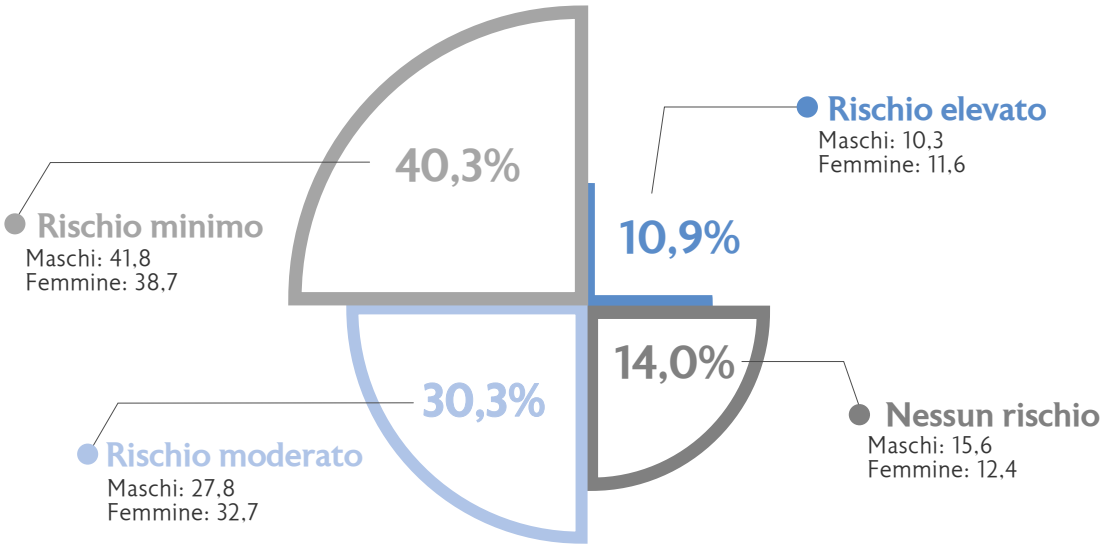
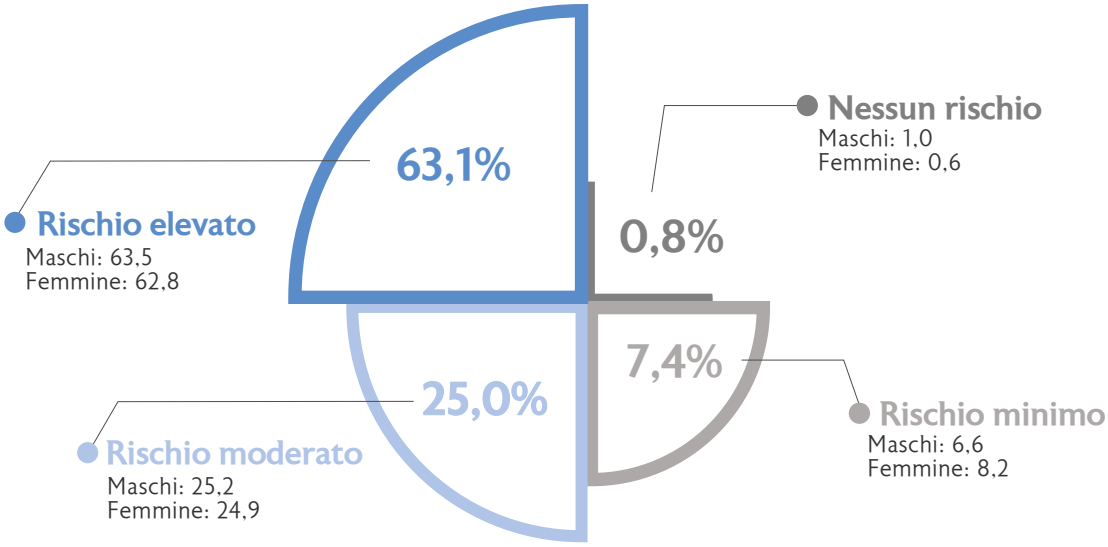


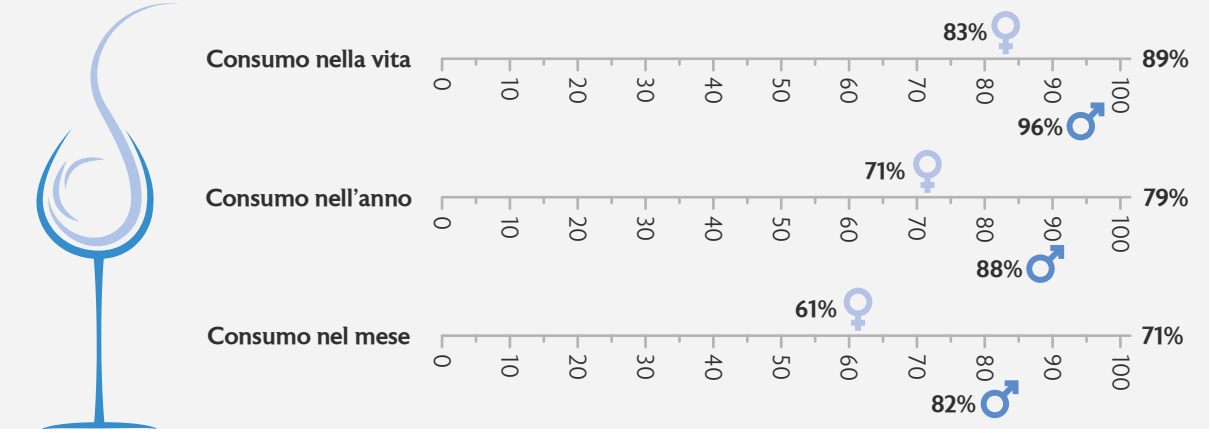
Figura 1b. Grado di rischio attribuito all'ubriacarsi una volta a settimana: distribuzione percentuale totale e per genere[2]. Anno 2022



[1] Il 4,5% non ha saputo esprimere un'opinione al riguardo senza differenze di genere
[2] Il 3,7% non ha saputo esprimere un'opinione al riguardo (M=3,8%; F=3,6%)

DIFFUSIONE E PATTERN DI CONSUMO

Sono 42milioni e mezzo (89%) le persone che riferiscono di aver fatto uso di alcol nella propria vita, quasi 38milioni (79%) quelle che lo hanno consumato nel corso del 2022 e 34milioni (71%) nell'ultimo mese. Per tutti gli indicatori di consumo, le prevalenze maschili sono superiori a quelle femminili.



Entrando nel merito della frequenza di consumo, il 35% delle persone riferisce di aver consumato alcol 2-4 volte al mese nell'ultimo anno, in particolare le donne (36%; M=34%), mentre frequenze di consumo maggiori sono più prevalenti tra gli uomini.

Rispetto alla frequenza di consumo nel mese antecedente allo studio, il 37% ha consumato alcol meno di una volta a settimana e un terzo lo ha fatto 2-4 volte al mese. Così come per il consumo nell'anno, il genere maschile si contraddistingue per maggiori frequenze di consumo.

Figura 2a. Frequenza di consumo di alcol nell'anno: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022

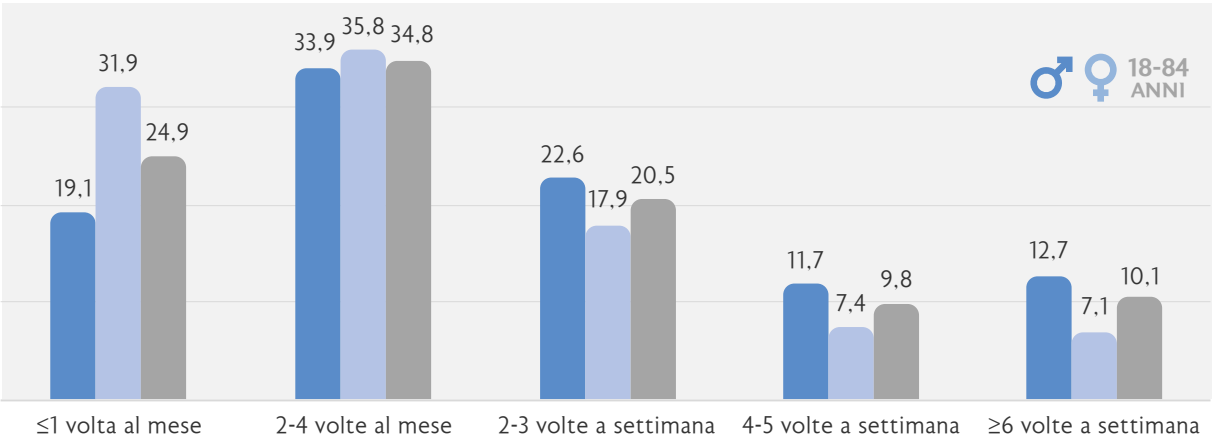
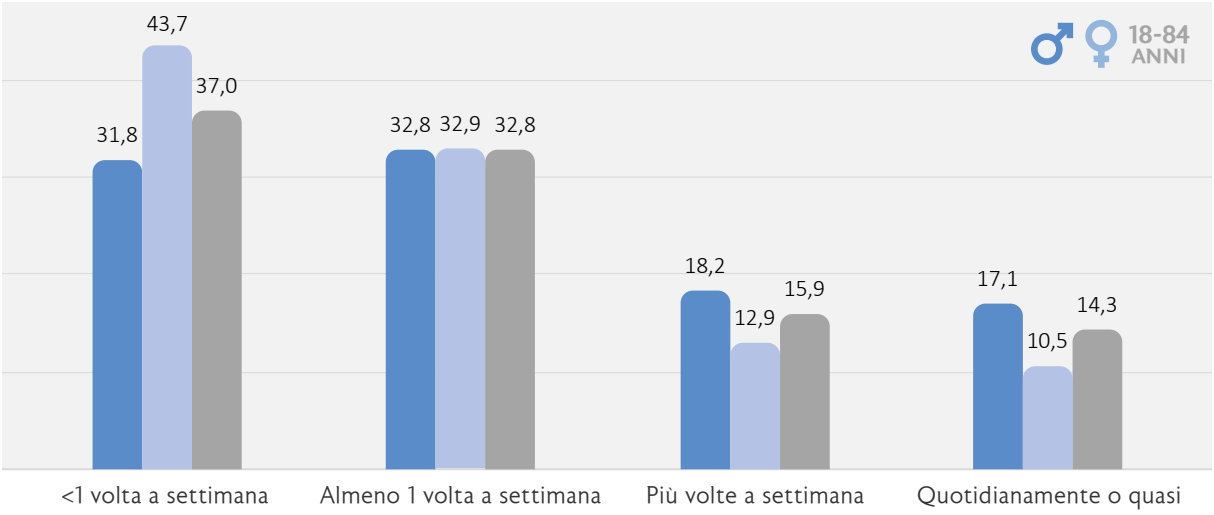


Figura 2b. Frequenza di consumo di alcol nel mese: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



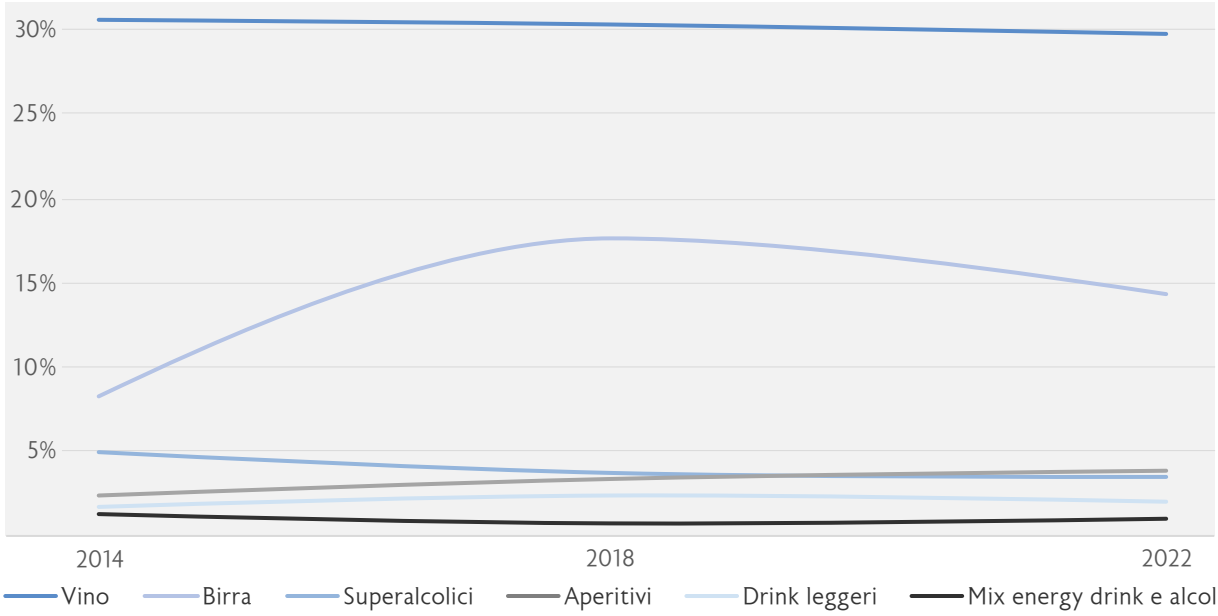
Il vino è la sostanza alcolica consumata più frequentemente, diverse volte durante la settimana o quotidianamente, dal 30% delle persone; è seguito da birra nel 13% dei casi e, a maggiore distanza, da aperitivi alcolici, liquori e superalcolici, drink leggeri e bevande mixate di energy drink e alcol. Non si osservano sostanziali differenze di genere rispetto alla tipologia di sostanza alcolica maggiormente consumata nell'ultimo mese.

Tabella 1. Tipologia e frequenza di bevanda alcolica consumata nel mese: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022

		Maschi	Femmine	Totale
Birra	Meno di una volta a settimana	44,1	66,0	53,3
	Almeno una volta a settimana	36,7	26,3	32,3
	Diverse volte a settimana	14,5	6,8	11,2
	Quotidianamente o quasi	4,7	1,0	3,1
Vino	Meno di una volta a settimana	38,8	46,5	42,2
	Almeno una volta a settimana	27,3	28,8	28,0
	Diverse volte a settimana	15,4	12,5	14,1
	Quotidianamente o quasi	18,4	12,2	15,7
Aperitivi alcolici	Meno di una volta a settimana	76,2	76,7	76,4
	Almeno una volta a settimana	19,0	20,7	19,7
	Diverse volte a settimana	4,3	2,2	3,4
	Quotidianamente o quasi	0,5	0,4	0,4
Drink leggeri	Meno di una volta a settimana	84,8	84,9	84,9
	Almeno una volta a settimana	12,6	13,7	13,0
	Diverse volte a settimana	2,4	0,9	1,8
	Quotidianamente o quasi	0,2	0,5	0,3
Liquori/superalcolici	Meno di una volta a settimana	78,7	88,4	82,6
	Almeno una volta a settimana	17,0	9,4	14,0
	Diverse volte a settimana	3,3	1,1	2,4
	Quotidianamente o quasi	1,0	1,0	1,0
Mix di energy drink e alcol	Meno di una volta a settimana	96,1	96,9	96,4
	Almeno una volta a settimana	2,9	2,1	2,6
	Diverse volte a settimana	0,8	0,3	0,6
	Quotidianamente o quasi	0,2	0,7	0,4

Anche l'analisi temporale conferma il primato del vino tra le preferenze degli italiani, con frequenze che non subiscono variazioni nel corso del tempo. Il consumo di birra ha invece visto un aumento tra il 2013 e il 2018 per poi tornare a calare nell'ultima rilevazione. Tra i consumi meno frequenti, gli aperitivi hanno gradualmente guadagnato terreno; viceversa, i superalcolici hanno fatto registrare un decremento d'uso nel corso degli anni. I consumi di drink leggeri e mix di energy drink e alcol non mostrano sostanziali differenze temporali.

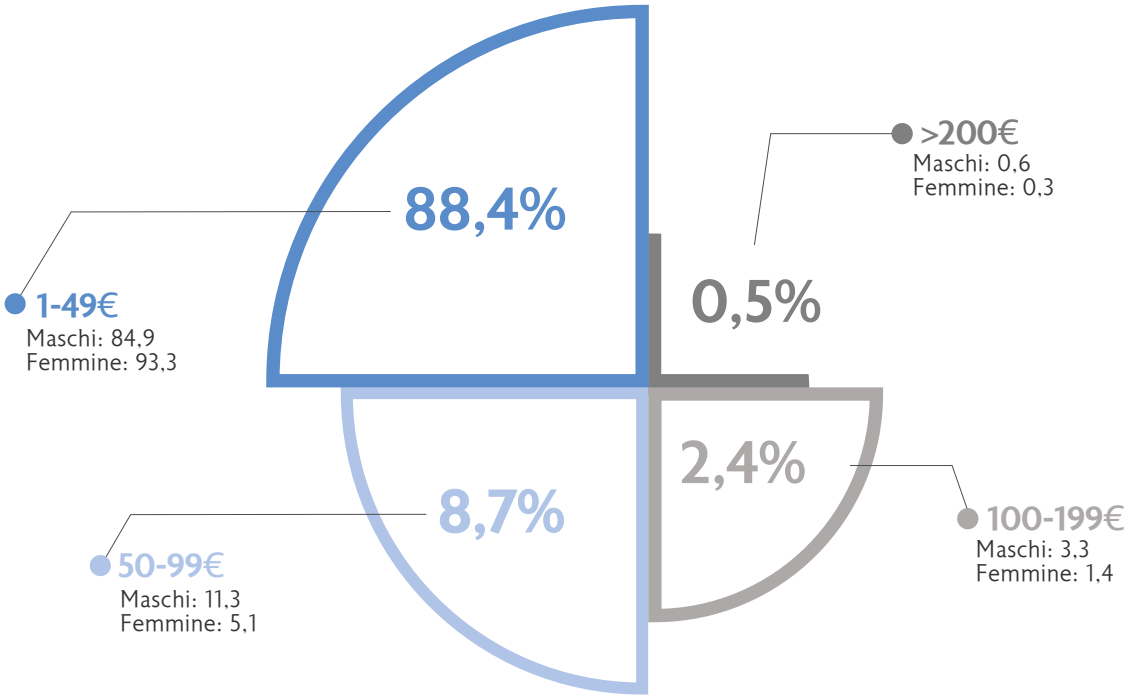
Figura 3. Consumo almeno 4 volte la settimana negli ultimi 30 giorni per tipologia di bevanda alcolica nel 4mese nella popolazione di 18-74 anni: trend[1] percentuale. Anni 2013-2022



[1] Per una corretta confrontabilità con le precedenti edizioni dello studio, l'analisi temporale dei consumi viene sviluppata sulla popolazione 18-74enne

Se nel corso del mese la grande maggioranza delle persone tra i 18 e gli 84 anni ha speso meno di 50 euro per l'acquisto di alcolici, l'8,7% ha speso tra i 50 e i 99 euro e il 2,9% 100 euro o più, soprattutto gli uomini.

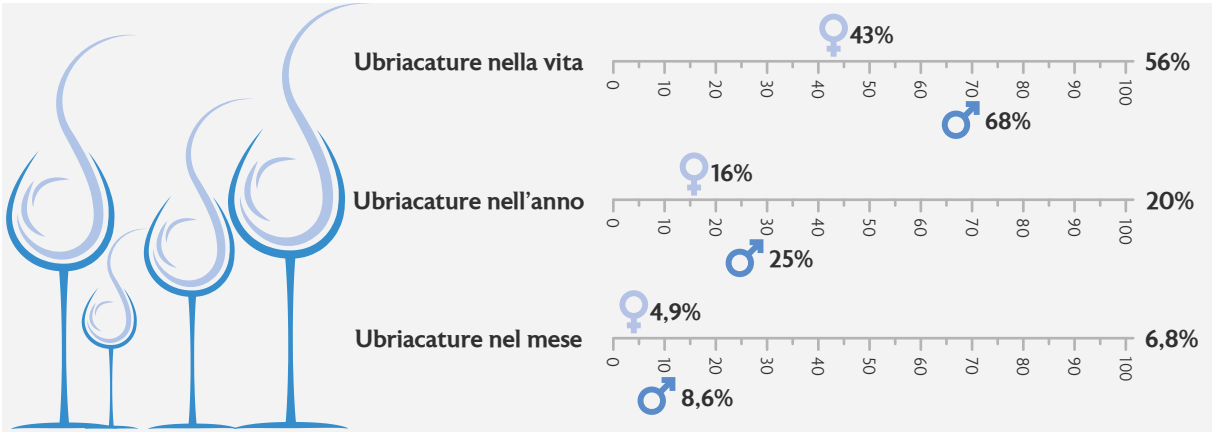
Figura 4. Consumatori nell'anno che hanno speso denaro negli ultimi 30 giorni per l'acquisto di alcolici: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



ECCESSI ALCOLICI

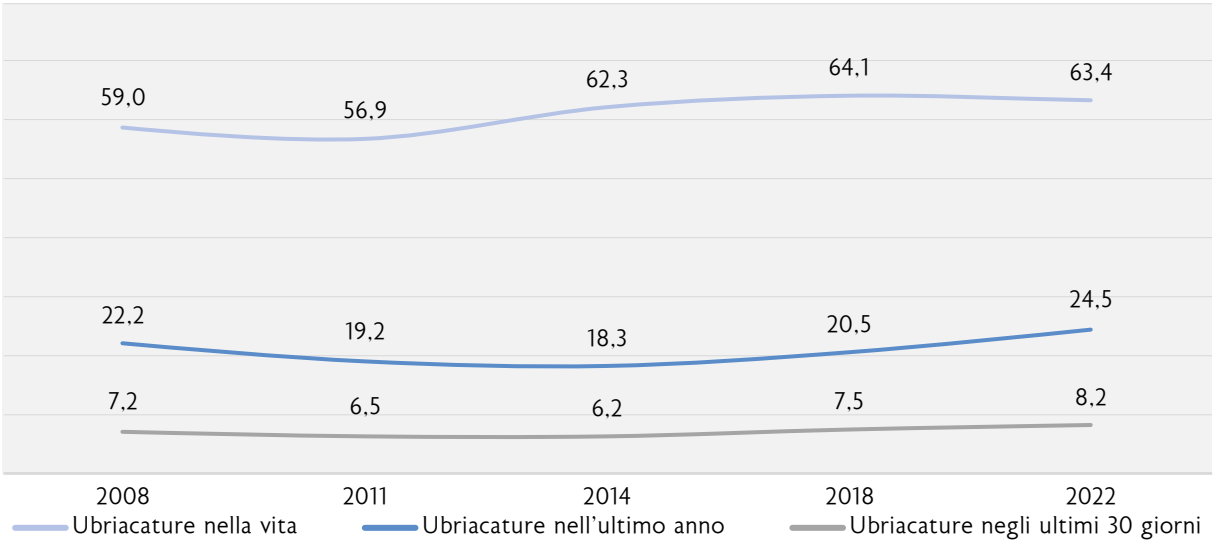
Ubriacature

Sono oltre 26milioni (54%) le persone tra i 18 e gli 84 anni che si sono ubriacati almeno una volta nella vita, quasi 10milioni (20%) quelle che lo hanno fatto nel 2022 e poco più di 3milioni (6,8%) quelle che si sono ubriacate nel mese precedente lo studio. In tutti e tre i casi, sono soprattutto gli uomini a riferire una maggiore frequenza di ubriacature rispetto alle donne.



Analizzando il dato delle ubriacature nel corso del tempo in riferimento alla popolazione 18-64 anni[2], nel 2022 si osservano i valori più alti mai registrati, sia nell'anno sia nel mese. Contrariamente, il dato relativo alle ubriacature nella vita, si è stabilizzato attorno ai valori rilevati a partire dal 2014.

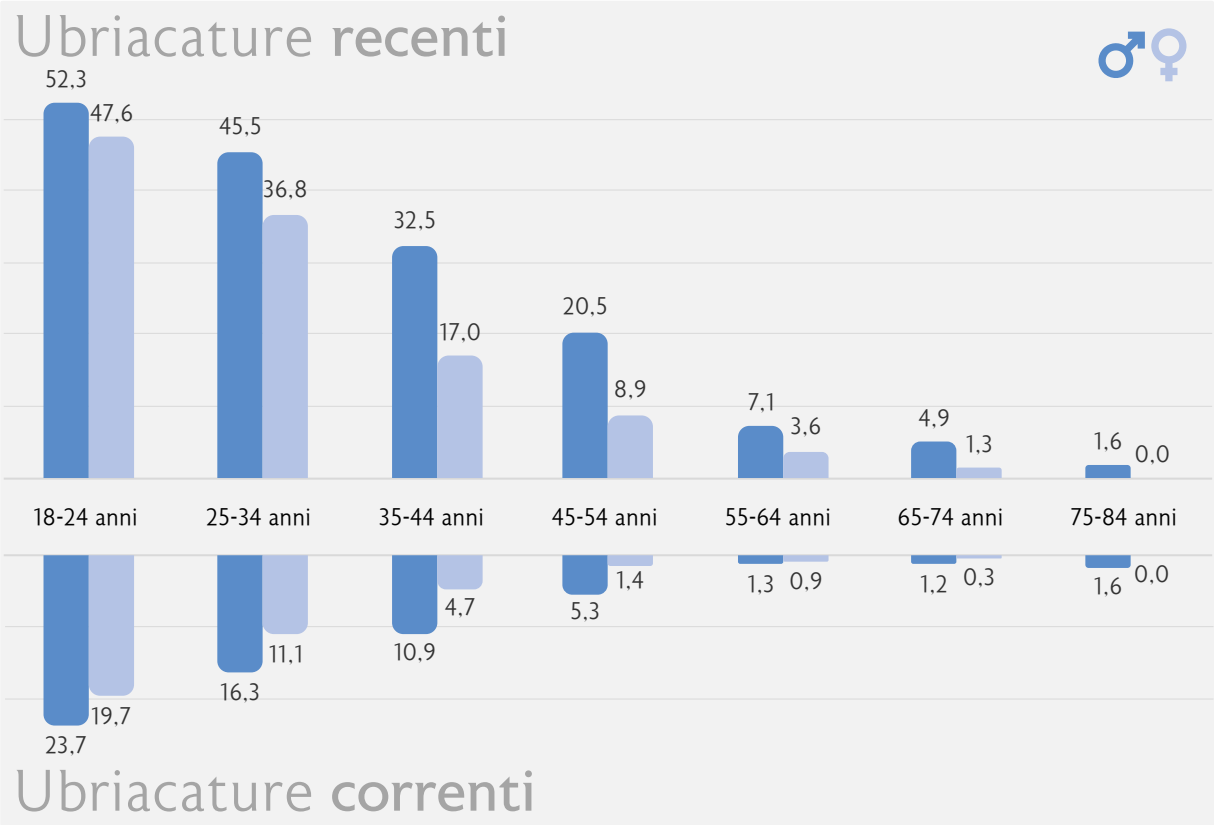
Figura 5. Ubriacature nella popolazione di 18-64 anni: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2008-2022



[2] Per una corretta confrontabilità con le precedenti edizioni dello studio, l'analisi temporale dei consumi viene sviluppata sulla popolazione 18-64enne. Questo è da tenersi in considerazione anche per tutte le successive analisi di trend presenti nel capitolo.

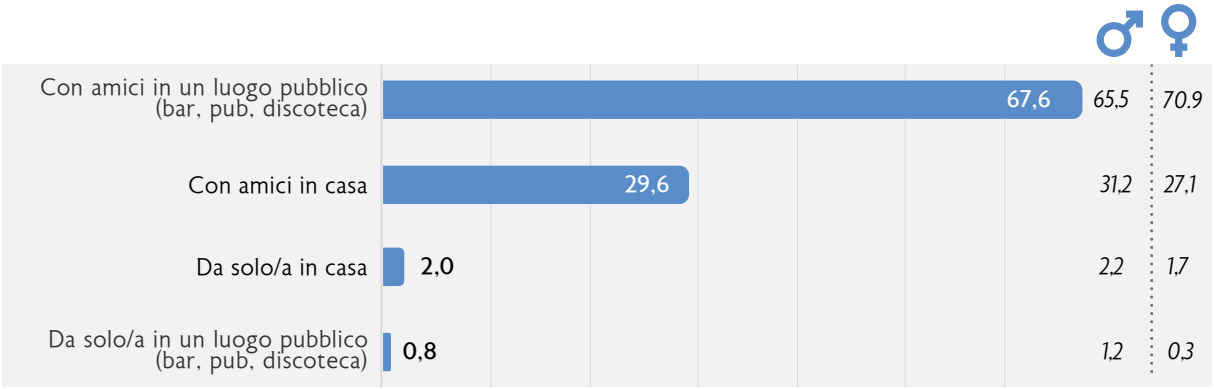
Nel 2022, le fasce di età maggiormente coinvolte nell'esperienza di tale comportamento sono i 18-24enni e i 25-34enni. Le percentuali di ubriacature nell'anno sono sempre più elevate tra gli uomini, con differenze di genere che sono massime nelle fasce di età 35-44 e 45-54 anni. Anche riferendosi ai 30 giorni antecedenti lo studio, continuano a essere maggiormente coinvolte in questo comportamento le fasce di età comprese tra i 18 e i 34 anni e resta a favore degli uomini il rapporto di genere.

Figura 6. Ubriacature negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



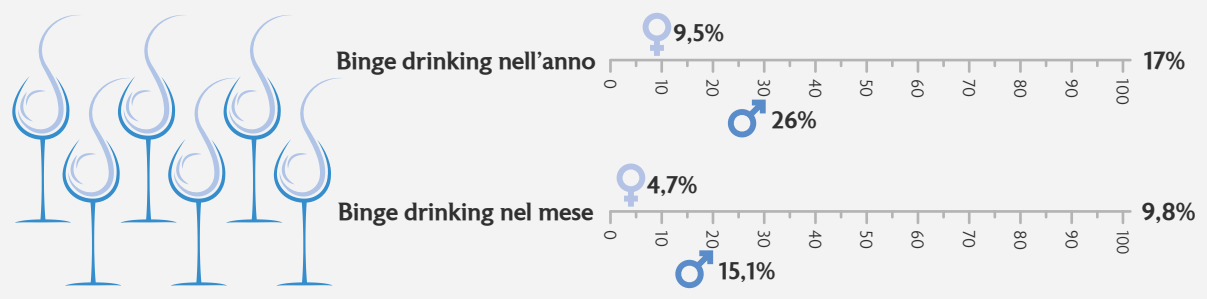
Senza sostanziali differenze genere, l'esperienza delle ubriacature è stata vissuta prevalentemente insieme ad amici, presso luoghi pubblici (68%) o abitazioni private (30%).

Figura 7. Occasioni nelle quali è capitato di ubriacarsi: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



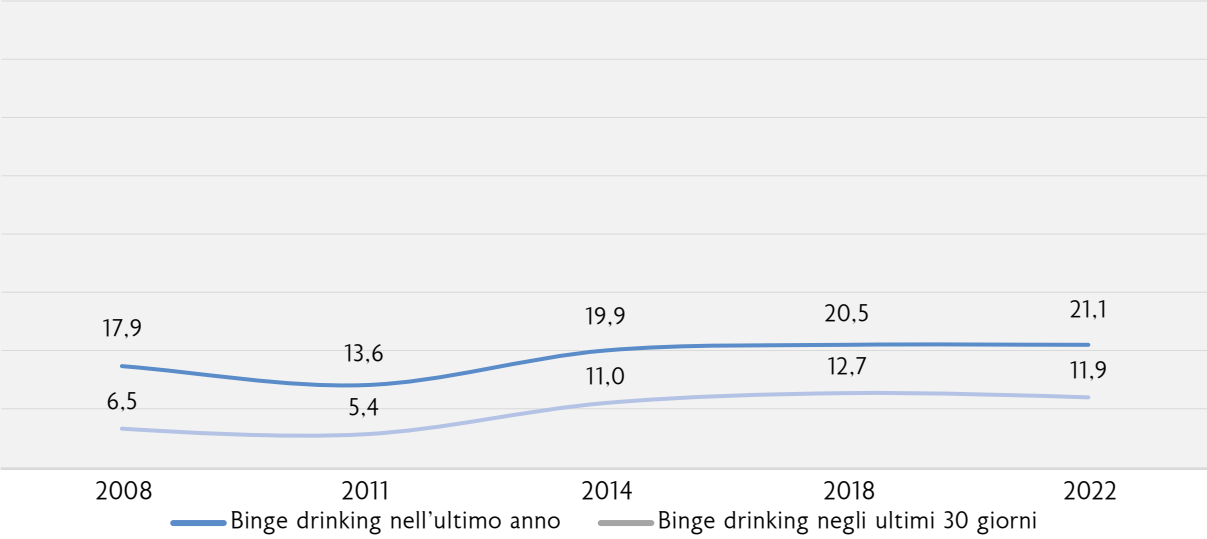
Binge drinking

Il 17% delle persone, pari a oltre 8milioni, ha praticato binge drinking nell'ultimo anno, ossia ha bevuto 6 o più drink in una singola occasione. La prevalenza scende al 10% (più di 4milioni e mezzo) se osservato nei 30 giorni antecedenti lo studio.



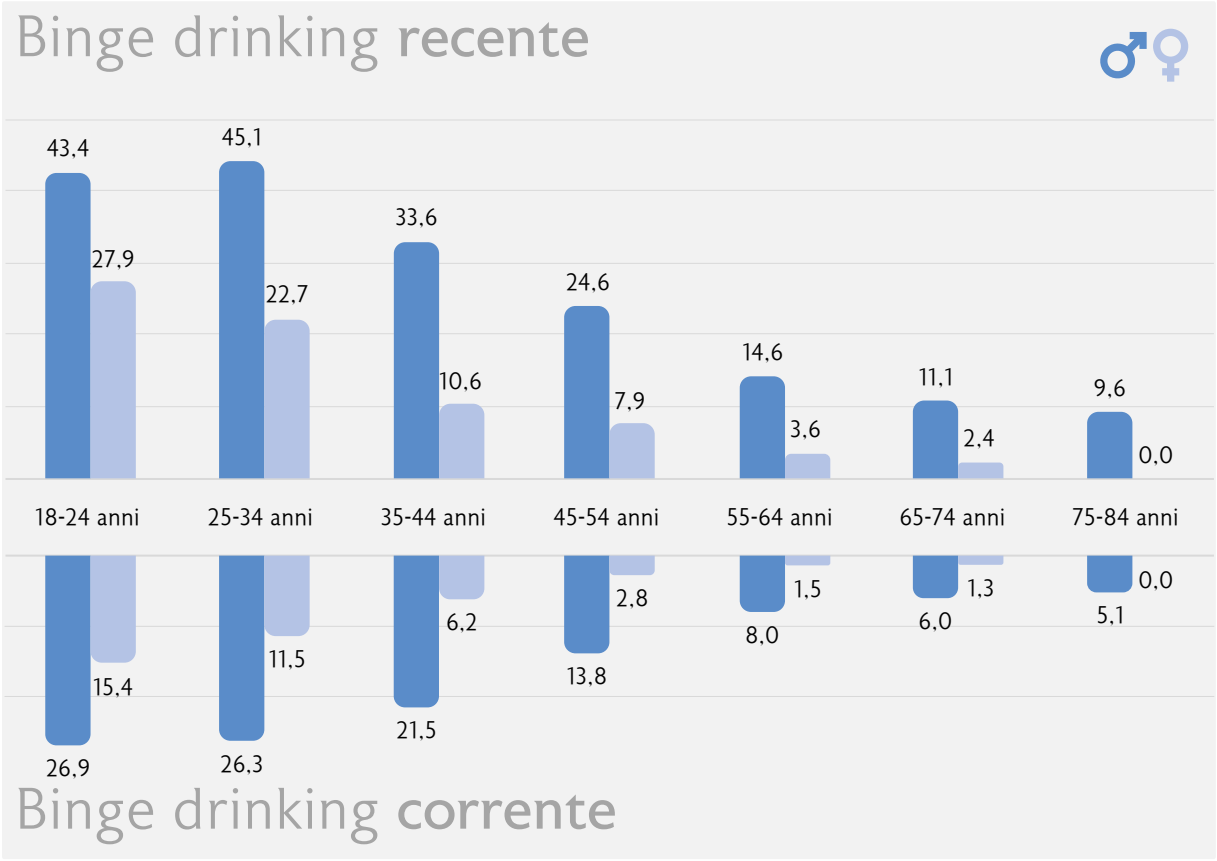
A seguito dell'aumento registrato tra il 2011 e il 2014, l'analisi temporale mostra dati pressoché stabili per entrambi gli indicatori di consumo, evidenziando un minimo aumento per quanto riguarda l'esperienza di binge drinking nell'anno e una lieve flessione, rispetto alla rilevazione precedente, se considerata nell'ultimo mese.

Figura 8. Binge drinking nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale. Anni 2008-2022



Così come per le ubriacature, in entrambi i generi si osserva come siano le fasce di età 18-24 anni e 25-34 anni a essere maggiormente coinvolte nella pratica di questo comportamento. Il binge drinking resta comunque un comportamento che coinvolge generalmente sempre più le persone di genere maschile, con un rapporto di genere triplo in favore degli uomini. La pratica del binge drinking osservata negli ultimi 30 giorni, seppure con prevalenze dimezzate, mantiene le medesime caratteristiche: coinvolge maggiormente le fasce di età più giovani e le persone di genere maschile.

Figura 9. Binge drinking negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



Eccessi alcolici e fattori associati

Quando si analizza la concomitanza del consumo di alcol con altri comportamenti a rischio, a eccezione dell'utilizzo di tabacco si osservano percentuali più elevate tra le persone che si sono ubriacate o hanno fatto binge drinking nell'ultimo anno. In particolare, in riferimento all'aver utilizzato cannabis o altre sostanze illegali nel corso del 2022, aver praticato gioco d'azzardo, sia onsite sia online, nonché avere un comportamento di gioco problematico.

Tabella 2. Comportamenti a rischio: distribuzione percentuale per tipologia di utilizzatore nell'anno. Anno 2022

	Non uso	Uso nell'anno	Ubriacature nell'anno	Binge drinking nell'anno
Fumo quotidiano di tabacco	7,7	16,1	28,8	26,5
Consumo di almeno 10 sigarette al giorno nell'anno	12,5	8,3	11,5	10,5
Consumo di cannabis nell'anno	0,5	10,4	34,5	30,1
Consumo di almeno una sostanza illegale[a] nell'anno	3,5	3,2	8,4	7,8
Gioco d'azzardo nell'anno	28,3	45,7	55,2	56,7
Gioco d'azzardo onsite nell'anno	27,9	44,4	53,4	55,2
Gioco d'azzardo online nell'anno	2,8	8,2	13,3	13,4
Profilo di gioco "non a rischio"[b]	88,0	87,1	79,9	80,2
Profilo di gioco a "rischio minimo"[b]	10,9	9,1	13,5	13,2
Profilo di gioco a "rischio moderato/severo"[b]	1,0	3,8	6,6	6,6

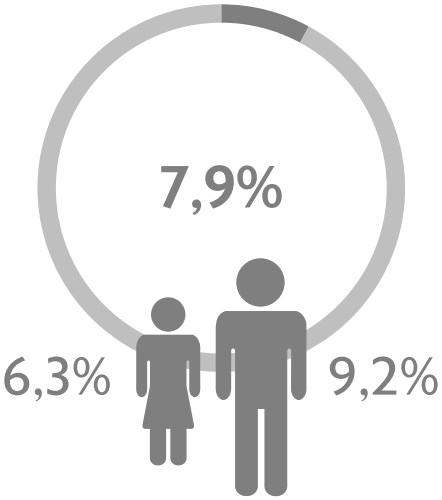
CONSUMO A RISCHIO

Grazie al test di screening CAGE - Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener (Mayfield et al., 1974; Dhalla & Jacek, 2006) lo studio IPSAD® è in grado di rilevare il grado di rischio associato al consumo di alcol.

Il test, autosomministrato, consiste di quattro domande alle quali si può rispondere esclusivamente in modo affermativo o negativo. In presenza di almeno 2 risposte affermative, il consumo di bevande alcoliche potrebbe essere a rischio. Trattandosi di un test di screening auto-compilato, il risultato non determina una diagnosi di alcolismo, ma può essere assunto come spia di un consumo potenzialmente problematico.

CAGE: Cut down, Annoyed, Guilty, Eye opener

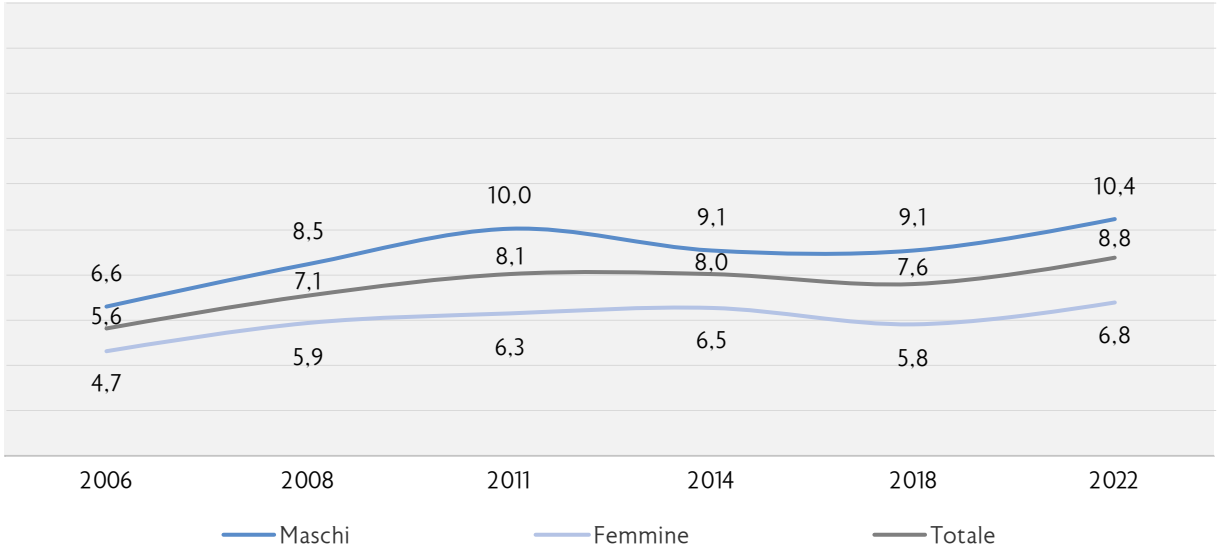
[a] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[b] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)



In base ai risultati del CAGE, tra le persone che hanno consumato alcol nell'ultimo anno il 7,9% presenta un profilo di consumo a rischio, con percentuali maggiori tra gli uomini.

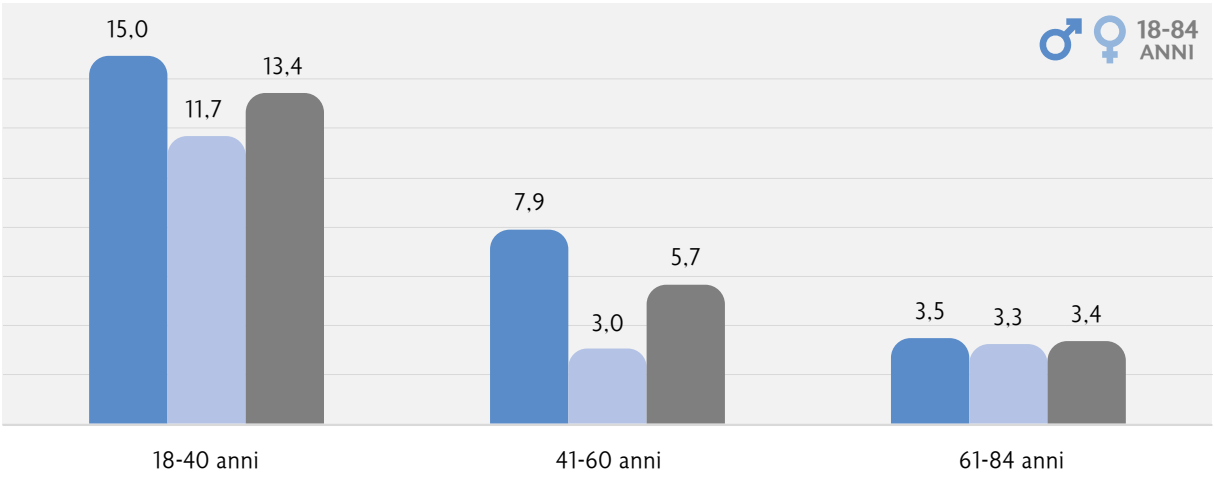
L'analisi temporale mette in evidenza un aumento dei consumatori 18-64enni a rischio che passano dal 5,6% rilevato nel 2006 all'8,8% nel 2022, ossia nella prima rilevazione post-pandemica in cui si registra il picco massimo, sia in generale sia per genere.

Figura 10. Consumo a rischio di alcol nella popolazione di 18-64 anni: trend percentuale totale e per genere. Anni 2008-2022



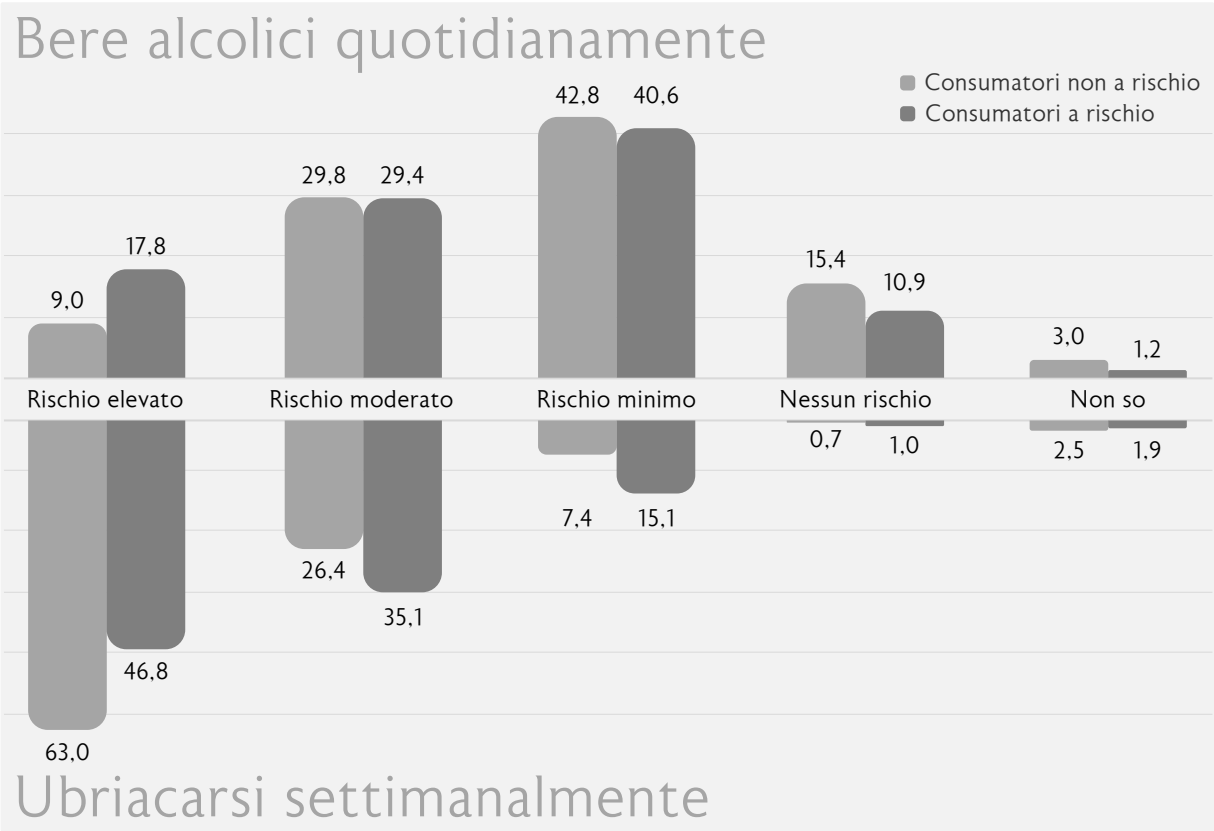
In linea con quanto detto precedentemente, anche per il consumo di alcol a rischio, la fascia d'età più giovane è quella maggiormente coinvolta. Infatti, sono soprattutto i consumatori tra i 18-40 anni (13%) ad avere un comportamento d'uso potenzialmente problematico. Tuttavia, diversamente dagli eccessi alcolici (ubriacature e binge drinking), non si osservano sostanziali differenze di genere nella fascia di età più adulta.

Figura 11. Consumo a rischio di alcol nell'ultimo anno: distribuzione percentuale tra consumatori per genere e fascia d'età. Anno 2022



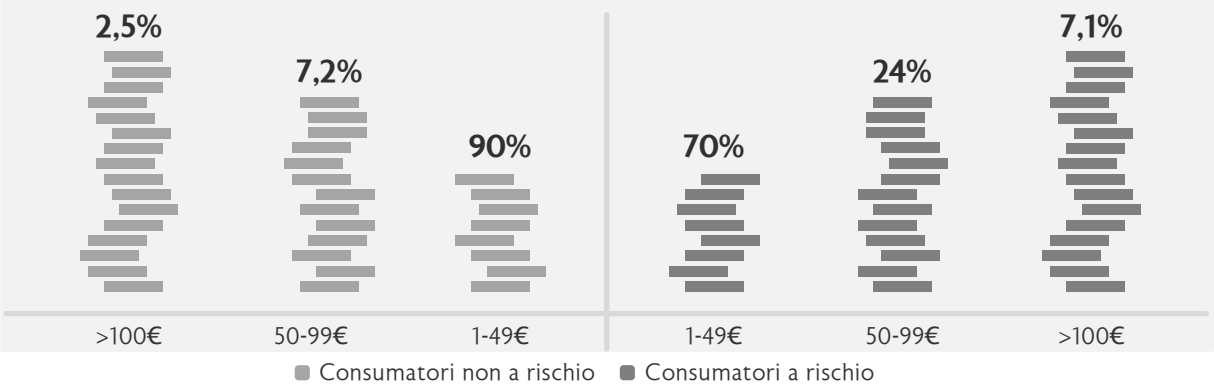
Se si confrontano i consumatori per profilo di rischio, coloro che hanno evidenziato una maggior fragilità al test CAGE sembrano avere una maggiore consapevolezza rispetto al rischio attribuito al bere 1-2 bicchieri di alcolici al giorno: infatti, in quota doppia rispetto ai consumatori non a rischio, lo ritengono altamente rischioso. Al contrario, per quanto riguarda il rischio associato alle ubriacature settimanali, si osserva un andamento inverso, essendo soprattutto i consumatori non a rischio a considerarle altamente rischiose.

Figura 12. Percezione del rischio di bere 1-2 bicchieri di alcolici (birra, vino, liquori) al giorno e di ubriacarsi una volta a settimana: distribuzione percentuale per profilo di rischio. Anno 2022



La spesa per le bevande alcoliche riflette le categorie di consumo, con oltre un quarto dei consumatori a rischio che ha speso almeno 50 euro nell'ultimo mese, mentre il 90% dei consumatori non a rischio ne ha spesi al massimo 49.

Figura 13. Spesa per l'acquisto di alcol negli ultimi 30 giorni: distribuzione percentuale per profilo di rischio. Anno 2022



I consumatori a rischio sembrano essere più coinvolti nell'esperienza anche di altri comportamenti potenzialmente dannosi, riferendo un utilizzo più elevato di sostanze legali (tabacco) e illegali (cannabis e altre sostanze) rispetto ai consumatori non a rischio, nonché un coinvolgimento maggiore nella pratica del gioco d'azzardo, ivi compreso quello problematico.

Tabella 3. Comportamenti a rischio: distribuzione percentuale per tipologia di utilizzatore nell'anno. Anno 2022

	Consumatori non a rischio	Consumatori a rischio
Consumo di almeno 10 sigarette al giorno nell'anno	8,0	13,1
Consumo di cannabis nell'anno	8,7	32,8
Consumo problematico di cannabis[a]	20,7	38,0
Consumo di almeno una sostanza illegale[b] nell'anno	2,4	11,7
Gioco d'azzardo nell'anno	45,6	50,8
Gioco d'azzardo onsite nell'anno	44,3	48,8
Gioco d'azzardo online nell'anno	8,2	9,7
Profilo di gioco "non a rischio"[c]	88,1	75,4
Profilo di gioco a "rischio minimo"[c]	8,7	14,7
Profilo di gioco a "rischio moderato/severo"[c]	3,2	9,9

I consumatori di alcol a rischio riportano in frequenza maggiore anche la messa in atto di comportamenti pericolosi sulla strada come guidare un mezzo dopo aver bevuto troppo e salire su veicoli condotti da chi aveva bevuto troppo.

Tabella 4. Altri comportamenti a rischio: distribuzione percentuale per profilo di rischio[3]. Anno 2022

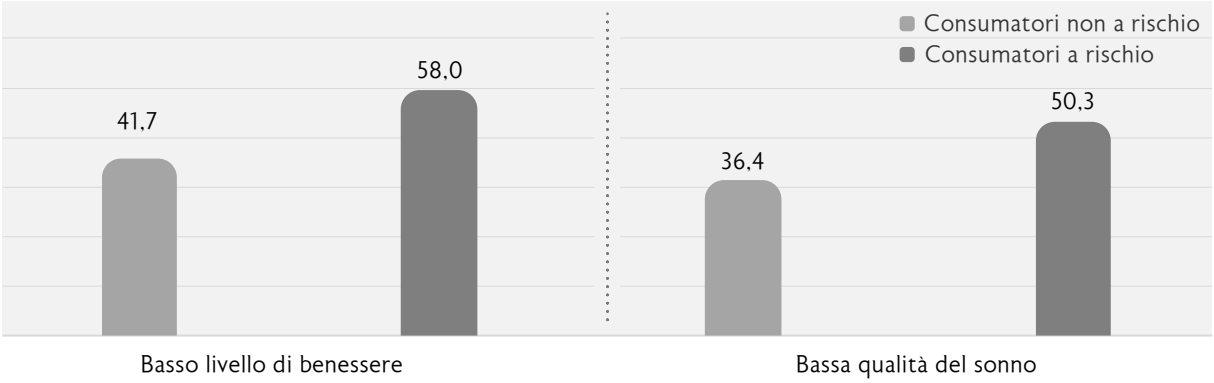
		Consumatori non a rischio	Consumatori a rischio
Guidare dopo aver bevuto troppo	1-2 volte	13,7	41,7
	3-9 volte	1,2	8,9
	10 o più volte	0,5	2,4
Salire su un'auto e/o moto guidata da chi aveva bevuto troppo	1-2 volte	10,5	30,4
	3-9 volte	0,9	6,7
	10 o più volte	0,3	1,4

[a] Il consumo problematico di cannabis è stato misurato mediante il test di screening CAST (Legleye et al., 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)
[3] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai"

STATO DI SALUTE

I consumatori a rischio si caratterizzano per un minor benessere percepito (OMS, 1998): sono infatti il 58% a riferirne una bassa qualità, contro il 42% dei consumatori non a rischio. Inoltre, questi ultimi hanno una migliore qualità del sonno considerando che oltre il 63% non ha alcuna difficoltà a dormire contro la metà dei consumatori a rischio.

Figura 14. Stato di salute e qualità del sonno: distribuzione percentuale per profilo di rischio[4]. Anno 2022



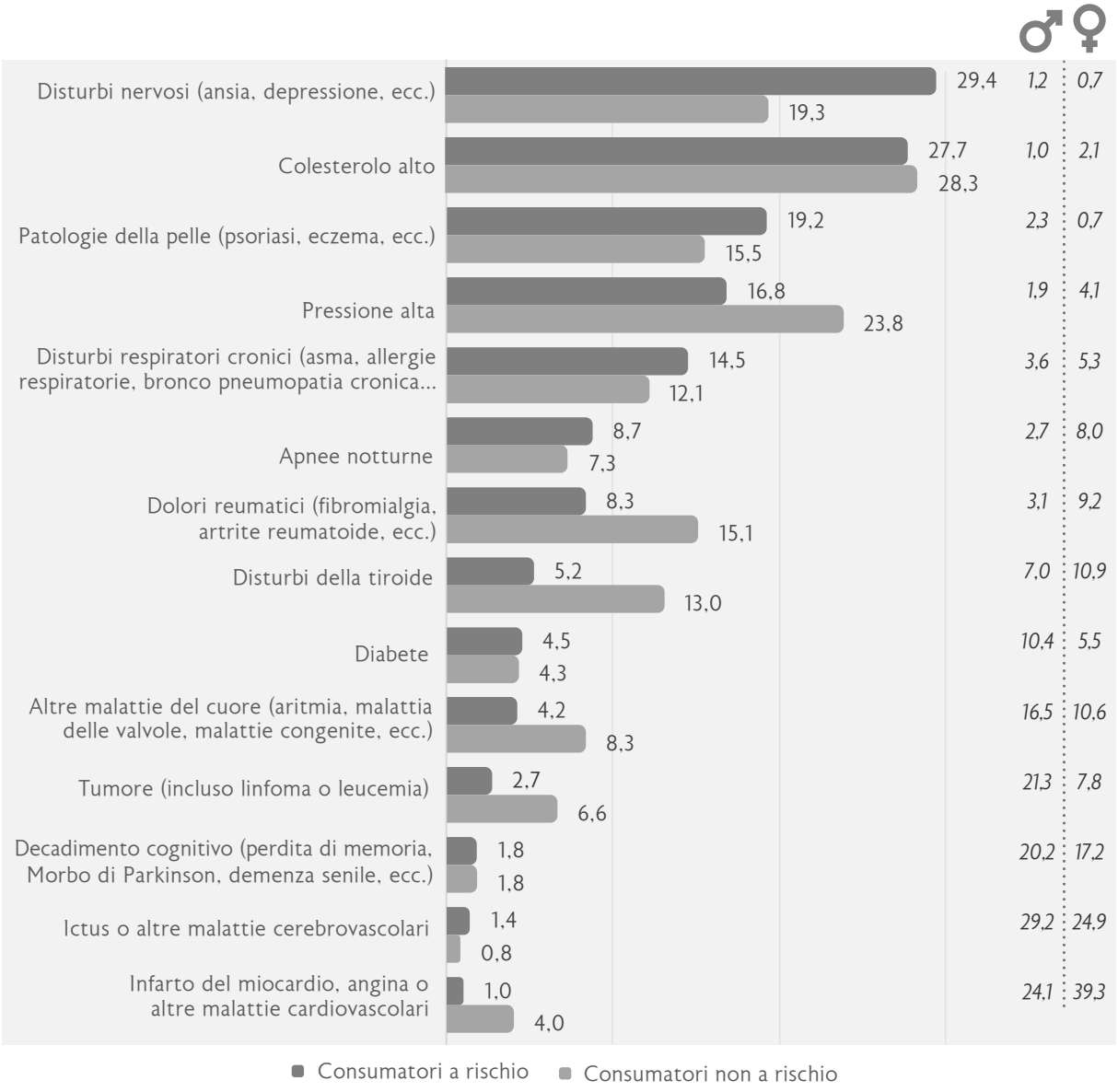
I consumatori a rischio riportano più frequentemente anche elevati livelli di stress associato a problematiche familiari, lavorative o economico-finanziarie rispetto ai consumatori non a rischio.

Tabella 5. Motivazioni di stress nell'ultimo anno: distribuzione percentuale per profilo di rischio[5]. Anno 2022

		Consumatori non a rischio	Consumatori a rischio
Per problemi a casa	A volte	21,7	23,2
	Spesso	55,6	42,4
	Sempre	19,6	30,2
Per problemi al lavoro	A volte	3,1	4,2
	Spesso	31,0	21,6
	Sempre	40,5	28,9
Per problemi economico-finanziari	A volte	24,0	40,1
	Spesso	4,5	9,4
	Sempre	50,6	34,4

[4] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Buon livello di benessere" e "Buona qualità del sonno".
[5] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

Figura 15. Patologie correlate tra consumatori non a rischio e a rischio, totale e per genere. Anno 2022

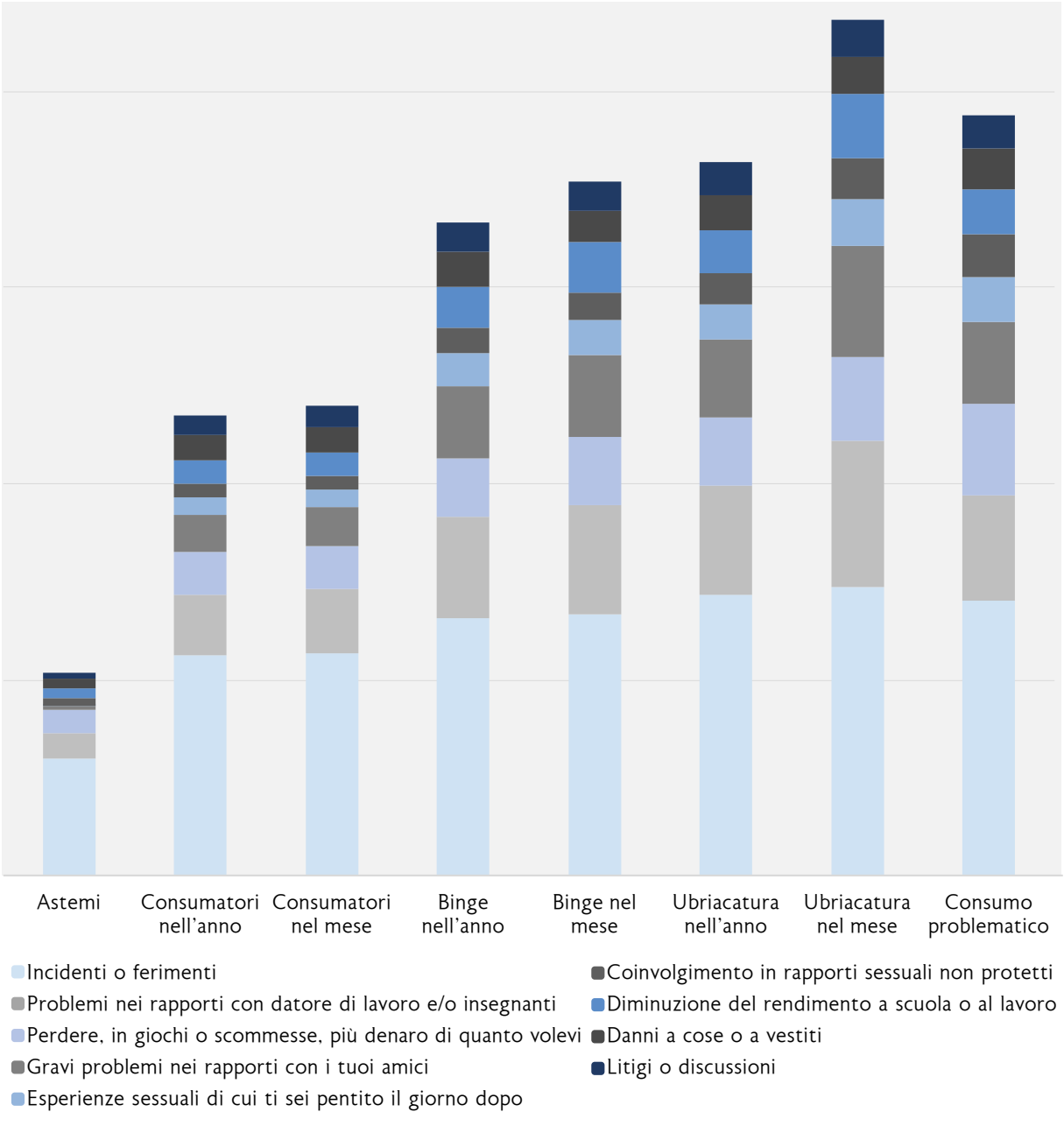


FATTORI ASSOCIATI

Sulla base dei pattern e profili di consumo di alcol sono stati confrontati differenti sottogruppi di popolazione in relazione a una serie di comportamenti potenzialmente pericolosi, al fine di valutare se fra chi ha un consumo di alcol eccessivo o a rischio sono più o meno frequenti.

I comportamenti considerati riguardano la sfera delle relazioni interpersonali, il mondo del lavoro e dello studio, la messa in atto di condotte rischiose come il coinvolgimento in risse, in rapporti sessuali non protetti, la guida di veicoli sotto effetto di alcol e/o sostanze, e altri ancora. Il confronto è avvenuto tra persone astemie e profili sempre più a rischio passando da consumatori nell'anno e nel mese, a chi pratica binge drinking, chi si ubriaca sino ad arrivare a chi è risultato avere un consumo di alcol a rischio in base al test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007).

Figura 16. Alcol e comportamenti associati: distribuzione percentuale per profilo di consumo. Anno 2022



La figura evidenzia chiaramente che all'aumentare dell'assunzione di alcol, anche in eccesso, aumenta la quota di coloro che hanno riferito i comportamenti associati analizzati. Nello specifico, se litigi e discussioni sono presenti in tutti i profili, seppur con differenze significative tra persone astemie e consumatori e con percentuali che passano dal 30% di chi non ha mai consumato alcol, al 74% di chi si è ubriacato almeno una volta nei 30 giorni antecedenti lo studio, tutti gli altri comportamenti sono stati riferiti da meno di un astemio ogni 10, mentre, ad esempio, la diminuzione del rendimento lavorativo o in ambito scolastico ha coinvolto oltre un quarto di chi ha praticato binge drinking e di chi ha un consumo di alcol a rischio e oltre un terzo di chi si è ubriacato; analogamente, problemi relazionali con colleghi e insegnanti hanno coinvolto meno del 3% delle persone astemie, quota che all'aumentare dei profili di consumo cresce sino a coinvolgere oltre un consumatore a rischio ogni 10. Si rileva il medesimo andamento anche in altri problemi relazionali, per la precisione con gli amici e nel coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti o dei quali si sono successivamente pentiti. I comportamenti sessuali a rischio e la perdita di oggetti di denaro giocando d'azzardo sono maggiormente riferiti da chi si è ubriacato che infatti, osservando la grafica, risultano essere coloro che complessivamente hanno riferito in percentuale superiore tutti i comportamenti a rischio presi in considerazione.

CONCLUSIONI

Nel 2022 quasi 38milioni di persone hanno consumato bevande alcoliche e pochi meno l'hanno fatto nel mese antecedente la partecipazione allo studio. Il dato è perfettamente in linea con i consumi registrati nel periodo pre-pandemico. A essere invece aumentati sono stati gli eccessi alcolici: la rilevazione nel post pandemia ha infatti registrato i valori più alti di sempre per quanto riguarda le ubriacature sia nell'anno sia nel mese, soprattutto tra i giovani adulti, con i 18-24enni e i 25-34enni che risultano essere le fasce di età maggiormente coinvolte.

L'analisi delle preferenze alcoliche mostra come il vino sia la bevanda alcolica più frequentemente consumata, seguita dalla birra, e si evidenziano pattern di consumo differenziati tra i generi, con le donne che consumano in quota inferiore bevande alcoliche, anche in eccesso, sia nell'anno sia durante i 30 giorni antecedenti lo studio.

La percezione del rischio associato al consumo di alcol varia notevolmente in base alla frequenza, con una significativa differenza tra la percezione del rischio associato al consumo giornaliero rispetto all'ubriacatura settimanale.

Nel 2022 il test di screening CAGE ha rilevato un profilo di consumo potenzialmente problematico per il 7,9% delle persone che hanno consumato alcol nell'ultimo anno, con percentuali maggiori tra gli uomini e, indipendentemente dal genere, si è registrato un incremento percentuale del 16% rispetto al periodo pre-pandemico. Tali consumatori a rischio mostrano una maggiore consapevolezza del rischio associato al consumo di alcol giornaliero, ma una minore percezione del rischio legato all'ubriacatura settimanale rispetto ai consumatori non a rischio. Inoltre, presentano una maggiore tendenza alla concomitanza con altri comportamenti, dall'uso di altre sostanze psicoattive, alla messa in atto di comportamenti potenzialmente rischiosi, un peggiore livello di benessere percepito e una maggiore incidenza di determinate patologie correlate al consumo di alcol.

BIBLIOGRAFIA

Mayfield D., McLeod G. & Hall P. (1974) The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. Am J Psychiatry; 131 (10): 1121-3.

Shayesta Dhalla, Jacek A. Kopec (2006). The CAGE Questionnaire for Alcohol Misuse: A Review of Reliability and Validity Studies. Clin Invest Med 2007; 30 (1): 33-41

Biagioni S., Fizzarotti C., Molinaro S. (2023), ESPAD 2022: Generazione Z e comportamenti a rischio. Pisa: Consiglio Nazionale delle Ricerche. ISBN 978-88-7958-068-7

Ferris, J., & Wynne, H, (2001a). The Canadian problem gambling index: User manual. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

Ferris, J., & Wynne, H. (2001b). The Canadian problem gambling index: Final report. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani, P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. Journal of Gambling Studies, 29, 765-774.

Legleye S., Karila L., Beck F. & Reynaud M. (2007) Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test, Journal of Substance Use, 12:4, 233-242, DOI: 10.1080/14659890701476532

Ufficio 6 - Prevenzione delle dipendenze, doping e salute mentale, Direzione generale della prevenzione sanitaria, Ministero della Salute (2023) Relazione del Ministro della Salute al Parlamento sugli interventi realizzati ai sensi della Legge 30.3.2001 N. 125 “Legge Quadro in materia di alcol e problemi alcol correlati. Anno 2022”, https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3338_allegato.pdf

World Health Organization. The Global Health Observatory (GHO). Indicators. Alcohol, total per capita (15+) consumption (in litres of pure alcohol) (SDG Indicator 3.5.2), https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/total-(recorded-unrecorded)-alcohol-per-capita-(15-)-consumption

World Health Organization. The Global Health Observatory (GHO). Indicators. Alcohol, consumers past 12 months (%). https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicatordetails/GHO/alcohol-consumers-past-12-months-(-)

05

USO E MISUSO: PSICOFARMACI TRA CURA E *AUTOCURA*

05

USO E MISUSO: PSICOFARMACI TRA CURA E *AUTOCURA*

USO E MISUSO: PSICOFARMACI TRA CURA E *AUTOCURA*

Claudia Luppi e Marina Baroni

INTRODUZIONE

Secondo quanto emerso dall'ultimo rapporto dell'Osservatorio Nazionale sull'Impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA (Agenzia Italiana del Farmaco) in Italia, nel 2022, sono stati prescritti farmaci a oltre 6 cittadini su 10 (+5,7% rispetto al 2021) e la spesa farmaceutica totale (privata e pubblica) è ammontata a 34,1miliardi di euro (+6,0% rispetto al 2021).

Considerando le famiglie di farmaci rientranti in quelli che vengono comunemente chiamati psicofarmaci, per le benzodiazepine la spesa totale è stata di circa 600milioni di euro, confermandosi come per gli anni precedenti una delle categorie a maggior spesa nel Paese, pari a un valore pro capite di 10,14 euro: gli ansiolitici, con 379milioni euro, rappresentano la sotto categoria a maggior spesa (6,43 euro pro-capite); a seguire gli ipnotici (144milioni di euro; 2,45 euro pro capite) e i sedativi (74milioni di euro; 1,26 euro pro-capite). Nel 2022 circa il 6,7% della popolazione italiana ha fatto ricorso a farmaci antidepressivi: il consumo di questa tipologia di farmaci rappresenta il 3,5% del totale dei farmaci in Italia e, con 416milioni di euro spesi in totale, la spesa pro-capite risulta pari a 7,05 euro (AIFA, 2022).

Negli ultimi anni, parallelamente all'aumento del consumo di farmaci sotto il controllo del medico, si sta osservando una sempre più crescente diffusione del loro utilizzo senza prescrizione medica (SPM) (Fischer et al., 2010).

Per quanto riguarda il consumo SPM, diversi autori in letteratura ritengono quest'ultimo un fenomeno che necessita di particolare attenzione per la salute e il benessere delle persone. Nondimeno, emerge la necessità di mettere in atto strategie di prevenzione e promozione della salute, informando sui rischi specifici ivi compresi gli effetti collaterali (Kamekis et al., 2018). Oltre a questo, diversi risultati in letteratura mettono in evidenza e suggeriscono alcuni fattori che possono spingere al consumo di diverse categorie di farmaci: dalle benzodiazepine agli stimolanti. Il rischio che si verifichi un utilizzo di farmaci SPM è maggiormente evidente nelle popolazioni di persone che hanno già una patologia o che prendono già altri farmaci e in quelle che hanno già un disturbo da uso di alcol o sostanze, o un profilo a rischio per il gioco d'azzardo (Tjäderborn et al, 2016).

A questo si aggiunge come fattore di rischio per il suddetto comportamento la mancata possibilità di essere seguiti da professionisti del sistema sanitario con una presa in carico strutturata, e quindi la mancanza di un rapporto diretto con la persona sofferente che attinge a sostanze, seppur non illegali, per diminuire il proprio malessere (Tavares et al., 2023).

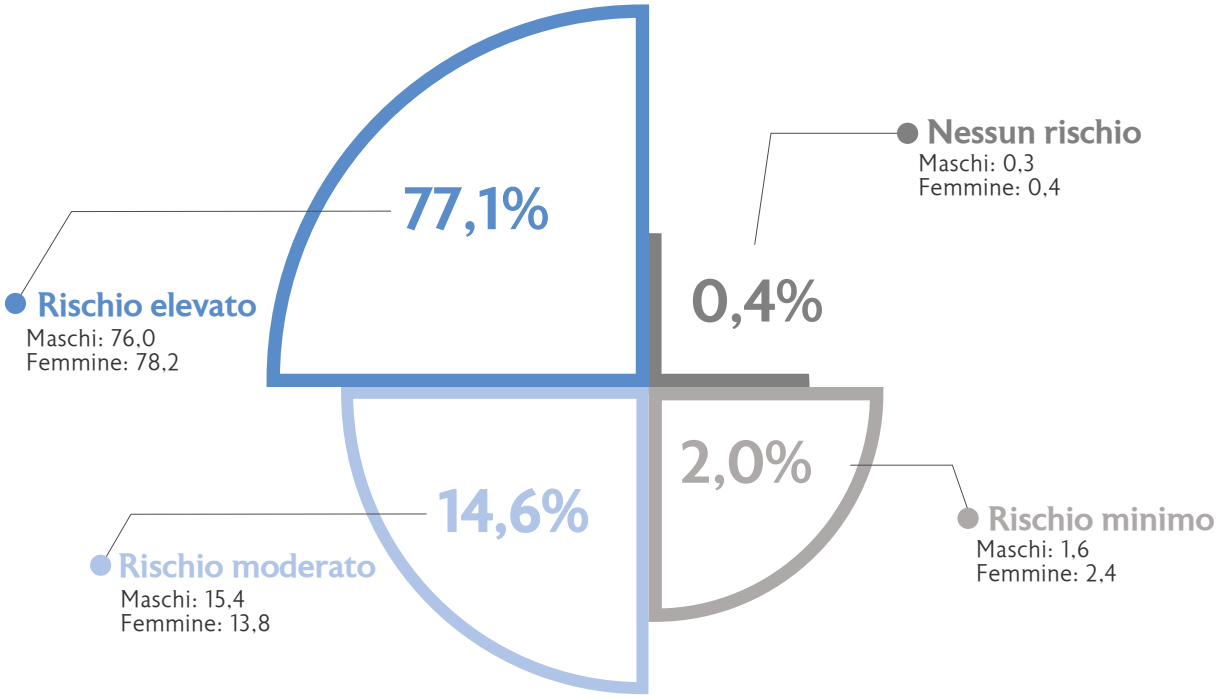
Se tra i giovanissimi, si osserva come le motivazioni di consumo di psicofarmaci SPM siano più associate a questioni legate all'aspetto prestazionale (attenzione, concentrazione, prestazioni fisiche) o esplorativo delle conseguenze inibitorie e facilitatrici di stati di benessere e leggerezza (ESPAD, 2022), negli adulti, invece, l'assunzione di psicofarmaci SPM risponde più a un bisogno di diminuzione dei livelli di stress (familiare, lavorativo o economico) e sofferenza.

Riassumendo, sulla base dei dati fino ad ora riportati, si evince quanto questo fenomeno possa assumere conseguenze gravi sullo stato di benessere della persona, aumentando o addirittura facendo emergere stati patologici: dall'intossicazione allo sviluppo di una vera e propria dipendenza, con il verificarsi di disturbi dell'adattamento a causa di problemi relazionali che possono incorrere a seguito di questa pratica e dei comportamenti a rischio a essa connessi (Fischer et al., 2010; Hulme et al., 2018).

PERCEZIONE DEL RISCHIO

Più della metà degli italiani tra i 18 e gli 84 anni attribuisce un rischio elevato all'utilizzo occasionale di psicofarmaci senza prescrizione medica (SPM), in particolare le donne (78%; uomini: 76%). Tuttavia, a fronte di un'elevata percezione del rischio, circa il 6% non riesce ad attribuire un grado di pericolo relativo a questa tipologia di consumo, soprattutto gli uomini (6,6%; donne: 5,1%).

Figura 1. Percezione del rischio del consumo di psicofarmaci SPM: distribuzione percentuale totale e per genere[1]. Anno 2022

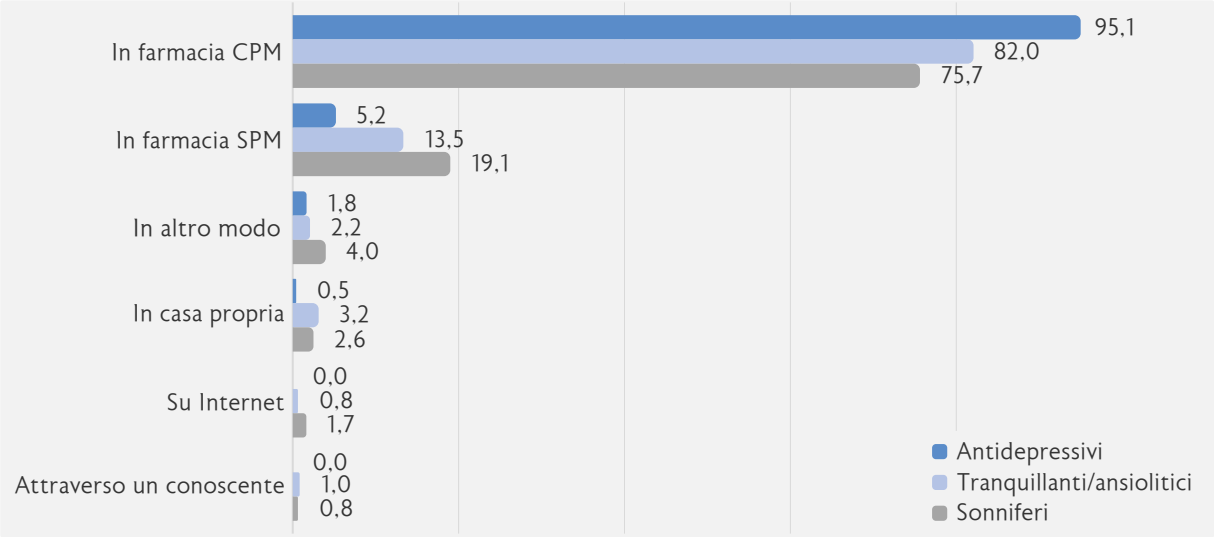


[1] Il 5,9% non ha saputo esprimere un'opinione al riguardo (M=6,6%; F=5,1%)

ACCESSIBILITÀ

Per tutte e tre le classi di farmaci analizzate dallo studio IPSAD® (sonniferi, tranquillanti/ansiolitici e antidepressivi), il canale prioritario di accesso è la farmacia, sia esso con o senza prescrizione medica (CPM, SPM). In misura minore, i consumatori di psicofarmaci riferiscono di esserseli procurati in casa propria o in altro modo.

Figura 2. Luoghi di reperimento di psicofarmaci: distribuzione percentuale tra i consumatori. Anno 2022.

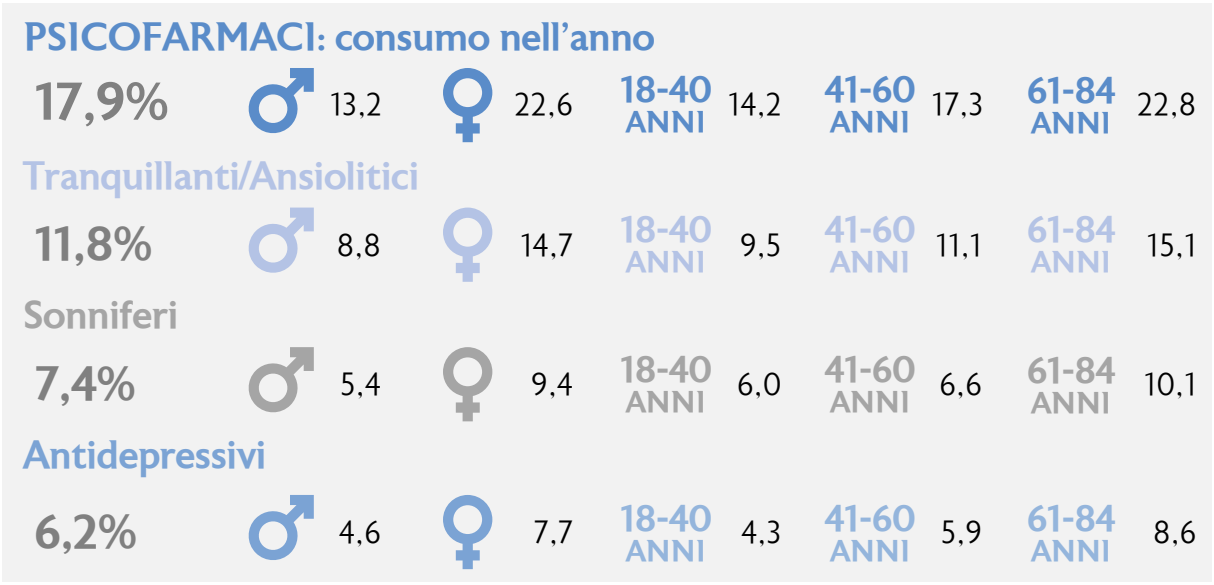


Considerando i soli utilizzatori di psicofarmaci SPM, la quota di coloro che si rivolgono alla farmacia, indipendentemente dalla tipologia di farmaco acquistato, sale al 99%, al 15% chi li recupera presso la propria abitazione e superano il 10% coloro che si rivolgono alla rete. Circa un quarto degli utilizzatori utilizza anche altri canali di acquisto.

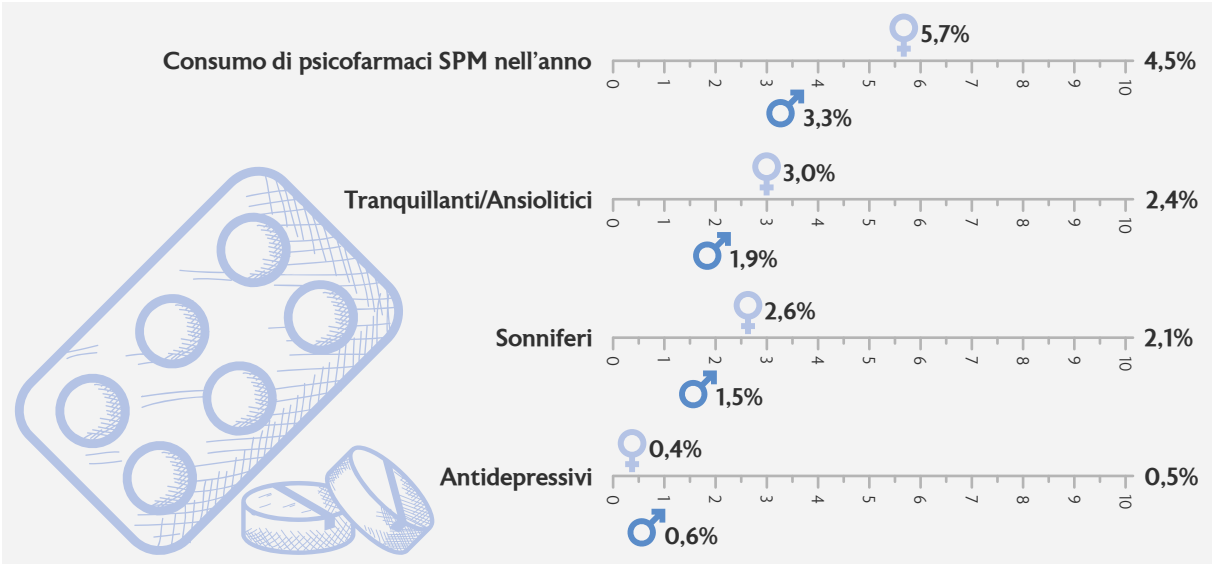
DIFFUSIONE E PATTERN DI CONSUMO

Nel 2022, 8milioni e mezzo di persone hanno consumato psicofarmaci, pari al 18% degli italiani tra i 18 e gli 84 anni, un consumo che ha riguardato soprattutto le donne e la fascia più anziana della popolazione per le quali la prevalenza sale al 23%. Tre quarti dei consumatori lo hanno fatto con prescrizione medica (CPM), il restante 25% invece li ha utilizzati senza prescrizione.

Gli psicofarmaci maggiormente diffusi sono tranquillanti/ansiolitici, assunti dal 12% degli italiani, seguiti da sonniferi e antidepressivi.

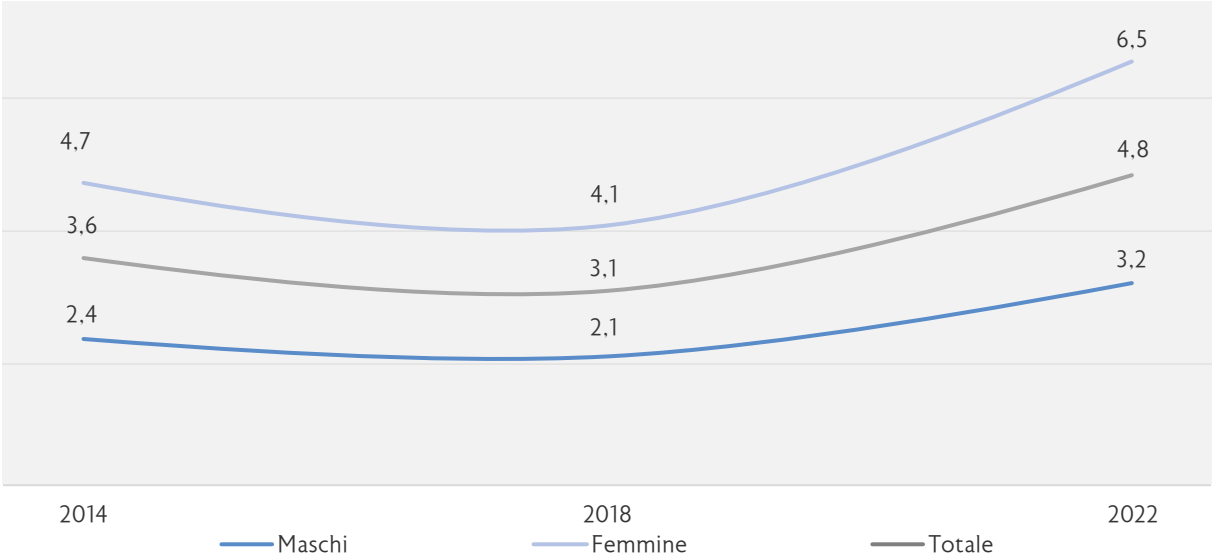


Complessivamente, circa il 5% della popolazione afferma di aver consumato psicofarmaci senza il parere concorde di un medico nel corso dell'anno. Anche tra gli psicofarmaci SPM rimangono maggiormente utilizzati i tranquillanti/ansiolitici, seguiti immediatamente dai sonniferi, mentre gli antidepressivi non coinvolgono l'1% delle persone.



L'analisi temporale[2] all'interno della popolazione 18-64enne, analizzata nelle ultime tre edizioni dello studio, rileva un aumento dell'utilizzo senza prescrizione medica degli psicofarmaci registrando, nel 2022, il valore più alto di sempre: un aumento che ha coinvolto soprattutto il genere femminile con prevalenze doppie rispetto agli uomini e con un incremento percentuale di quasi il 60% rispetto al 2018.

Figura 3. Consumo di psicofarmaci SPM negli ultimi 12 mesi: trend delle prevalenze totale e per genere. Anni 2014-2022



[2] Per una corretta confrontabilità con le precedenti edizioni dello studio, l'analisi temporale dei consumi viene sviluppata sulla popolazione 18-64enne

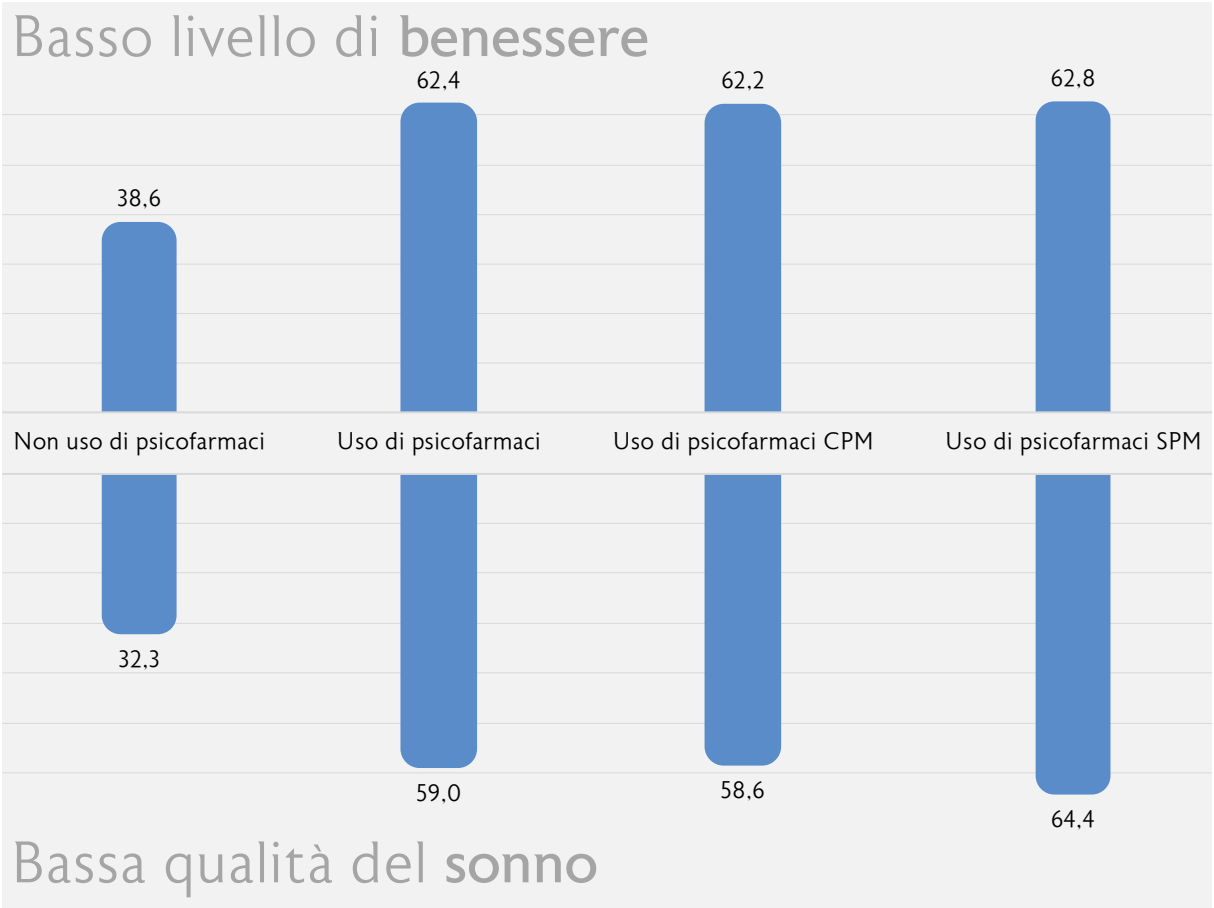
USO DI PSICOFARMACI SPM E STATO DI SALUTE

Al fine di poter comprendere in profondità i rischi per la salute connessi al misuso di psicofarmaci SPM, questo paragrafo si pone l'obiettivo di osservare lo stato di salute tra i consumatori di psicofarmaci, con e senza prescrizione medica.

Se confrontati con coloro che non hanno utilizzato psicofarmaci, tra i consumatori si rilevano percentuali più elevate in riferimento a un basso stato di benessere percepito, nonché una peggiore qualità del sonno. Risulta inoltre maggiore la percentuale di coloro che riferiscono altri livelli di stress per problematiche legate all'ambiente domestico e lavorativo così come alla condizione economico-finanziaria.

Focalizzando l'analisi per tipologia di consumatori di psicofarmaci (CPM o SPM), si evidenziano nei consumatori di psicofarmaci SPM valori più elevati in riferimento a una peggiore qualità del sonno e a livelli più frequenti di stress percepito in correlazione con il contesto familiare, lavorativo ed economico-finanziario

Figura 4. Stato di salute e qualità del sonno tra gli utilizzatori o meno di psicofarmaci, totale e per tipologia di assunzione (CPM e SPM)[3]. Anno 2022



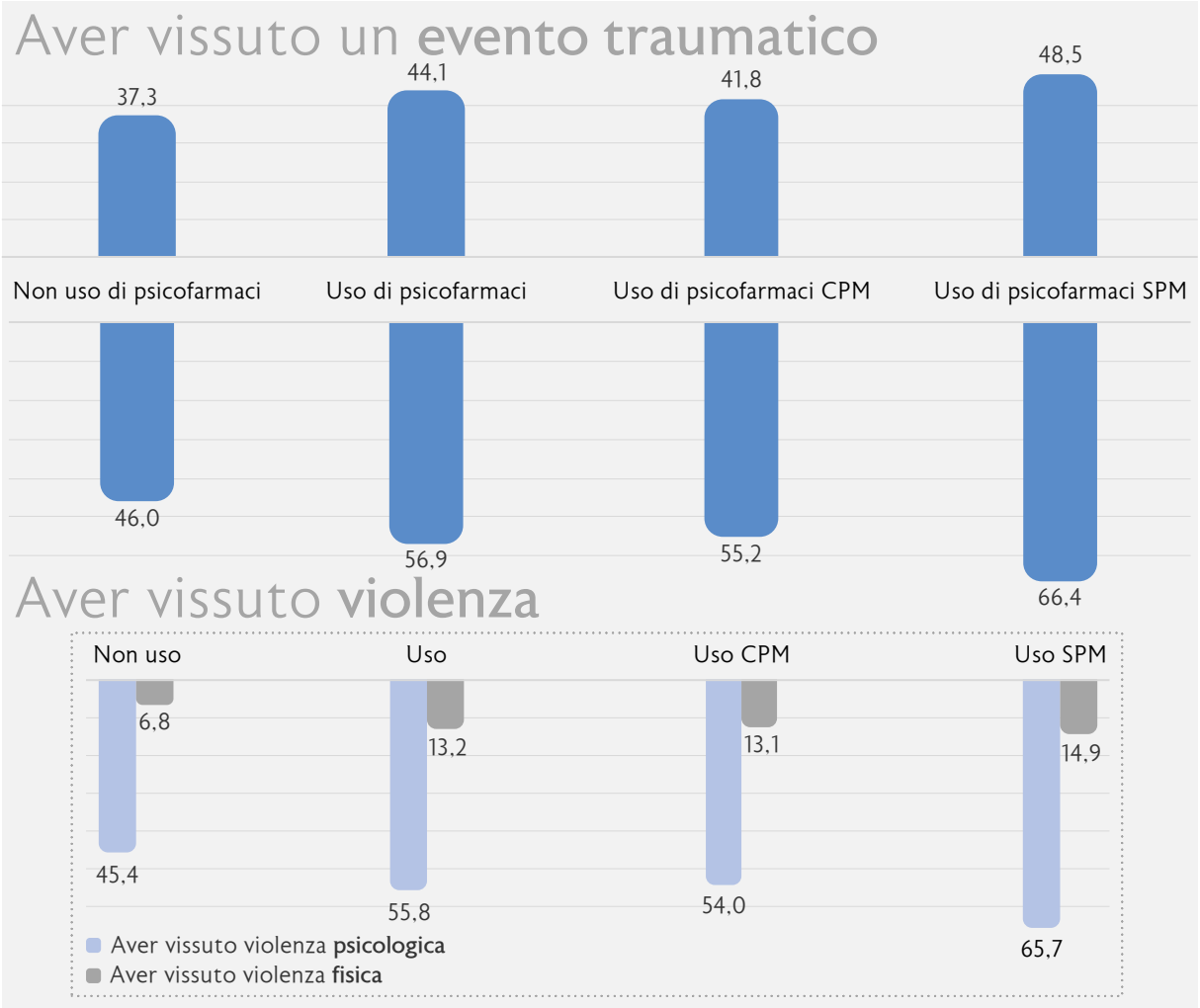
[3] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Buon livello di benessere" e "Buona qualità del sonno".

Tabella 1. Motivazioni di stress nell'ultimo anno e uso o meno di psicofarmaci, totale e per tipologia di assunzione (CPM e SPM)[4]. Anno 2022

		Non uso di psicofarmaci	Uso di psicofarmaci	Uso di psicofarmaci CPM	Uso di psicofarmaci SPM
Per problemi a casa	A volte	54,4	52,2	54,7	48,2
	Spesso	18,1	31,4	29,6	34,2
	Sempre	2,8	5,6	5,2	7,1
Per problemi al lavoro	A volte	38,7	30,8	29,7	34,2
	Spesso	22,5	27,4	25,8	32,5
	Sempre	4,1	7,0	5,2	11,7
Per problemi economico-finanziari	A volte	33,6	35,2	35,4	34,8
	Spesso	11,3	14,7	12,9	20,8
	Sempre	3,5	5,7	6,3	4,0

Nell'arco di vita, i consumatori di psicofarmaci riferiscono in maggior misura di aver vissuto eventi traumatici o subito atti di violenza psicologica e fisica rispetto ai non utilizzatori. Entrando nel merito della tipologia di consumo, i consumatori di psicofarmaci SPM si caratterizzano per percentuali ancora più elevate in riferimento all'esperienza sia di eventi traumatici sia di violenza psicologica e fisica.

Figura 5. Vissuti traumatici e violenti tra gli utilizzatori o meno di psicofarmaci, totale e per tipologia di assunzione (CPM e SPM). Anno 2022

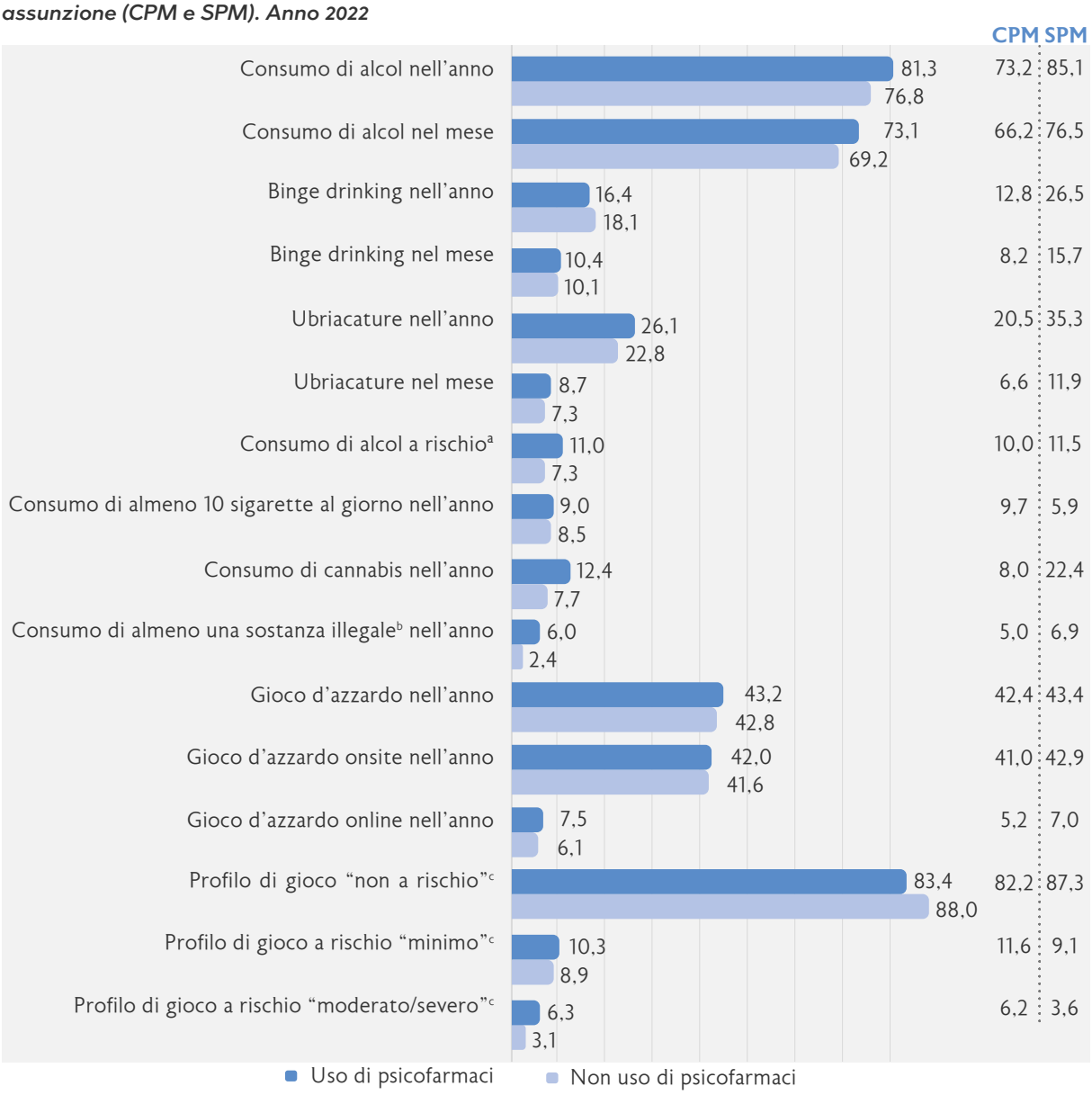


[4] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

COMPORTAMENTI ASSOCIATI

La pratica degli eccessi alcolici quali l'ubriacarsi e il binge drinking, bere 6 o più drink in un'unica occasione, è riferita maggiormente dagli utilizzatori di psicofarmaci e ancor più dagli utilizzatori senza prescrizione medica. Anche l'uso di sostanze psicoattive illegali è maggiormente diffuso tra i consumatori di psicofarmaci ma lo sviluppo della dipendenza da cannabis è contrariamente meno presente tra gli utilizzatori di farmaci SPM rispetto non solo ai non utilizzatori ma anche ai consumatori di psicofarmaci CPM.

Figura 6. Comportamenti a rischio tra gli utilizzatori o meno di psicofarmaci, totale e per tipologia di assunzione (CPM e SPM). Anno 2022

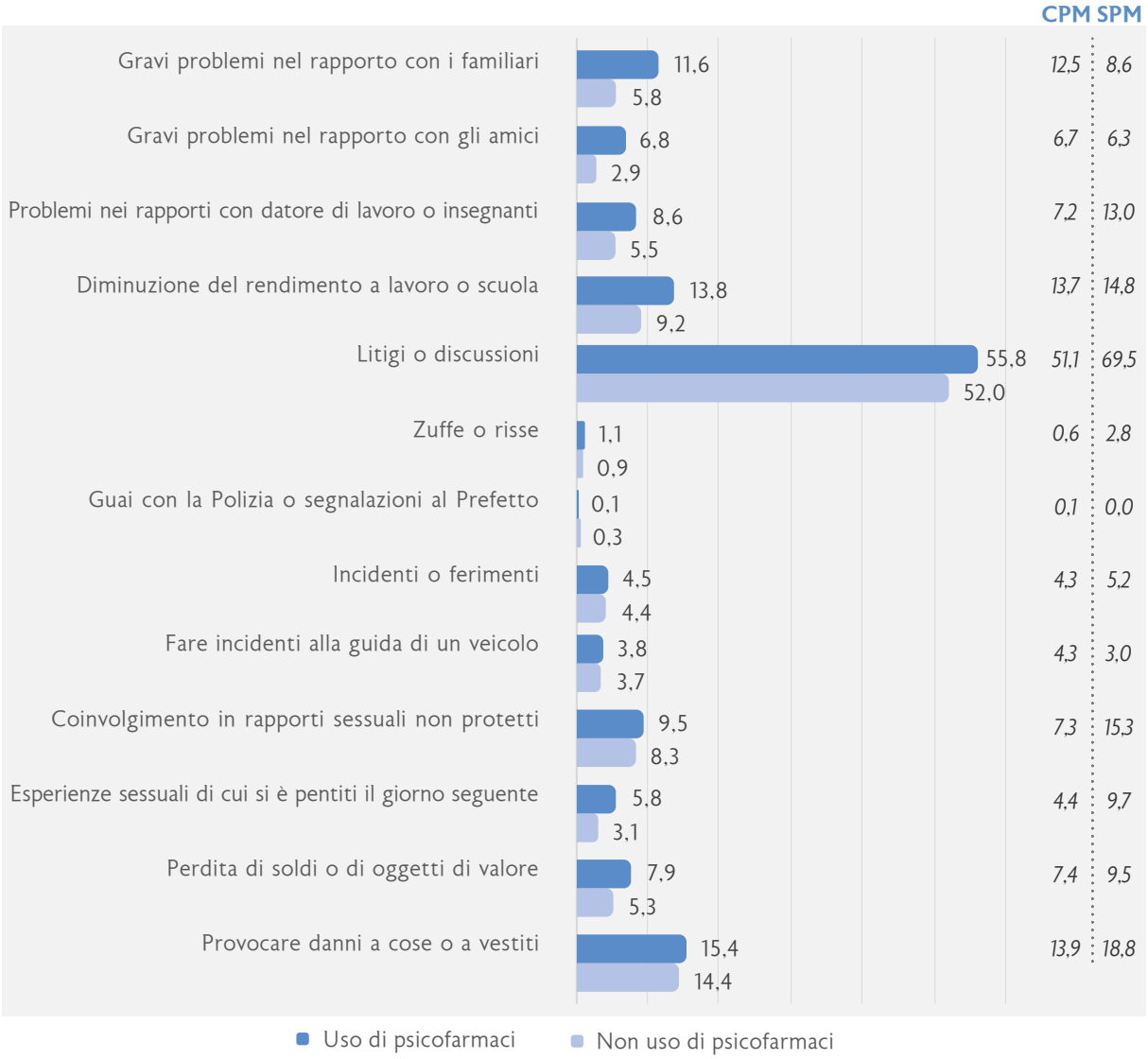


[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)

Infine, rispetto ai comportamenti associati al consumo di psicofarmaci, gli utilizzatori riportano percentuali più elevate per la maggior parte dei comportamenti riguardanti le relazioni sociali, il coinvolgimento in comportamenti violenti (come zuffe o risse) o in rapporti sessuali non protetti o di cui si è pentiti.

In particolare, gli utilizzatori di psicofarmaci SPM si caratterizzano per valori più elevati nell'avere problematiche in ambito scolastico e lavorativo, essere coinvolti in comportamenti violenti come litigi, provocare danni a cose o a vestiti e adottare comportamenti sessuali a rischio.

Figura 7. Comportamenti a rischio tra gli utilizzatori o meno di psicofarmaci, totale e per tipologia di assunzione (CPM e SPM). Anno 2022



CONCLUSIONI

Oltre 8milioni di persone tra i 18 e gli 84 anni (18%) hanno consumato psicofarmaci nel corso del 2022, in Italia, sotto consiglio medico, mentre più di 2milioni di italiani circa hanno assunto psicofarmaci, soprattutto, tranquillanti, sonniferi, antidepressivi e stimolanti, senza consultazione medica e di conseguenza senza prescrizione medica. Nonostante la percezione dell'assunzione occasionale e/o SPM di psicofarmaci sia indicato come un comportamento a rischio elevato in misura maggiore dal genere femminile, sono le stesse che lo mettono in atto con prevalenze più alte rispetto ai rispondenti di genere maschile, prediligendo tranquillanti, ansiolitici e sonniferi.

L'andamento temporale dei consumi di questa categoria di farmaci, assunta senza il consenso di un medico, ha rilevato un aumento nell'ultima edizione dello studio, ma se complessivamente le prevalenze nel post-pandemia sono passate dal 3% a sfiorare il 5%, tra le consumatrici l'incremento è ben più importante, registrando un incremento percentuale del 60% rispetto al 2018 e arrivando a coinvolgere quasi il 7% delle donne italiane tra i 18 e i 64 anni di età.

La distribuzione di psicofarmaci è prevalentemente veicolata dalle farmacie, anche nel caso in cui la persona richieda psicofarmaci SPM.

I consumatori di psicofarmaci, soprattutto senza prescrizione medica, hanno un ridotto stato di benessere e una ridotta qualità del sonno che sembra essere influenzata in misura maggiore da problemi familiari o lavorativi. Avere subito violenza fisica o psicologica e aver subito eventi di natura traumatica possono incidere sull'assunzione di psicofarmaci, infatti, questi eventi sono stati esperiti in misura maggiore da chi ha fatto uso di psicofarmaci (soprattutto SPM) nella propria vita.

Le persone che hanno risposto positivamente all'assunzione di psicofarmaci SPM sono anche coloro che mettono in atto più frequentemente comportamenti a rischio quali il consumo a rischio di alcol, il consumo di cannabis e sostanze illegali e che hanno un profilo di gioco a rischio moderato/severo. Inoltre, l'assunzione di psicofarmaci (indipendentemente dalla presenza di prescrizione medica) è maggiormente associata a gravi problemi relazionali: in famiglia; con gli amici e a lavoro, con colleghi e superiori. Infine, l'assunzione di psicofarmaci SPM diversamente dall'assunzione CPM è maggiormente correlata a problemi con gli altri come litigi e discussioni, zuffe o risse, rapporti sessuali a rischio o di cui ci si è pentiti e a problemi come la perdita o il danneggiamento di oggetti di valore e vestiti.

L'associazione a diversi fattori, psicosociali e personali, che possono potenzialmente ulteriormente influenzare il consumo, ma anche solo il consumo stesso, senza la supervisione medica, con tutti i rischi sulla salute che può comportare, rende il monitoraggio del fenomeno, compresi i pattern di consumo, fondamentale per la comprensione e la prevenzione del fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani, P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. Journal of Gambling Studies, 29, 765-774.

Ferris, J., & Wynne, H, (2001a). The Canadian problem gambling index: User manual. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

Ferris, J., & Wynne, H. (2001b). The Canadian problem gambling index: Final report. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

Fischer, B., Bibby, M., & Bouchard, M. (2010). The Global Diversion of Pharmaceutical Drugs Non-medical use and diversion of psychotropic prescription drugs in North America: a review of sourcing routes and control measures. Addiction, 105(12), 2062-2070.

Hulme, S., Bright, D., & Nielsen, S. (2018). The source and diversion of pharmaceutical drugs for non-medical use: A systematic review and meta-analysis. Drug and alcohol dependence, 186, 242-256.

Mayfield D., McLeod G. & Hall P. (1974) The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. Am J Psychiatry; 131(10): 1121-3.

Rapporto "L'uso dei farmaci in Italia", realizzato dall'Osservatorio Nazionale sull'impiego dei Medicinali (OsMed) dell'AIFA – 2022: https://www.aifa.gov.it/-/l-uso-dei-farmaci-in-italia-rapporto-osmed-2022

Shayesta Dhalla, Jacek A. Kopec (2006). The CAGE Questionnaire for Alcohol Misuse: A Review of Reliability and Validity Studies. ClinInvest Med 2007; 30 (1): 33-41

STUPEFICIUM

06

STUPEFICIUM

STUPEFICIUM

Claudia Luppi e Marco Scalese Urciuoli

INTRODUZIONE

I rischi correlati al consumo di sostanze psicoattive illegali rappresentano una delle maggiori sfide di salute pubblica (Teoh et al., 2019; Lewer et al., 2023). È ormai noto come l'adozione di questi comportamenti, per i quali negli anni sono state sviluppate linee guida e interventi di prevenzione (EMCDDA, 2019; McCance-Katz, 2020), produca esiti negativi sulla salute fisica e mentale, sul contesto sociale, in termini di relazioni familiari e sociali, e nella sfera lavorativa (Mathers et al., 2013; Aldridge et al., 2018; Ignaszewski, 2021; Lewer et al., 2023).

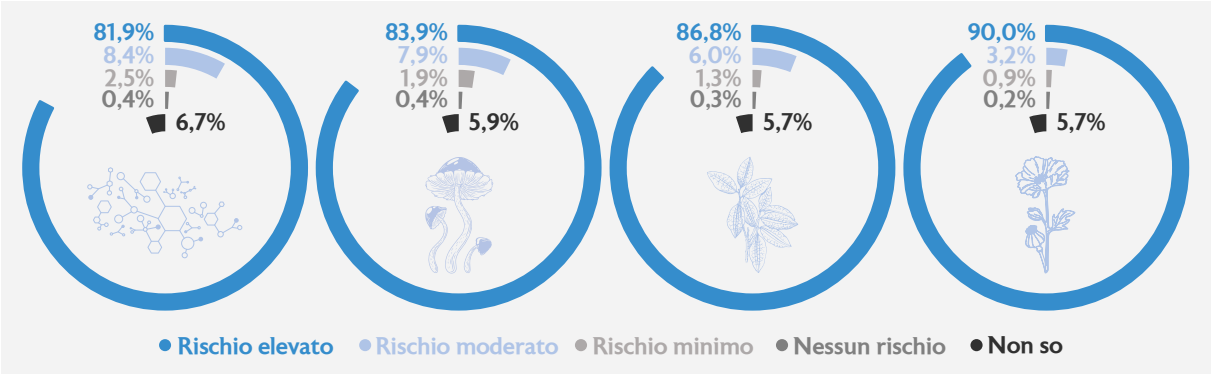
Secondo quanto riportato dal World Drug Report - 2023 (UNODC, 2023) nel 2021, a livello mondiale, sono state 296milioni le persone che hanno utilizzato sostanze psicoattive illegali registrando, negli ultimi dieci anni, un aumento del 23%. Sempre a livello mondiale, la sostanza maggiormente utilizzata è la cannabis (219milioni; 4,3%), seguita da eroina e altri oppiacei (60milioni; 1,2%), amfetamine (36milioni; 0,7%), cocaina (22milioni; 0,4%) ed ecstasy (20milioni; 0,4%).

A livello europeo, l'European Drug Report – 2023 (EMCDDA, 2023) evidenzia un'importante variabilità inter-continentale con prevalenze del consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale nell'anno che variano dal 2% al 13,5% nella popolazione di 15-64 anni. Dettagliando per le diverse tipologie di sostanza utilizzata, si stima siano 22,6milioni (7,9%) le persone che hanno consumato cannabis nell'ultimo anno, 3,7milioni (1,3%) quelle che hanno utilizzato cocaina, 2,3milioni (0,8%) coloro che hanno utilizzato MDMA, 2milioni (0,7%) amfetamine e 1milione le persone definibili utilizzatori di oppiacei ad alto rischio (EMCDDA, 2023).

PERCEZIONE DEL RISCHIO

L'utilizzo di sostanze psicoattive illegali è percepito come estremamente rischioso dalla popolazione residente nel Paese ed è tra le donne che si registrano sempre percentuali superiori. La percezione di rischio elevato varia, in generale, da un minimo pari all'82% delle persone, riferito a sostanze come ecstasy, al 90% in relazione a eroina, da sempre considerata la sostanza più pericolosa. Da rilevare la presenza di una quota pari a circa il 6% di italiani che non è in grado di attribuire alcun grado di rischio all'uso di sostanze.

Figura 1. Percezione del rischio del consumo di ecstasy, allucinogeni, cocaina ed eroina: distribuzione percentuale. Anno 2022



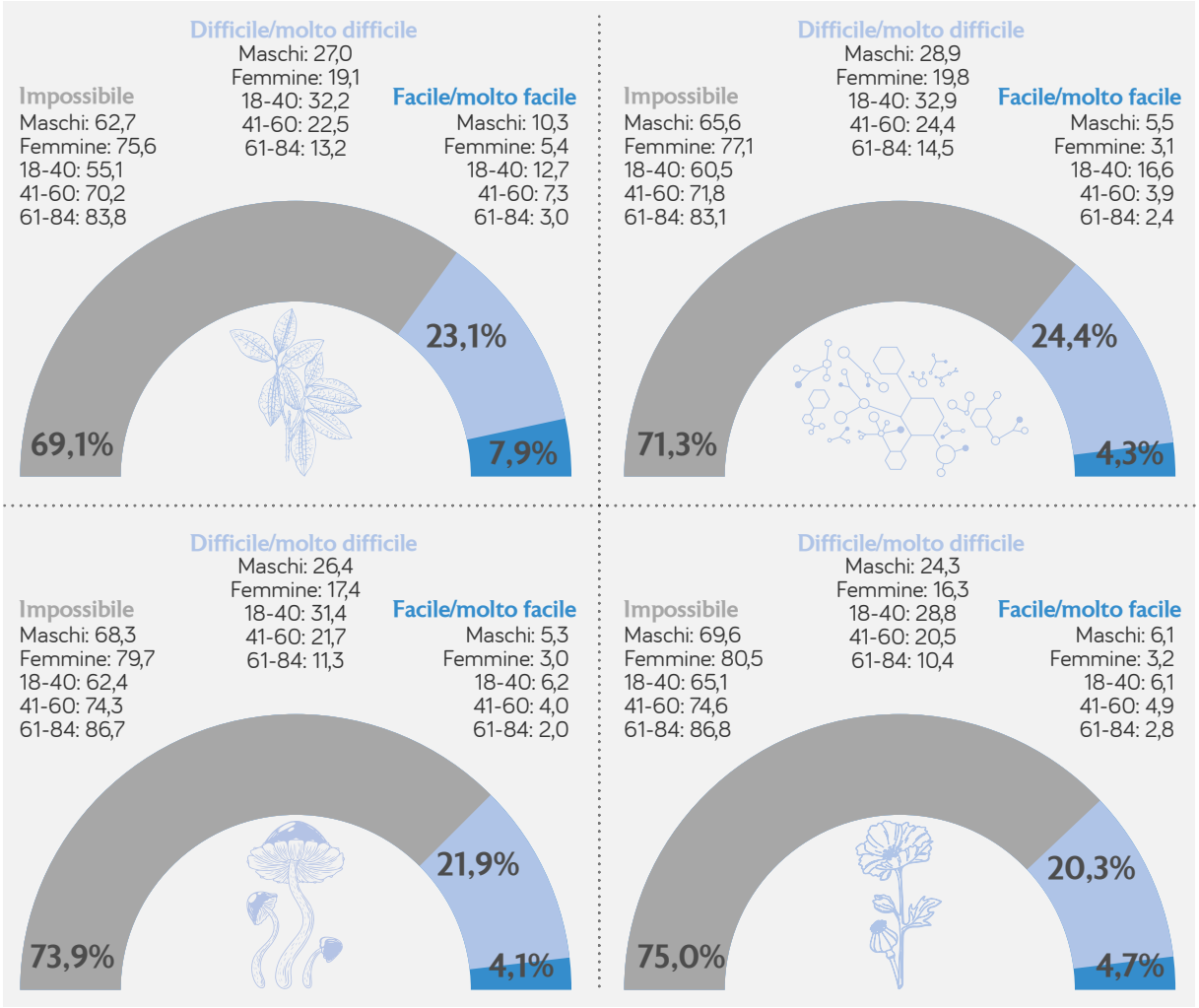
ACCESSIBILITÀ

Indipendentemente dalla tipologia della sostanza, la maggior parte delle persone ritiene che sia impossibile procurarsele facilmente nel giro di 24 ore; per sostanze quali stimolanti, allucinogeni ed eroina solo il 4-5% ritiene che potrebbe essere facile o molto facile reperirle; rispetto alla facilità di reperire cocaina, la percentuale raddoppia sfiorando l'8% dei rispondenti.

Per tutte le sostanze sono sempre le donne e la fascia più anziana della popolazione a ritenere con maggior frequenza che siano impossibili da reperire, mentre tra gli uomini e nella fascia tra i 18 e i 40 anni si rilevano le percentuali maggiori di chi riferisce una facilità di approvvigionamento.

L'eroina, considerata da tutti la più inaccessibile, registra l'impossibilità di reperimento nell'arco della giornata per l'80% delle donne e quasi il 90% dei 61-84enni; all'opposto, la cocaina potrebbero recuperarla facilmente il 10% degli uomini e il 12% dei più giovani.

Figura 2. Accessibilità a cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei: distribuzione percentuale. Anno 2022



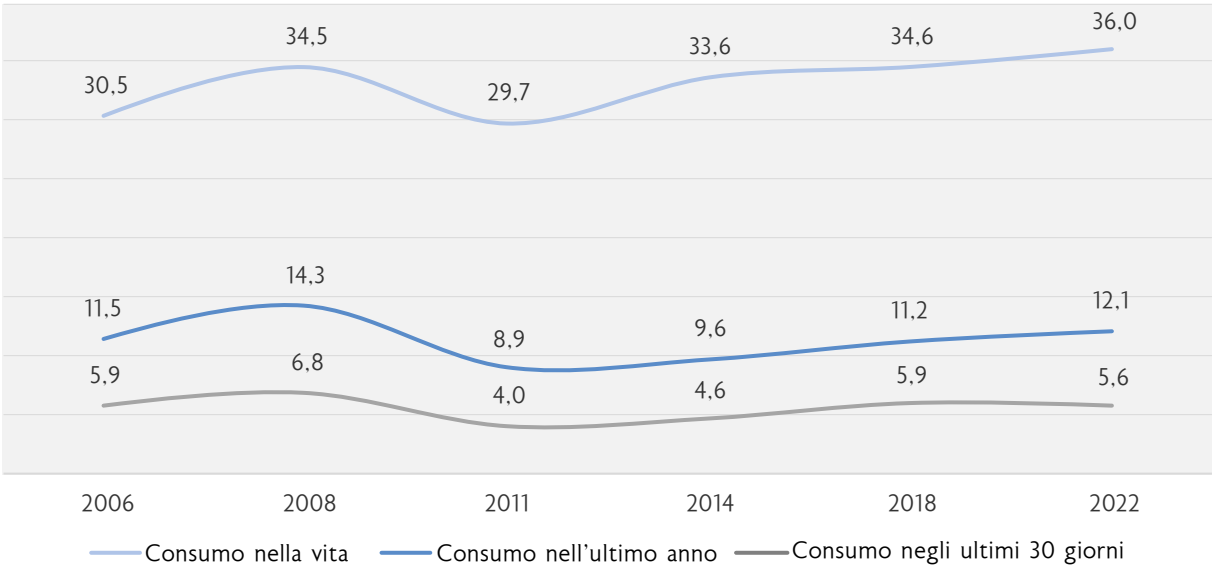
DIFFUSIONE E PATTERN DI CONSUMO

Lo studio IPSAD® condotto nel 2022, considerando complessivamente cannabis, oppiacei, cocaina, stimolanti, allucinogeni, solventi e inalanti e New Psychoactive Substances (NPS) ha stimato che oltre 14milioni 300mila persone residenti in Italia di età compresa tra i 18 e gli 84 anni abbiano assunto almeno una sostanza psicoattiva illegale nel corso della propria vita (30%: M=35%; F=25%), 4miloni 900mila sono le persone che l'hanno fatto nel corso del 2022 (10%: M=12%; F=8,1%) e 2miloni 100mila negli ultimi 30 giorni (4,5%: M=5,9%; F=3,1%).

Considerando tutte le sostanze precedentemente citate a esclusione della cannabis, le prevalenze si riducono notevolmente e si modificano in 11% per il consumo nella vita, pari a 5milioni di persone (M=14%; F=7,4%), 3,5% nell'anno (1milione 600mila persone: M=4,3%; F=2,7%) e 1,2% nel mese (quasi 600mila persone: M=1,5%; F=0,8%).

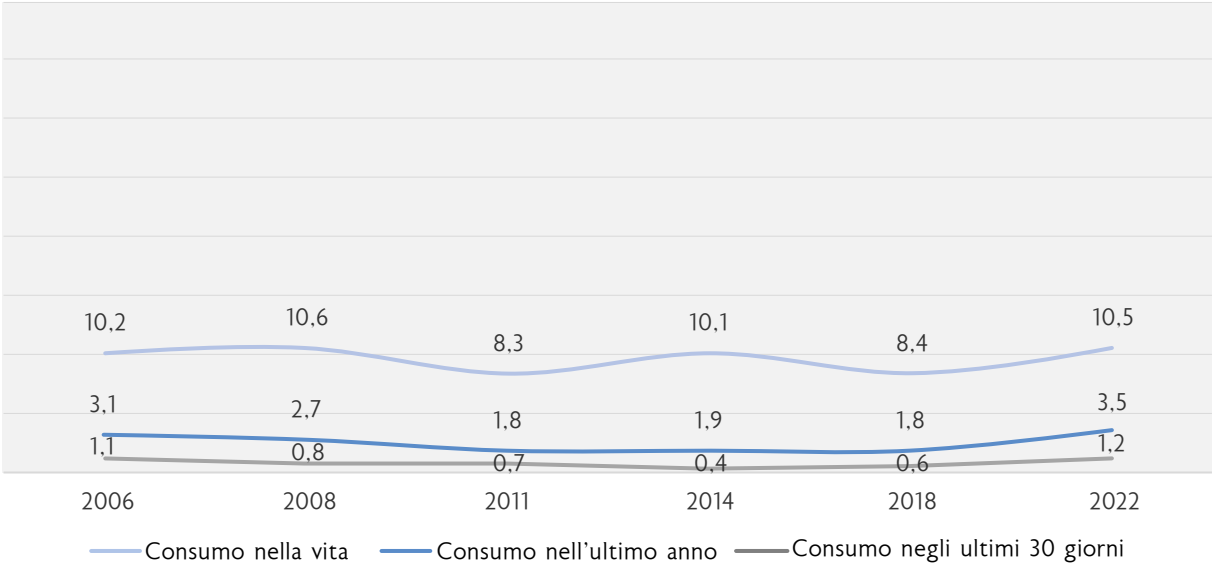
L'analisi temporale[1] dei consumi sulla popolazione 18-64enne evidenzia, già a partire dal 2011, un costante aumento delle persone che hanno utilizzato almeno una volta sostanze psicoattive illegali nella vita; più contenuto l'aumento di coloro che lo hanno fatto nel corso dell'anno in cui è stato condotto lo studio, mentre restano stabili i valori riferiti al consumo corrente, ovvero negli ultimi 30 giorni.

Figura 3. Consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2006-2022



Escludendo nuovamente la sola cannabis, l'andamento temporale risulta più stabile nel corso degli anni ma, per tutti gli indicatori di consumo, si osserva un aumento nell'ultimo anno di rilevazione nel quale si raggiungono i valori più alti di tutto il trend.

Figura 4. Consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale a esclusione della cannabis: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2006-2022



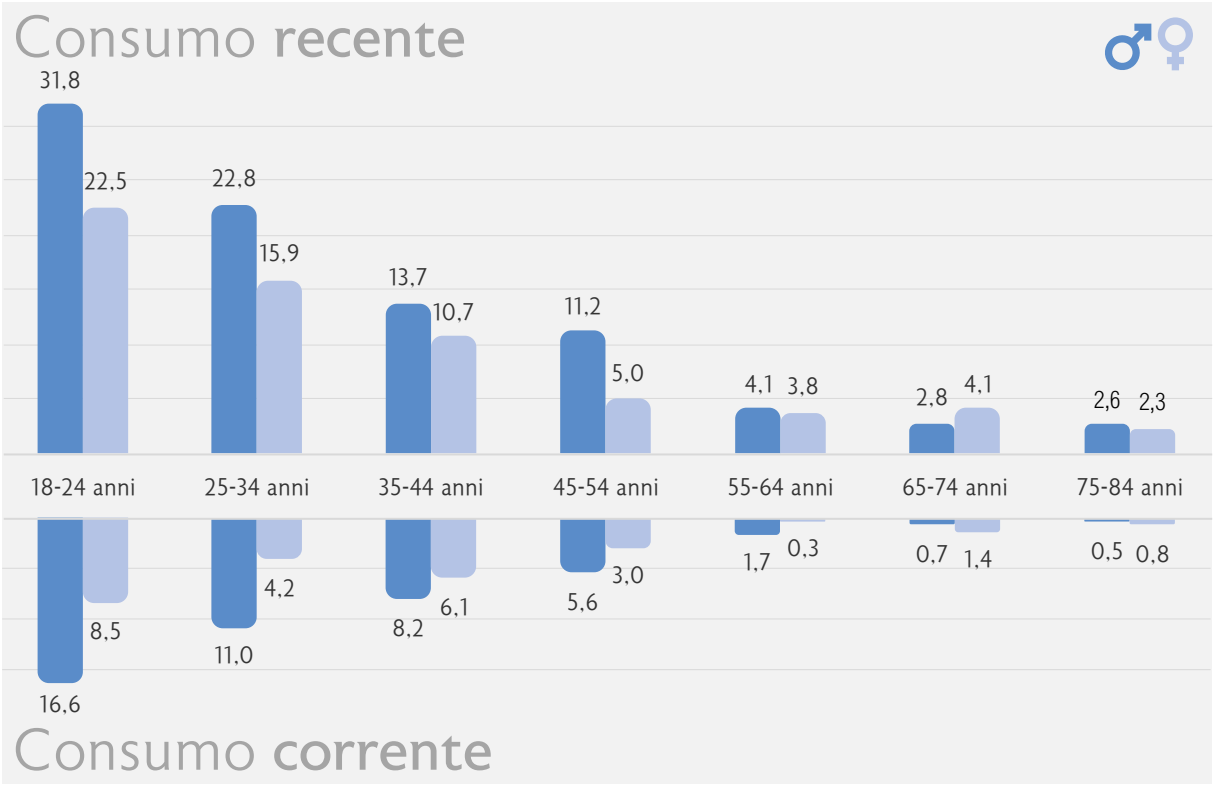
[1] Per una corretta confrontabilità con le precedenti edizioni dello studio, l'analisi temporale dei consumi viene sviluppata sulla popolazione 18-64enne. Questo è da tenersi in considerazione per tutte le analisi di trend presenti nel capitolo.

Il consumo di sostanze psicoattive nell'ultimo anno diminuisce al crescere dell'età passando dal 27% dei 18-24enni al 19% dei 25-34enni diminuendo ancora a 7,7% tra i 35-64enni. Nelle due fasce di età più anziane le prevalenze si assestano attorno al 3%.

Generalmente la prevalenza d'uso recente è maggiore nel genere maschile, con un rapporto di genere pari a 1.5; solo tra i 65-74enni sono le donne a far registrare prevalenze più alte dei coetanei.

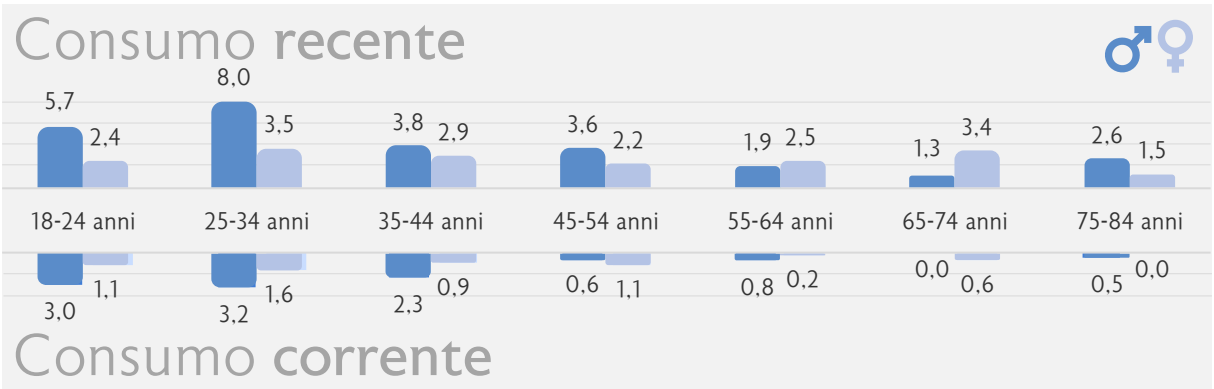
Anche per il consumo corrente si registra lo stesso andamento in relazione all'aumento dell'età, passando dal 13% dei più giovani a meno dell'1% per la popolazione di età più avanzata ma, in questo caso, con un rapporto di genere a favore degli uomini quasi doppio (M/F:1.9).

Figura 6. Consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



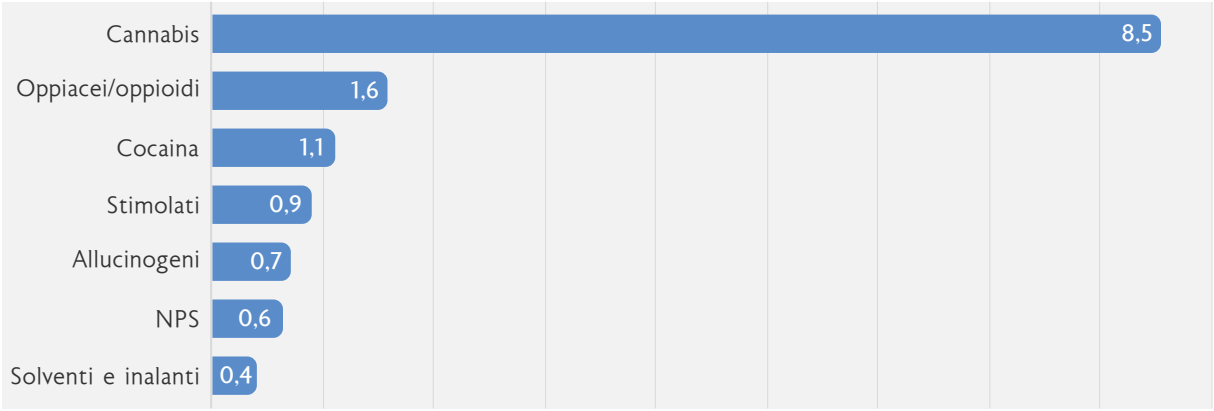
Escludendo la cannabis, sia il consumo nell'anno sia quello nell'ultimo mese, vedono maggiormente coinvolta la classe di età dei 25-34enni seguita dai più giovani under25; le prevalenze poi decrescono al crescere delle età per entrambi gli indicatori di consumo. I consumi corrente e recente registrano prevalenze maschili sempre superiori con un rapporto di genere pari a 1.4 per l'utilizzo negli ultimi 12 mesi e a 1.8 per quello negli ultimi 30 giorni

Figura 7. Consumo di almeno una sostanza psicoattiva illegale, a esclusione della cannabis, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



La cannabis, che viene approfondita dettagliatamente nel capitolo successivo, è la sostanza maggiormente utilizzata dalla popolazione tra i 18 e gli 84 anni nel 2022. Seguono oppiacei e oppioidi, cocaina, sostanze stimolanti e allucinogene; quelle meno diffuse nell'ultimo anno tra i residenti nel Paese sono le Nuove Sostanze Psicoattive (New Psychoactive Substances – NPS), i solventi e gli inalanti.

Figura 8. Percentuale di utilizzatori negli ultimi 12 mesi per tipologia di sostanza psicoattiva. Anno 2022

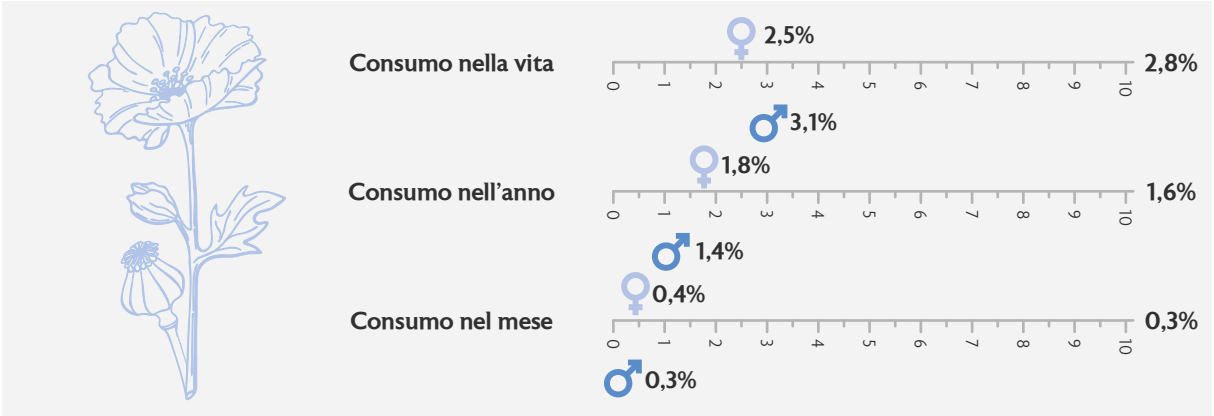


06

OPPIACEI

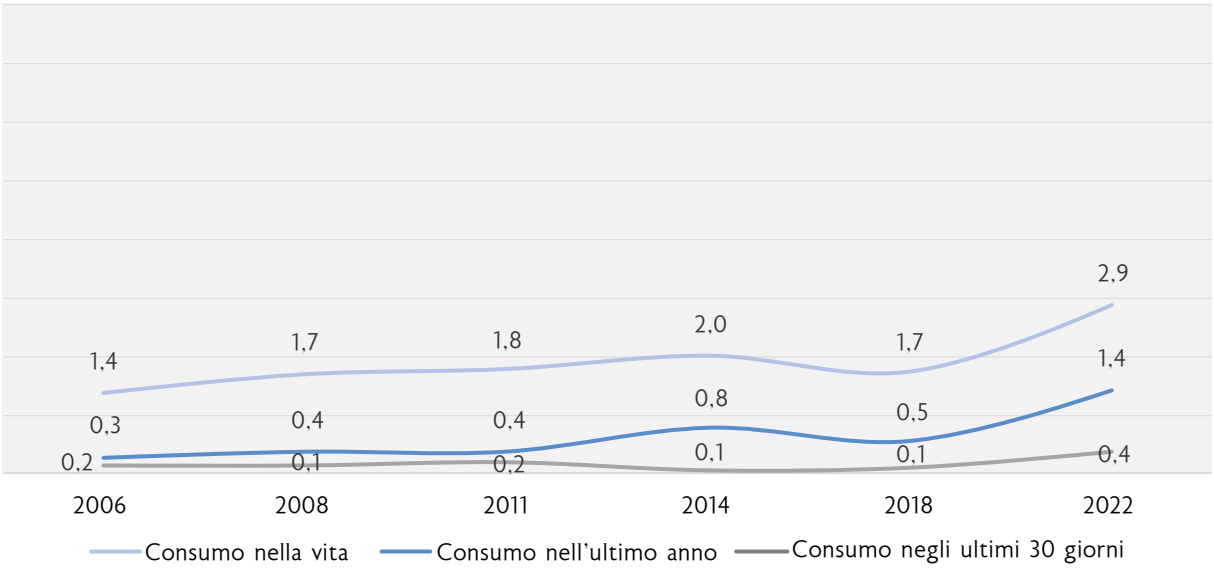
Diffusione e pattern di consumo

In Italia, 1milione e 300mila persone di età compresa tra i 18 e gli 84 anni hanno utilizzato oppiacei/oppioidi almeno una volta nella vita (2,8%: M=3,1%; F=2,5%), nel 2022 sono stati 750mila (1,6%: M=1,4%; F=1,8%) e quasi 160mila coloro che lo hanno fatto negli ultimi 30 giorni (0,3%: M=0,3%; F=0,4%).



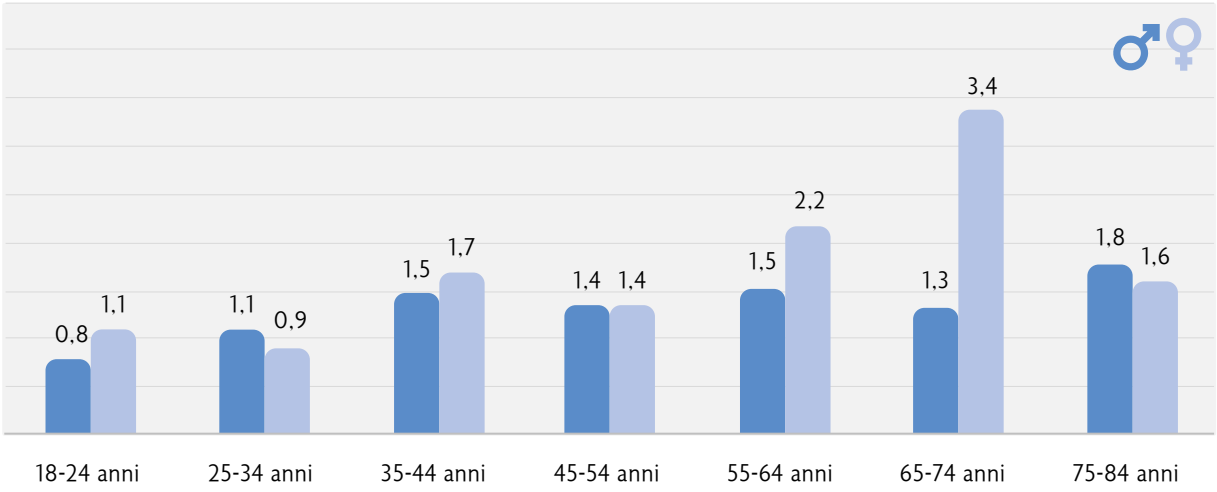
L'analisi temporale dei consumi degli utilizzatori di età compresa tra i 18 e i 64 anni registra, nel corso del 2022, un aumento di tutti gli indicatori di consumo che raggiungono i valori massimi proprio nell'ultima rilevazione.

Figura 5. Consumo di oppiacei: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2006-2022



Il consumo di oppiacei nel 2022 vede prevalenze maggiori nelle fasce di età più anziane della popolazione residente: si passa infatti dall'1% delle persone tra i 18 e i 34 anni, a prevalenze inferiori al 2% tra i 35 e i 64 anni raggiungendo il valore massimo del 2,4% tra i 65 e i 74 anni; tra i 75-84enni del Paese la prevalenza scende nuovamente poco sotto il 2%.

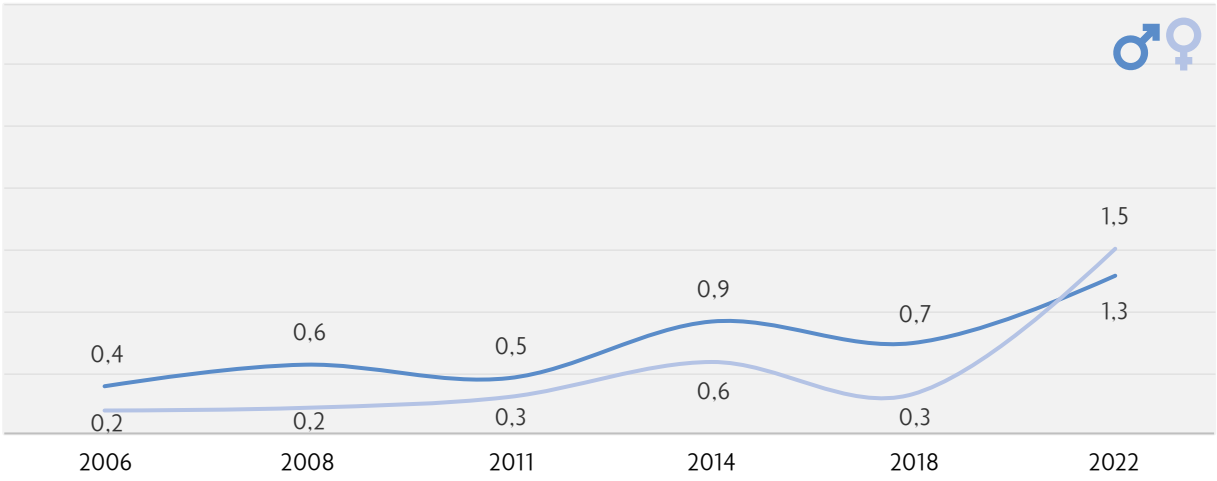
Figura 6. Consumo di oppiacei negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



Considerando i generi, il consumo recente di oppiacei nel 2022 vede un vantaggio femminile con un rapporto complessivo a loro favore pari a 1.3 ma è tra i 65 e i 74 anni che le donne registrano la maggior prevalenza di consumo (3,4%) e, in questa fascia, il rapporto di genere sale a 2.5.

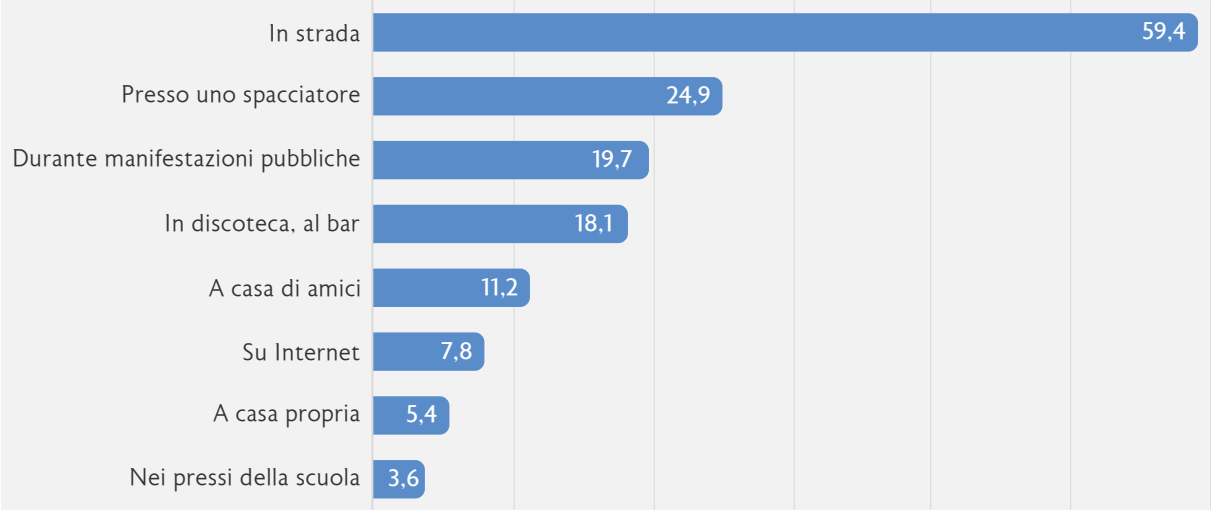
Osservando i trend per genere, le prevalenze maschili sono sempre risultate superiori a quelle femminili sino al 2018, anno dopo il quale c'è un netto aumento delle consumatrici e un'inversione del rapporto di genere.

Figura 7. Consumo di oppiacei negli ultimi 12 mesi: trend delle prevalenze per genere. Anni 2006-2022



Il semplice accesso alla sostanza, nel giro di una giornata, è riferito dal 27% di chi ha utilizzato almeno una volta oppiacei nella propria vita. Gli utilizzatori indicano il mercato della strada come primo luogo di reperimento, un utilizzatore su 4 si rivolge a uno spacciatore, 1 su 5 la recupera durante manifestazioni pubbliche e pochi meno in discoteche e bar.

Figura 8. Accessibilità agli oppiacei tra consumatori: distribuzione percentuale. Anno 2022



Il poliuso, ossia l'assunzione nel corso dell'anno di almeno un'altra sostanza oltre agli oppiacei, è un comportamento che coinvolge il 27% dei consumatori recenti di questa sostanza.

06

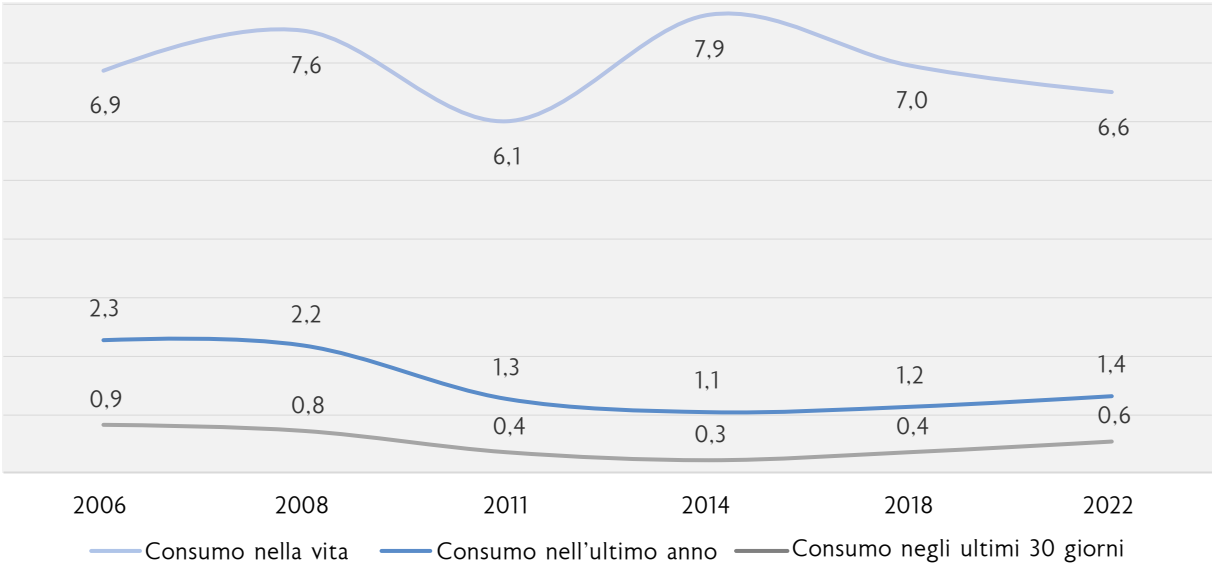
COCAINA

Diffusione e pattern di consumo

Oltre 2milioni e mezzo di persone in Italia hanno fatto uso di cocaina e crack almeno una volta nella vita, pari al 5,4% dei 18-84enni residenti nel Paese (M=7,4%; F=3,5%). Per ½ milione di persone il consumo è avvenuto nel corso del 2022 (1,1%: M=1,5%; F=0,7%) e nell'ultimo mese per 220mila persone (0,5%: M=0,6%; F=0,3%).

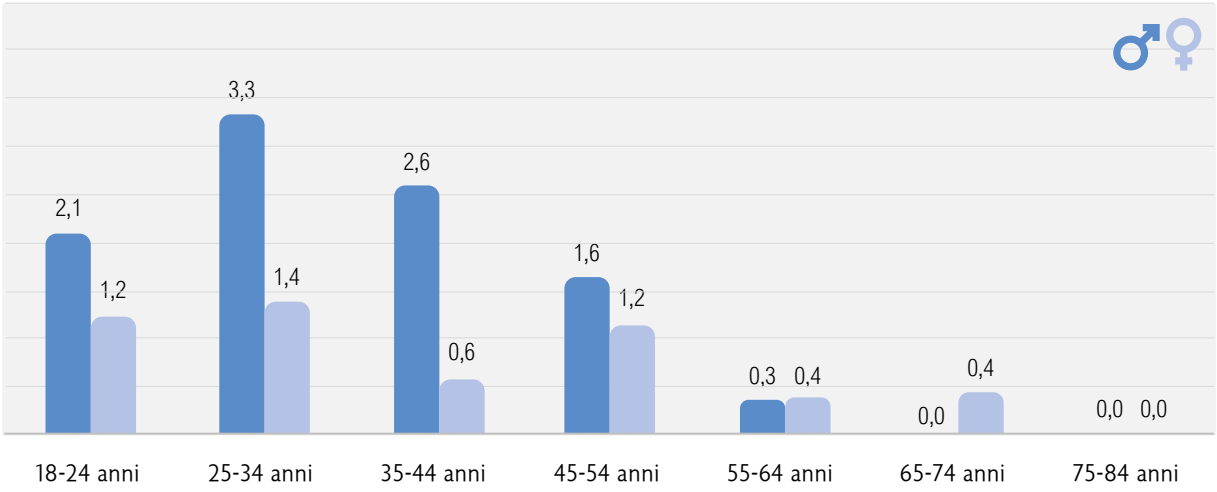
A partire dal 2014 si rileva un calo dei consumi nella vita nella popolazione 18-64enne, a fronte di un lieve aumento dei consumi riferiti all'anno e al mese.

Figura 9. Consumo di cocaina e crack: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2006-2022



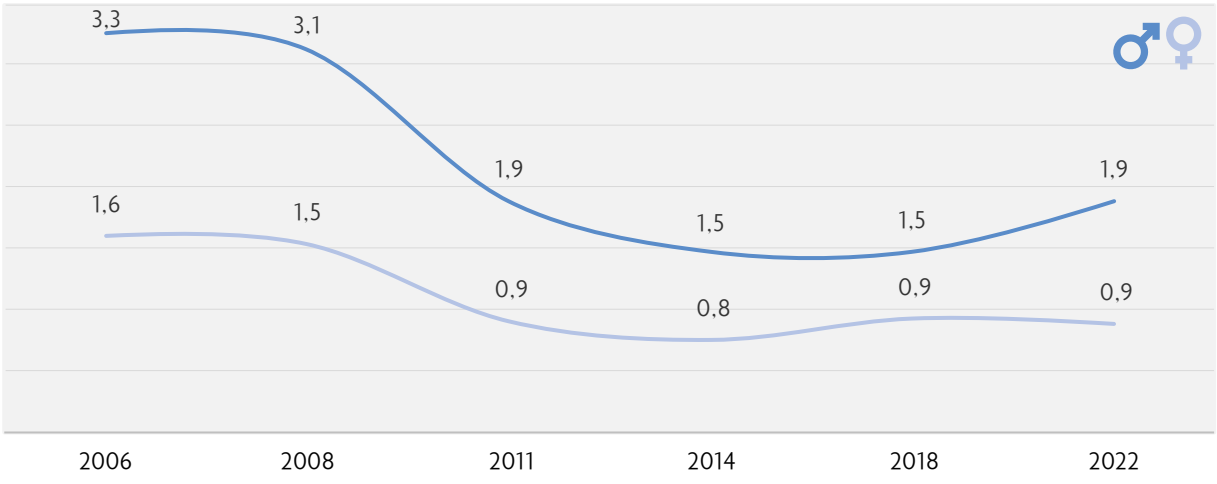
Il consumo recente di cocaina e crack è diffuso maggiormente tra gli uomini, che registrano in generale prevalenze doppie rispetto alle donne, e nella popolazione under35, con prevalenze prossime o poco superiori al 2%. L'utilizzo di cocaina poi diminuisce a partire dai 35 anni sino a essere completamente assente nella fascia più anziana della popolazione.

Figura 10. Consumo di cocaina e crack negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



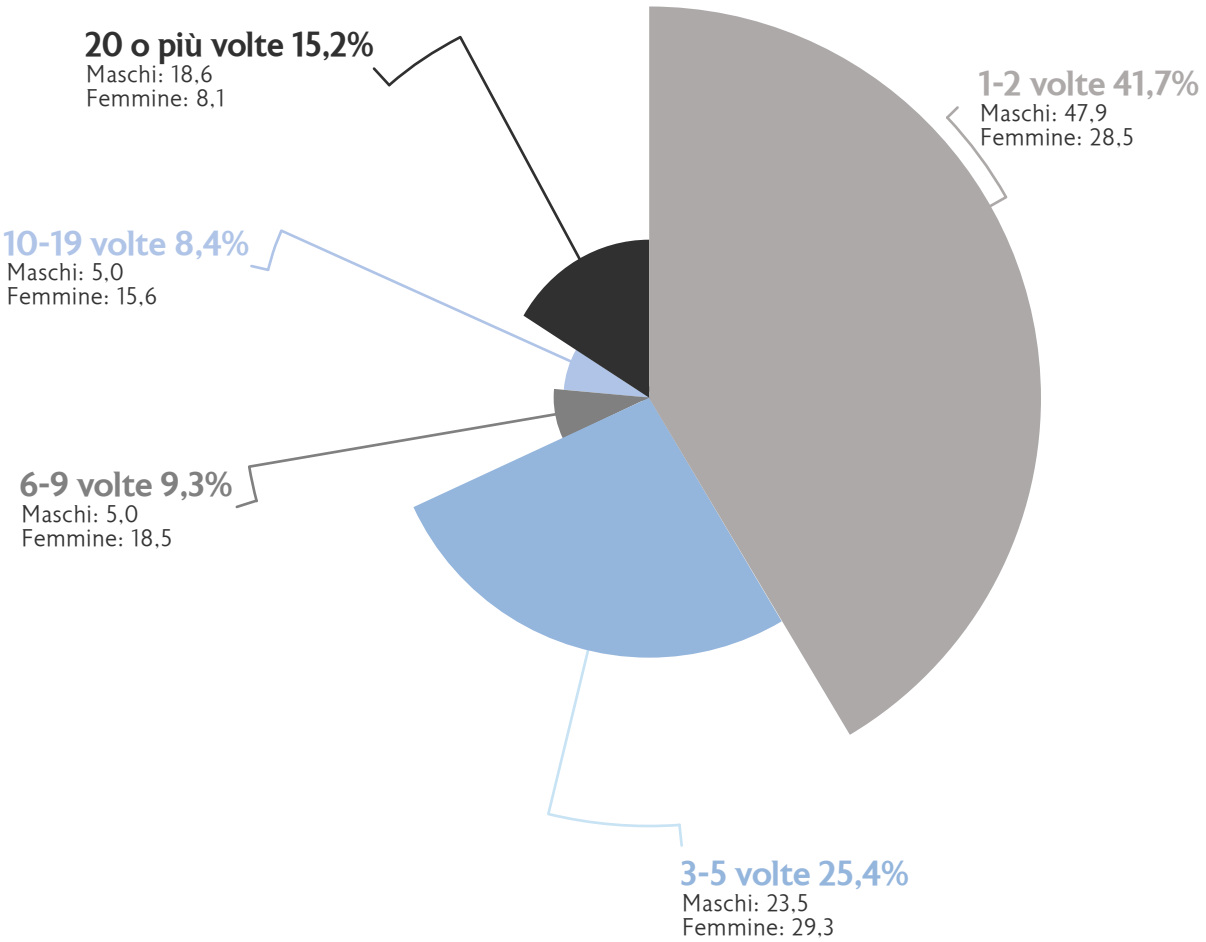
L'analisi temporale, dopo un calo delle prevalenze per entrambi i generi, vede nelle ultime rilevazioni una sostanziale stabilizzazione dei consumi femminili, mentre quelli maschili registrano un lieve aumento dal 2018.

Figura 11. Consumo di cocaina e crack negli ultimi 12 mesi: trend delle prevalenze per genere. Anni 2006-2022



La maggior parte degli utilizzatori recenti, ha consumato cocaina o crack non più di 2 volte nell'arco del 2022, soprattutto gli uomini; un quarto dei consumatori da 3 a 5 volte, quasi un consumatore su 5 dalle 6 alle 19 volte, frequenza che nel genere femminile però coinvolge più di un terzo delle utilizzatrici; il restante 15% dei consumatori, soprattutto gli uomini, ha utilizzato cocaina o crack almeno 20 volte durante l'ultimo anno.

Figura 12. Frequenza di consumo recente: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022

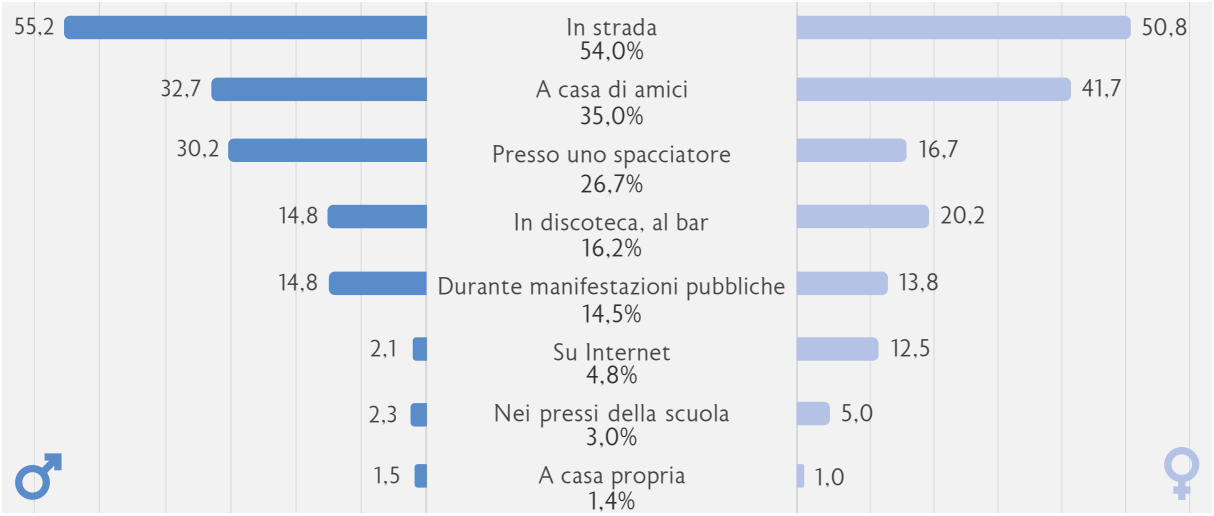


La via intranasale, il così detto snorting, è la modalità di assunzione maggiormente riferita, soprattutto dalle utilizzatrici (89%: M=88%; F=91%), il 28% dei consumatori assume queste sostanze fumandole, senza differenze fra i generi.

Quasi un terzo di chi ha fatto uso nella vita di cocaina o crack potrebbe procurarsi facilmente queste sostanze in 24 ore (32%), facilità riferita soprattutto dagli uomini (34%; F=29%), mentre la maggior parte delle utilizzatrici crede sarebbe impossibile (28%: M=21%; F=41%).

I luoghi indicati maggiormente per il reperimento sono il mercato della strada e la casa di amici, oltre un quarto dei consumatori si rivolgerebbe direttamente a uno spacciatore; riferiti da meno di un quinto discoteche e bar così come manifestazioni pubbliche. Le differenze di genere più rilevanti emergono in relazione alla casa di amici e al reperimento via Internet, indicati maggiormente dalle consumatrici e agli spacciatori, ai quali si rivolgono in misura maggiore gli utilizzatori.

Figura 13. Luoghi di reperimento di cocaina e crack: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



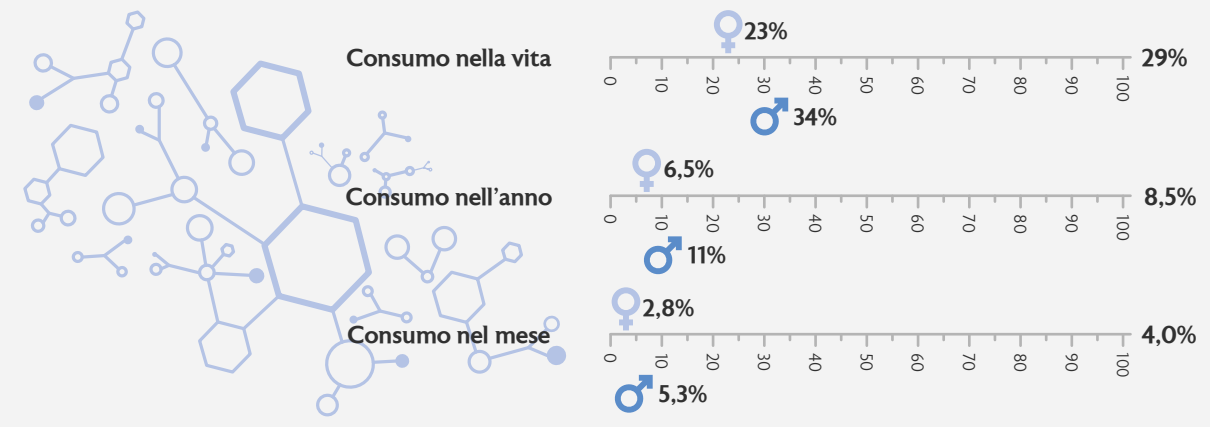
Oltre la metà degli utilizzatori di cocaina o crack, nell'arco del 2022, ha assunto anche altre sostanze psicoattive illegali, caratterizzandosi quindi come "poliutilizzatori" (55%).

06

STIMOLANTI

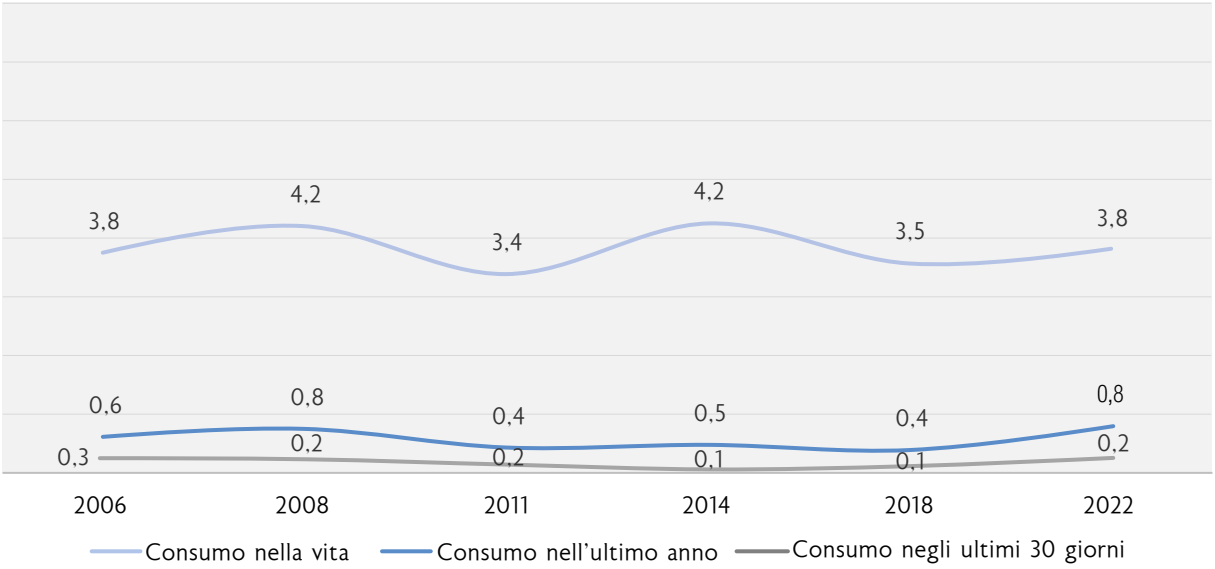
Diffusione e pattern di consumo

Sono 1milione e 700mila gli italiani tra i 18 e gli 84 anni che hanno utilizzato sostanze stimolanti come amfetamine, ecstasy e metamfetamine nel corso della loro vita (3,6%: M=5,0%; F=2,1%), quasi 400mila lo hanno fatto nel corso del 2022 (0,9%: M=1,2%; F=0,6%) e 125mila nel mese antecedente la partecipazione allo studio (0,4%: M=0,3%; F=0,2%).



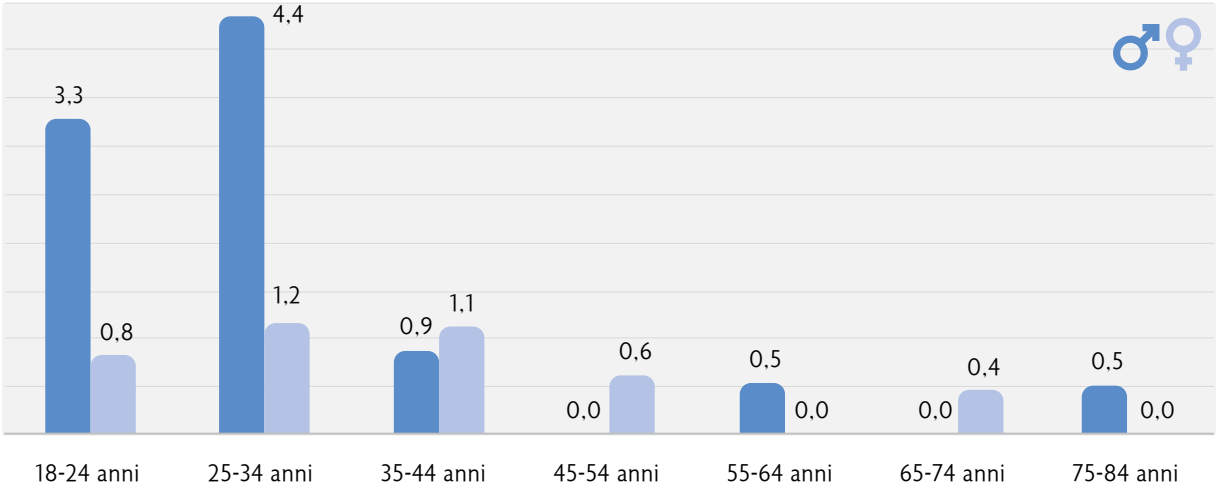
L'analisi temporale delle prevalenze tra le persone di 18-64 anni rileva una stabilità di tutti gli indicatori di consumo.

Figura 14. Consumo di stimolanti: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2006-2022



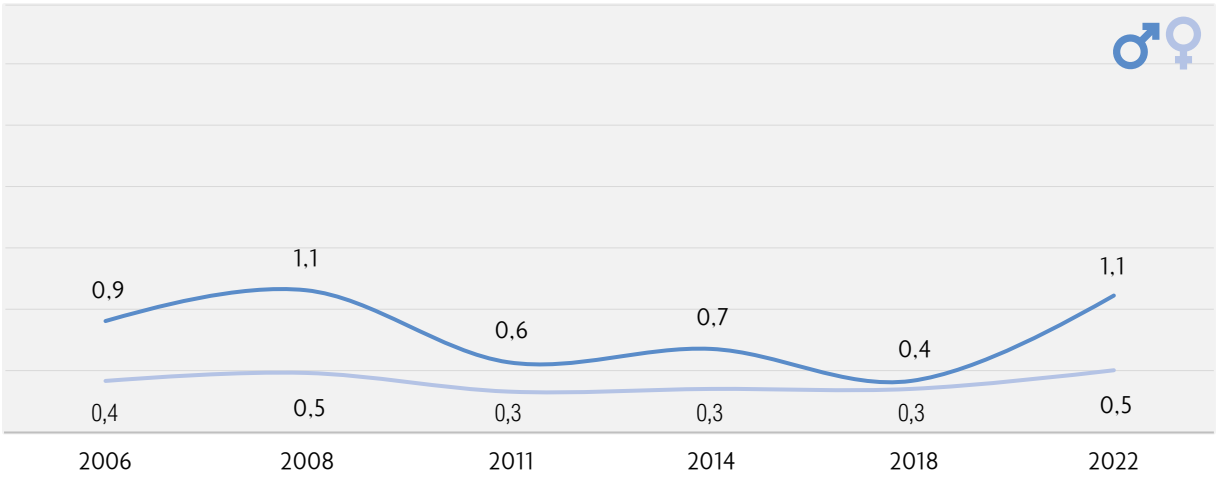
Nel 2022 l'utilizzo di sostanze stimolanti ha coinvolto prevalentemente le fasce di età più giovani (18-24 anni=2,1%; 25-34 anni=2,8%) e il genere maschile che, se complessivamente ha prevalenze doppie rispetto alle consumatrici, in queste fasce di età le quadruplica.

Figura 15. Consumo di stimolanti negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



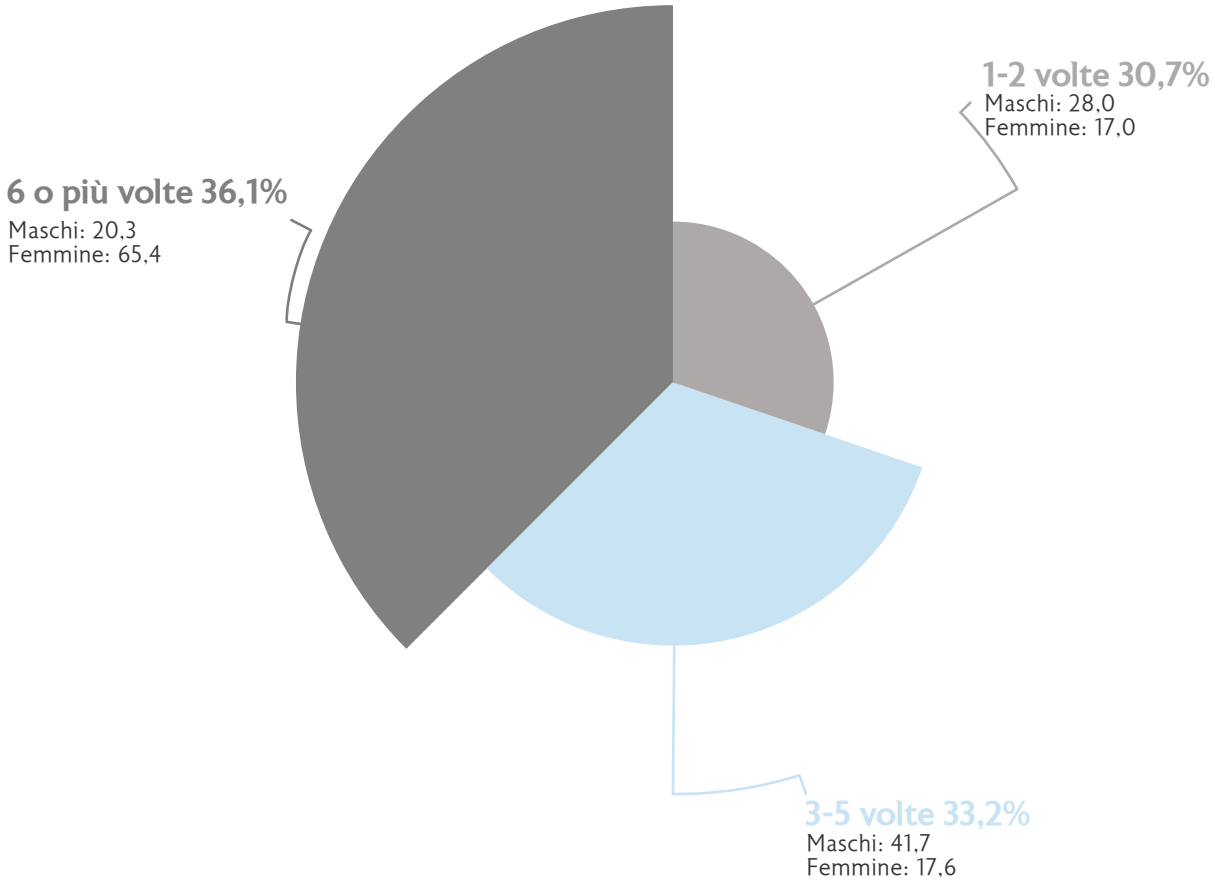
L'andamento temporale rileva consumi stabili nel tempo tra le donne mentre gli uomini, dopo il calo iniziato a partire dal 2008, nell'ultima edizione dello studio registrano un'impennata dei consumi che tornano ai medesimi valori di allora.

Figura 16. Consumo di stimolanti negli ultimi 12 mesi: trend delle prevalenze per genere. Anni 2006-2022



Nel 2022, la maggior parte degli utilizzatori ha assunto sostanze stimolanti in almeno 6 occasioni, soprattutto le donne; un terzo dei consumatori le ha utilizzate tra le 3 e le 5 volte e pochi meno al massimo 2 volte; il consumo massimo di 5 occasioni nell'arco dell'anno ha riguardato prevalentemente il genere maschile.

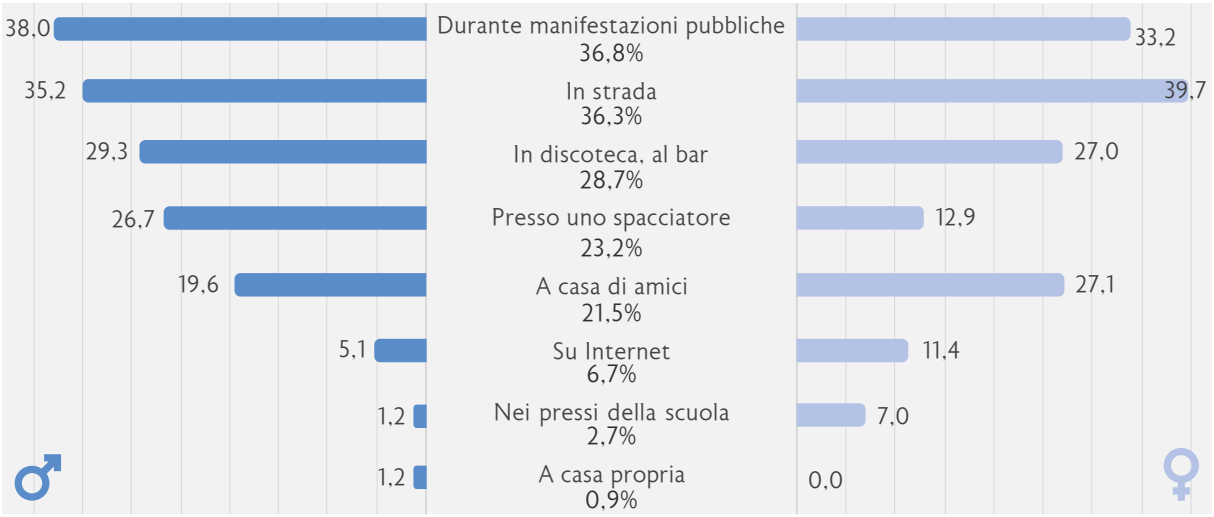
Figura 16. Frequenza di consumo recente: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



Quasi un utilizzatore su 5 ritiene facile procurarsi sostanze stimolanti nel giro di 24 ore (19%), mentre in pochi più di un terzo pensano sarebbe impossibile.

I contesti maggiormente riferiti per reperirle sono durante manifestazioni pubbliche come rave party e concerti o rivolgendosi al mercato della strada, seguiti da discoteche e bar, presso uno spacciatore e a casa di amici. Le differenze di genere più marcate riguardano il rivolgersi a uno spacciatore, riferito maggiormente dagli uomini e la casa di amici, riportata soprattutto dalle donne.

Figura 17. Luoghi di reperimento di stimolanti: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



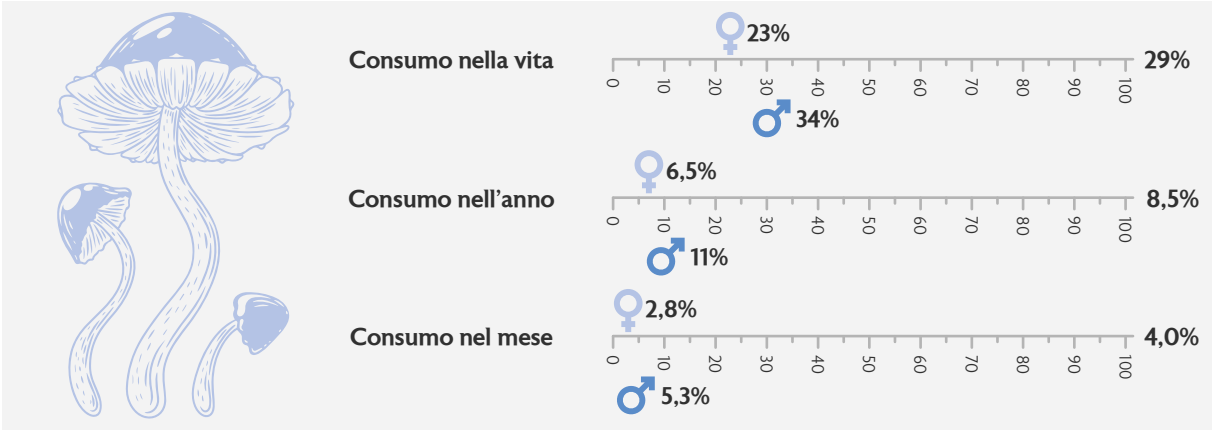
Quasi 5 utilizzatori di sostanze stimolanti su 10 possono essere definiti “poliutilizzatori” avendo assunto, nell’arco del 2022, anche altre sostanze psicoattive illegali (48%).

06

ALLUCINOGENI

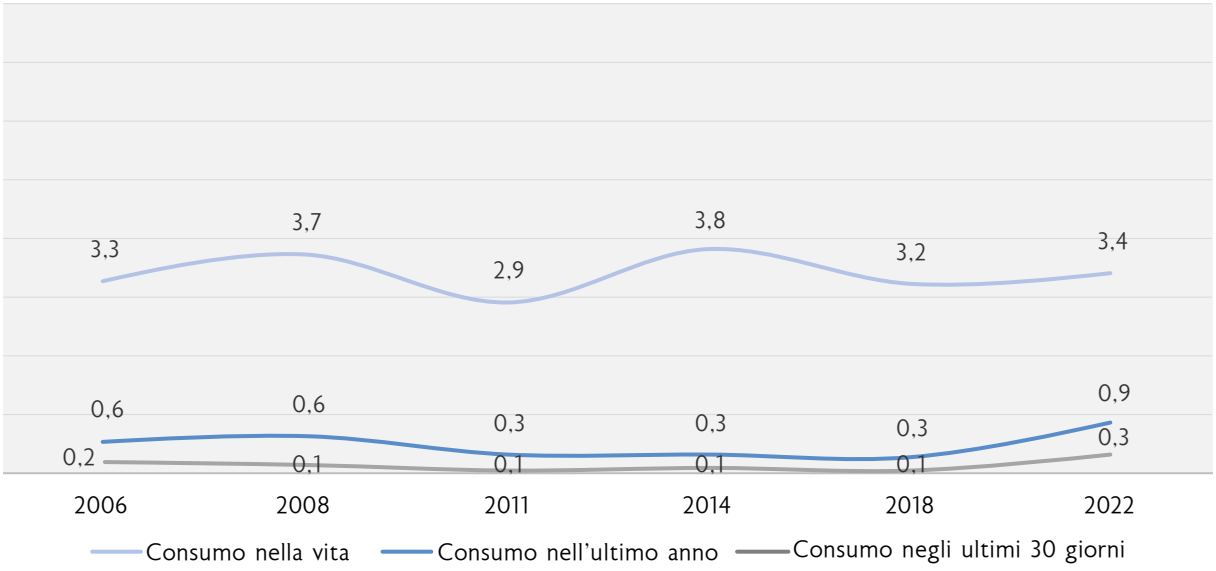
Diffusione e pattern di consumo

Tra la popolazione residente in Italia, 1milione e 400mila 18-84enni hanno utilizzato sostanze allucinogene nella loro vita (2,9%: M=4,4%; F=1,5%); sostanze come LSD, ketamina e funghi allucinogeni sono state utilizzate nel 2022 da 340mila persone (M=1,1%; F=0,4%) e in 140mila le hanno assunte il mese antecedente la partecipazione allo studio (0,3%: M=0,4%; F=0,2%).



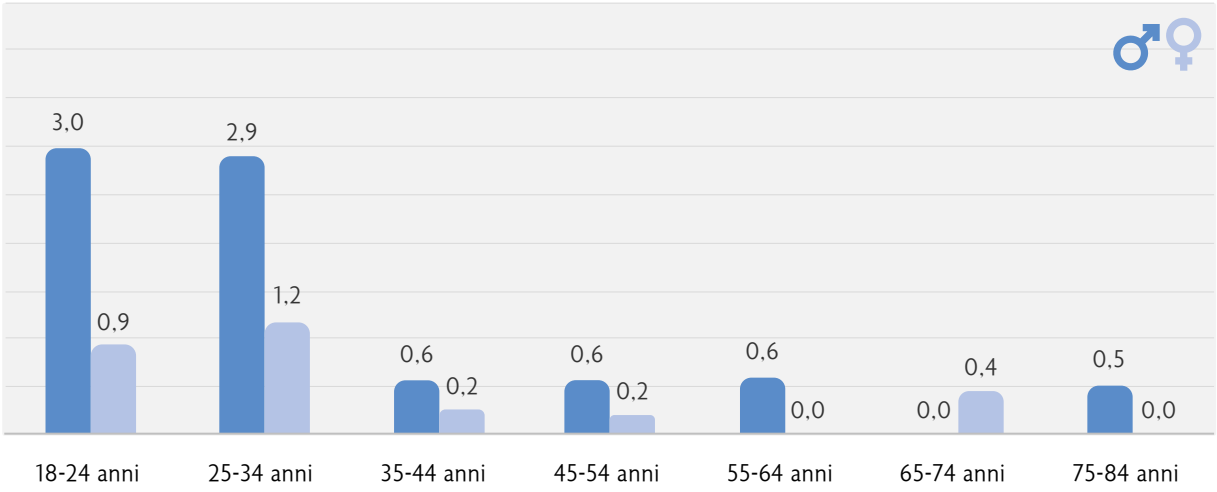
L'analisi della diffusione di allucinogeni nella popolazione 18-64enne nella vita risulta sostanzialmente stabile negli anni; si segnala invece un lieve incremento nell'ultima rilevazione rispetto all'uso nell'anno e nel mese che raggiungono i valori massimi di tutto il trend.

Figura 18. Consumo di allucinogeni: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2006-2022



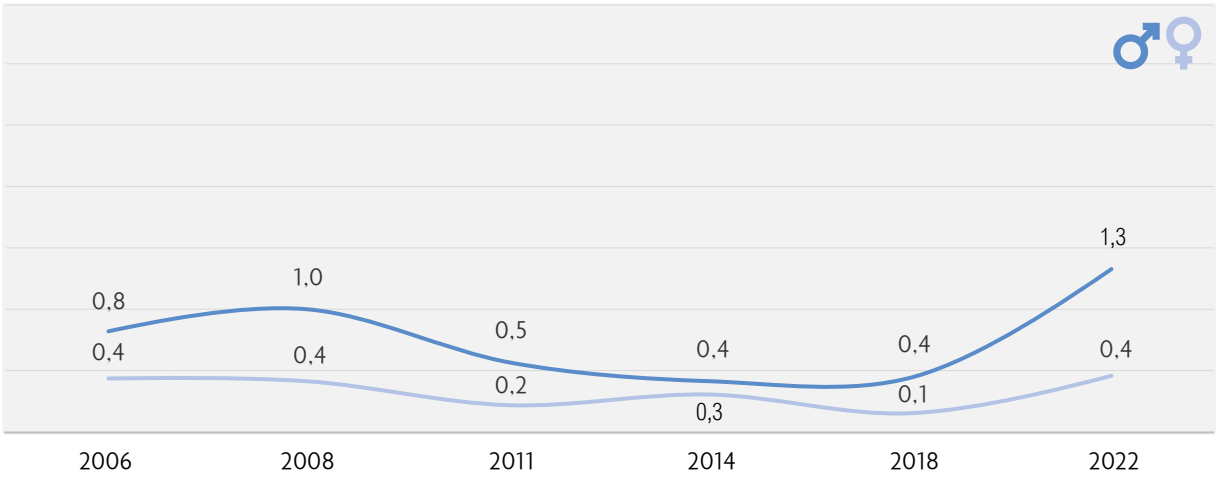
Il consumo recente di allucinogeni è maggiormente diffuso nel genere maschile, che ha un rapporto quasi triplo rispetto alle donne (M/F=2.8) e nella popolazione giovane adulta (2,0% tra i 18-24enni e 2,1% tra i 25-34enni). A partire dai 35 anni la diffusione del consumo diminuisce con prevalenze che scendono allo 0,4%.

Figura 19. Consumo di allucinogeni negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



L'analisi temporale tra i generi, rileva una sostanziale stabilità del consumo nell'anno per le donne; tra gli uomini, dopo un calo delle prevalenze tra il 2008 e il 2018, nell'ultima rilevazione si registra un importante aumento che arriva al valore massimo di tutto l'arco temporale considerato.

Figura 20. Consumo di allucinogeni negli ultimi 12 mesi: trend delle prevalenze per genere. Anni 2006-2022

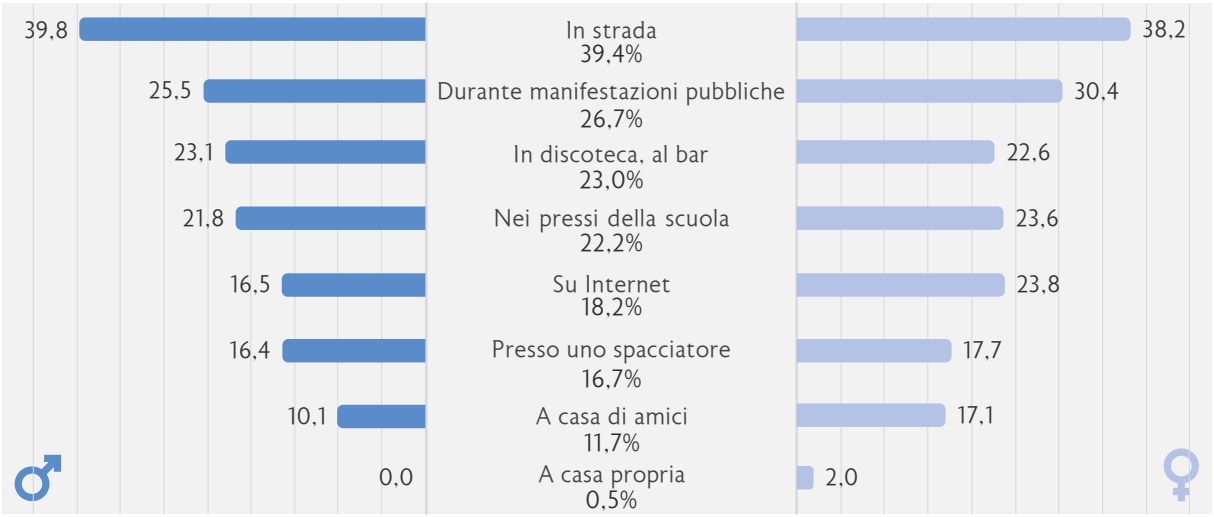


La frequenza d'assunzione delle sostanze allucinogene è stata di una o 2 occasioni nell'anno per la maggior parte degli utilizzatori (58%), il 23% le ha assunte tra le 3 e le 9 volte e il restante 19% almeno 10 volte.

Il 18% delle persone che hanno assunto allucinogeni nella propria vita ritiene possa essere semplice procurarseli nell'arco di 24 ore mentre è ritenuto impossibile per quasi il 40%.

Il mercato della strada è il luogo più indicato per il reperimento di queste sostanze, seguito da manifestazioni pubbliche, discoteche e bar e le adiacenze degli edifici scolastici. A eccezione dei contesti come i concerti e i rave party, maggiormente riferiti dalle utilizzatrici, per gli altri luoghi di reperimento non si rilevano significative differenze di genere.

Figura 21. Luoghi di reperimento di allucinogeni: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



Il 38% degli utilizzatori recenti di allucinogeni può essere definito "poliutilizzatore" avendo assunto anche altre sostanze psicoattive illegali nel corso dell'anno.

06

SOSTANZE ILLEGALI

FATTORI ASSOCIATI

Al fine di comprendere se esistono dei comportamenti più frequenti fra coloro che fanno uso di sostanze psicoattive illegali, è stata confrontata la popolazione di consumatori nell'anno di almeno una sostanza illegale tra cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei con chi non ha assunto nessuna di queste sostanze.

Per i consumatori si rileva maggiormente l'uso concomitante anche di sostanze legali quali alcol e tabacco: riferiscono infatti in quota nettamente superiore la pratica degli eccessi alcolici, quali il binge drinking (sei o più bevute alcoliche in un'unica occasione) o le ubriacature, sia nell'arco dell'ultimo anno sia dell'ultimo mese. Proprio negli ultimi 30 giorni, la quota di chi si è ubriacato tra gli utilizzatori è sette volte quella dei non consumatori.

Si caratterizzano inoltre per essere non solo dei fumatori abituali, ma dei forti fumatori: tra i consumatori, infatti, chi ha fumato almeno 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno è il doppio dei non utilizzatori.

Importante anche la differenza relativa al comportamento d'uso problematico di cannabis: tra i consumatori di almeno una sostanza illegale tra cocaina, stimolanti, allucinogeni e oppiacei il 37% è risultato avere un consumo problematico, contro il 23% dei non utilizzatori tra i quali rientrano anche i consumatori esclusivi di cannabis.

Tabella 1. Consumo di sostanze tra utilizzatori di almeno una sostanza illegale, esclusa la cannabis e non utilizzatori: distribuzione percentuale totale. Anno 2022

	Non utilizzatori	Utilizzatori
Consumo di alcol nell'anno	80,0	78,9
Consumo di alcol nel mese	71,9	69,2
Binge drinking nell'anno	16,7	42,2
Binge drinking nel mese	9,2	29,9
Ubriacature nell'anno	22,0	69,0
Ubriacature nel mese	6,6	46,3
Consumo di almeno 10 sigarette al giorno nell'anno	14,3	36,0
Essere un forte fumatore[a]	8,2	16,5
Consumo problematico di cannabis[b]	23,1	36,8

Considerando altri comportamenti oltre al poliuso con le sostanze legali e più inerenti alla vita sociale e alle relazioni interpersonali, tra i consumatori si registrano maggiori problemi con i famigliari e gli amici, ma anche con datori di lavoro o insegnanti, con conseguente diminuzione del rendimento professionale o scolastico .

I consumatori di queste sostanze illegali riferiscono in maggior misura anche altri comportamenti a rischio come il coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti o dei quali si sono successivamente pentiti, in risse, in incidenti; riferiscono maggiormente anche la perdita di oggetti di valore e denaro, anche giocando d'azzardo e problemi legati alla salute come maggiori ricoveri in ospedale o ricorso ai Pronto Soccorso.

[a] Forte fumatore: fumare più di 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno
[b] Il consumo problematico di cannabis è stato misurato mediante il test di screening CAST (Legleye et al., 2007)

Tabella 2. Comportamenti associati al consumo o meno di almeno una sostanza illegale, esclusa la cannabis: distribuzione percentuale totale. Anno 2022

	Non utilizzatori	Utilizzatori
Gravi problemi nei rapporti con i familiari	6,6	11,8
Gravi problemi nei rapporti con gli amici	3,3	10,2
Problemi nei rapporti con datore di lavoro o insegnanti	5,9	8,2
Diminuzione del rendimento a lavoro o scuola	9,6	17,5
Litigi o discussioni	51,6	54,5
Zuffe o risse	0,7	7,2
Guai con la polizia o segnalazioni al Prefetto	0,2	1,2
Incidenti o ferimenti	4,4	5,1
Fare incidenti alla guida di un veicolo	3,5	8,1
Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti	7,8	25,3
Esperienze sessuali di cui ci si è pentiti il giorno seguente	3,1	18,2
Perdita di soldi o di oggetti di valore	5,4	15,7
Danni a cose o a vestiti	13,9	26
Essere vittima di rapine o furti	3,3	5,2
Perdita, in giochi o scommesse, più denaro di quanto preventivato	1,5	4,6
Ricovero in ospedale o Pronto Soccorso	10,9	20,3
Essere in cura presso un servizio per le dipendenze	0,1	1,3

NUOVE SOSTANZE PSICOATTIVE

Con "Nuove Sostanze Psicoattive", comunemente note anche come NPS dall'inglese New Psychoactive Substances, si fa riferimento a un gruppo di molecole di origine sintetica che simulano gli effetti di sostanze psicoattive come cannabis, stimolanti e allucinogeni. In Italia, <<tutti gli stupefacenti e le sostanze psicotrope sono iscritti in cinque tabelle che vengono aggiornate ogni qualvolta si presenti la necessità di inserire una nuova sostanza o di variarne la collocazione o di provvedere ad una eventuale cancellazione. Nelle prime quattro tabelle, collegate al sistema sanzionatorio per gli usi illeciti, sono elencate le sostanze stupefacenti e psicotrope poste sotto controllo internazionale e nazionale.>>[a].

La peculiarità delle NPS è quella di essere molecole modificate chimicamente che le rendono diverse da quelle già presenti in queste tabelle ma che conservano il potere psicoattivo restando legali. Non possono infatti essere considerate illegali sino a quando la loro struttura non viene identificata e caratterizzata; solo in seguito a questo processo possono essere inserite nelle tabelle delle Convenzioni internazionali e delle Leggi nazionali in materia di sostanze stupefacenti.

Un'altra caratteristica delle NPS è la quantità elevata di diverse tipologie e l'alta frequenza con la quale vengono immesse nel mercato, caratteristiche sempre volte ad aggirare le Leggi in materia di droga; questo rende difficile tracciarne dei profili di pericolosità rappresentando quindi un enorme rischio per la salute.

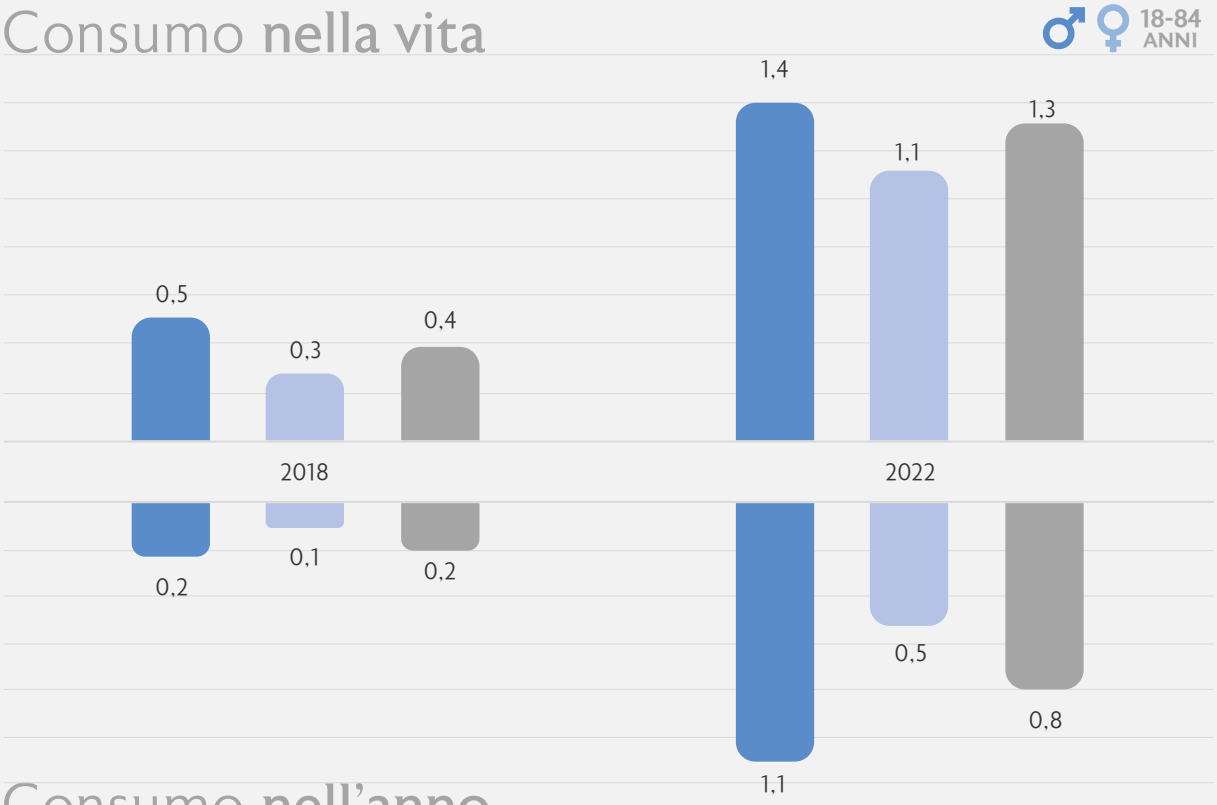
Le NPS maggiormente diffuse in Europa sono i cannabinoidi e i catinoni sintetici, ma sono presenti anche gli oppiodi sintetici e la fenetilamina, una sostanza dagli effetti allucinogeni. In Italia si stima che 480mila persone tra i 18 e gli 84 anni le abbiano assunte almeno una volta nella loro vita (1,0%: M=1,2%; F=0,9%); 300mila persone l'hanno fatto nell'anno (0,6%: M=0,9%; F=0,4%) e in pochi più di 130mila nel mese (0,3%: M=0,4%; F=0,2%).

Lo studio IPSAD® ha iniziato a rilevarne la diffusione a partire dall'edizione del 2018 e, rispetto ad allora, il consumo di NPS nella popolazione di età compresa tra i 18 e i 64 anni risulta notevolmente aumentato con prevalenze triple riferendosi al consumo nella vita e quasi quintuple nell'anno. Per entrambe le tipologie di consumo, sono soprattutto le donne a evidenziare gli incrementi maggiori.

[a] https://www.salute.gov.it/portale/medicinaliStupefacenti/dettaglioContenutiMedicinaliStupefacenti.jsp?lingua=italiano&id=3729&area=sostanzeStupefacenti&menu=vuoto

Consumo di NPS: trend delle prevalenze nella vita e nell'anno totale e per genere. Anni 2018 e 2022

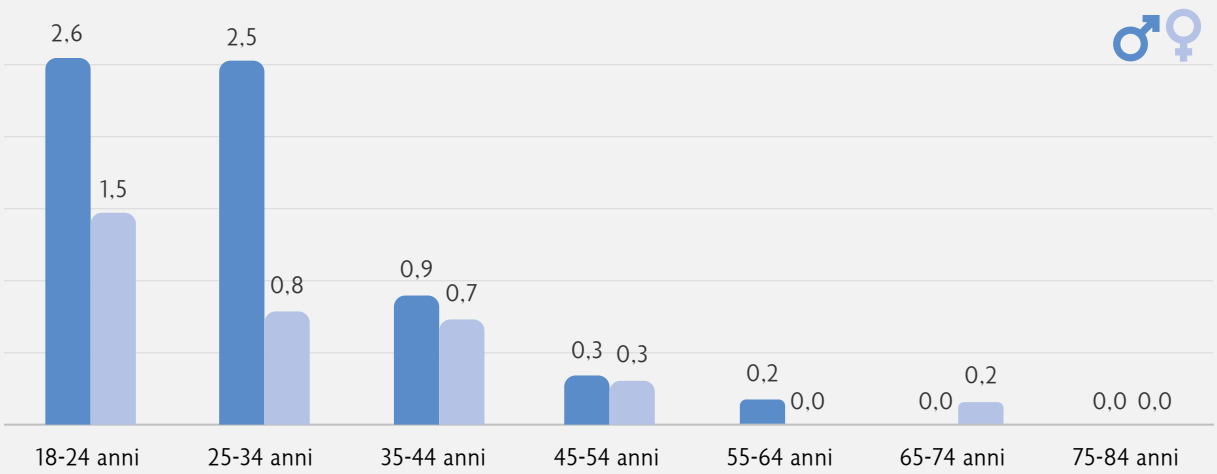
Consumo nella vita



Consumo nell'anno

Le NPS nel corso del 2022 sono state consumate soprattutto dalle fasce di età più giovani: il 2% dei 18-24enni e l'1,7% dei 25-34enni; tra i 35-44enni le prevalenze si abbassano sotto l'1% sino poi a sparire tra gli over 74enni. L'utilizzo di NPS vede infine più coinvolti gli uomini con un rapporto di genere complessivo pari a 2 ma che tra i 25-34enni arriva ad essere più che triplo.

Consumo di NPS negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



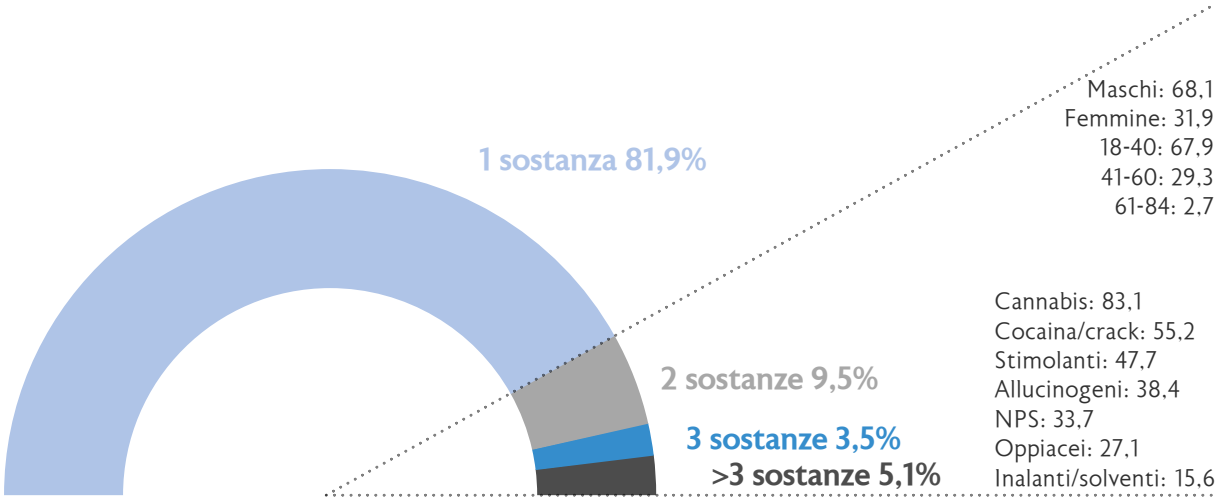
POLIUSO

Considerando l'utilizzo di sostanze illegali nel 2022, oltre 86mila persone possono essere definite "poliutilizzatori" avendone consumate almeno 2 nel corso degli ultimi 12 mesi e sono quasi il 2% di tutti i consumatori recenti: tra questi, quasi un consumatore su 10 ne ha usate due, il 3,5% tre e circa il 5% ne assunte almeno quattro.

Il poliuso è maggiormente diffuso tra i consumatori di genere maschile e nella fascia di età più bassa, coinvolgendone il 68% in entrambi i casi; riguarda invece meno di un terzo delle consumatrici, il 29% dei consumatori tra i 41 e i 60 anni e meno del 3% degli over 60enni.

Le sostanze più diffuse tra i poliutizzatori sono cannabis e cocaina; diffuse tra poco meno della metà e un terzo dei poliutilizzatori, tutte le sostanze sintetiche (stimolanti, allucinogeni e NPS); le meno diffuse sono oppiacei, inalanti e solventi.

Figura 22. Utilizzatori nell'ultimo anno per numero di sostanze assunte, sostanze assunte all'interno della quota di poliutilizzatori e distribuzione per genere e fascia di età dei poliutilizzatori. Anno 2022



Al fine di comprendere quali possano essere i comportamenti più frequenti fra coloro che fanno uso di più sostanze psicoattive illegali, sono state confrontate tre diverse popolazioni: le persone che non hanno utilizzato nessuna sostanza negli ultimi 12 mesi (non utilizzatori=90%), chi ha utilizzato una sola sostanza illegale nell'ultimo anno (monoutilizzatori=8,2%) e coloro che, nello stesso periodo, ne hanno assunte almeno due (poliutilizzatori=1,8%).

All'interno del gruppo dei poliutilizzatori correnti è maggiormente diffuso il consumo di alcol: si osservano percentuali più elevate non solo rispetto a tutti gli indicatori di consumo, ma anche rispetto agli eccessi alcolici. Infatti, sono i poliutilizzatori ad aver consumato maggiormente alcol, ma anche ad aver praticato binge drinking e a essersi ubriacati, sia nel corso dell'anno sia dell'ultimo mese. Si registrano inoltre valori più elevati rispetto al consumo di alcol a rischio che riguarda quasi 4 poliutilizzatori su 10, contro più di un quinto dei monoutilizzatori e meno del 6% delle persone che non hanno consumato alcuna sostanza illegale.

Il 38% poliutilizzatori ha anche un profilo problematico per quanto riguarda il consumo di cannabis, quota che non raggiunge un quarto dei monoutilizzatori.

Considerando il gioco d'azzardo, la pratica di questo comportamento nell'anno, sia presso luoghi fisici (gioco onsite) sia virtualmente (gioco online), è riferita maggiormente dai poliutilizzatori, per i quali risultano più elevate anche le percentuali di giocatori con profilo di gioco sia a rischio, sia

problematico: sono infatti il 31% ad avere un comportamento di gioco a rischio contro il 12% e il 18%, rispettivamente, dei non utilizzatori e degli utilizzatori di una sola sostanza.

Tabella 3. Comportamenti a rischio: distribuzione percentuale per tipologia di utilizzatore nell'anno. Anno 2022

	Non utilizzatori	Monoutilizzatori	Poliutilizzatori
Consumo di alcol nell'anno	78,3	93,5	95,8
Consumo di alcol nel mese	69,7	88,3	90,1
Binge drinking nell'anno	13,2	52,4	72,1
Binge drinking nel mese	7,0	32,5	50,9
Ubriacature nell'anno	14,6	67,1	79,4
Ubriacature nel mese	3,9	26,6	51,2
Consumo di alcol a rischio[a]	5,7	21,6	38,8
Consumo di almeno 10 sigarette al giorno nell'anno	25,4	19,9	15,3
Consumo problematico di cannabis[b]	-	22,7	38,2
Gioco d'azzardo nell'anno	41,8	53,2	56,5
Gioco d'azzardo onsite nell'anno	40,6	52,9	54,4
Gioco d'azzardo online nell'anno	6,6	11,2	22,8
Profilo di gioco "non a rischio"[c]	88,2	82,2	68,9
Profilo di gioco a rischio "minimo"[c]	8,5	11,2	11,5
Profilo di gioco a rischio "moderato/severo"[c]	3,2	6,6	19,5

I poliutilizzatori riportano in percentuali più elevate anche problematiche in ambito lavorativo e scolastico; sono maggiormente coinvolti in comportamenti violenti e in rapporti sessuali a rischio; si caratterizzano nell'avere segnalazioni alle Forze dell'Ordine, essere coinvolti in incidenti, anche alla guida di veicoli, provocare danni a cose o a vestiti e perdere denaro, anche per la pratica del gioco d'azzardo.

Tabella 4. Comportamenti associati: distribuzione percentuale per tipologia di utilizzatore nell'anno. Anno 2022

	Non utilizzatori	Monoutilizzatori	Poliutilizzatori
Gravi problemi nei rapporti con i familiari	6,2	11,8	9,8
Gravi problemi nei rapporti con gli amici	3,1	8,3	6,9
Problemi nei rapporti con datore di lavoro o insegnanti	5,4	12,0	9,6
Diminuzione del rendimento a lavoro o scuola	9,0	16,7	21,1
Litigi o discussioni	50,0	66,6	61,6
Zuffe o risse	0,6	3,4	10,0
Guai con la polizia o segnalazioni al Prefetto	0,2	0,6	2,1
Incidenti o ferimenti	4,0	7,7	8,9
Fare incidenti alla guida di un veicolo	3,2	7,0	12,3
Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti	6,8	18,1	43,4
Esperienze sessuali di cui ci si è pentiti il giorno seguente	2,6	7,9	31,2
Perdita di soldi o di oggetti di valore	4,9	10,4	23,5
Danni a cose o a vestiti	12,8	26,4	35,4
Essere vittima di rapine o furti	3,2	4,8	6,5
Perdita, in giochi o scommesse, più denaro di quanto preventivato	1,4	2,8	5,8
Ricovero in ospedale o Pronto Soccorso	10,9	13,0	13,2
Essere in cura presso un servizio per le dipendenze	0,2	0,0	2,4

[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)

CONCLUSIONI

Il consumo di sostanze psicoattive in Italia risulta essere un fenomeno in aumento negli anni. Nel 2022, sono circa 4milioni e 900mila (10%) le persone di 18-84 anni che hanno fatto uso di almeno una sostanza psicoattiva illegale, numeri che si riducono a un terzo se si esclude la cannabis tra le sostanze considerate. La fascia di popolazione che si lascia maggiormente coinvolgere nel loro utilizzo è quella giovanile, in particolare i 18-34enni, solitamente di genere maschile. La sostanza psicoattiva illegale maggiormente utilizzata nel 2022 è stata la cannabis, seguita da oppiacei, cocaina, sostanze stimolanti, allucinogene e nuove sostanze psicoattive.

Nel corso del 2022, si è osservato un aumento significativo degli utilizzatori di oppiacei, con un incremento percentuale del 180% rispetto alla precedente rilevazione. 750mila persone (1,6%) ne hanno fatto uso almeno una volta nell'anno, con prevalenze femminili maggiori di quelle maschili. Questo incremento, rilevato maggiormente nella popolazione femminile fra i 55 e i 74 anni, potrebbe essere da attribuire alla recente maggiore disponibilità di farmaci a base oppiacea.

500mila persone (1,1%) hanno fatto uso di cocaina o crack nel corso del 2022. In generale si assiste a un aumento della diffusione di cocaina (+17% rispetto al 2018), un consumo maggiormente diffuso tra i giovani di genere maschile: un fenomeno che necessita di essere attentamente monitorato al fine di contrastarne la diffusione e prevenirne il consumo.

Più ridotto il consumo di stimolanti e di allucinogeni che ha interessato nel 2022 lo 0,9% e lo 0,7% rispettivamente delle persone fra i 18 e gli 84 anni, con prevalenze sempre maggiori fra i giovani di genere maschile.

Aumenta notevolmente il consumo di NPS che, nella popolazione tra i 18 e i 64 anni per il consumo nell'anno, registra un incremento percentuale del 370%. Nel corso del 2022 sono circa 300mila (0,6%) le persone che hanno riferito di averne fatto uso. Nonostante coinvolgano una quota relativamente ridotta di persone, le nuove sostanze psicoattive rappresentano un complesso e significativo problema nell'attuale panorama del consumo di sostanze psicoattive: è un mercato che si caratterizza per la sua dinamicità e volatilità, con sostanze che compaiono e scompaiono rapidamente, potenzialmente molto dannose e difficili da individuare con importanti e negative conseguenze per la salute pubblica.

Dal quadro che emerge, risulta di fondamentale importanza non solo monitorare il fenomeno, ma anche identificare e sviluppare tecniche di analisi rapide ed efficaci e implementare interventi di prevenzione capaci di affrontare questa problematica e contrastarne l'aumento del mercato.

BIBLIOGRAFIA

Aldridge R. W., Story A., Hwang S. W., Nordentoft M., Luchenski S. A., Hartwell G., et al. Morbidity and mortality in homeless individuals, prisoners, sex workers, and individuals with substance use disorders in high-income countries: a systematic review and meta-analysis. Lancet 2018; 391: 241–50.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2019), European Prevention Curriculum: a handbook for decision-makers, opinion-makers and policy-makers in science-based prevention of substance use, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023), European Drug Report 2023: Trends and Developments, https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023_en

Ignaszewski, M. J. (2021). The epidemiology of drug abuse. The Journal of Clinical Pharmacology, 61, S10-S17.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007) Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test, Journal of Substance Use, 12:4, 233-242, DOI: 10.1080/14659890701476532

Lewer, D., Freer, J., King, E., Larney, S., Degenhardt, L., Tweed, E. J., ... & Morley, K. I. (2020). Frequency of health-care utilization by adults who use illicit drugs: a systematic review and meta-analysis. Addiction, 115(6), 1011-1023.

Lewer, D., Freer, J., King, E., Larney, S., Degenhardt, L., Tweed, E. J., ... & Morley, K. I. (2020). Frequency of health-care utilization by adults who use illicit drugs: a systematic review and meta-analysis. Addiction, 115(6), 1011-1023.

Mathers B. M., Degenhardt L., Bucello C., Lemon J., Wiessing L., Hickman M. Mortality among people who inject drugs: a systematic review and meta-analysis. Bull World Health Organ 2013; 91: 102–23.

McCance-Katz, E. F. (2020). SAMHSA: creating a system of care that meets the Needs of people with mental and substance use disorders. Psychiatric services, 71(5), 416-418.

Teoh, L., Moses, G., & McCullough, M. J. (2019). Oral manifestations of illicit drug use. Australian Dental Journal, 64(3), 213-222.

World Drug Report - 2023: https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html

CANNABIS

07

CANNABIS

CANNABIS

Claudia Luppi e Marco Scalese Urciuoli

INTRODUZIONE

La cannabis, a livello mondiale, si posiziona al terzo posto delle sostanze psicoattive maggiormente utilizzate, dopo alcol e tabacco, coinvolgendo un'ampia parte della popolazione, dai giovanissimi agli adulti (Connor et al., 2021; Hasin & Walsh, 2021; Siddiqui et al., 2022). Le quantità sequestrate di resina e di cannabis a base di erbe hanno raggiunto, nel 2021, il livello più alto nell'ultimo decennio, indicando la continua alta disponibilità di questa sostanza (EMCDDA, 2023a).

Secondo quanto stimato dall'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga ed il Crimine nel World Drug Report del 2023, nel 2021 a livello mondiale, sono 219milioni (4,3%) le persone che hanno consumato cannabis durante l'anno (UNODC, 2023), valore che scende a 22,6milioni (7,9%) se si considerano i Paesi europei (EMCDDA, 2023a).

Sempre nel 2021, sono stati sequestrati 2.014 tonnellate di resina di cannabis e 5.226 tonnellate di cannabis a base di erbe (UNODC, 2023). Lo stesso anno, negli Stati membri dell'UE sono state sequestrate 816 tonnellate di hashish, 256 tonnellate di marijuana e sono stati segnalati oltre 560mila reati correlati uso o possesso di cannabis e 100mila reati relativi all'offerta.

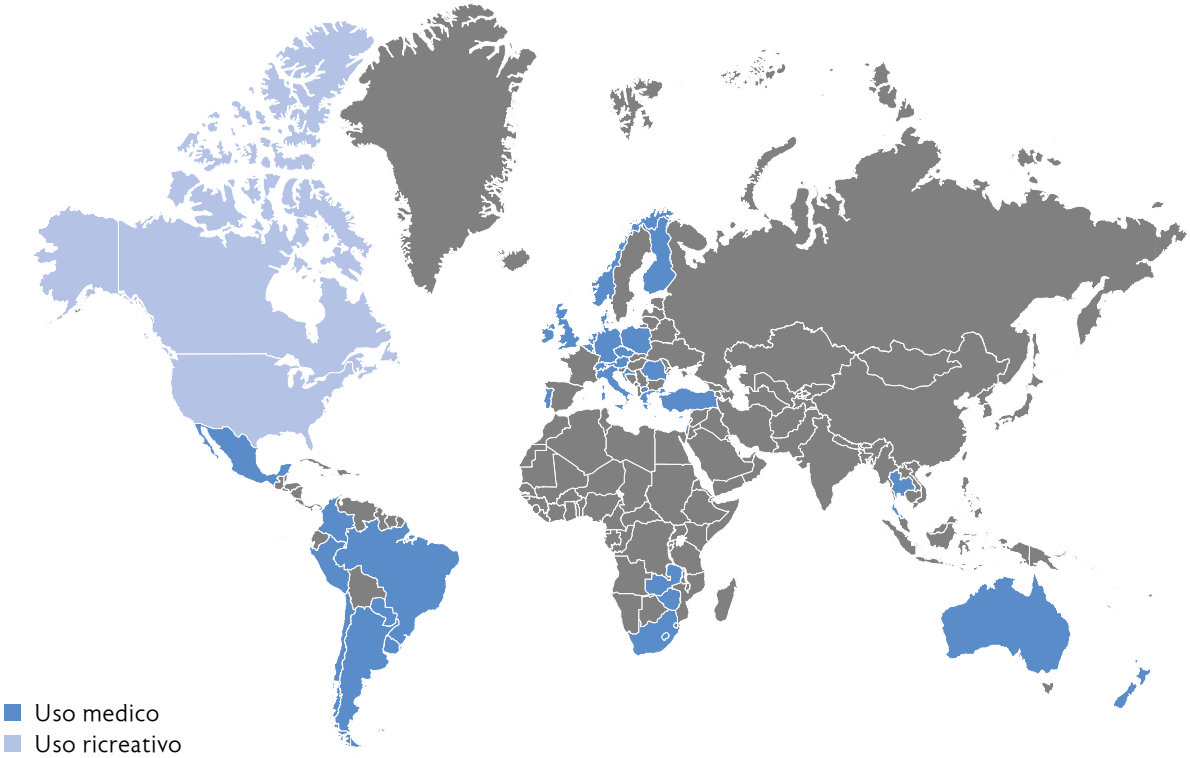
Nel 2021, il contenuto medio di THC della resina di cannabis nell'Unione europea era del 20%, più del doppio di quello della cannabis a base di erbe (9,5%). Tuttavia, i campioni di entrambe le forme della sostanza possono variare considerevolmente. (EMCDDA, 2023a)

In Italia, nel 2022, il 63% delle oltre 75 tonnellate di sostanze sequestrate è costituito da prodotti della cannabis, in particolare da marijuana (44%); la resina rappresentava il 19% e a queste quantità vanno aggiunte oltre 200mila piante di cannabis. Delle oltre 32mila segnalazioni per detenzione a uso personale di sostanze illegali, il 75% riguarda cannabis e derivati, così come il 40% delle denunce per reati droga-correlati, pari a oltre 10mila denunce, è relativo alla cannabis (DPA, 2023).

Sempre nel 2022, dall'analisi qualitativa delle sostanze effettuate dalle Forze dell'Ordine, è emerso un importante incremento del quantitativo di principio attivo contenuto nei campioni dei sequestri di hashish che, dal 2018, è passato da una concentrazione media del 17% al 29% (DPA, 2023).

Negli ultimi anni, data l'elevata diffusione e le conseguenze derivanti, molti Paesi, cercando di sopprimere il mercato illegale e proteggere i gruppi più vulnerabili, hanno promosso cambiamenti e modifiche legislative in relazione all'utilizzo sia medico sia ricreativo, molte delle quali riguardano depenalizzazione e legalizzazione (Isorna et al., 2022).

Figura 1. Paesi nel mondo che hanno legalizzato la cannabis a uso medico e ricreativo[1]



Rispetto al solo contesto europeo ed entrando nel merito della tipologia di cannabis utilizzata, la maggior parte degli utilizzatori nell'anno l'ha consumata sotto forma di erba (95%), il 32% di resina, il 25% in forma edibile e il 17% a base di estratti (EMCDDA, 2023a).

A oggi, sul mercato, sono presenti diversi prodotti: da prodotti contenenti bassi livelli di THC, a sostanze derivate come il CBD (EMCDDA, 2023a). Il mercato illegale ha reso disponibili prodotti ad alto contenuto di THC o adulterati con potenti cannabinoidi sintetici, come l'esaidrocannabinolo (HHC) un cannabinoide semisintetico spesso venduto come alternativa legale alla cannabis (EMCDDA, 2023a), che possono causare gravi intossicazioni (EMCDDA, 2023b).

Nel 2021 in Europa, inoltre, il consumo di cannabis caratterizza il 35% dei pazienti in trattamento nei Servizi specializzati nella presa in carico di persone con disturbo da uso di sostanze, percentuale che sale al 45% se si considerano le persone che hanno intrapreso per la prima volta un trattamento (EMCDDA, 2023a).

Anche in Italia, secondo i dati forniti dal Ministero della Salute, la quota di utenza trattata per utilizzo primario di cannabinoidi, nel 2022, risulta ampiamente superiore tra i nuovi utenti sfiorando un quinto del collettivo, contro meno del 10% degli utenti già noti ai Servizi (DPA, 2023).

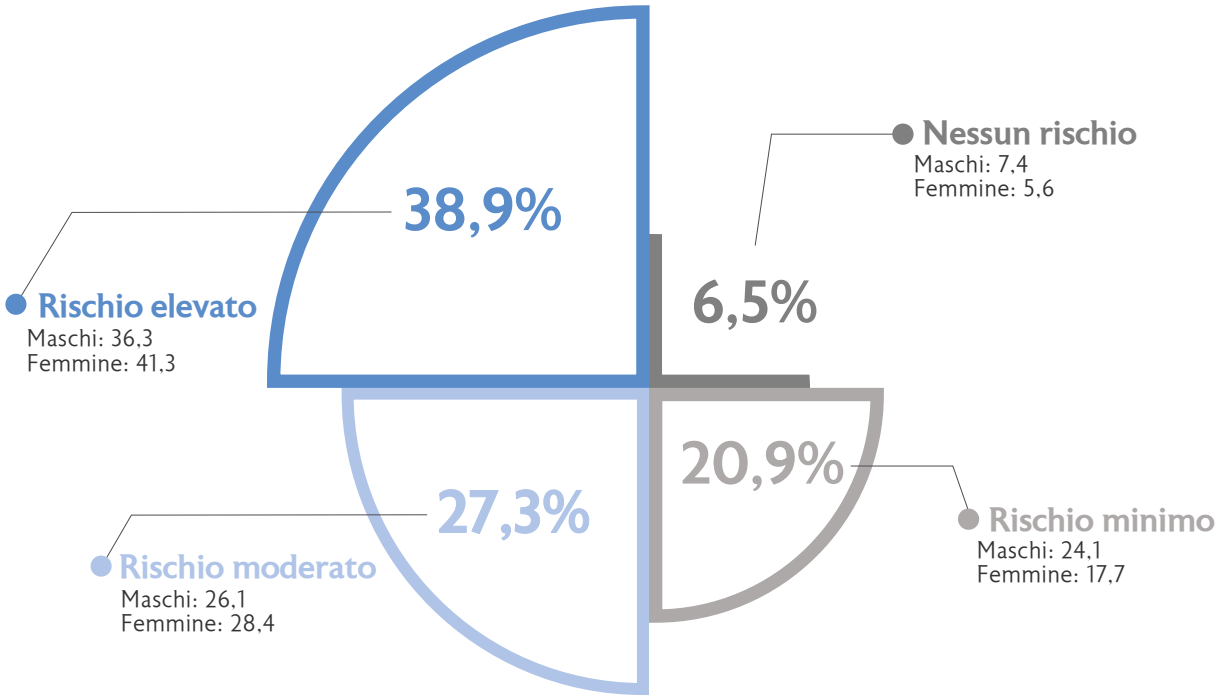
Sulla base di questo quadro epidemiologico, emerge quindi l'importanza di conoscere la diffusione del fenomeno, nonché dei potenziali comportamenti associati al fine di monitorarlo e prevenirlo.

[1] In USA, la cannabis ad uso ricreativo è stata legalizzata in diversi stati ma non a livello federale (Isorna et al., 2022)

PERCEZIONE DEL RISCHIO

Tra le sostanze illegali la cannabis è quella percepita meno pericolosa dagli italiani: a fronte di un 7% scarso che non ha saputo esprimere un'opinione riguardo al rischio di fumarla occasionalmente, è il 39% a pensare che farlo comporti un rischio elevato contro un quinto degli italiani che pensa che il rischio sia minimo e oltre il 6% nullo. Tra le donne la percezione del rischio elevato raggiunge il 41%, mentre tra gli uomini è il rischio minimo che sfiora un quarto del complesso.

Figura 2. Percezione del rischio del consumo occasionale di cannabis: distribuzione percentuale totale e per genere[2]. Anno 2022



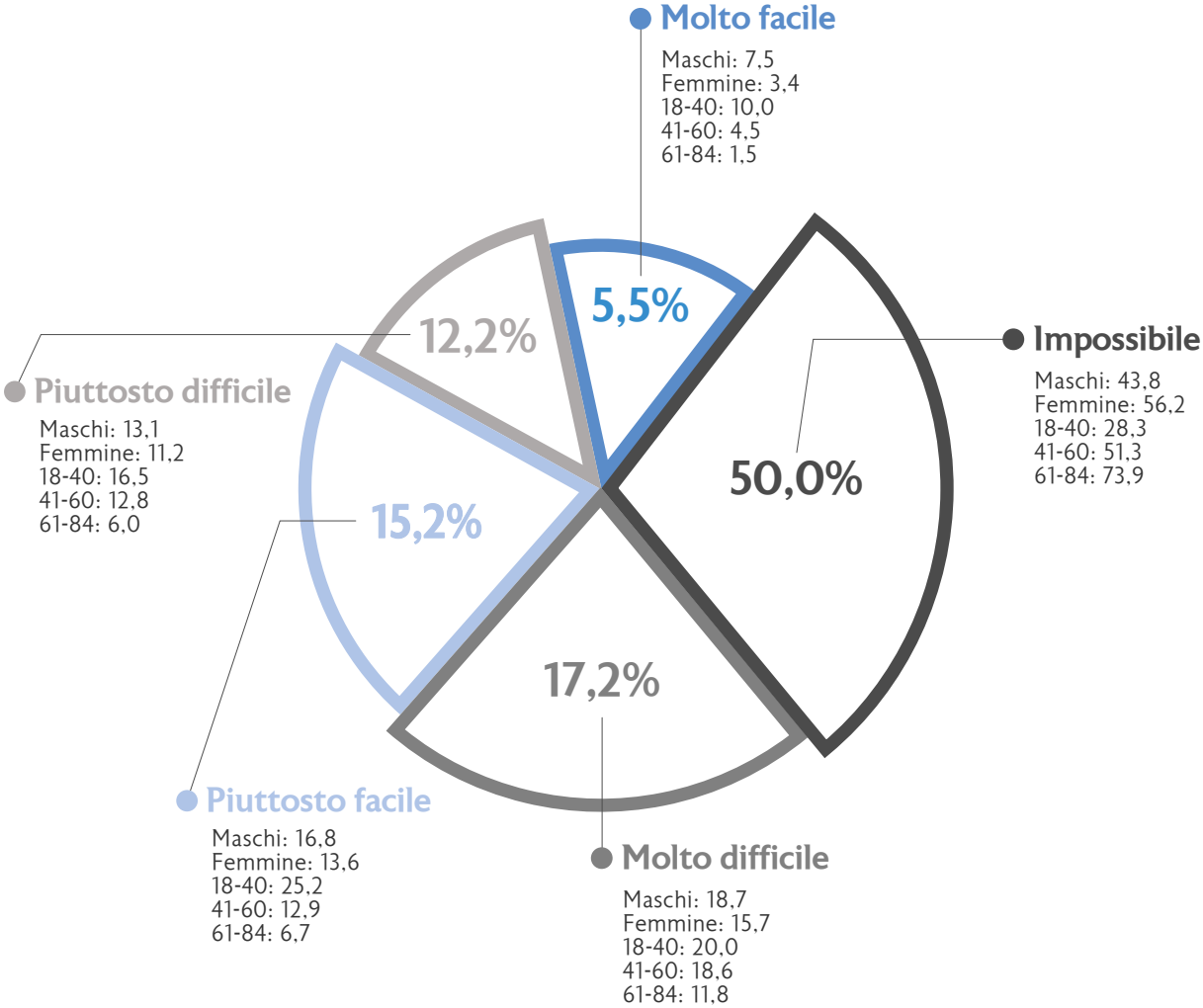
[2] Il 6,6% non ha saputo esprimere un'opinione al riguardo (M=6,1%; F=7,0%)

ACCESSIBILITÀ

La metà delle persone tra i 18 e gli 84 anni residenti nel Paese ritiene impossibile procurarsi cannabis nel giro di 24 ore, al contrario il 5,5% pensa che sarebbe molto facile. Il reperimento di cannabis è considerato semplice maggiormente dagli uomini (24%; F=17%) mentre l'impossibilità o la difficoltà di trovare della cannabis nell'arco di una giornata sono riferite maggiormente dalle donne (83%; M=76%).

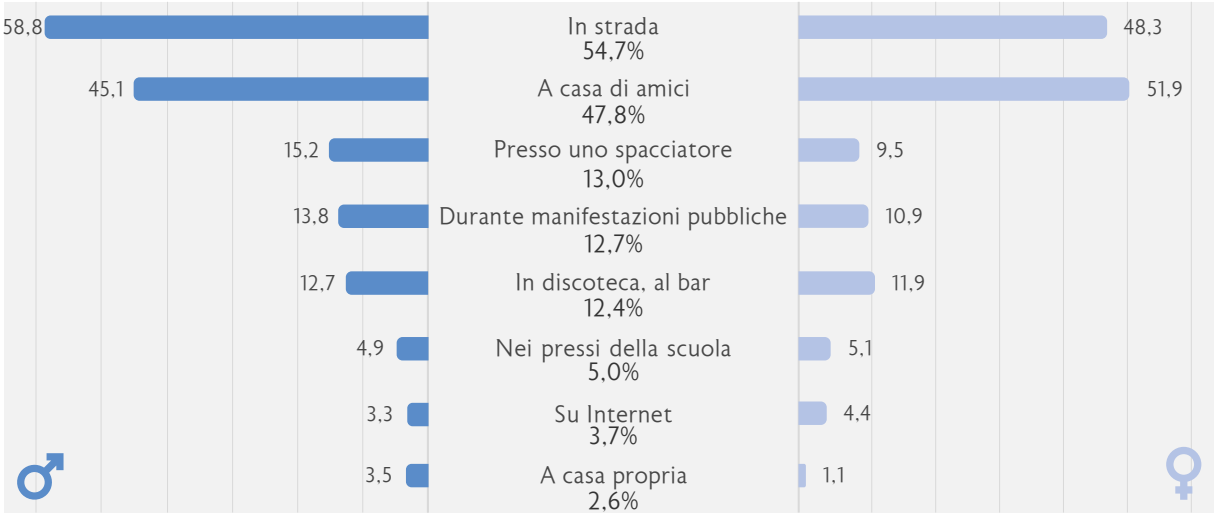
Indipendentemente dal genere, la facilità di reperimento è riferita in maggior misura dalla popolazione più giovane, per cui se oltre un terzo dei 18-40enni pensa sia semplice reperire cannabis in 24 ore, contro il 17% dei 41-60enni e poco più dell'8% della fascia di età più anziana, è il 74% proprio di questi ultimi a ritenerlo impossibile.

Figura 3. Accessibilità alla cannabis: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia d'età. Anno 2022



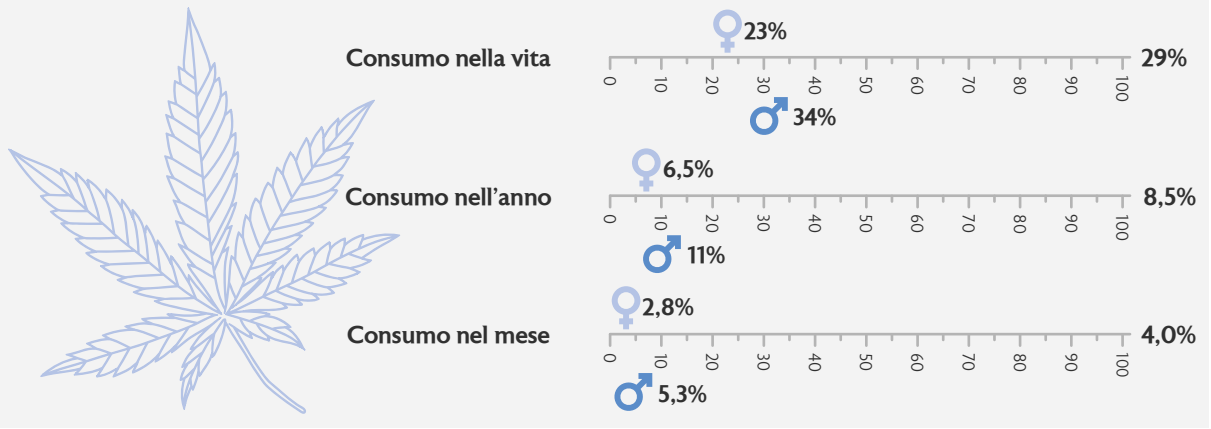
Il mercato della strada è il luogo dove le persone si rivolgerebbero in prima battuta: questo, infatti, è indicato dal 55% degli utilizzatori. Se la strada è anche il luogo più riferito dagli uomini, le donne preferiscono la casa di amici, che è comunque riportata da quasi la metà dei consumatori tra i 18 e gli 84 anni. Le donne prediligono in quota superiore agli uomini anche la scuola e il reperimento via web, mentre gli uomini si rivolgono maggiormente agli spacciatori, la cercano nei locali pubblici e durante manifestazioni pubbliche ma, soprattutto, riferiscono una maggior facilità di recupero presso le proprie case.

Figura 4. Luoghi di reperimento della cannabis: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



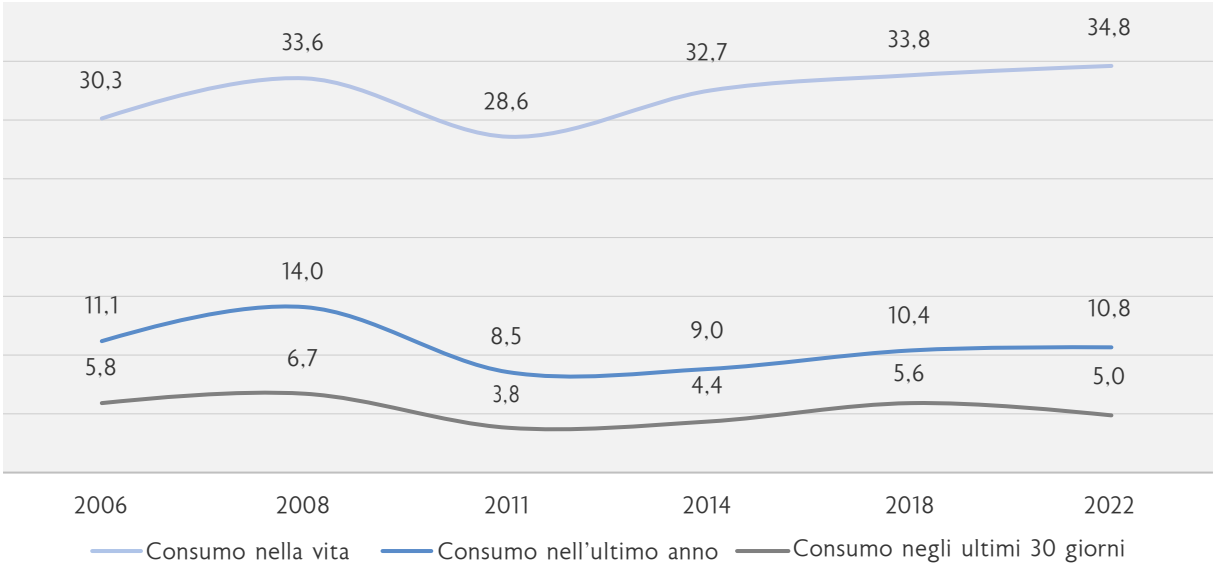
DIFFUSIONE E PATTERN DI CONSUMO

La cannabis è la sostanza illegale maggiorente diffusa: si stima siano 13milioni e mezzo le persone tra i 18 e gli 84 anni ad averla consumata almeno una volta nella vita (29%: M=34%; F=23%), 4milioni coloro che ne hanno fatto uso nel 2022 (8,5%: M=11%; F=6,5%) e poco meno della metà nell'ultimo mese (4,0%: M=5,3%; F=2,8%).



Mettendo a confronto le diverse edizioni dello studio[3] e comparando tra loro le persone di età compresa tra i 18 e i 64 anni, il consumo di cannabis aumenta costantemente a partire dal 2011 e, per quanto riguarda l'uso nella vita, nel 2022 si osserva il valore più alto di sempre. Stabile invece, rispetto al periodo pre-pandemico il consumo nell'anno e in lieve flessione quello nel mese.

Figura 5. Consumo di cannabis: trend delle prevalenze per indicatore di consumo. Anni 2006-2022

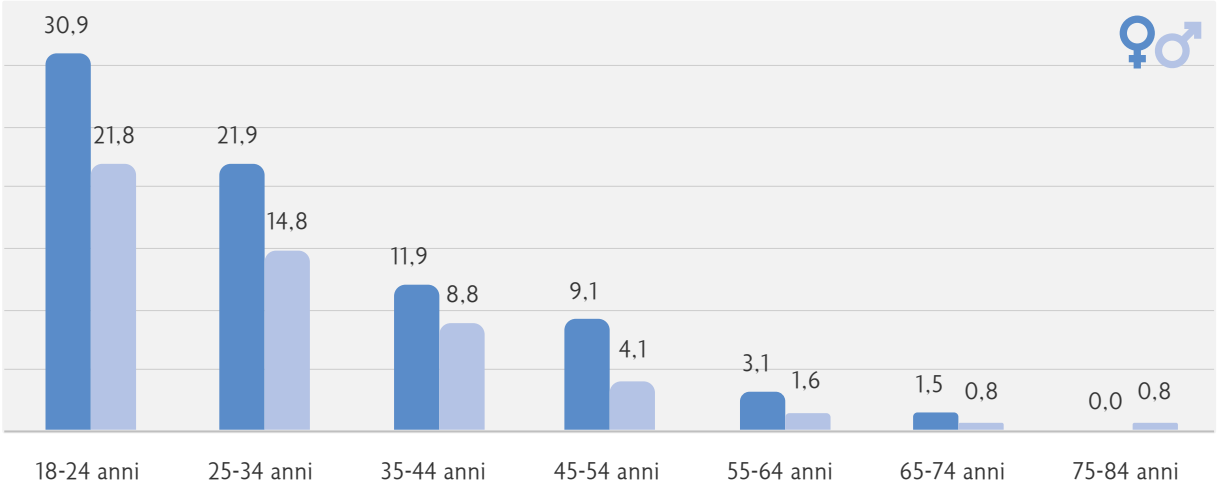


[3] Per una corretta confrontabilità con le precedenti edizioni dello studio, l'analisi temporale dei consumi viene sviluppata sulla popolazione 18-64enne. Questo è da tenersi in considerazione per tutte le analisi di trend presenti nel capitolo.

Per tutte le tipologie di consumo, le prevalenze maschili sono sempre superiori a quelle femminili: per quanto riguarda il consumo nella vita e quello avvenuto nel 2022, il rapporto di genere è circa una volta e mezza ma diventa quasi doppio se ci riferiamo al consumo negli ultimi 30 giorni.

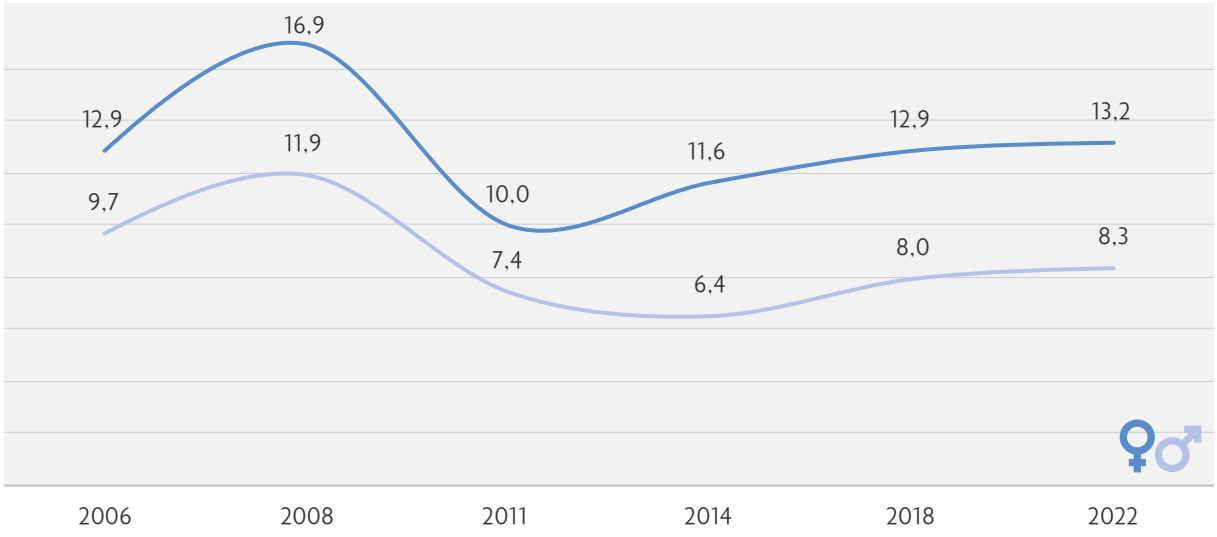
Le prevalenze del consumo recente indicano fra i giovani adulti 18-34enni maggiori consumi (22%); le prevalenze poi diminuiscono all'aumentare dell'età, passando dal 10% dei 35-44enni al 6,6% dei 45-54enni, al 2,3% tra i 55-64enni, all'1,1% dei 65-74enni fino allo 0,4% nella fascia 75-84 anni.

Figura 6. Consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



Il consumo recente ha sempre visto, nel corso del tempo, valori maschili superiori: per entrambi i generi le prevalenze maggiori sono quelle riferite al 2008 ma se allora il rapporto di genere in favore degli uomini era pari a 1.4, è nel 2014 che arriva a essere pari a 1.8. Le donne, infatti, registrano prevalenze in diminuzione sino al 2014, mentre i consumi maschili, proprio da allora, aumentano costantemente.

Figura 7. Consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi: trend delle prevalenze per genere. Anni 2006-2022



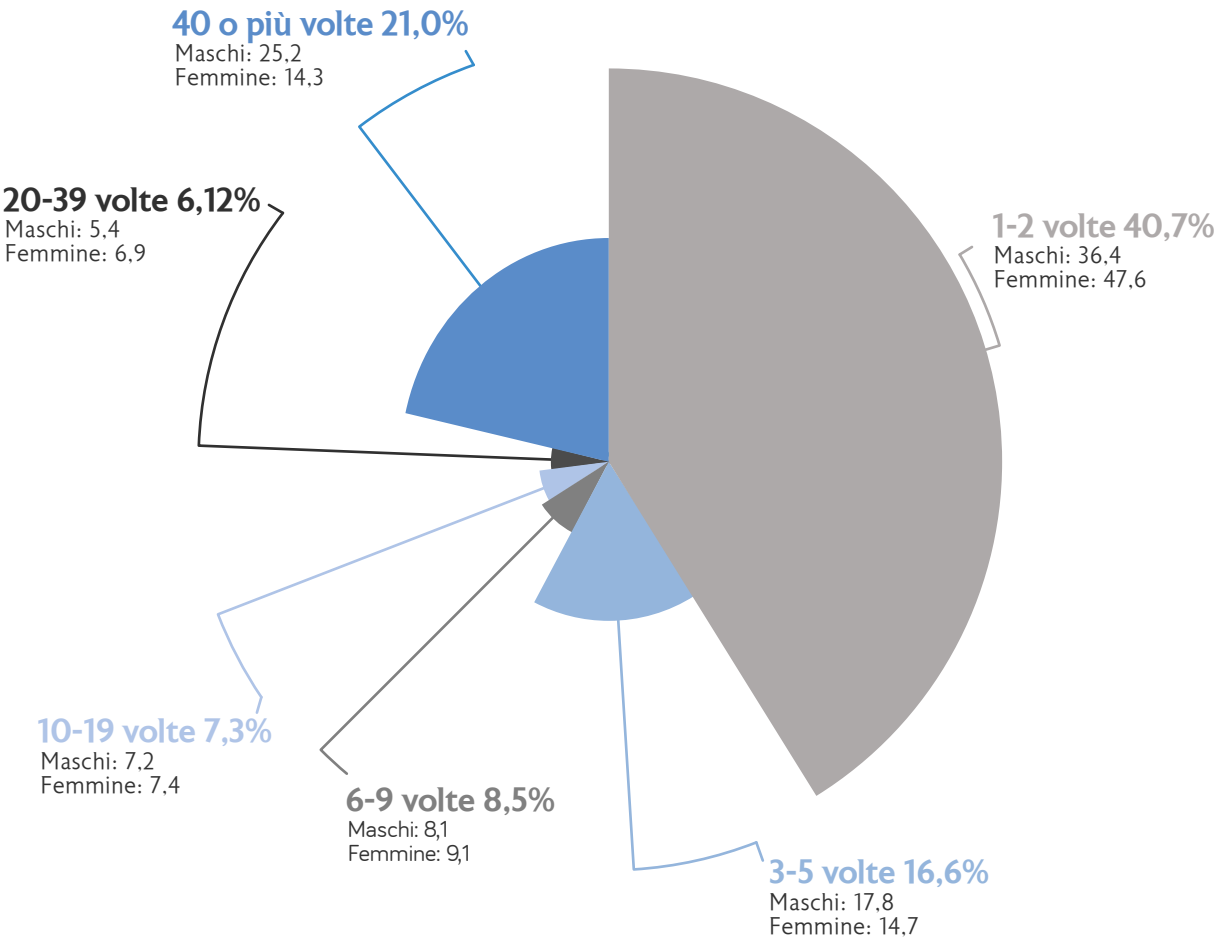
Anche tra chi ha consumato la sostanza nella vita, la cannabis è ritenuta meno accessibile dalle donne: se solo il 14% degli uomini lo ritiene impossibile, a fronte di un 42% che invece pensa sia facile, sono oltre 1/5 le consumatrici che lo riferiscono.

Tabella 1. Accessibilità alla cannabis tra consumatori: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022

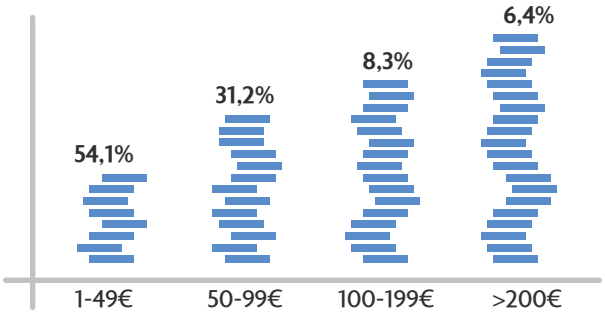
	Maschi	Femmine	Totale
Impossibile	14,4	21,2	17,2
Molto difficile	21,6	21,3	21,5
Piuttosto difficile	21,7	21,8	21,8
Piuttosto facile	29,1	27,7	28,5
Molto facile	13,2	7,9	11,0

Differente tra i generi anche la frequenza d'uso: la maggior parte dei consumatori ha limitato al massimo a 5 le assunzioni nel corso dell'anno, ma sono un quarto dei consumatori maschili ad averlo fatto almeno 40 volte contro il 14% delle consumatrici.

Figura 8. Frequenza di consumo recente: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



È invece indipendente dal genere la preferenza dell'erba alla resina: nel 2022 l'86% dei consumatori ha fumato marijuana (M=83%; F=92%) e solo il 45% hashish (M=52%; F=33%).



Non si rilevano particolari differenze di genere nemmeno per la spesa sostenuta per l'acquisto di cannabis nell'ultimo mese: in generale oltre la metà degli utilizzatori ha speso meno di 50 euro, meno di un terzo fino a 99 euro e il 15% almeno 100 euro.

Tra i consumatori di cannabis negli ultimi 12 mesi, l'82% l'ha utilizzata in maniera esclusiva mentre il restante 18% ha assunto almeno un'altra sostanza risultando dei "poliutilizzatori". Le sostanze maggiormente abbinate sono state cocaina e stimolanti (rispettivamente 56% e 41%), seguite da allucinogeni (37%), oppiacei (20%) e solventi e inalanti (9,7%).

Gli utilizzatori di cannabis consumano anche sostanze legali: la quasi totalità ha bevuto alcolici nell'anno e nel mese, così come il 42% fuma quotidianamente tabacco e il 13% fuma almeno 10 sigarette al giorno, caratterizzandosi come un "forte fumatore". Rispetto ai non consumatori, sono più inclini non solo a consumare alcolici, ma a farlo in eccesso: il binge drinking (l'assunzione di 6 o più alcolici di fila in un'unica occasione) è praticato da quasi 2 utilizzatori su 3 nell'anno e da 2 su 5 nel mese; quasi 3/4 degli utilizzatori si sono ubriacati nel 2022 e circa 1/3 l'ha fatto negli ultimi 30 giorni; le percentuali riferite a questi stessi comportamenti tra i non consumatori di cannabis sono circa un quinto di quelle degli utilizzatori.

Tabella 2. Consumo di sostanze legali: distribuzione percentuale per tipologia di utilizzatore nell'anno totale e per genere. Anno 2022

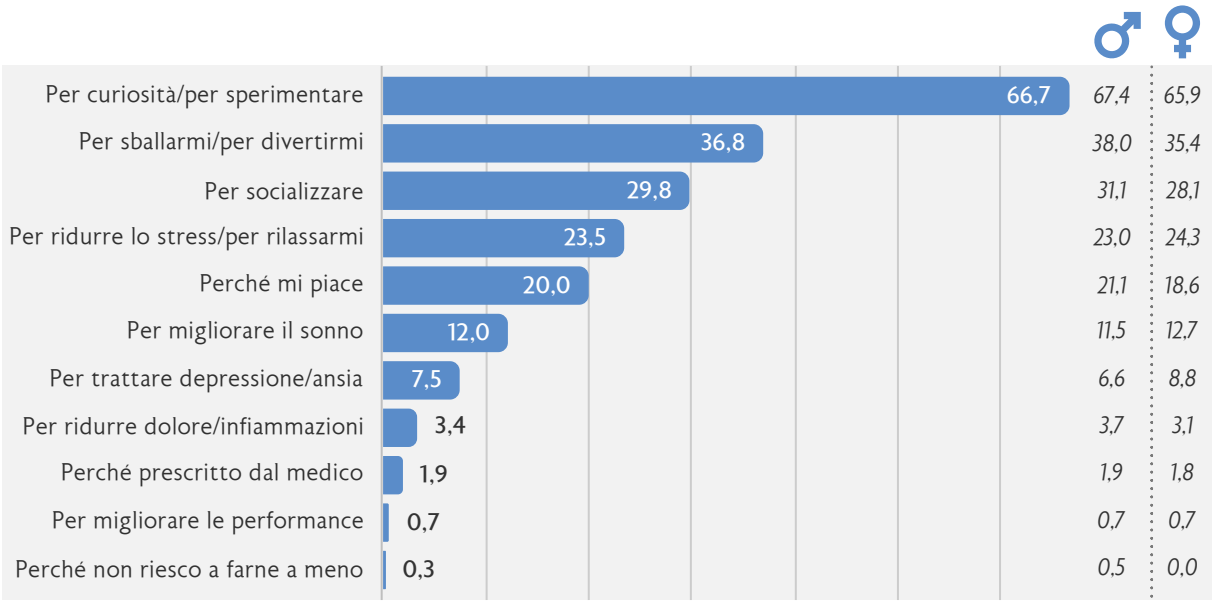
	Non consumatori			Consumatori nell'anno		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Consumare alcolici negli ultimi 12 mesi	87,6	70,9	79,0	100,0	97,4	99,0
Consumare alcolici negli ultimi 30 giorni?	80,6	60,6	70,3	96,9	92,2	95,1
Praticare binge drinking negli ultimi 12 mesi	20,5	7,1	13,6	72,0	47,7	62,6
Praticare binge drinking negli ultimi 30 giorni?	11,4	3,2	7,2	47,4	27,1	39,5
Essersi ubriacato/a negli ultimi 12 mesi	19,2	15,0	17,3	76,5	69,0	73,6
Essersi ubriacato/a negli ultimi 30 giorni	5,3	4,1	4,7	36,1	26,1	32,3
Fumare quotidianamente tabacco	13,6	11,3	12,4	40,4	43,9	41,7
Essere un forte fumatore[a]	8,4	6,8	7,6	11,5	14,8	12,8

[a] Forte fumatore: fumare più di 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno

La maggior parte delle persone che hanno consumato esclusivamente cannabis almeno una volta nella vita l'ha fatto per curiosità. L'utilizzo invece finalizzato al divertimento è riferito dal 37% dei consumatori, il 30% la utilizza per la socializzazione e poco meno di un quinto per rilassarsi. Il consumare per il "semplice piacere" di farlo riguarda un quinto degli utilizzatori di cannabis mentre l'utilizzo per alleviare sintomi d'ansia o depressione così come un uso antidolorifico della sostanza, è riferito da percentuali più basse e sono pochissimi coloro che riconoscono di utilizzarla perché non riescono a farne a meno.

La sperimentazione è riportata dalla maggioranza degli utilizzatori, indipendentemente dall'appartenenza di genere; tra gli uomini le motivazioni riferite in maggior misura sono quelle legate al divertimento, alla socializzazione e al piacere, mentre le donne ricorrono maggiormente al consumo di cannabis per rilassarsi, per migliorare il sonno e per trattare sintomi quali ansia e depressione.

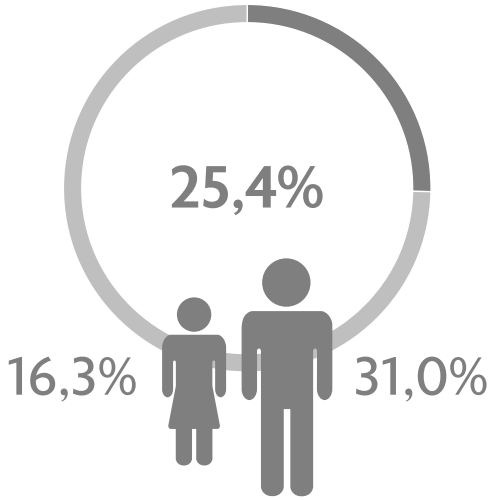
Figura 9. Motivazioni di consumo: percentuali totali e per genere. Anno 2022



USO PROBLEMATICO

Il Cannabis Abuse Screening Test - CAST (Legleye et al., 2007) è un test di screening composto da 6 domande[4] che descrivono il comportamento d'uso di cannabis ed eventuali esperienze problematiche vissute a causa dell'utilizzo della sostanza nei dodici mesi precedenti la sua compilazione.

CAST: Cannabis Abuse Screening Test



Nel 2022 il 25% dei consumatori di cannabis ha un comportamento d'uso problematico della sostanza: questi corrispondono al 2,2% dei residenti tra 18 e 84 anni, pari a poco più di un milione di persone.

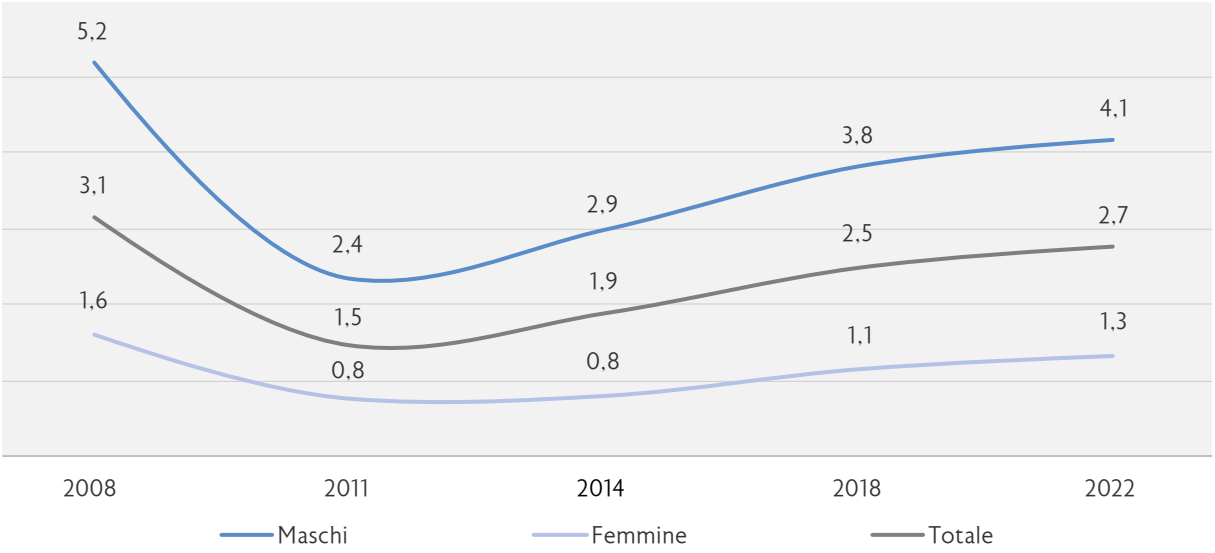
Tra gli uomini consumatori di cannabis, la quota di chi ha un comportamento d'uso problematico è poco meno di un terzo (31%), mentre tra le consumatrici sono il 16% pari, rispettivamente, al 3,3% e all'1,1% degli italiani e delle italiane di età compresa tra i 18 e gli 84 anni.

[4] Le opzioni di risposta sono: Mai; Di rado; Di tanto in tanto; Piuttosto spesso, Molto spesso.

Lo studio IPSAD® contiene il test sin dall'edizione condotta nel 2008 e questo permette non solo di rilevare il grado di problematicità correlato al consumo recente di cannabis, ma di poterlo monitorare nel corso del tempo.

L'analisi temporale degli utilizzatori tra i 18 e i 64 anni rileva, a partire dal 2011 senza differenze tra i generi, un costante aumento del consumo problematico di cannabis che, nel 2022, raggiunge le prevalenze più elevate di tutto il periodo.

Figura 10. Consumo problematico di cannabis negli ultimi 12 mesi: trend delle prevalenze totale e per genere. Anni 2008-2022



I consumatori con un comportamento d'uso problematico si distinguono nelle opinioni e nei pattern di consumo di cannabis rispetto a coloro che non hanno rilevato alcuna problematicità al CAST, a partire dalla percezione del rischio che tra i primi è riconosciuto come molto basso: oltre un terzo dei consumatori problematici ritiene che fumare occasionalmente cannabis non comporti alcun rischio e più della metà un rischio minimo; circa un quinto invece degli utilizzatori non problematici pensa sia un rischio moderato o elevato.

La facilità di reperimento della sostanza, tra i consumatori problematici, sale al 69% (contro il 56% degli utilizzatori non problematici); cambia anche la preferenza dei luoghi indicati come quelli nei quali procurarsi cannabis: sia tra gli utilizzatori non problematici sia tra i consumatori con un comportamento d'uso problematico la casa di amici resta quello indicato maggiormente. Netta la differenza anche nel ricorrere a uno spacciatore, riferito da circa il 35% dei consumatori problematici contro il corrispettivo 17% non problematico.

Sembra addirittura invertirsi la frequenza d'uso tra i due profili di consumatori: oltre la metà degli utilizzatori non problematici ha assunto cannabis al massimo 2 volte nel corso dell'anno, mentre oltre il 65% di chi ha un comportamento d'uso problematico lo ha fatto almeno 40 volte.

Di conseguenza, anche la spesa riferita all'uso recente aumenta in maniera sostanziale tra i consumatori problematici: gli utilizzatori che non risultano avere un comportamento d'uso

problematico non hanno superato i 100€ e, nello specifico, il 79% nemmeno ha raggiunto i 50€; il 30% degli utilizzatori problematici invece ha speso almeno 100€ nell'ultimo mese.

Le motivazioni d'uso di sostanze tra i due profili di consumatori differiscono non poco: se tra gli utilizzatori non problematici la sperimentazione resta al primo posto, seguita dal divertimento, tra chi ha un comportamento d'uso problematico la ricerca di ridurre lo stress balza in cima alla classifica seguita dal "semplice piacere di consumarla". Più che doppie le percentuali tra i problematici rispetto agli utilizzatori non problematici anche rispetto al miglioramento del sonno, alla riduzione di infiammazioni e circa 7 volte superiori quelle per migliorare le performance personali. Infine, tra i consumatori problematici il 6% afferma di consumare perché non può farne a meno, motivazione riportata da nessuno dei consumatori con un comportamento d'uso non problematico.

FATTORI ASSOCIATI

Come sottolineato dalla letteratura, spesso il consumo di cannabis si associa ad altri comportamenti a rischio come il gioco d'azzardo e l'incidentalità stradale così come al consumo di altre sostanze tra le quali tabacco e alcol (Muncan et al., 2020; Punia et al., 2021, Daldegan-Bueno et al., 2023).

Ci sono dei comportamenti che contraddistinguono maggiormente i consumatori di cannabis rispetto a chi non ha utilizzato la sostanza nell'anno e ancor di più coloro che hanno un comportamento d'uso problematico.

I consumatori problematici risultano più inclini a consumare anche altre sostanze: quasi un quarto ha infatti utilizzato due o più sostanze psicoattive illegali nel corso dell'anno caratterizzandosi come "poliutilizzatori".

Ma non solo sostanze illegali, emergono infatti anche il consumo di alcol e tabacco: nell'ultimo anno, l'80% si è ubriacato e il 66% ha avuto almeno un episodio di binge drinking (sei o più bevute alcoliche in un'unica occasione), comportamento che, negli ultimi 30 giorni, ha coinvolto il 48% dei consumatori problematici; nell'ultimo anno il 58% ha fumato quotidianamente sigarette e il 19% si caratterizza come forte fumatore avendo fumato più di 10 sigarette al giorno.

Tabella 3. Poliuso e consumo di sostanze legali: distribuzione percentuale per profilo di rischio. Anno 2022

	Consumatori non problematici	Consumatori problematici
Essere poliutilizzatore	13,0	22,7
Aver praticato binge drinking negli ultimi 12 mesi	62,6	66,4
Aver praticato binge drinking negli ultimi 30 giorni?	38,2	47,5
Essersi ubriacato/a negli ultimi 12 mesi	71,7	80,1
Essersi ubriacato/a negli ultimi 30 giorni	27,9	44,7
Aver fumato quotidianamente tabacco	36,5	57,9
Essere un forte fumatore[a]	9,5	18,8

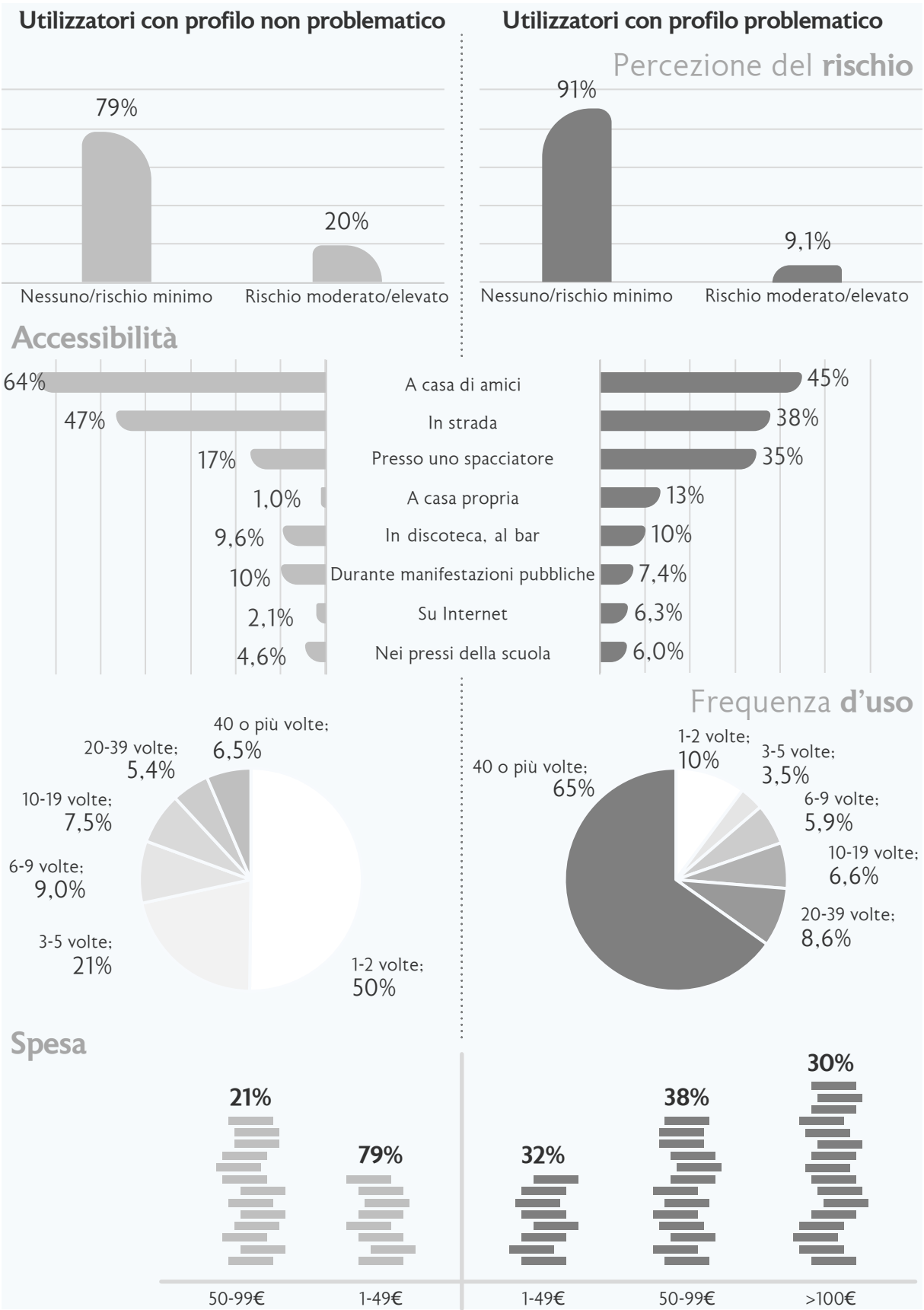
[a] Forte fumatore: fumare più di 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno

La sfera relazionale registra maggiori problemi con familiari, amici e datori di lavoro o insegnanti, con conseguente diminuzione del rendimento professionale o scolastico.

I consumatori di cannabis e, in misura maggiore, i consumatori problematici riferiscono anche altri comportamenti a rischio come il coinvolgimento in risse, in rapporti sessuali non protetti o dei quali si sono successivamente pentiti; maggiormente elevato anche il coinvolgimento in incidenti, le segnalazioni alle Forze dell'Ordine, la perdita di denaro e oggetti di valore o il provocare danni, ad esempio, a vestiti.

Tabella 4. Comportamenti associati al consumo di cannabis: distribuzione percentuale totale e per profilo di rischio. Anno 2022

	Non consumatore	Consumatore	Uso non problematico	Uso problematico
Gravi problemi nei rapporti con i familiari	6,4	11,6	9,2	18,2
Gravi problemi nei rapporti con gli amici	3,3	7,5	7,0	10,1
Problemi nei rapporti con datore di lavoro o insegnanti	5,5	12,3	10,7	16,6
Diminuzione del rendimento a lavoro o scuola	9,2	17,8	17,8	19,5
Litigi o discussioni	50,7	68,3	69,8	64,5
Zuffe o risse	0,6	4,6	3,1	9,8
Guai con la polizia o segnalazioni al Prefetto	0,2	1,0	0,8	1,9
Incidenti o ferimenti	4,0	9,2	9,1	9,9
Fare incidenti alla guida di un veicolo	3,2	8,6	7,1	13,3
Coinvolgimento in rapporti sessuali non protetti	6,9	25,0	25,0	26,7
Esperienze sessuali di cui ci si è pentiti il giorno seguente	2,6	12,9	9,8	21,6
Perdita di soldi o di oggetti di valore	5,0	14,0	12,6	19,5
Provocare danni a cose o a vestiti	13,0	30,6	27,5	39,5


Utilizzatori con profilo non problematico
79%
20%
Nessuno/rischio minimo
Rischio moderato/elevato
Utilizzatori con profilo problematico
Percezione del rischio
91%
9,1%
Nessuno/rischio minimo
Rischio moderato/elevato
Accessibilità
64%
47%
17%
1,0%
9,6%
10%
2,1%
4,6%
A casa di amici
In strada
Presso uno spacciatore
A casa propria
In discoteca, al bar
Durante manifestazioni pubbliche
Su Internet
Nei pressi della scuola
45%
38%
35%
13%
10%
7,4%
6,3%
6,0%
Frequenza d'uso
40 o più volte; 6,5%
20-39 volte; 5,4%
10-19 volte; 7,5%
6-9 volte; 9,0%
3-5 volte; 21%
1-2 volte; 50%
1-2 volte; 10%
3-5 volte; 3,5%
40 o più volte; 65%
6-9 volte; 5,9%
10-19 volte; 6,6%
20-39 volte; 8,6%
Spesa
21%
79%
50-99€
1-49€
32%
38%
30%
1-49€
50-99€
>100€

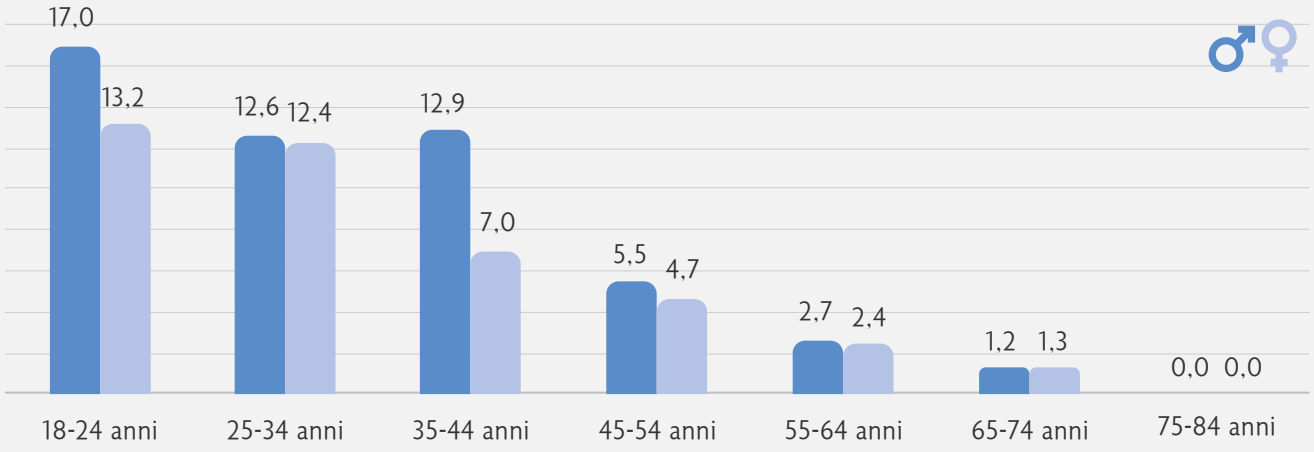
CANNABIS SATIVA L.

La legge 2 dicembre 2016, n. 242 consente il commercio e la produzione in Italia di Cannabis Sativa con concentrazione di THC inferiori allo 0,6% (Cannabis Sativa L), più comunemente nota come cannabis light e detta anche cannabis legale. Il 17% delle persone residenti in Italia tra i 18 e gli 84 anni, senza differenze tra i generi, conosce o quanto meno ha sentito parlare di cannabis light e per oltre un terzo sarebbe semplice potersene procurare nell'arco di una giornata[a].

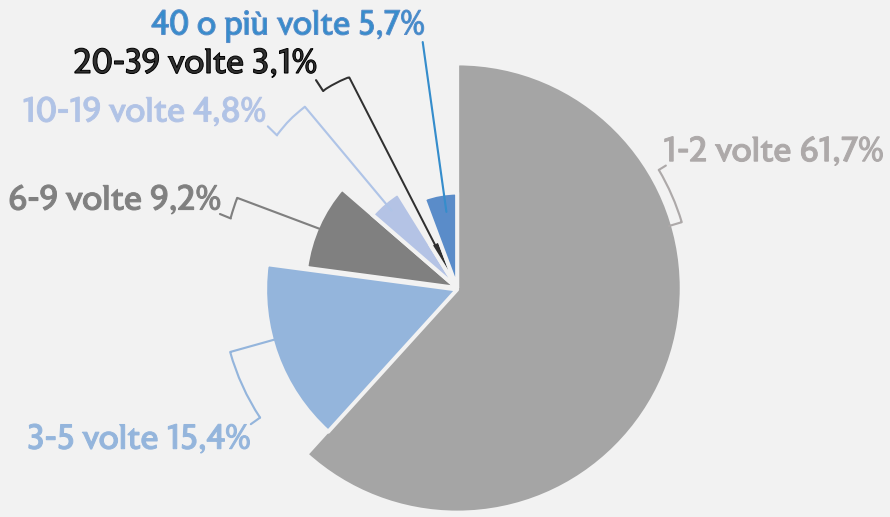
Il consumo di questa sostanza nella vita ha riguardato il 14% degli italiani (M=16%; F=12%), pari a circa 6milioni e mezzo di persone; nel 2022 l'hanno utilizzata in 3milioni (6,2%: M=7,1%; F=5,4%) e quasi in 800 mila hanno riferito un consumo negli ultimi 30 giorni (1,6%: M=1,8%; F=1,5%).

Il consumo recente diminuisce al crescere dell'età, passando dal 15% tra i più giovani (18-24enni) a poco più dell'1% nella fascia 65-74 anni, per poi non essere presente tra le persone più anziane. Il rapporto di genere complessivo è di 1.3 in favore degli uomini e diventa quasi doppio nella fascia 35-44 anni.

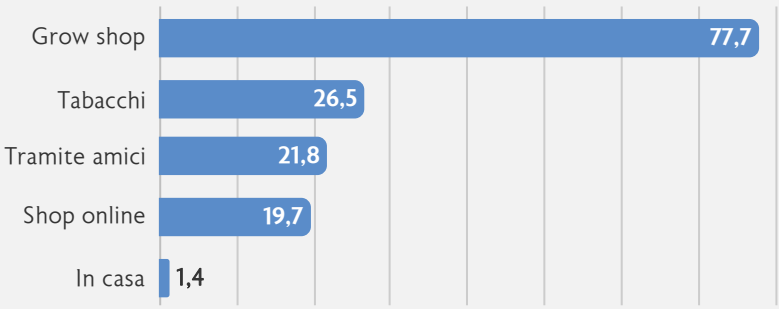
Consumo di cannabis light negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale per genere e fascia d'età. Anno 2022



Per la maggior parte degli utilizzatori nell'anno si tratta di un consumo occasionale, circa un consumatore su 6 ha consumato cannabis light tra le 3 e le 5 volte mentre per oltre un quarto degli utilizzatori le occasioni sono state superiori.



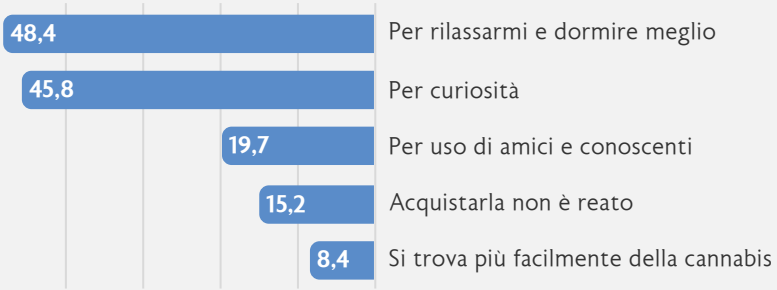
[a] Il 41% ritiene sarebbe impossibile e per il 23% sarebbe difficile.



Oltre 3/4 di chi almeno una volta nella vita ha assunto cannabis light ritiene facile procurarsela[b]; quasi l'80% si rivolge ai "grow shop" (negozi dedicati) o ai distributori automatici, più di un quarto a tabaccai e circa un quinto ad amici e sul web. Una minima parte si procura la sostanza direttamente in casa propria[c].

Oltre il 90% degli utilizzatori di cannabis light nel 2022 l'ha utilizzata sotto forma di erba sfusa, decisamente meno diffuse le altre forme come resina (8,5%) o prodotti commestibili (6,5%).

La motivazione di consumo maggiormente riferita è rilassarsi e dormire meglio che, in questo caso, supera la curiosità, entrambe comunque riferite da circa la metà degli utilizzatori. Sono un quinto coloro che l'hanno fatto per prossimità ad amici e parenti che la consumano e pochi meno coloro che la utilizzano perché consentito dalla legge. Circa l'8% utilizza cannabis light perché più facilmente reperibile della cannabis illegale.



Il 69% dei consumatori di cannabis light ha utilizzato anche quella illegale e il 18% altre sostanze illegali: il consumo associato alle illegali è superiore tra gli uomini, soprattutto per sostanze quali cocaina, oppiacei, stimolanti, allucinogeni, solventi e inalanti.

Il consumo di alcol nell'anno e nel mese coinvolge oltre il 90% degli utilizzatori di cannabis light e il 43% consuma quotidianamente tabacco: tra questi ultimi sono le donne a contraddistinguersi maggiormente come forti fumatrici, fumandone almeno 10 al giorno.

Gli eccessi alcolici come il binge drinking o le ubriacature invece sono comportamenti praticati maggiormente dagli uomini.

	Maschi	Femmine	Totale
Utilizzare cannabis illegale negli ultimi 12 mesi	74,3	61,6	68,9
Utilizzare altre sostanze illegali, esclusa la cannabis, negli ultimi 12 mesi[d]	20,8	13,1	17,5
Consumare alcolici negli ultimi 12 mesi	99,4	94,8	97,4
Consumare alcolici negli ultimi 30 giorni?	95,6	88,5	92,5
Praticare binge drinking negli ultimi 12 mesi	72,9	44,9	60,7
Praticare binge drinking negli ultimi 30 giorni?	52,2	26,3	40,9
Essersi ubriacato/a negli ultimi 12 mesi	74,9	59,5	68,5
Essersi ubriacato/a negli ultimi 30 giorni	40,5	26,0	34,5
Fumare quotidianamente tabacco	42,6	44,2	43,3
Essere un forte fumatore[e]	13,1	15,5	14,1

[b] Per il 6,3% sarebbe impossibile e il 18,2% lo ritiene difficile.
[c] Il 3,5% riferisce di rivolgersi in altri luoghi non meglio definiti.
[d] Cocaina, oppiacei, allucinogeni, stimolanti, solventi e inalanti.
[e] Forte fumatore: fumare più di 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno

CONCLUSIONI

La sostanza psicoattiva illegale maggiormente utilizzata nel 2022 dalla popolazione tra i 18 e gli 84 anni è stata la cannabis (8,5%), un consumo che ha coinvolto quasi 4milioni di persone e che, riferendosi agli ultimi 30 giorni, ne conta poco meno della metà (4%). L'utilizzo di questa sostanza è in costante aumento negli anni arrivando a registrare, nell'ultima edizione dello studio, le prevalenze più alte di sempre.

Le fasce più giovani della popolazione sono quelle più coinvolte, così come il genere maschile che si caratterizza anche per maggiori frequenze di utilizzo: un quarto degli utilizzatori italiani l'ha utilizzata almeno 40 volte nel 2022.

La motivazione che sembra spingere maggiormente le persone ad assumerla è la curiosità, seguita dalla ricerca del divertimento, soprattutto dai consumatori di genere maschile. Ma oltre un quinto dei consumatori vi ricorre per rilassarsi, più del 10% per migliorare la qualità del sonno e quasi l'8% riferisce di utilizzarla per trattare stati di depressione e ansia, motivazioni riportate soprattutto dalle consumatrici.

Un quarto degli utilizzatori, sulla base del Cannabis Abuse Screening Test, risulta avere un comportamento d'uso problematico della sostanza, soprattutto gli uomini: sono infatti poco meno di un terzo degli utilizzatori ad avere un consumo problematico di cannabis e dal 2011, senza distinzioni di genere, questa tipologia di consumo continua ad aumentare.

I consumatori problematici riferiscono il coinvolgimento anche in altri comportamenti a rischio come l'utilizzo di altre sostanze psicoattive illegali e legali, soprattutto in eccesso e risultano maggiormente compromesse anche le relazioni interpersonali, che siano familiari, amicali o lavorative.

Questo scenario, in continua espansione, sottolinea l'importanza di un monitoraggio continuo ma anche di un'appropriata informazione sui rischi associati al consumo di cannabis e delle misure di prevenzione, così come l'identificazione precoce delle forme di consumo problematico.

BIBLIOGRAFIA

Connor, J. P., Stjepanović, D., Le Foll, B., Hoch, E., Budney, A. J., & Hall, W. D. (2021). Cannabis use and cannabis use disorder. Nature Reviews Disease Primers, 7(1), 16.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023a), European Drug Report 2023: Trends and Developments, https://www.emcdda.europa.eu/publications/european-drug-report/2023/drug-situation-in-europe-up-to-2023_en

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2023b), Cannabis laws in Europe: questions and answers for policymaking, https://www.emcdda.europa.eu/publications/faq/cannabis-laws-europe-questions-and-answers-for-policymaking_en

Hasin, D., & Walsh, C. (2021). Trends over time in adult cannabis use: a review of recent findings. Current opinion in psychology, 38, 80-85.

Isorna, M., Pascual, F., Aso, E., & Arias, F. (2023). Impact of the legalisation of recreational cannabis use. Adicciones, 35(3), 349-376.

Legleye, S., Karila, L., Beck, F. & Reynaud, M. (2007) Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test, Journal of Substance Use, 12:4, 233-242, DOI: 10.1080/14659890701476532

Siddiqui, S. A., Singh, P., Khan, S., Fernando, I., Baklanov, I. S., Ambartsumov, T. G., & Ibrahim, S. A. (2022). Cultural, Social and Psychological Factors of the Conservative Consumer towards Legal Cannabis Use—A Review since 2013. Sustainability, 14(17), 10993

DPA - Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio, Relazione Annuale al Parlamento sul fenomeno delle tossicodipendenze 2023. Fonte: https://www.politicheantidroga.gov.it/media/ix0b0esf/relazione-al-parlamento-2023.pdf

World Drug Report - 2023: https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/world-drug-report-2023.html

GIOCO D'AZZARDO

08

GIOCO D'AZZARDO

GIOCO D'AZZARDO

Elisa Benedetti e Rodolfo Cotichini

INTRODUZIONE

Comunemente, per "gioco" si intende l'impegnarsi nella scommessa di denaro o oggetti di valore riguardo all'esito di un evento incerto, al quale è associato un valore atteso di vincita monetaria. Questa attività può variare molto in funzione di diversi fattori, quali l'oggetto della scommessa, l'importo in gioco, il risultato atteso e la prevedibilità dell'evento.

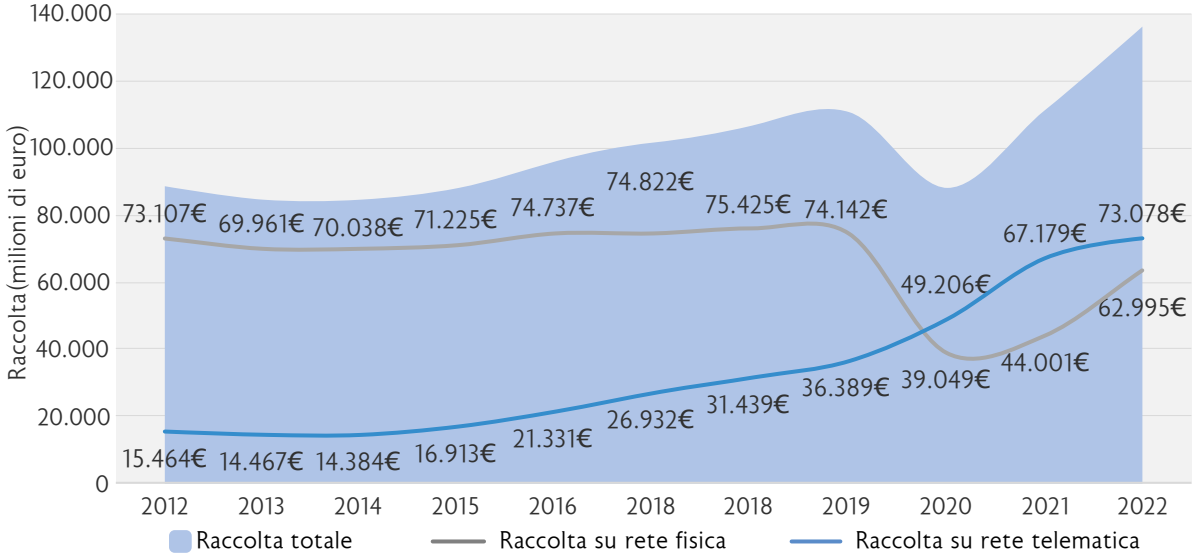
In alcune forme di gioco, come le lotterie o le slot machine, i risultati sono casuali e non prevedibili. In altre tipologie, i cosiddetti giochi di abilità (come le scommesse sportive e ippiche), esiste una certa prevedibilità dell'esito, e l'applicazione di abilità e conoscenze può conferire un vantaggio rispetto agli altri giocatori.

Il mercato del gioco d'azzardo è in rapida evoluzione e si caratterizza per l'elevato livello di regolamentazione e di attenzione che il settore riveste per i policy maker. Questi due fattori variano molto da Paese a Paese e dipendono principalmente dal fatto che da un lato il settore del gioco rappresenta un'importante fonte di introiti per i governi, dall'altro che il gioco può portare a forme di dipendenza (il cosiddetto problem-gambling) con conseguenze anche gravi non solo per i giocatori, ma anche per le loro famiglie. Da questo punto di vista, lo sviluppo del mercato del gioco d'azzardo, aumentando l'offerta di prodotti di gioco, porta con sé un aumento della probabilità di sviluppare comportamenti di dipendenza (Spallone et al., 2019).

Negli ultimi decenni, abbiamo osservato una crescita su scala globale del mercato del gioco d'azzardo, alimentato sia dalle innovazioni tecnologiche che hanno reso possibile l'offerta continua di nuove opportunità di gioco, sia dalle politiche pubbliche che hanno liberalizzato il mercato con l'obiettivo dichiarato di contrastare la diffusione del gioco d'azzardo illegale e massimizzare le entrate fiscali derivanti dalle sue forme legali (Deans et al., 2016).

Questo processo è stato particolarmente significativo in Italia. A partire dal 2003, con l'obiettivo di stimolare la domanda di gioco, il Governo italiano ha adottato una strategia duale: ha inizialmente incrementato la disponibilità di vari giochi caratterizzati da un elevato payout, come ad esempio le slot machine; contemporaneamente, ha ridotto le aliquote fiscali applicate a tali tipi di giochi (Gandullia & Leporatti, 2018).

Figura 1. Raccolta da gioco d'azzardo su rete fisica e telematica (milioni di euro). Anni 2012-2022



Fonte: Dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

La crescita esponenziale del mercato del gioco d'azzardo italiano è dimostrata dall'andamento della raccolta (ammontare complessivo delle puntate effettuate dalla collettività dei giocatori), che negli ultimi 20 anni è passata da 15 a oltre 136miliardi di euro (aumento di circa l'800%). Per dare un'idea della grandezza di questo mercato, il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale nel 2023 è stato fissato a 128miliardi di euro.

Una distinzione importante quando si parla di gioco d'azzardo deve essere fatta tra gioco online e offline. Il gioco offline include tutte le attività di gioco eseguite in siti fisici (e.g. casinò, sale scommesse ecc.). Il gioco online include attività come scommesse, giochi e lotterie che possono essere eseguiti da remoto, solitamente su dispositivi connessi a Internet, come smartphone, tablet e PC.

In termini di raccolta, nel 2019 l'azzardo online rappresentava la metà di quanto giocato in luoghi fisici (circa 36miliardi di euro, contro i 74 giocati offline).

Il 2020 ha rappresentato un momento di svolta: come parte delle misure di distanziamento sociale volte ad arginare la diffusione della pandemia da COVID-19, i locali dedicati al gioco d'azzardo (a eccezione delle tabaccherie) sono stati chiusi per sei mesi. Questo ha di fatto comportato per la prima volta il superamento del giocato online sull'offline (49miliardi contro 39). Tale superamento è stato confermato anche nel 2021, anno che, a causa della ripresa dei contagi, ha visto nuovi mesi di sospensione del gioco in luoghi fisici. Nel 2022, senza più restrizioni di natura sanitaria, il gioco fisico è aumentato moltissimo (63miliardi di euro, contro i 44 del 2021, corrispondenti a una crescita del 43%), senza tuttavia raggiungere i livelli prepandemici. Nello stesso anno, il gioco online ha invece raggiunto i 73miliardi di euro, cifra non solo più alta di quella giocata offline, ma corrispondente al doppio di quanto giocato su canale telematico nel 2019.

Secondo i dati più recenti pubblicati dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ADM), i giochi cosiddetti di abilità (carte, poker cash) rappresentano oggi più di tre quarti del giocato online, mentre gli apparecchi da intrattenimento (slot machine, videolottery) generano ancora più della metà di quanto giocato in luoghi fisici (ADM, 2023).

Tabella 1. Raccolta da gioco d'azzardo a livello nazionale per tipologia di gioco, canale fisico e telematico (milioni di euro). Anni 2020-2022

	Tipologia di gioco	2020	2021	2022
Canale fisico	Apparecchi	18.871,18	18.215,86	33.814,61
	Bingo	672,79	689,43	1.412,14
	Giochi numerici a totalizzatore	1.222,53	1.589,91	1.999,96
	Giochi a base ippica	213,38	182,24	384,78
	Giochi a base sportiva	3.719,45	3.168,28	6.944,21
	Lotterie	8.105,67	12.025,67	11.006,38
	Lotto	6.243,87	8.129,53	7.432,62
	Totale	***39.048,88***	***44.000,91***	***62.994,70***
Canale telematico	Betting Exchange	2.193,98	2.238,14	2.678,69
	Bingo	243,27	274,73	244,98
	Giochi di carte[1]	33.176,82	47.521,71	53.310,30
	Giochi numerici a totalizzatore	36,86	54,62	106,24
	Gioco a base ippica	172,2	249,7	247,51
	Gioco a base sportiva	8.831,31	12.673,68	12.326,11
	Lotterie	63,44	94,73	114,52
	Lotto	162,81	204,42	205,95
	Poker Cash	2.901,95	2.604,95	2.609,94
	Torneo	1.423,36	1.262,13	1.233,63
	Totale	***49.206,00***	***67.178,82***	***73.077,87***

Fonte: Dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli

Se l'azzardo in Italia costituisce una fonte di introiti sempre più grande, la modalità di gioco online e i volumi di denaro in essa investiti sono in tendenziale aumento e sembrano destinati a divenire, nel breve-medio periodo, la parte strutturalmente più rilevante nella maggior parte delle realtà territoriali (Govoni et al., 2023). Questo rappresenta un indicatore di modifiche strutturali che stanno avvenendo sia nelle abitudini di gioco sia nell'offerta disponibile sulle piattaforme online.

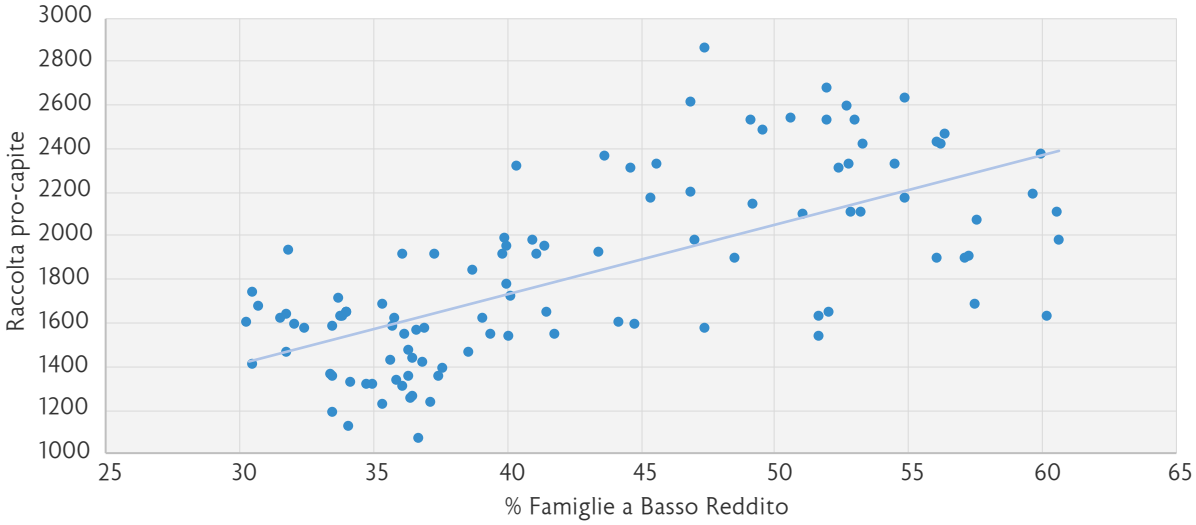
A dispetto di quanto avrebbe potuto indurre a pensare l'andamento della raccolta durante gli anni della pandemia, la modalità di gioco offline sembra però tutt'altro che superata. In molte regioni, infatti, l'ammontare giocato pro capite (ovvero quanto viene giocato in media da ciascun residente) offline sta raggiungendo i periodi pre-pandemia.

Inoltre, è importante sottolineare che non sembra esistere una contrapposizione tra gioco offline e online: rispetto al periodo pre-pandemico le regioni dove il giocato pro capite online è cresciuto di più, sono anche quelle in cui si è assistito a una diminuzione minore del giocato pro capite offline.

Come detto, l'aumento esponenziale del gioco d'azzardo in Italia porta con sé una serie di conseguenze sociali di grande rilevanza, come l'aumento del gioco fra i più giovani (sono inoltre sempre più diffuse tipologie di videogiochi che simulano vincite o che richiedono acquisti in app per continuare a giocare), la diffusione di comportamenti di dipendenza, l'aumento della partecipazione femminile al gioco, la crescente possibilità di infiltrazioni criminali nel settore, la diminuzione delle entrate erariali (la tassazione dei giochi online è molto inferiore rispetto a quelli offline), nonché un aumento delle disuguaglianze socio-economiche. Esiste infatti una relazione inversa tra status socio-economico e quanto si investe nel gioco d'azzardo, sia a livello individuale sia territoriale. In particolare, alcune forme di gioco, come scommesse, slot machine, Videolottery - VLT e giochi online (che sono anche quelle responsabili della maggiore crescita del mercato dell'azzardo), sono più diffusi tra le persone meno abbienti e più svantaggiate (Resce et al., 2019). A livello provinciale, la raccolta pro capite aumenta al crescere della percentuale di famiglie a basso reddito.

[1] Per "giochi di carte" si intendono giochi di carte organizzati in forma diversa dal torneo e giochi di sorte a quota fissa

Figura 2. Raccolta pro capite da gioco d'azzardo e percentuale di famiglie a basso reddito[2], per provincia. Anno 2021



Fonte: Elaborazione degli autori su dati Agenzia delle Dogane e dei Monopoli e Ministero delle Finanze

Quanto appena descritto suggerisce l'importanza fondamentale del monitoraggio di un fenomeno tanto rilevante quanto dinamico come il gioco d'azzardo.

Il capitolo che segue è teso proprio a delineare la sua diffusione all'interno della popolazione italiana, le principali caratteristiche e i fattori a esso associati, sulla base dei dati forniti dallo studio IPSAD®.

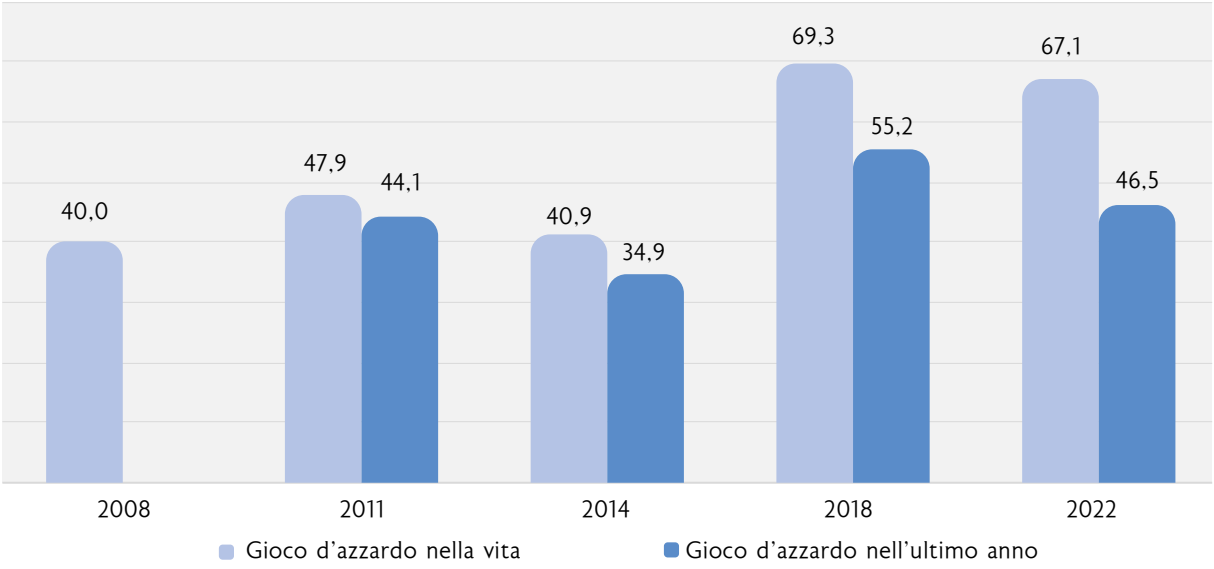
QUANTO È DIFFUSO IL GIOCO D'AZZARDO TRA GLI ITALIANI?

Il 62% degli italiani di età compresa tra i 18 e gli 84 anni ha giocato d'azzardo almeno una volta nella propria vita (M=69%; F=55%) e il 43%, corrispondente a 20milioni e mezzo di persone, lo ha fatto nel corso del 2022 (M=49%; F=38%). Restringendo il focus sulla popolazione di 18-64 anni[3], nell'ultima rilevazione si osservano prevalenze leggermente inferiori a quelle registrate negli anni pre-pandemia (2018: Gioco d'azzardo nella vita=69%; Gioco d'azzardo nell'anno=55%), ma significativamente superiori a quelle misurate nella precedente rilevazione (2014=41% e 35% rispettivamente).

[2] Per "Famiglie a basso reddito" si intendono le famiglie con reddito mensile inferiore a 1.500 euro al mese

[3] Per una corretta confrontabilità con le precedenti edizioni dello studio, l'analisi temporale dei consumi viene sviluppata sulla popolazione 18-64enne. Questo è da tenersi in considerazione per tutte le analisi di trend presenti nel capitolo.

Figura 3. Pratica del gioco d'azzardo: trend delle prevalenze per indicatori di diffusione. Anni 2008-2022



Il gioco d'azzardo è da sempre caratterizzato da notevoli differenze di genere. Come evidenziato dal trend dei dati IPSAD®, si tratta infatti di un comportamento a rischio più diffuso tra gli uomini, con il massimo raggiunto nel 2013 quando la prevalenza era circa il doppio di quella rilevata tra le donne (M:46%; F:24%).

Nel 2022, gli uomini fanno registrare prevalenze superiori alle donne per tutti gli indicatori di consumo. Se 7 uomini su 10 e una donna su due hanno giocato d'azzardo almeno una volta nella vita, più della metà (52%) dei rispondenti di genere maschile ha riferito di aver giocato nel corso degli ultimi 12 mesi, mentre tale percentuale rimane inferiore tra le donne (41%). Con riguardo a una misura di gioco più recente, quello nell'ultimo mese precedente lo studio, il rapporto di genere maschi/femmine aumenta, con il 27% degli uomini e il 15% delle donne che riferiscono di aver giocato.

È tuttavia interessante notare un fenomeno osservato anche all'interno della popolazione adolescente dallo studio ESPAD®Italia (Mosconi, 2023): nel corso degli ultimi anni il divario di genere si è assottigliato, principalmente a causa di una maggiore partecipazione femminile al gioco.

Il gioco d'azzardo è inoltre un'attività più popolare nelle fasce di età più giovani: osservando il comportamento di gioco nell'ultimo anno all'interno delle diverse fasce di popolazione, per entrambi i generi si osserva una tendenziale diminuzione della prevalenza all'aumentare dell'età.

I dati di trend mostrano inoltre come, nel tempo, la prevalenza di gioco nella fascia di età 18-44 anni sia sempre stata superiore rispetto a quella nella fascia di età 45-64.

Tabella 2. Prevalenza della pratica del gioco d'azzardo per indicatori di diffusione. Anno 2022

	Maschi	Femmine	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75-84	**Totale**
Nella vita	69,3	55,4	59,2	72,5	71,6	70,5	59,8	49,1	42,5	**62,2**
Nell'ultimo anno	48,5	37,7	49,0	50,0	48,3	48,4	39,5	33,7	28,9	**43,0**
Online	*12,5*	*2,3*	*13,6*	*12,7*	*10,0*	*7,4*	*4,9*	*1,6*	*2,5*	***7,3***
Onsite	*46,5*	*37,5*	*45,9*	*48,4*	*46,9*	*47,1*	*38,5*	*33,6*	*29,1*	***41,9***
Nell'ultimo mese	27,0	15,1	22,7	19,8	24,1	24,9	19,7	18,8	13,3	**21,0**

IL GIOCO ONLINE STA DAVVERO SOSTITUENDO IL GIOCO OFFLINE?

I dati forniti da ADM (ADM, 2023) mostrano come nel periodo della pandemia, per la prima volta in Italia, il gioco online abbia sorpassato quello in luoghi fisici in termini di ammontare complessivo delle puntate effettuate dalla collettività dei giocatori. Questo potrebbe indurre a pensare che, come la raccolta, anche il numero di giocatori su canale telematico sia oggi più alto di quello di giocatori in luoghi fisici.

In apparente contrasto con questa ipotesi, i dati IPSAD® indicano che in realtà solo il 7% dei rispondenti ha giocato online nel corso dell'ultimo anno, mentre circa il 42% ha giocato in luoghi fisici.

Restringendo il focus sulla popolazione di 18-64, si nota che in realtà, rispetto alla rilevazione del 2018, la prevalenza di giocatori online è quasi raddoppiata (2022=9%; 2018=5%). Questo è sostanzialmente concordante con l'informazione fornita da ADM (ADM, 2023), che mostra come la raccolta su canale telematico sia, appunto, raddoppiata rispetto al 2019.

Sia per quanto riguarda il gioco offline che online, la percentuale di rispondenti che lo hanno praticato nell'ultimo anno è più alta tra gli uomini. Proprio nelle prevalenze di gioco online si rileva la differenza più grande, con un rapporto di genere di 5,4 a favore degli uomini. Questa differenza di genere è riscontrabile anche analizzando i dati ADM relativi ai conti di gioco online (ADM, 2023).

Tabella 3. Numero di conti online attivi e aperti per fascia d'età e genere. Anno 2022

	Maschi		Femmine	
	Conti attivi	Conti aperti	Conti attivi	Conti aperti
18-24	3.162.341	1.368.422	496.172	231.287
25-34	4.028.097	967.766	911.348	275.813
35-44	2.634.748	569.791	734.542	225.501
45-54	2.069.812	449.229	769.870	249.202
55-64	1.140.823	240.994	492.115	133.476
65-74	429.170	89.756	192.674	49.388
>74	124.513	29.010	79.173	21.966
Totale	**13.589.504**	**3.714.968**	**3.675.894**	**1.186.633**

Fonte: Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, Libro Blu 2022

Secondo i risultati di IPSAD®, entrambe le modalità di gioco online e offline sembrano essere più popolari nella fascia di popolazione 18-34 anni.

Anche in questo caso, si trova conferma nell'analisi dei dati forniti da ADM, dai quali emerge che la maggior parte dei nuovi conti di gioco online aperti nel corso del 2022 è attribuibile a utenti compresi nella fascia di età 18-24 anni, mentre il maggior numero di conti attivi è riconducibile a utenti in età compresa tra i 25 e i 34 anni.

QUALI SONO I GIOCHI D'AZZARDO PIÙ PRATICATI?

Gratta&Vinci, Superenalotto e Lotto sono i giochi più popolari tra i giocatori che nel corso dell'ultimo anno per l'azzardo hanno prediletto i luoghi fisici. Meno popolari sono invece le scommesse sportive e i giochi con le carte (ad esempio poker, burraco, bridge). Tutti gli altri giochi, comprese slot machine e videolottery (che secondo ADM sono ancora responsabili per più della metà dei soldi giocati su rete fisica), registrano invece percentuali inferiori al 10%.

È interessante notare come questi giochi abbiano anche una caratterizzazione di genere e di età.

Tra i giochi più diffusi, il Gratta&Vinci ha una forte caratterizzazione femminile, mentre le scommesse sportive risultano sette volte più praticate dai giocatori rispetto alle giocatrici. Pur se in misura meno marcata, anche il Lotto è preferito dal pubblico femminile, mentre il Superenalotto riscontra maggiore interesse tra i giocatori maschili. Data la grande quantità di denaro che attraggono, è utile notare che, pur essendo scelti meno frequentemente, gli apparecchi da intrattenimento come slot machine e videolottery hanno una forte caratterizzazione maschile, con percentuali di utilizzo fra i giocatori più che triple rispetto a quanto osservato tra le giocatrici.

Esiste anche una forte caratterizzazione in base all'età del giocatore: mentre la popolarità di Gratta&Vinci, Superenalotto e Lotto aumenta al crescere dell'età, scommesse sportive, giochi con le carte e apparecchi da intrattenimento sono molto più diffusi nella fascia di popolazione più giovane, dove si rilevano percentuali di utilizzo più che doppie rispetto alle altre età.

Guardando invece al gioco online, il panorama cambia sostanzialmente. Il gioco di gran lunga più diffuso tra i giocatori che scelgono le piattaforme telematiche sono le scommesse sportive (50%). Questo è in linea con i dati ADM relativi all'anno 2022 (ADM, 2023), secondo cui i giochi a base sportiva hanno attratto la più alta percentuale di utenti del gioco online (24%), raccogliendo circa il 15% del totale giocato su canale telematico.

Anche il Superenalotto e il Gratta&Vinci, sebbene in misura molto minore rispetto alle scommesse sportive, sono scelti da una buona parte di giocatori online, seguiti dal poker texano, le slot machine, le scommesse su altri eventi, il Lotto e altri giochi da casinò, come roulette e dati. Gli altri giochi registrano invece percentuali inferiori al 10%.

Anche questa informazione è concordante con i dati ADM relativi all'anno 2022, che mostrano come i cosiddetti "Giochi di abilità a distanza (skill games)", che fra gli altri comprendono i giochi da casinò, Texas Hold'em, poker e slot machine sono la seconda categoria di giochi preferita online, che attrae circa il 17% degli utenti.

Anche per l'online si rilevano differenze di genere, soprattutto per quanto riguarda le scommesse sportive e le slot machine, che sono nettamente più popolari tra i giocatori di genere maschile.

Riguardo all'età, scommesse (sia sportive che su altri eventi) e poker texano sono prevalentemente appannaggio della fascia di giocatori più giovane (18-40 anni).

Tabella 4a. Giochi d'azzardo praticati <u>onsite</u> negli ultimi 12 mesi per genere e fascia di età. Anno 2022

	Maschi	Femmine	18-40	41-60	61-84	Totale
Gratta&Vinci	69,7	82,2	72,5	76,5	78,5	75,4
Lotto	26,2	29,3	18,3	30,3	39,4	27,6
Superenalotto	47,9	38,3	27,5	48,9	59,9	43,6
10 e Lotto/Win for Life	8,2	7,8	8,6	7,8	7,1	8,0
Totocalcio/Totogol	8,1	2,1	5,7	4,8	6,1	5,4
Bingo	5,3	4,9	9,7	2,1	2,5	5,1
Slot Machine	8,6	3,1	10,6	2,8	4,2	6,1
Videolottery	2,0	0,4	2,1	1,0	0,2	1,2
Scommesse sportive (calcio, ippica, tennis, big race, ecc.)	26,4	3,6	26,9	11,7	4,2	16,2
Scommesse su altri eventi	2,2	1,5	2,7	1,8	0,6	1,9
Poker texano (Texas hold'em)	6,2	1,2	8,4	1,3	0,5	3,9
Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, ecc.)	11,1	9,6	13,6	7,4	11,0	10,4
Altri giochi (roulette, dadi, ecc.)	4,9	2,3	6,8	1,7	1,9	3,8
Scommesse virtuali	6,3	0,6	7,8	1,4	0,5	3,7

Tabella 4b. Giochi d'azzardo praticati online negli ultimi 12 mesi per genere e fascia di età. Anno 2022

	Maschi	Femmine	18-40	41-60	61-84	Totale
Gratta&Vinci	15,7	17,5	12,4	19,3	25,9	16,0
Lotto	10,1	14,9	8,5	13,6	15,3	10,9
Superenalotto	21,8	25,0	13,9	28,9	44,2	22,3
10 e Lotto/Win for Life	5,1	10,1	4,6	8,6	3,4	6,0
Totocalcio/Totogol	6,4	2,5	5,2	4,0	18,2	5,8
Bingo	8,5	6,8	8,1	8,8	6,9	8,2
Slot Machine	14,7	7,0	16,5	11,9	0,0	13,4
Videolottery	4,4	11,7	5,2	6,0	6,7	5,6
Scommesse sportive (calcio, ippica, tennis, big race, ecc.)	57,3	10,0	60,9	42,8	12,1	49,8
Scommesse su altri eventi	11,2	10,8	14,4	8,8	0,0	11,1
Poker texano (Texas hold'em)	16,8	7,8	20,3	10,3	5,4	15,4
Altri giochi con le carte (poker, burraco, bridge, ecc.)	9,6	10,2	13,7	4,7	6,7	9,7
Altri giochi (roulette, dadi, ecc.)	10,8	6,5	14,4	5,9	0,0	10,1
Scommesse virtuali	10,1	2,0	13,7	3,5	0,0	8,8

QUANTO TEMPO DEDICANO GLI ITALIANI AL GIOCO D'AZZARDO?

La quasi totalità dei giocatori (90%) riferisce di aver dedicato all'azzardo meno di mezz'ora nel corso di una giornata tipica in cui ha giocato nel corso dell'ultimo anno. Il 4% riferisce di aver dedicato un tempo compreso tra 30 minuti e 1 ora, il 5% un tempo compreso tra 1 e 3 ore, mentre solo lo 0,7% riferisce di essersi dedicato a sessioni di gioco superiori alle 3 ore. Mentre nel 95% dei casi le donne hanno generalmente giocato per un massimo di 30 minuti consecutivi, in circa il 13% dei casi gli uomini si sono dedicati a sessioni di gioco più lunghe.

Ai soli giocatori è stato chiesto se hanno giocato d'azzardo per più di 2 ore consecutive nell'ultimo anno. Solo il 2% dei giocatori ha dichiarato che ciò è accaduto più volte al mese o alla settimana, il 5% ha riferito di averlo fatto meno frequentemente (una volta al mese o meno), mentre per la maggioranza non è mai capitato. I giocatori che hanno dichiarato di aver avuto esperienze di gioco prolungate oltre le 2 ore sono prevalentemente maschi (10%; F=3%) e persone giovani (18-40=10%; 41-60=6%; 61-84=4%).

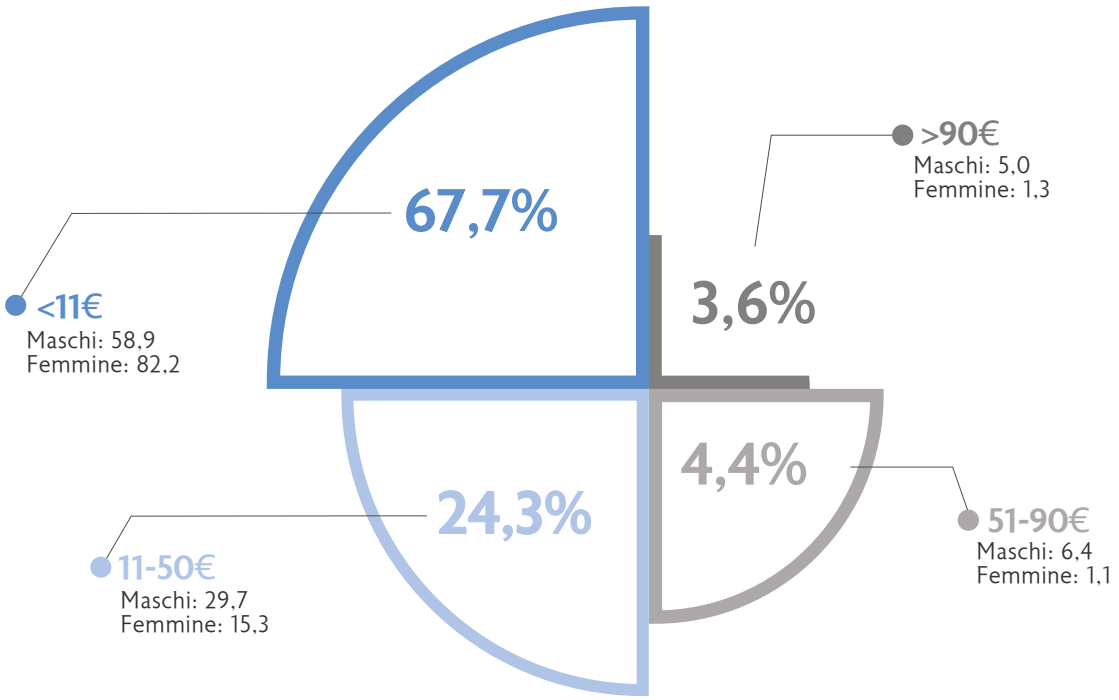
Tabella 5. Tempo trascorso in media, in un giorno, a fare giochi d'azzardo negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale dei giocatori per genere e fascia di età. Anno 2022

		Maschi	Femmine	18-40	41-60	61-84	Totale
In una giornata tipica in cui hai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi, quanto tempo hai passato a giocare?	<30 minuti	86,9	95,2	85,4	93,5	93,5	90,4
	30 minuti - 1 ora	5,9	1,9	7,0	2,6	2,2	4,2
	1 - 2 ore	4,0	1,6	4,9	2,1	1,3	3,0
	2 - 3 ore	2,3	0,8	2,1	1,1	2,0	1,7
	>3 ore	0,9	0,4	0,6	0,7	0,9	0,7
Quante volte hai passato più di 2 ore consecutive giocando a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi?	Mai	89,9	97,2	90,0	93,9	96,5	93,1
	<30 minuti	6,9	1,8	7,5	4,2	1,2	4,7
	30 minuti - 1 ora	1,9	0,7	1,9	0,9	1,2	1,4
	1 - 2 ore	0,5	0,3	0,1	0,5	0,7	0,4
	2 - 3 ore	0,3	0,1	0,1	0,3	0,3	0,2
	>3 ore	0,5	0,0	0,4	0,2	0,2	0,3

QUANTO SI SPENDE IN AZZARDO?

I dati appena discussi mostrano che per la maggior parte dei giocatori le sessioni di gioco sono state relativamente brevi. Tuttavia, per meglio comprendere i pattern di gioco, queste informazioni vanno lette insieme a quelle riguardanti quanto in effetti viene speso in prodotti d'azzardo. La letteratura scientifica rileva infatti che, mentre la maggior parte dei giocatori d'azzardo spende somme moderate di denaro, alcuni spendono molto di più e ciò porta a una concentrazione della spesa tra un numero limitato di giocatori (Fiedler et al., 2019).

Figura 4. Giocatori nell'anno che hanno giocato almeno un euro secondo i soldi investiti negli ultimi 30 giorni: distribuzione percentuale totale e per genere. Anno 2022



Secondo i dati IPSAD®, più della metà (60%) dei giocatori riferisce di aver giocato somme di denaro nel corso dell'ultimo mese. Tuttavia, due terzi di questi hanno giocato piccole somme inferiori a 10 euro, un quarto ha scommesso somme maggiori ma comunque inferiori a 50 euro, mentre nell'8% dei casi si è trattato di cifre più alte. È interessante notare come questo dato cambi se analizzato dal punto di vista del genere. Se la maggior parte delle giocatrici (82%) che ha giocato nell'ultimo mese ha scommesso al massimo 10 euro, questa percentuale scende al 59% tra i giocatori, che nel 30% dei casi hanno invece speso di più (11- 50 euro). Non si rilevano invece sostanziali differenze di età.

Dal punto di vista dell'entità delle puntate individuali, ADM (ADM, 2023) fornisce un dato interessante riguardante gli importi medi per giocata delle diverse tipologie di gioco online. Da notare è la notevole differenza nell'impegno economico tra le diverse tipologie di gioco: il "Poker cash" registra l'importo di gran lunga più elevato e pari a 165 euro in media a giocata, seguito dai giochi di carte organizzati in forma diversa dal torneo e giochi di sorte a quota fissa (74 euro a giocata) e il Betting Exchange (67 euro a giocata). Per tutte le altre tipologie di gioco online, l'importo medio per giocata è inferiore a 20 euro, e oscilla tra 19 euro dei giochi a base sportiva e 1 del Bingo.

QUAL È LA PERCEZIONE INDIVIDUALE DEL PROPRIO BILANCIO DI GIOCO?

Con riferimento al proprio bilancio di gioco dell'ultimo anno, mentre più della metà dei giocatori (53%) valuta di essere "in pari", il 37% ammette di essere andato "in rosso". Solo una piccola percentuale di giocatori (10%) ritiene invece di essere "in attivo". Anche in questo caso, il genere del giocatore conta. Infatti, tra le giocatrici solo il 26% ammette di aver vinto meno di quanto speso, mentre tra i giocatori maschi questa percentuale sale al 45%. Questo potrebbe essere un indicatore sia del fatto che, come visto in precedenza, le donne scommettono effettivamente meno soldi (e quindi è più probabile che riescano a recuperare la spesa attraverso piccole vincite), sia di un bias cognitivo che potrebbe indurre le giocatrici a valutare in maniera meno corretta il proprio bilancio di gioco o non ammettere l'entità della propria perdita.

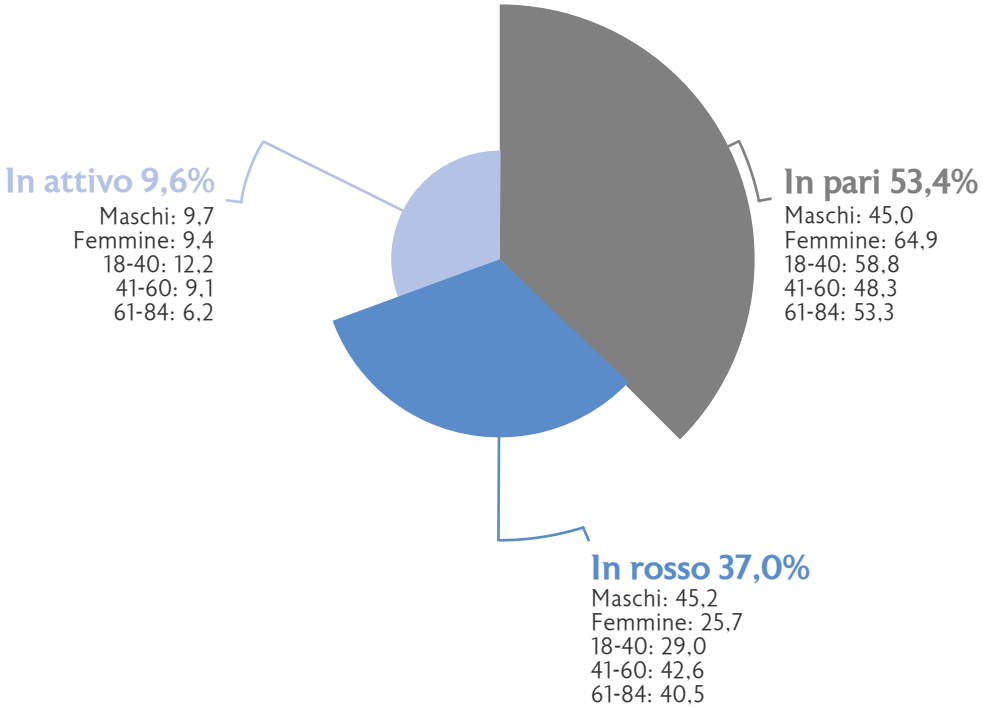
Non ci sono invece differenze di genere riguardo alla quota di chi ritiene di aver guadagnato giocando.

Una differenza interessante da notare è invece quella relativa all'età. Rispetto agli altri giocatori, quelli più giovani (18-40 anni) tendono a riferire meno frequentemente di essere andati "in rosso", mentre dichiarano più spesso di essere "in attivo".

Quando interrogati rispetto all'entità della perdita, la maggioranza dei giocatori (74%) ritiene di essere "in rosso" per cifre inferiori a 50 euro, l'11% calcola di aver "perso" al massimo 100 euro, mentre il 14% riferisce importi superiori, che in alcuni casi (3%) superano 500 euro.

In questo caso è interessante notare che la quasi totalità delle giocatrici (91%) che valutano di aver perso denaro stima l'entità della perdita in piccole somme inferiori a 50 euro. Questa percentuale è molto inferiore tra i giocatori (66%), che nel 13% dei casi stimano le proprie perdite in importi compresi tra 50 e 100 euro, mentre nel 18% dei casi in importi più rilevanti. Non si osservano invece significative differenze in funzione dell'età del giocatore.

Figura 5. Bilancio derivante dal gioco d'azzardo praticato tra chi ha giocato: distribuzione percentuale dei giocatori nell'anno, per genere e fascia di età. Anno 2022



CONOSCENZE O CREDENZE?

A fronte della fortissima crescita del fenomeno gioco d'azzardo in Italia e dei problemi sociali a esso correlati, nel 2012 sono state introdotte una serie di misure legislative a tutela dei giocatori. In particolare, il Decreto Legislativo 158/2012 ha imposto l'obbligo di riportare avvertimenti sul rischio di dipendenza dalla pratica di giochi con vincite in denaro e sulle relative probabilità di vincita, nonché il divieto di ingresso ai minori di anni 18 nelle aree degli esercizi commerciali destinate al gioco d'azzardo. Inoltre, già attraverso il Decreto Legislativo 98 del 2011 erano state inasprite le sanzioni connesse al divieto di consentire la partecipazione al gioco ai minori di 18 anni. Soprattutto a tutela dei minorenni, nel 2018 è stato poi introdotto il divieto di qualsiasi forma di pubblicità, anche indiretta, relativa a giochi o scommesse con vincite di denaro.

Tuttavia, i risultati dello studio ESPAD®Italia (Mosconi, 2023) indicano che almeno uno studente minorenne su due ha partecipato a giochi d'azzardo nell'ultimo anno. Questa informazione suggerisce che ci sia ancora molto lavoro da fare per proteggere i giovani dai rischi associati al gioco.

Ma che cosa pensano gli adulti? Mentre tra i giocatori il 71% è a conoscenza che il gioco d'azzardo (sia offline sia online) è vietato ai minori, la percentuale di chi ha una corretta conoscenza scende tra chi riferisce di non aver giocato nel corso dell'ultimo anno (offline=59%; online=62%). A fini di prevenzione, è importante sottolineare che il 28% dei non giocatori e il 16% dei giocatori dichiara di non saper rispondere a questa domanda o di ritenere che il gioco non sia vietato ai minori. Ciò suggerisce l'importanza di continuare a diffondere un'informazione corretta come azione necessaria a ogni forma di prevenzione dei problemi legati al gioco.

D'altro canto, è incoraggiante notare che, sia tra i giocatori sia tra i non giocatori, le percentuali maggiori di risposta corretta si rilevano proprio tra i più giovani.

Rispetto al genere invece, gli uomini sembrano essere più informati delle donne.

Tabella 6. Conoscenza dei limiti di età per giocare d'azzardo: distribuzione percentuale tra giocatori e non giocatori nell'ultimo anno. Anno 2022

	Gioco online		Gioco onsite	
	Non giocatori	Giocatori	Non giocatori	Giocatori
Vietato ai minori di 14 anni	9,1	9,0	8,5	8,9
Vietato ai minori di 16 anni	4,1	4,3	4,4	5,6
Vietato ai minori di 18 anni	58,5	71,0	62,1	70,6
Non è vietato	1,4	1,4	1,3	1,6
Non so	26,9	14,3	23,7	13,4

Ma si può davvero diventare ricchi giocando? Solo un giocatore su tre è d'accordo, mentre circa due quinti dei non giocatori risponde di no. La maggioranza, indipendentemente dalle abitudini di gioco, ritiene invece che questo, anche se raro, sia possibile. Tanto tra i giocatori quanto tra i non giocatori questa possibilità è attribuita più frequentemente alla fortuna, mentre circa il 23% dei non giocatori e il 29% dei giocatori attribuisce la possibilità di diventare ricchi giocando alla bravura.

Tabella 7. Possibilità di diventare ricchi giocando d'azzardo: distribuzione percentuale tra giocatori e non giocatori nell'ultimo anno, per genere e fascia di età. Anno 2022

	Non giocatore						Giocatore					
	Maschi	Femmine	18-40	41-60	61-84	Totale	Maschi	Femmine	18-40	41-60	61-84	Totale
Impossibile	41,8	46,4	30,2	47,5	51,9	44,3	27,6	38,2	24,5	36,2	37,7	32,3
Raro ma possibile se molto bravo	27,4	18,7	33,5	19,9	17,2	22,7	33,3	24,2	42,5	22,9	20,1	29,3
Raro ma possibile se molto fortunato	36,8	39,1	44,7	36,0	35,1	38,1	47,0	42,9	42,8	47,2	45,0	45,2

QUANTO È DIFFUSO IL GIOCO ILLEGALE?

Come sottolineato da ADM (ADM, 2023), il mercato del gioco d'azzardo, altamente dinamico e lucrativo, è soggetto a crescenti fenomeni di illegalità.

Le aree dell'illecito riguardano essenzialmente i comparti del gioco fisico e a distanza mediante i cosiddetti "totem", il gioco a distanza effettuato mediante i CTD (Centri Trasmissione Dati) o i PDR (Punti di Ricarica), l'alterazione degli apparecchi da intrattenimento con vincita in denaro (AWP-slot machine) e l'offerta di gioco illegale su siti web privi delle autorizzazioni previste. Si tratta infatti di modalità di gioco in cui è possibile aggirare i canali ufficiali, soprattutto al fine di sottrarsi al pagamento delle imposte e di occultare i destinatari dei relativi profitti.

Interrogati rispetto alla conoscenza di persone che praticano giochi illegali o non autorizzati dalla legislazione italiana, solo il 5% risponde in senso affermativo, con un valore leggermente superiore tra i maschi (M=6%; F=5%) e i più giovani (18-40=7%; 41-60=5%; 61-85=4%).

Alla domanda diretta riguardante esperienze di gioco illegale in prima persona, solo il 2% del campione riporta di averlo fatto almeno in un'occasione, questa volta con valore doppio tra gli uomini rispetto alle donne (M=2%; F=1%). Anche in questo caso, a rispondere affermativamente sono soprattutto i più giovani (18-40=2%; 41-60=1%; 61-85=1%).

Figura 6. Contiguità con persone che giocano d'azzardo illegalmente ed esperienza personale: distribuzione percentuale tra i giocatori, per genere e fascia di età[4]. Anno 2022

[4] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Non conosco nessuno che pratica giochi illegali o non autorizzati dalla legislazione italiana" e "Non ho mai praticato giochi illegali o non autorizzati dalla legislazione italiana"

QUANTO È FACILE GIOCARE D'AZZARDO?

È abbastanza noto come una maggiore accessibilità aumenti la probabilità che alcuni individui giochino d'azzardo per impulso, anziché prendere una decisione pianificata e consapevole (Productivity Commission, 2010). Le evidenze provenienti da studi scientifici suggeriscono infatti che una maggiore accessibilità fisica ai luoghi di gioco sia associata a una prevalenza più elevata di coinvolgimento nel gioco d'azzardo e di gioco problematico (Abbott, 2020).

Per questo, a partire dal 2014, molte Regioni e Comuni italiani hanno iniziato a imporre limiti al collocamento geografico dei luoghi di gioco, in particolare quelli ospitanti slot machine e videolottery, proprio perché riconosciuti avere un grande potenziale di indurre dipendenza.

I dati ADM mostrano anche per il 2022 una rete di punti vendita di giochi d'azzardo piuttosto diversificata e ben presente sui territori, quindi un'ampia offerta facilmente fruibile dai cittadini. In particolare, gli esercizi commerciali più diffusi sono i punti vendita di lotterie, con una media di più di 9 esercizi ogni 10.000 abitanti, quelli contenenti slot machine (AWP), con una media di quasi 9, i punti vendita commercializzanti giochi numerici a totalizzatore e le ricevitorie del Lotto, entrambi con una media di quasi 6 esercizi ogni 10.000 abitanti. È da sottolineare che, rispetto al 2021, si osserva una generale riduzione del numero di esercizi con apparecchi da intrattenimento (AWP e VLT), con la sola eccezione di Piemonte e Valle d'Aosta dove si osserva un aumento di circa il 10% (ADM, 2023).

Tabella 8. Rete di vendita per tipologia di gioco. Anno 2022

Tipologia esercizi	Esercizi	Esercizi pro capite ogni 10.000 abitanti
Bingo (N. sale bingo)	186	0,03
Giochi numerici a totalizzatore (N. punti vendita)	34.875	5,90
Gioco a base ippica (N. operatori)	6.022	1,02
Gioco a base sportiva (N. operatori)	9.447	1,60
Lotterie (N. punti vendita)	54.205	9,17
Lotto (N. ricevitorie)	34.292	5,80
N. esercizi con AWP	51.169	8,65
N. sale VLT	4.452	0,75

Fonte: Elaborazione degli autori su dati dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, Libro Blu 2022

A conferma del quadro dipinto dai dati ADM, i risultati di IPSAD® evidenziano che la maggioranza dei rispondenti riferisce un'elevata accessibilità al gioco nella propria area. Più della metà dei giocatori e circa il 40% dei non giocatori risponde di poter raggiungere un punto di gioco in breve tempo (5 minuti a piedi), sia da casa sia dal luogo di lavoro o di studio. Questa differenza può essere in parte attribuibile alla mancanza di interesse da parte dei non giocatori e, quindi, alla minor conoscenza dei luoghi dove poter giocare. Anche le percentuali di chi riferisce una distanza massima di 10 minuti a piedi sono alte (circa un quarto dei giocatori), senza particolari distinzioni secondo le abitudini di gioco, genere o età.

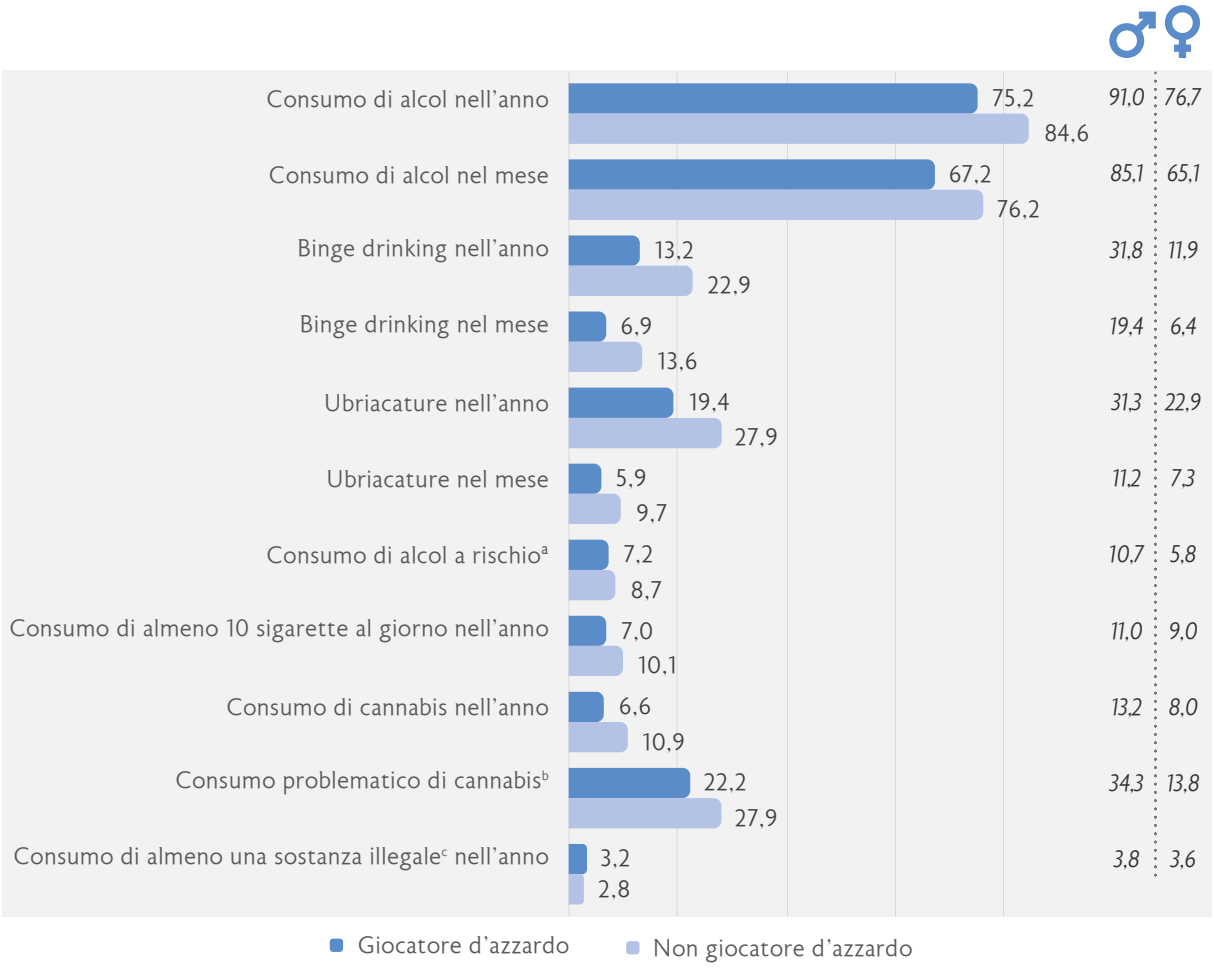
Tabella 9. Distanza dai luoghi di gioco: distribuzione percentuale tra giocatori e non giocatori nell'ultimo anno, secondo la distanza da un luogo di gioco da casa e dal luogo di lavoro/di studio e il tempo disposti a impiegare per raggiungerlo. Anno 2022

		Non giocatore	Giocatore
Da casa	< 5 minuti	47,2	56,9
	5-10 minuti	26,0	24,9
	> 10 minuti	26,8	18,3
Dal luogo di lavoro/studio	< 5 minuti	39,9	50,8
	5-10 minuti	27,9	25,5
	> 10 minuti	32,3	23,8

IL GIOCO D'AZZARDO È ASSOCIATO AD ALTRI COMPORTAMENTI A RISCHIO?

Come illustrato dalla seguente figura, per molti comportamenti a rischio, dal consumo di alcol al consumo problematico di cannabis, si osservano percentuali più elevate tra i giocatori d'azzardo rispetto ai non giocatori. Dall'analisi per genere si evince inoltre quanto gli uomini giocatori siano più inclini all'adozione dei suddetti comportamenti a rischio rispetto alle donne giocatrici. L'unica eccezione è rappresentata dal consumo di sostanze illegali diverse dalla cannabis, per il quale non si rilevano differenze tra giocatori e non giocatori e tra giocatori di genere maschile e giocatrici.

Figura 7. Comportamenti a rischio tra non giocatori e giocatori nell'ultimo anno, totale e per genere. Anno 2022



[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il consumo problematico di cannabis è stato misurato mediante il test di screening CAST (Legleye et al., 2007)

COME VIENE DEFINITO E CLASSIFICATO IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO?

La forma più grave di gioco d'azzardo problematico è il disturbo da gioco d'azzardo. Questo disturbo è classificato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali: DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022) come un disturbo da dipendenza non legato a sostanze. È definito come un comportamento di gioco d'azzardo problematico persistente e ricorrente che porta a un deterioramento o disagio clinicamente significativi, come indicato dalla manifestazione di quattro (o più) sintomi da una checklist di 9 elementi riferiti ai 12 mesi precedenti (American Psychiatric Association, 2022).

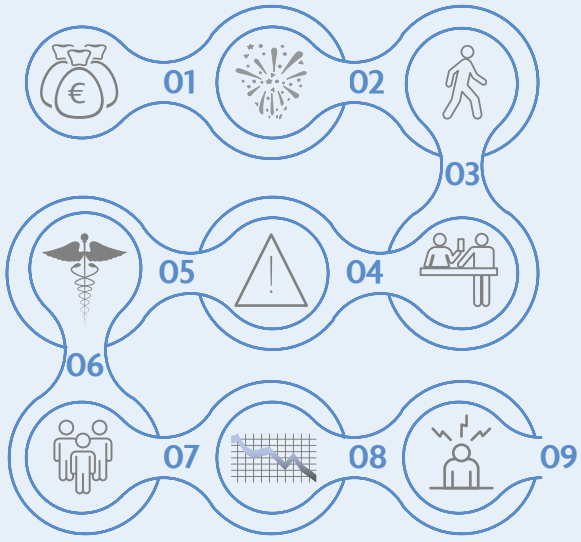
La checklist include sintomi come la necessità di scommettere somme crescenti di denaro, l'aver fatto ripetuti e infruttuosi tentativi di controllare, ridurre o smettere di giocare, il mentire ai membri della famiglia, al terapeuta o ad altri per nascondere il proprio coinvolgimento nel gioco d'azzardo.

Il termine "gioco d'azzardo problematico" è generalmente utilizzato in un senso più ampio e comprende individui che non hanno avuto una diagnosi o non soddisfano la definizione clinica di disturbo da gioco d'azzardo, ma che potrebbero trovarsi in una fase preliminare del disturbo.

Uno degli strumenti più ampiamente utilizzati per identificare i soggetti con problemi legati al gioco d'azzardo nell'ambito di ricerche sulla popolazione generale è il test di screening Canadian Problem Gambling Index (CPGI) (Ferris & Wynne, 2001). La sua forma ridotta, il CPGI Short Form, è denominata in letteratura scientifica anche con l'acronimo di PGSI (Problem Gambling Severity Index). È proprio sulla base di questo test di screening, adattato e validato a livello nazionale (Colasante et al., 2013), che lo studio IPSAD® è in grado di valutare e misurare la prevalenza del gioco d'azzardo problematico.

Il PGSI è infatti un questionario strutturato costituito da 9 item che approfondisce temi centrali per i giocatori, al fine di distinguere comportamenti di gioco "sociale" e "patologico". Si tratta di uno strumento di facile e rapida compilazione e può essere utilizzato sia per una valutazione iniziale, sia per confermare un'ipotesi diagnostica.

PGSI: Problem Gambling Severity Index



1. Hai giocato più denaro di quanto tu potessi effettivamente permetterti di perdere?
2. Hai sentito il bisogno di giocare quantitativi sempre più grandi di denaro per sentire la stessa sensazione di eccitamento?
3. Quando hai giocato, sei tornato di nuovo un altro giorno per rifarti del denaro perso?
4. Hai mai preso in prestito denaro o venduto qualcosa per realizzare denaro destinato al gioco?
5. Hai mai avuto la sensazione che potresti avere un problema con il gioco?
6. Il gioco ti ha causato problemi di salute di qualsiasi tipo, incluso lo stress e l'ansia?
7. Ci sono persone che ti hanno criticato perché giochi o che ti hanno detto che hai un problema con il gioco, indipendentemente dal fatto che tu pensassi che ciò fosse vero o meno?
8. Il fatto che tu giocassi ha mai causato problemi finanziari a te o alla tua famiglia?
9. Ti sei mai sentito in colpa per il tuo modo di giocare o delle conseguenze del tuo gioco?

Questo test ha un range di punteggio compreso tra 0 e 27 che descrive diversi livelli problematici di gioco (gambling). Un punteggio pari a 0 indica che non esiste alcun problema (no-risk gambler), uno compreso tra 1 e 2 indica una modalità di gioco d'azzardo a rischio minimo (low-risk gambling), fra 3 e 7 a rischio moderato (moderate-risk gambling), mentre un punteggio che si attesta fra 8 e 27 indica una condizione problematica/patologica rispetto al gioco d'azzardo (severe problem gambling).

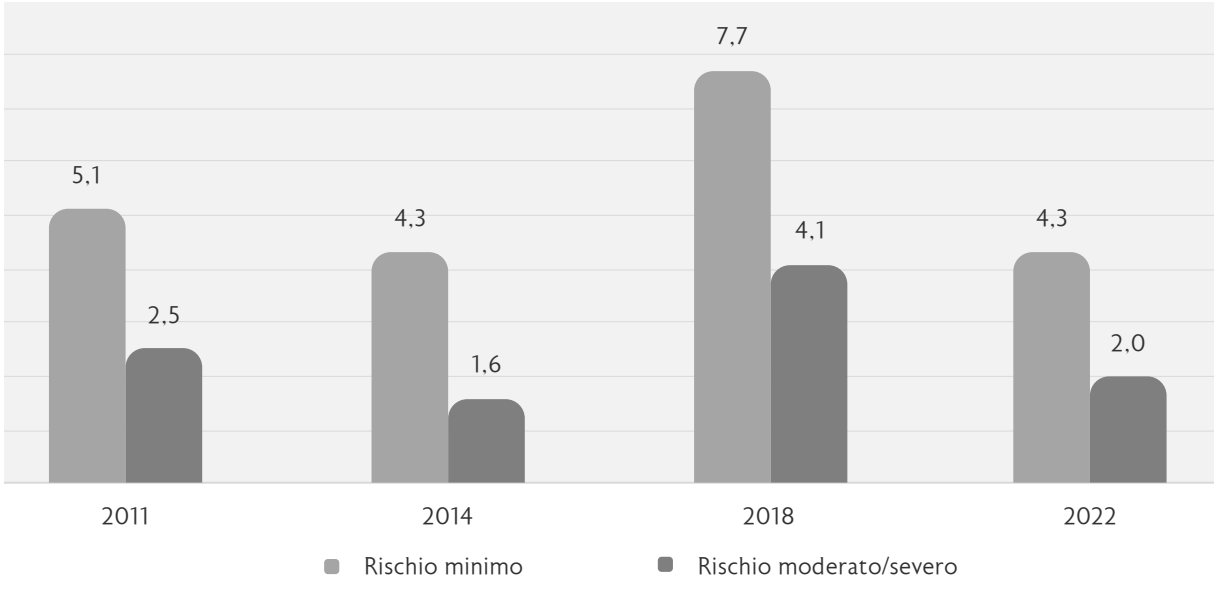
IL GIOCO PUÒ CAUSARE DIPENDENZA, MA QUANTI SONO I GIOCATORI A RISCHIO?

Sulla base del PGSI, lo studio IPSAD® evidenzia che nel 2022 il 4% degli italiani presenta un comportamento di gioco a rischio minimo di sviluppare dipendenza, mentre circa il 2% ha già un comportamento di gioco definibile a rischio moderato/severo.

La percentuale di giocatori a rischio minimo è più che doppia tra gli uomini rispetto alle donne (M=5,5%; F=2,2%), mentre quella di giocatori a rischio moderato/severo è quasi cinque volte superiore (M=2,8%; F=0,6%). Riguardo all'età, IPSAD® indica un dato generazionale abbastanza preoccupante: le prevalenze di giocatori a rischio sono molto più alte nella fascia di popolazione più giovane, con valori da 2 a 4 volte superiori rispetto a quelli riferiti alle altre fasce d'età. Questo significa che non solo i giovani giocano più frequentemente e più a lungo, ma sono anche quelli più colpiti da tutti i problemi sanitari e sociali legati alla dipendenza.

Il trend fornito dalle diverse rilevazioni condotte nel corso dell'ultimo decennio dipinge un quadro apparentemente positivo. A seguito dell'impennata nella prevalenza di gioco a rischio osservata nel periodo pre-pandemico, che per il rischio minimo ha raggiunto l'8% e per il rischio moderato/severo il 4%, il 2022 segna una marcata diminuzione. Tuttavia, è evidente come nonostante la battuta d'arresto, non ci sia stato un reale ridimensionamento del problema, con valori di prevalenza riferiti al 2022 sovrapponibili a quelli osservati negli anni 2013-2014.

Figura 8. Gioco d'azzardo: trend delle prevalenze per profili di rischio. Anni 2011-2022



È POSSIBILE TRACCIARE UN IDENTIKIT DEL GIOCATORE E DEL GIOCATORE PROBLEMATICO?

Le informazioni finora discusse non permettono unicamente di descrivere l'evoluzione del fenomeno gioco d'azzardo nella popolazione. Sulla base delle principali caratteristiche socio-anagrafiche investigate, i dati IPSAD® offrono anche la possibilità di tracciare una sorta di identikit, non solo del giocatore d'azzardo, ma anche del giocatore a rischio o che ha già sviluppato un comportamento di gioco problematico.

Il giocatore tipico è un uomo di età inferiore ai 50 anni, che è celibe o unito civilmente, non ha figli e vive con genitori o parenti. È inoltre più probabile che giochi d'azzardo chi ha un livello di istruzione medio-basso, che corrisponde al diploma, e chi ha un'occupazione lavorativa o è comunque attivamente in cerca di lavoro. Gli altri fattori di rischio sono una situazione economica familiare sotto la media e un reddito mensile individuale basso, inferiore 1.500 euro.

I fattori protettivi sono invece il genere femminile, un'età superiore ai 51 anni, l'essere coniugato o vedovo, avere figli e vivere con il proprio coniuge o convivente. Rispetto all'istruzione, avere un livello molto basso (scuola dell'obbligo) o alto (laurea), risulta avere un ruolo protettivo, così come l'essere casalingo o in pensione. Costituiscono fattori protettivi anche l'avere una situazione economica familiare medio-alta e un elevato reddito individuale (sopra 3.000 euro).

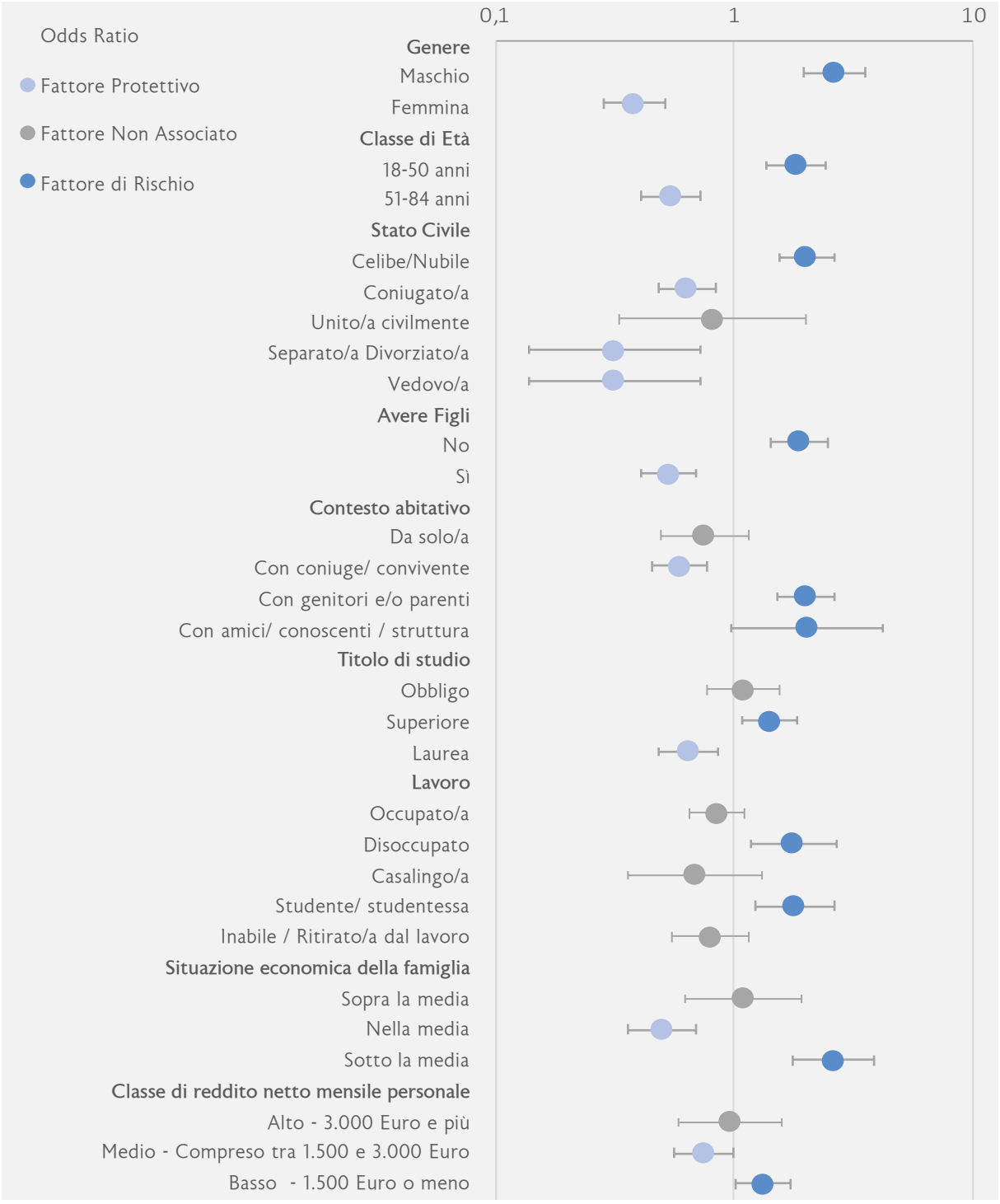
Figura 9. Analisi delle caratteristiche socio-demografiche del giocatore d'azzardo rispetto al non giocatore[5]. Anno 2022

[5] Risultati della regressione logistica univariata tra le caratteristiche socio-demografiche dei giocatori e quelle dei non giocatori. Le seguenti definizioni sono applicate:
Odds Ratio (OR): rapporto tra la probabilità di un evento che si verifica e la probabilità di un evento che non si verifica.
Fattore Protettivo: fattore che riduce la probabilità di sviluppare una condizione o un evento indesiderato. Un risultato con un OR inferiore a 1 è considerato un fattore protettivo.
Fattore di Rischio: fattore che aumenta la probabilità di sviluppare una condizione o un evento indesiderato. Un risultato con un OR superiore a 1 è considerato un fattore di rischio.
Ai fini di questa analisi, vengono definiti giocatori tutti gli individui che hanno riferito di aver giocato d'azzardo nel corso dell'anno precedente lo studio.

In linea generale, le caratteristiche sopra descritte contraddistinguono anche i giocatori problematici, ovvero coloro che, per il loro comportamento di gioco, rischiano o hanno già sviluppato una forma di dipendenza. Il grafico in Fig. 9 mostra come l’associazione con queste caratteristiche sia, nella maggior parte dei casi, molto più forte nel caso dei giocatori problematici.

In linea generale, le caratteristiche sopra descritte contraddistinguono anche i giocatori problematici, ovvero coloro che, per il loro comportamento di gioco, rischiano o hanno già sviluppato una forma di dipendenza. Il grafico in Fig. 9 mostra come l’associazione con queste caratteristiche sia, nella maggior parte dei casi, molto più forte nel caso dei giocatori problematici.

Figura 10. Analisi delle caratteristiche socio-demografiche del giocatore "problematico" rispetto al giocatore "sociale"[6]. Anno 2022



[6] Risultati della regressione logistica univariata tra le caratteristiche socio-demografiche dei giocatori problematici e quelle dei giocatori "sociali".
Le seguenti definizioni sono applicate:
Odds Ratio (OR): rapporto tra la probabilità di un evento che si verifica e la probabilità di un evento che non si verifica.
Fattore Protettivo: fattore che riduce la probabilità di sviluppare una condizione o un evento indesiderato. Un risultato con un OR inferiore a 1 è considerato un fattore protettivo.
Fattore di Rischio: fattore che aumenta la probabilità di sviluppare una condizione o un evento indesiderato. Un risultato con un OR superiore a 1 è considerato un fattore di rischio.
Unicamente ai fini di questa analisi, vengono definiti giocatori "problematici" tutti i giocatori che secondo il test di screening PGSI sono identificati come giocatori "a rischio minimo" e "a rischio moderato/severo". Similmente, per giocatori "sociali" si intendono tutti gli individui che, pur avendo giocato d'azzardo nel corso dell'ultimo anno, non hanno un comportamento di gioco definibile "a rischio".

QUALI CARATTERISTICHE DEL COMPORTAMENTO DI GIOCO SONO ASSOCIATE AL GIOCO PROBLEMATICO?

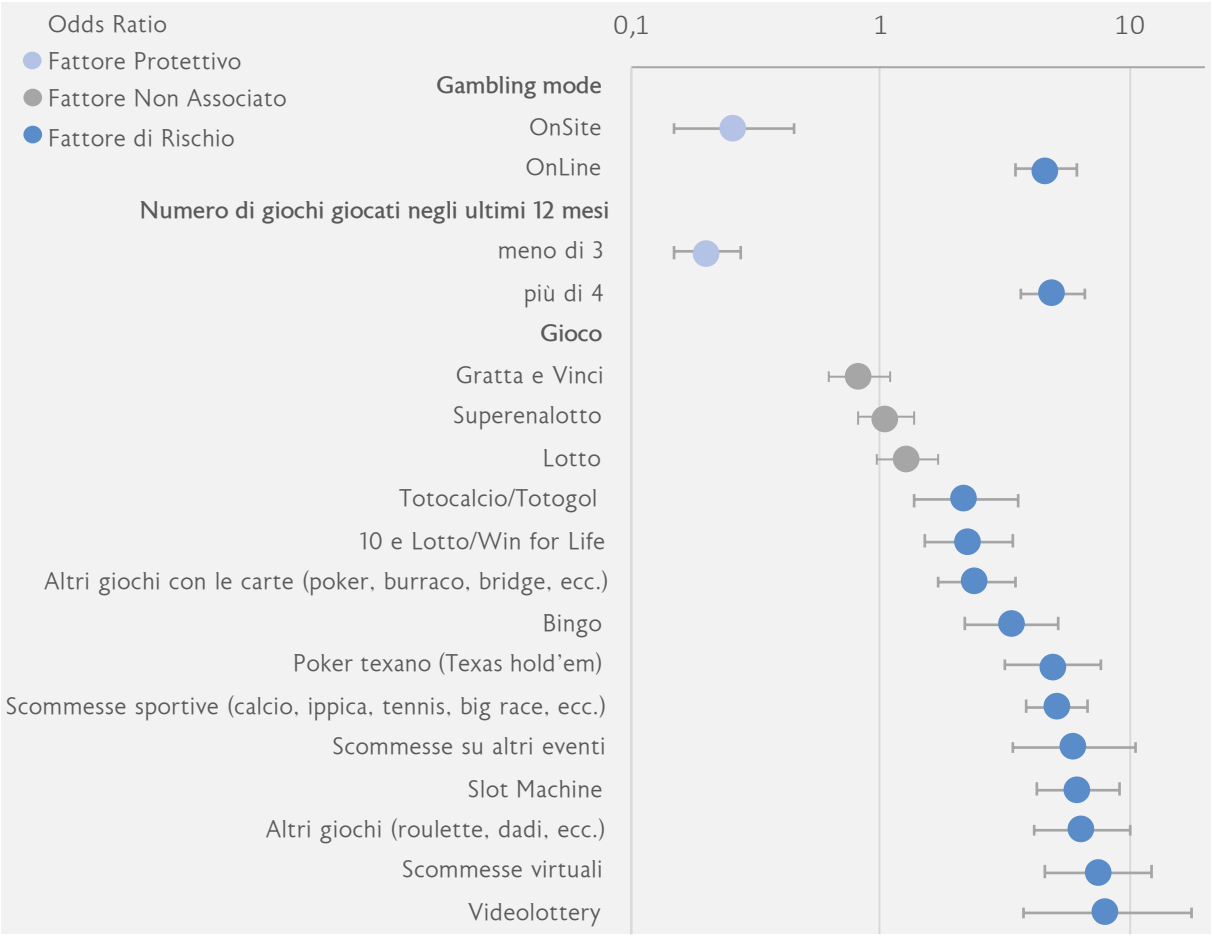
Come già detto, i diversi profili di giocatore si caratterizzano per differenti caratteristiche del loro comportamento di gioco.

In particolare, un fattore di rischio per lo sviluppo di un comportamento problematico è il gioco online. Questo è in linea con quanto sostenuto dalla comunità scientifica internazionale, che da anni attira l'attenzione sul problema. Il canale telematico consente infatti un accesso facilitato al gioco d'azzardo, indipendentemente dall'età o da altri requisiti legali, aumentando così le opportunità di gioco. Questo, insieme a fattori come la pubblicità targettizzata su Internet, l'anonimato, l'assenza di controllo sociale o di orari, i pagamenti senza contanti e un più difficile monitoraggio da parte delle autorità pubbliche, rende il gioco online particolarmente rischioso (Mora-Salgueiro et al., 2021).

Un altro importante tratto caratterizzante il comportamento di gioco problematico sono le preferenze di gioco, con i giocatori problematici che si distinguono nettamente dai giocatori "sociali" per giocare a tante tipologie di gioco diverse (4 o più).

Sempre riguardo alle tipologie di gioco, i dati IPSAD® indicano che la maggior parte dei giochi sono associati allo sviluppo di un comportamento di gioco problematico, a eccezione di Gratta&Vinci, Superenalotto e Lotto. I giochi che presentano la più forte associazione con il gioco problematico sono le videolottery, i cui giocatori hanno un rischio otto volte più elevato di essere problematici, seguite da scommesse virtuali, giochi da casinò come roulette e dadi, slot machine e scommesse su altri eventi.

Figura 11. Analisi delle caratteristiche del comportamento di gioco del giocatore "problematico" rispetto al giocatore "sociale"[7]. Anno 2022



All'aumentare del livello di problematicità, aumenta anche il tempo dedicato alle sessioni di gioco. Se la quasi totalità dei giocatori non problematici (95%) riferisce di aver dedicato al gioco meno di 30 minuti in una giornata tipica dell'ultimo anno, tale percentuale scende al 79% tra i giocatori a rischio minimo fino a raggiungere il 41% tra i giocatori a rischio moderato/severo. Quasi il 45% di questi ultimi, infatti, riferisce sessioni di gioco comprese tra 30 minuti e 2 ore, mentre il 14% dichiara di aver giocato per più di 2 ore in una giornata tipica in cui ha giocato. Tale percentuale scende al 5% tra i giocatori a rischio minimo.

Circa la metà dei giocatori a rischio moderato/severo riporta di non aver mai trascorso più di 2 ore consecutive giocando d'azzardo nel corso dell'ultimo anno, mentre circa un terzo riferisce che questo sia avvenuto tra 2 e 4 volte al mese, e il 14% 2 o più volte a settimana. Queste percentuali sono nettamente diverse sia tra i giocatori a rischio minimo, che nel 96% dei casi riferiscono di non aver mai o in pochi casi giocato per più di 2 ore di fila, sia tra i giocatori non a rischio che, nella stessa percentuale, riferiscono di non aver mai giocato per più di 2 ore consecutive nell'ultimo anno.

[7] Risultati della regressione logistica univariata tra le caratteristiche legate al comportamento di gioco dei giocatori problematici e dei giocatori "sociali".
Le seguenti definizioni sono applicate:
Odds Ratio (OR): rapporto tra la probabilità di un evento che si verifica e la probabilità di un evento che non si verifica.
Fattore Protettivo: fattore che riduce la probabilità di sviluppare una condizione o un evento indesiderato. Un risultato con un OR inferiore a 1 è considerato un fattore protettivo.
Fattore di Rischio: fattore che aumenta la probabilità di sviluppare una condizione o un evento indesiderato. Un risultato con un OR superiore a 1 è considerato un fattore di rischio.
Unicamente ai fini di questa analisi, vengono definiti giocatori "problematici" tutti i giocatori che secondo il test di screening PGSI sono identificati come giocatori "a rischio minimo" e "a rischio moderato/severo". Similmente, per giocatori "sociali" si intendono tutti gli individui che, pur avendo giocato d'azzardo nel corso dell'ultimo anno, non hanno un comportamento di gioco definibile "a rischio".

Tabella 10. Tempo trascorso a fare giochi d'azzardo negli ultimi 12 mesi: distribuzione percentuale dei giocatori per profilo di rischio. Anno 2022

		Nessun rischio	Rischio minimo	Rischio moderato/severo
In una giornata tipica in cui hai giocato a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi, quanto tempo hai passato a giocare?	<30 minuti	94,6	79,0	41,4
	30 minuti - 1 ora	2,7	8,3	21,8
	1 - 2 ore	1,3	8,1	22,9
	2 - 3 ore	1,2	2,1	8,5
	>3 ore	0,2	2,5	5,4
Quante volte hai passato più di 2 ore consecutive giocando a giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 12 mesi?	Mai	96,6	81,8	52,7
	<30 minuti	2,6	14,6	21,1
	30 minuti - 1 ora	0,6	3,0	12,3
	1 - 2 ore	0,2	0,6	4,6
	2 - 3 ore	0,1	0,0	4,0
	>3 ore	0,0	0,0	5,4

Quella che in letteratura viene definita come relazione dose-risposta, suggerisce che i problemi legati al gioco d'azzardo e l'importo di denaro speso siano correlati in modo positivo (Brosowski et al., 2015; Currie, Miller, Hodgins, & Wang, 2009). Si sa che i giocatori problematici giocano sessioni più lunghe, più frequentemente e in modo più intenso rispetto ai giocatori cosiddetti "ricreativi" (Productivity Commission, 2010). Ne consegue che i giocatori problematici contribuiscono in modo relativamente significativo alla spesa complessiva.

In accordo con queste evidenze scientifiche, i risultati IPSAD® mostrano come all'aumentare del livello di problematicità, aumentino anche i soldi investiti in gioco d'azzardo. Il 96% dei giocatori non a rischio ha speso tra 10 e 50 euro nel corso dell'ultimo mese. Tale percentuale scende all'86% tra i giocatori a rischio minimo, che nel 17% dei casi hanno investito tra 50 e 200 euro. Meno della metà dei giocatori a rischio moderato/severo che ha scommesso negli ultimi 30 giorni ha speso sotto 50 euro, il 38% ha speso tra 50 e 200 euro, mentre il 13% ha investito somme ancor più consistenti.

Anche la percezione del proprio bilancio di gioco varia in funzione del livello di problematicità del comportamento: all'aumentare del rischio diminuisce la percentuale di coloro che ritengono che il proprio bilancio di gioco sia "in pari", mentre aumenta quella di coloro che ammettono di essere andati "in rosso".

La letteratura scientifica indica come il grado di problematicità del comportamento di gioco influisca sulla corretta valutazione e la presa di decisioni che riguardano il denaro (Nigro et al., 2018). Con riguardo ai dati IPSAD®, questo si riflette nel fatto che la percentuale di giocatori che ritiene di essere "in attivo" è quasi doppia tra i giocatori a rischio moderato/severo rispetto ai giocatori non a rischio.

Riguardo alle abitudini legate al gioco offline, mentre tabacchi, bar, e pub sono i punti di gioco più frequentati da tutte le tipologie di giocatori, i giocatori a rischio moderato/severo riferiscono più frequentemente di aver giocato anche negli esercizi prettamente dedicati al gioco, come sale scommesse, sale gioco e sale Bingo. Un'ulteriore conferma dell'ampia offerta di gioco d'azzardo è rintracciabile nella distanza media indicata dai giocatori rispetto alla propria abitazione o luogo di lavoro. Indipendentemente dal proprio profilo di gioco, la maggioranza dei giocatori riferisce una distanza inferiore ai 5 minuti a piedi.

Riguardo invece alle abitudini legate al gioco online, le modalità riportate più spesso da tutte le tipologie di giocatori sono lo smartphone e il computer.

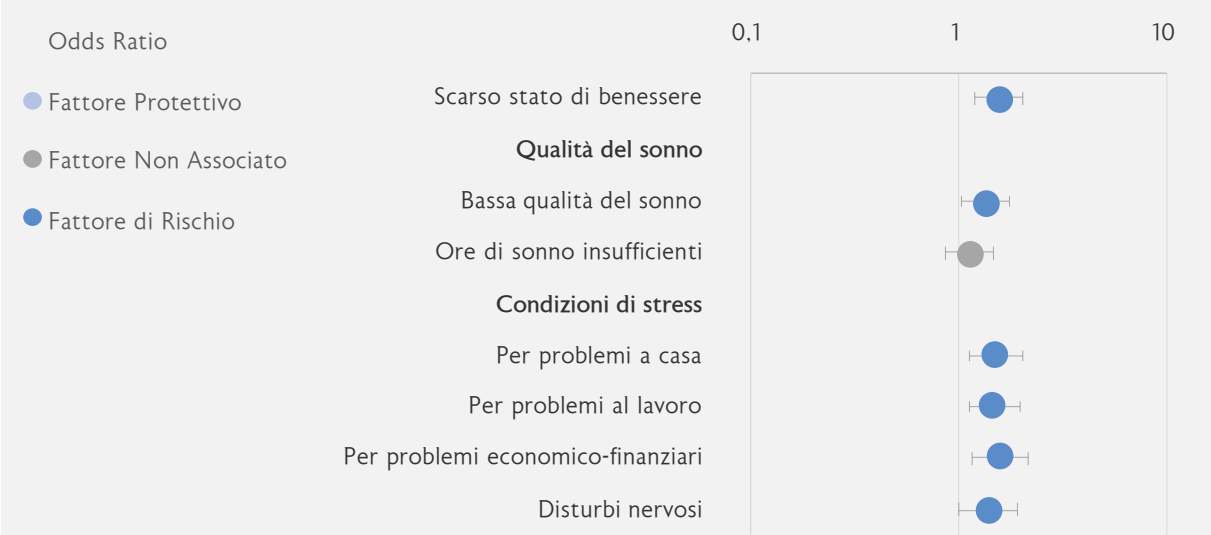
Tabella 11. Altre caratteristiche del comportamento di gioco: distribuzione percentuale dei giocatori per profilo di rischio. Anno 2022

		Nessun rischio	Rischio minimo	Rischio moderato/ severo
Quanto hai speso per fare giochi in cui si vincono/perdono soldi negli ultimi 30 giorni?	10 euro o meno	75,2	41,6	13,8
	11-50 euro	21,0	41,3	34,4
	51-90 euro	3,1	9,9	13,1
	91-200 euro	0,5	6,6	25,2
	201-500 euro	0,0	0,6	6,5
	501-1.000 euro	0,1	0,0	1,4
	Più di 1.000 euro	0,0	0,0	5,4
Secondo te nell'ultimo anno con il gioco, complessivamente, sei rimasto "in pari", sei andato "in rosso" o sei "in attivo"?	In pari	56,0	41,0	26,6
	In rosso	35,3	43,5	56,3
	In attivo	8,6	15,4	17,1
Ripensa agli ultimi 12 mesi. In quali luoghi hai giocato (escludendo i giochi su Internet)?	Sale scommessa	5,9	17,9	33,6
	Sale Bingo	2,1	5,6	11,6
	Casinò (escluso online)	2,5	9,3	8,4
	Circoli ricreativi, club privati	1,4	2,2	5,3
	Bar, tabacchi, pub	80,6	67,8	67,8
	Sale gioco	1,8	3,4	24,4
	A casa mia o di amici	17,2	22,2	16,9
Quali modalità hai scelto per giocare su Internet?	Smartphone	74,2	66,8	83,2
	Tablet	9,7	12,2	19,4
	Computer fisso o portatile	42,1	49,2	55,7
	TV	0,0	3,5	7,5
	Console per giochi elettronici	0,3	0,0	6,9
Quanto dista da casa a piedi il luogo più vicino dove potresti giocare?	Meno di 5 minuti	57,1	55,1	61,8
	5-10 minuti	24,4	26,2	23,6
	Più di 10 minuti	18,5	18,7	14,6
Quanto dista dal luogo dove lavori/studi a piedi il luogo più vicino dove potresti giocare?	Meno di 5 minuti	51,2	46,9	50,2
	5-10 minuti	25,3	27,6	22,3
	Più di 10 minuti	23,5	25,6	27,5

IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO COMPROMETTE IL BENESSERE?

Rispetto ai cosiddetti giocatori "sociali" o "ricreativi", i giocatori a rischio sono più esposti a una serie di ricadute negative sullo stato di benessere psico-fisico. Come mostrato in Figura 10, un giocatore a rischio ha più probabilità di avere uno scarso stato di benessere mentale, una bassa qualità del sonno (difficoltà ad addormentarsi, dormire mediamente meno di sette ore a notte) e di vivere condizioni di stress legate a problemi a casa, a lavoro o di natura economico-finanziaria. Inoltre, tra le possibili patologie diagnosticate a livello medico, il giocatore a rischio ha più probabilità di soffrire di disturbi nervosi, come ansia e depressione.

Figura 12. Analisi delle caratteristiche legate allo stato di benessere psico-fisico percepito dal giocatore "problematico" rispetto al giocatore "sociale"[8]. Anno 2022



[8] Risultati della regressione logistica univariata tra le caratteristiche socio-demografiche dei giocatori e quelle dei non giocatori. Le seguenti definizioni sono applicate:
Odds Ratio (OR): rapporto tra la probabilità di un evento che si verifica e la probabilità di un evento che non si verifica.
Fattore Protettivo: fattore che riduce la probabilità di sviluppare una condizione o un evento indesiderato. Un risultato con un OR inferiore a 1 è considerato un fattore protettivo.
Fattore di Rischio: fattore che aumenta la probabilità di sviluppare una condizione o un evento indesiderato. Un risultato con un OR superiore a 1 è considerato un fattore di rischio.
Unicamente ai fini di questa analisi, vengono definiti giocatori "problematici" tutti i giocatori che secondo il test di screening PGSI sono identificati come giocatori "a rischio minimo" e "a rischio moderato/severo". Similmente, per giocatori "sociali" si intendono tutti gli individui che, pur avendo giocato d'azzardo nel corso dell'ultimo anno, non hanno un comportamento di gioco definibile "a rischio".
Lo "scarso stato di benessere" è stato valutato secondo il Five Well-Being Index (WHO-5) elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (Topp et al., 2015).
La "difficoltà a dormire" è valutata sulla base delle risposte alla domanda "Abitualmente hai difficoltà a dormire il numero di ore di cui hai bisogno?"
Per "ore di sonno insufficienti" si intendono 6 ore o meno in media a notte.

IL GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO È ASSOCIATO AD ALTRI COMPORTAMENTI A RISCHIO?

All'aumentare del livello di problematicità del comportamento di gioco, aumenta anche la presenza di altri comportamenti a rischio. Paragonati ai giocatori non problematici, i giocatori a basso rischio e a rischio moderato/severo riportano più frequentemente di bere in modo eccessivo (binge drinking e ubriacature) e abusare di alcol, essere forti fumatori, fare uso di cannabis e di altre sostanze illegali.

Tabella 12. Comportamenti a rischio tra i giocatori, per profili di rischio. Anno 2022

	Nessun rischio	Rischio minimo	Rischio moderato/severo
Consumo di alcol nell'anno	86,1	87,4	84,9
Consumo di alcol nel mese	77,7	80,1	76,3
Binge drinking nell'anno	21,6	34,6	39,8
Binge drinking nel mese	12,5	21,8	28,8
Ubriacature nell'anno	26,0	40,1	42,4
Ubriacature nel mese	8,5	14,5	21,3
Consumo di alcol a rischio[a]	7,6	13,9	23,8
Consumo di almeno 10 sigarette al giorno, nell'anno	9,4	11,2	18,2
Consumo di cannabis nell'anno	10,0	14,1	22,6
Consumo di almeno una sostanza illegale[b] nell'anno	2,5	4,0	14,4

CONCLUSIONI

Questo capitolo ha avuto l'obiettivo principale di descrivere le principali caratteristiche del fenomeno gioco d'azzardo in Italia attraverso la lettura congiunta dei dati di popolazione prodotti dallo studio IPSAD®, una delle poche fonti informative in materia esistenti nel nostro Paese, e di quelli resi disponibili dall'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, che riguardano invece il mercato del gioco d'azzardo.

È stata descritta la prevalenza di gioco d'azzardo e delle sue forme più problematiche (gioco d'azzardo a rischio), notando che le stime nell'ultimo anno in Italia sono piuttosto alte, anche in comparazione ai dati internazionali. Gli studi più recenti condotti a livello internazionale indicano infatti una prevalenza di gioco problematico che all'interno della popolazione generale oscilla tra 0,12% e 5,8% nei vari Paesi (Calado & Griffiths, 2016), a fronte di una prevalenza del 6% di giocatori a rischio rilevata da IPSAD® in Italia nel 2022. Questa è un'indicazione di massima che va interpretata con cautela, poiché il confronto tra Paesi è ostacolato dalla grande variabilità nelle metodologie di misurazione della prevalenza e negli anni di rilevazione. Inoltre, è utile ricordare che a causa del probabile effetto del bias derivante dalla desiderabilità sociale che può riguardare le risposte ai questionari che indagano comportamenti sensibili, la prevalenza di gioco nel nostro Paese potrebbe addirittura essere più elevata.

Gli uomini, i giovani, i gruppi svantaggiati e gli individui che adottano anche altri comportamenti a rischio o che soffrono di disturbi psicologici hanno maggiori probabilità di incorrere in problemi legati al proprio comportamento di gioco. Anche un'alta disponibilità di tipologie e luoghi di gioco sono associate a tassi più elevati di gioco d'azzardo a rischio all'interno della società. Inoltre, i risultati IPSAD® indicano che le tipologie di gioco con frequenza elevata e pagamenti veloci, come quelle disponibili online, e gli apparecchi da gioco, come slot machine e videolottery, sono importanti fattori di rischio.

[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.

Tutto questo suggerisce che a fini di prevenzione è necessario porre limiti alla straordinaria capacità di marketing, nonché ai vari incentivi che vengono forniti ai giocatori dagli operatori del settore. I risultati di IPSAD® indicano che proprio per prevenire la diffusione e l’aumento della prevalenza di gioco problematico è necessario partire dai più giovani. Questo può essere fatto in primo luogo rafforzando l’applicazione del divieto di gioco ai minori, un divieto già esistente ma facilmente aggirabile. Sarebbe inoltre utile avviare una seria riflessione sulla notevole quantità di giochi, disponibili su canale fisico e online, che come si è visto costituisce un importante fattore di rischio. Molta attenzione dovrebbe essere posta sulla rapidissima crescita del gioco online: proprio a causa delle sue caratteristiche, questo canale rende il gioco più facilmente accessibile, ma al contempo rende più complesso verificare l’identità effettiva del giocatore e tracciare i flussi finanziari. Questo avviene in un mercato già soggetto a crescenti fenomeni di illegalità.

Infine, la lettura dei risultati di IPSAD® indica chiaramente l’importanza di proseguire e rafforzare le campagne informative e le iniziative di prevenzione, in particolare verso i giovani, volte a fare chiarezza su cos’è davvero il gioco d’azzardo, quali sono le reali probabilità di vincita e i rischi che possono derivare, non solo per gli individui, ma anche per le loro famiglie e, in senso più esteso, verso la società.

A tal fine, è di fondamentale importanza disporre di dati solidi e aggiornati, la cui lettura congiunta è in grado di favorire sia una comprensione approfondita di tutte le sfaccettature che caratterizzano questo fenomeno multidimensionale e in costante evoluzione, sia il suo attento monitoraggio nello spazio e nel tempo. In questo senso, la libera circolazione dei dati di livello territoriale relativi al mercato del gioco d’azzardo, riguardanti sia i giochi su canale fisico che telematico, è di fondamentale importanza.

BIBLIOGRAFIA

Abbott, M. W. (2020). The changing epidemiology of gambling disorder and gambling-related harm: Public health implications. Public Health, 184, 41–45. 10.1016/j.puhe.2020.04.003.

Agenzia delle Dogane e dei Monopoli - ADM. (2023). Libro Blu 2022.

American Psychiatric Association (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5-TR.

Brosowski, T., Hayer, T., Meyer, G., Rumpf, H. J., John, U., Bischof, A., & Meyer, C. (2015). Thresholds of probable problematic gambling involvement for the German population: Results of the Pathological Gambling and Epidemiology (PAGE) Study. Psychology of addictive behaviors : journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 29(3), 794–804.

Calado, F. & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). Journal of Behavioral Addictions, 5:592–613.

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani, P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. Journal of gambling studies, 29(4), 765–774.

Currie, S. R., Miller, N., Hodgins, D. C., & Wang, J. (2009). Defining a threshold of harm from gambling for population health surveillance research. International Gambling Studies, 9(1), 19–38.

Deans, E. G., Thomas, S. L., Daube, M., & Derevensky, J. (2016). "I can sit on the beach and punt through my mobile phone": the influence of physical and online environments on the gambling risk behaviours of young men. Social Science & Medicine, 166, 110–119.

Ferris, J., & Wynne, H. (2001). The Canadian problem gambling index: Final report. Ottawa, ON: Canadian Centre on Substance Abuse.

Fiedler, I., Kairouz, S., Costes, J-M., Weißmüller, K. (2019). Gambling Spending and Its Concentration on Problem Gamblers. Journal of Business Research, 98, 82-91.

10.1016/j.jbusres.2019.01.040.

Gandullia, L., & Leporatti, L. (2018). The demand for gambling in Italian regions and its distributional consequences.

Govoni, M., Bussetti, P., Vigarani, M. (2023). Il libro nero dell'azzardo. La crescita impetuosa dell'azzardo online in Italia. Mafie, Dipendenze, Giovani. Federconsumatori e CGIL.

Mora-Salgueiro, J., García-Estela, A., Hogg, B. et al. (2021). The Prevalence and Clinical and Sociodemographic Factors of Problem Online Gambling: A Systematic Review. Journal of Gambling Studies 37, 899–926.

Mosconi, G. (2013). Giochi d'azzardo. In S. Biagioni, C. Fizzarotti, S. Molinaro (2023), ESPAD 2022: Generazione Z e comportamenti a rischio. (pp.233-241). Pisa: Consiglio Nazionale delle Ricerche. ISBN 978-88-7958-068-7

Nigro, G., Ciccarelli, M., & Cosenza, M. (2018). The illusion of handy wins: Problem gambling, chasing, and affective decision-making. Journal of affective disorders, 225, 256–259.

Productivity Commission (2010). Gambling. Report no. 50. Canberra, Australian Government.

Resce, G., Lagravinese, R., Benedetti, E., Molinaro, S. (2019). Income-related inequality in gambling: evidence from Italy. Review of Economics of the Household, 17, 1107–1131.

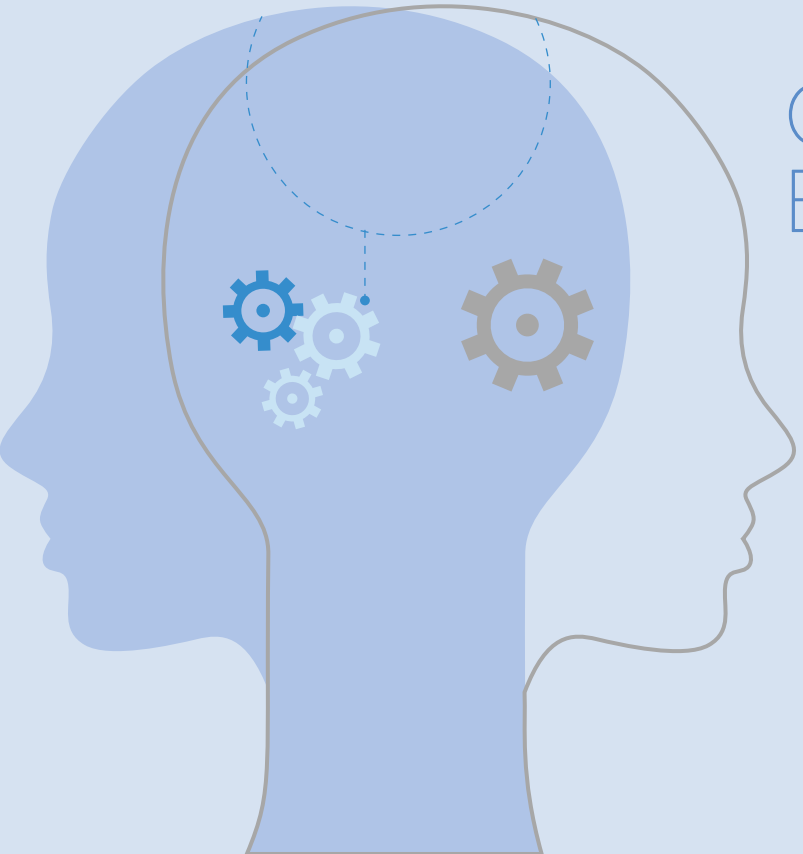
Spallone, M., Currao, T., Pandimiglio, A. (2019). Online Gaming. Il settore del gioco online: confronto internazionale e prospettive. Deloitte Italia.

Topp C.W., Østergaard S.D., Søndergaard S., & Bech P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. Psychotherapy and Psychosomatics, 84, 167-176.

09

COMPORTAMENTI ED ESPERIENZE

09



COMPORTAMENTI ED ESPERIENZE

COMPORTAMENTI ED ESPERIENZE

Silvia Biagioni e Marina Baroni

INTRODUZIONE

Le persone rappresentano un universo complesso e sfaccettato e il loro comportamento è influenzato dall'ambiente che le circonda e dalle esperienze di vita vissute, prime tra tutte quelle relative all'ambito relazionale. A questo proposito, la letteratura scientifica ha messo in evidenza l'importanza delle relazioni sociali per il benessere sia fisico sia mentale della persona (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Holt-Lunstad, 2018). Diversi studi hanno sottolineato come l'essere soddisfatti delle proprie relazioni sia associato a un aumento dell'autostima (Harris & Orth, 2020), nonché ad altre conseguenze positive in termini di sintomatologia depressiva e percezione dello stress (Uchino et al., 2020). Per questo motivo, emerge chiara l'importanza di osservare e monitorare l'ambito delle relazioni sociali all'interno della popolazione in termini di litigi, problematiche relazionali all'interno dell'ambiente familiare o con il datore di lavoro e gli insegnanti.

Oltre a questo, può esser interessante approfondire alcuni comportamenti ed esperienze considerati a rischio per il potenziale impatto sulla vita e sul benessere della persona, come l'essere coinvolti in rapporti sessuali non protetti o di cui ci si è pentiti il giorno seguente (Ssewanyana et al., 2021); avere problemi con le Forze dell'Ordine o il coinvolgimento in danni a oggetti, ferimenti, rapine o furti e in incidenti stradali (Ho et a., 2000).

Proprio in merito all'incidentalità stradale, i dati ISTAT (2023) riportano 165.889 incidenti stradali con lesioni a persone, morti e feriti avvenuti nel 2022 e il tasso di mortalità stradale (pari a 53,6 morti ogni 1.000.000 di abitanti) risulta in aumento rispetto all'anno precedente (2021: incidenti=151.875; tasso di mortalità=48,6/1.000.000). Gli incidenti sono spesso legati alla messa in atto di condotte rischiose, prime tra tutte l'utilizzo di sostanze psicoattive, considerato un importante fattore di rischio (Adeyemi et al., 2022). Secondo quanto rilevato da Carabinieri e Polizia Stradale, il 9,9% degli incidenti avvenuti nel 2022 era associato all'utilizzo di alcol (nel 2021 era l'8,7%), mentre il 3% all'utilizzo di droga (ISTAT, 2023).

L'osservazione di tutte queste condotte e il loro monitoraggio può essere rilevante al fine di prevenire comportamenti rischiosi e migliorare il benessere complessivo delle persone.

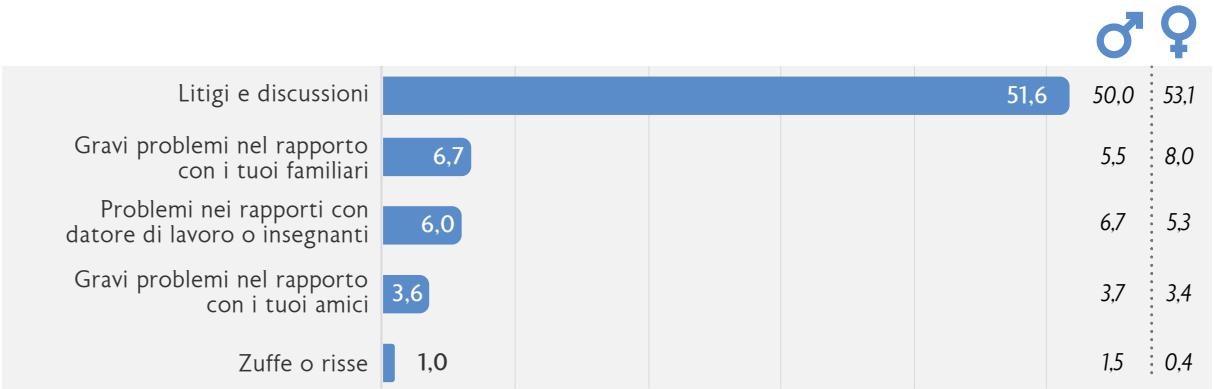
RELAZIONI SOCIALI

Negli anni, la letteratura ha sempre più messo in evidenza l'importanza delle relazioni sociali sul benessere sia fisico sia mentale della persona (Cacioppo & Cacioppo, 2014; Holt-Lunstad, 2018). Diversi studi hanno sottolineato come l'essere soddisfatti delle proprie relazioni sia associato a un aumento dell'autostima (Harris & Orth, 2020), nonché ad altri numerosi outcome positivi in termini di sintomatologia depressiva e percezione dello stress (Uchino et al., 2020). Sulla base di questo, emerge chiara l'importanza di osservare e monitorare l'ambito delle relazioni sociali all'interno della popolazione.

Nel 2022, sono soprattutto le persone di genere maschile ad aver avuto problemi nei rapporti con il datore di lavoro e ad aver preso parte a risse. Fra le persone di genere femminile sono stati invece più frequenti problemi legati all'ambiente domestico e il coinvolgimento in litigi e discussioni.

Circa il 4% delle persone ha un rapporto compromesso con i propri amici senza sostanziali differenze di genere.

Figura 1. Problematiche relative alle relazioni sociali, totale e per genere. Anno 2022



Sulla base delle risposte fornite alla sottoscala dell'*Inventory of interpersonal problems* (IIP-32) (Lo Coco et al., 2018) che misura, in particolare, la tendenza a essere dominanti, sono soprattutto le donne a riferire di essere aggressive con le altre persone e di tentare di controllarle eccessivamente, mentre gli uomini sono, in percentuale maggiore, manipolatori al fine di ottenere ciò che desiderano.

Tabella 1. Comportamenti aggressivi per genere e fasce di età[1]. Anno 2022

		Maschi	Femmine	Totale
Sono aggressivo con le altre persone	Moderatamente	4,7	7,3	6,1
	Abbastanza/estremamente	1,6	2,1	1,9
Tendo eccessivamente a controllare le altre persone	Moderatamente	8,9	9,5	9,2
	Abbastanza/estremamente	3,6	5,5	4,6
Manipolo eccessivamente le altre persone per ottenere ciò che voglio	Moderatamente	4,4	2,4	3,4
	Abbastanza/estremamente	1,3	0,8	1,0

[1] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Per niente/poco"

L'*Interpersonal sensitivity measure* (IPSM) (Masillo et al., 2014) rileva la sensibilità interpersonale, un tratto di personalità che rimanda a un'eccessiva consapevolezza e attenzione sia verso il comportamento, sia verso i sentimenti delle altre persone (Masillo et al., 2014). In particolare, è stata presa in considerazione la sottoscala della timidezza presente all'interno del questionario IPSAD® che misura la mancanza di assertività (Masillo et al., 2014). Secondo quanto emerso dalle risposte fornite, rispetto agli uomini, le donne hanno maggiormente paura di ferire e criticare le persone, evitano di dire quello che pensano e di arrabbiarsi e riferiscono maggiori livelli di empatia. Gli uomini, invece, ritengono più difficile arrabbiarsi con le persone.

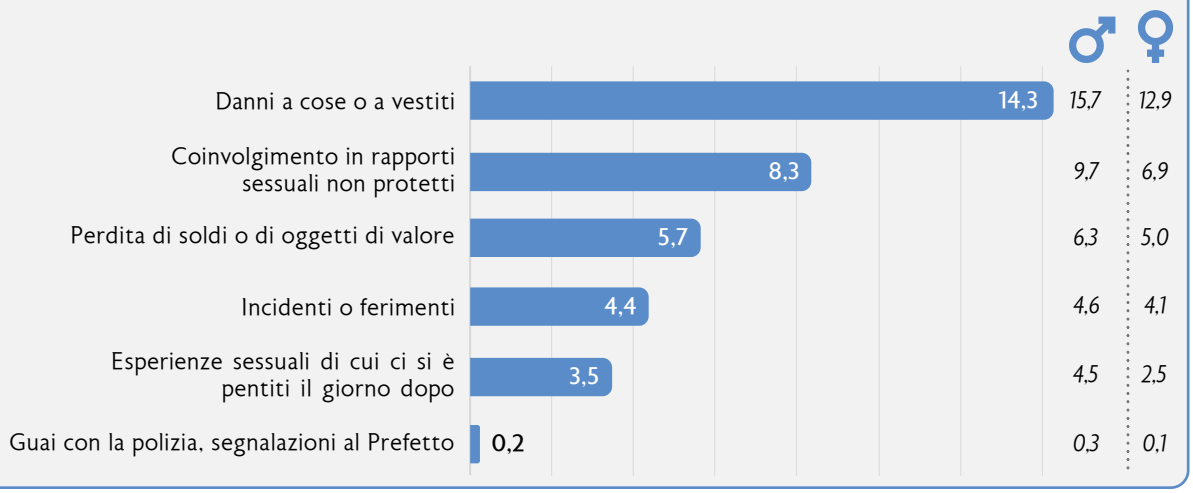
Tabella 2. Livelli di timidezza per genere e fasce di età[1]. Anno 2022

	Maschi	Femmine	Totale
Evito di dire quello che penso per paura di essere respinto/a	18,0	21,3	19,7
Non mi arrabbio con le persone per paura di poterle ferire	26,8	27,1	27,0
So sempre come si sentono gli altri	32,1	43,6	37,9
Farei qualcosa che non vorrei piuttosto che offendere o turbare qualcuno	36,0	35,7	35,8
Trovo difficile arrabbiarmi con le persone	40,3	36,2	38,2
Mi preoccupa fare troppe critiche agli altri	40,4	45,1	42,8
Non sono mai duro/a verso qualcuno	38,3	42,0	40,2
Temo di ferire i sentimenti delle altre persone	51,8	61,6	56,8

COMPORTAMENTI A RISCHIO

Il questionario IPSAD® approfondisce una serie di comportamenti a rischio e la lettura dei dati sottolinea come gli uomini siano più propensi a metterli in atto: in particolare, rispetto alle donne, sembrerebbero avere maggiormente guai con la polizia e segnalazioni al Prefetto (M/F: 2.5), esperienze sessuali di cui sono pentiti (M/F: 1.8) e rapporti sessuali non protetti (M/F: 1.4).

Coinvolgimento in comportamenti a rischio totale e per genere . Anno 2022



HIKIKOMORI

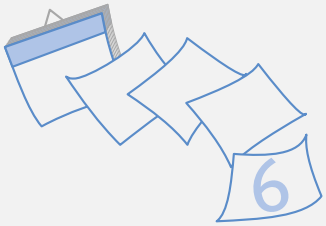
Marina Baroni

Uno sguardo di insieme

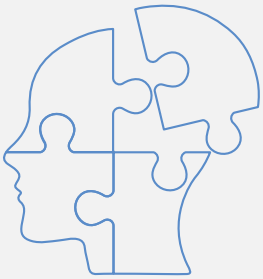
Nel 1998, grazie allo psichiatra Tamaki Saito, il termine *Hikikomori* (*hiku*: ritirarsi; *komoru*: isolarsi) è entrato a far parte dell'ambito medico riferendosi a una forma importante di ritiro sociale (Kato et al., 2019; Tan et al., 2021; Neoh et al., 2023). Negli ultimi anni, professionisti e ricercatori hanno iniziato ad approfondire il fenomeno anche in virtù delle potenziali conseguenze negative a esso associate (Kato et al., 2019; Tan et al., 2021; Neoh et al., 2023): i vissuti di ritiro sociale hanno un impatto nella sfera mentale e sociale della persona, nonché nell'ambito educativo e lavorativo rappresentando a tutti gli effetti un'esperienza che necessita di essere presa in carico a livello globale (Kato et al., 2019; Tan et al., 2021; Neoh et al., 2023). A questo proposito, nel 2019, Kato e colleghi hanno proposto una classificazione diagnostica del fenomeno al fine di monitorarlo e inquadrarlo. Nello specifico, il termine Hikikomori si riferisce a "*una forma di ritiro sociale patologico o isolamento sociale la cui caratteristica essenziale è l'isolamento fisico nella propria casa*" (Kato et al., 2019; pag. 431). Oltre a questo, la definizione deve soddisfare le seguenti caratteristiche: "*isolamento sociale marcato all'interno della propria abitazione*", "*isolamento sociale continuativo di almeno 6 mesi*" e "*significativo deterioramento funzionale o disagio associato all'isolamento sociale*" (Kato et al., 2019; pag. 431). Considerando l'estendersi del fenomeno a livello internazionale e il fatto che questo possa coinvolgere sia le fasce di età più giovani sia quelle più adulte (Kato et al., 2019; Tateno et al., 2019), approfondire la diffusione o meno dell'isolamento sociale sul territorio italiano permette non solo di comprenderlo meglio, ma anche di evidenziarne possibili caratteristiche.

Criteri diagnostici della sindrome Hikikomori (Kato et al., 2019)

1. Isolamento sociale marcato all'interno della propria abitazione



2. Isolamento sociale continuativo di almeno 6 mesi

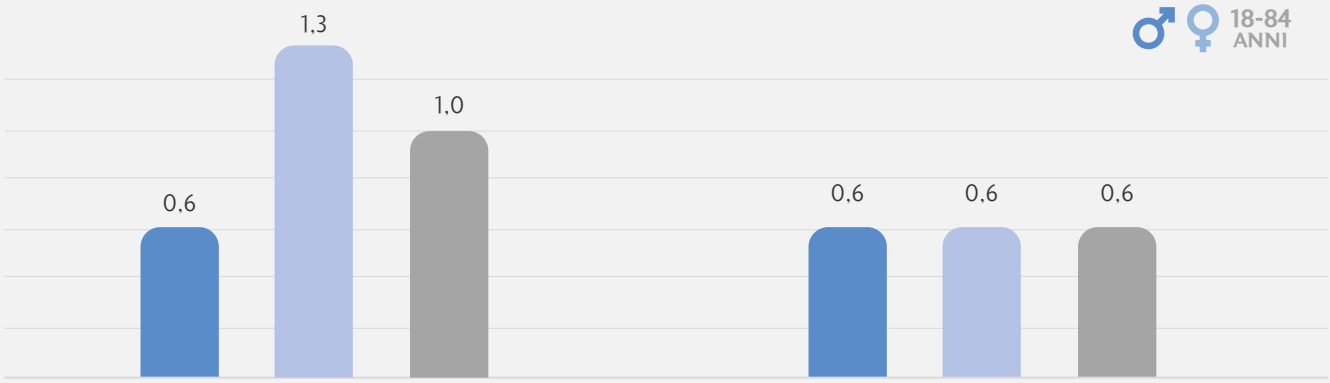


3. Significativo deterioramento funzionale o disagio associato all'isolamento sociale

Quante sono le persone che si sono isolate?

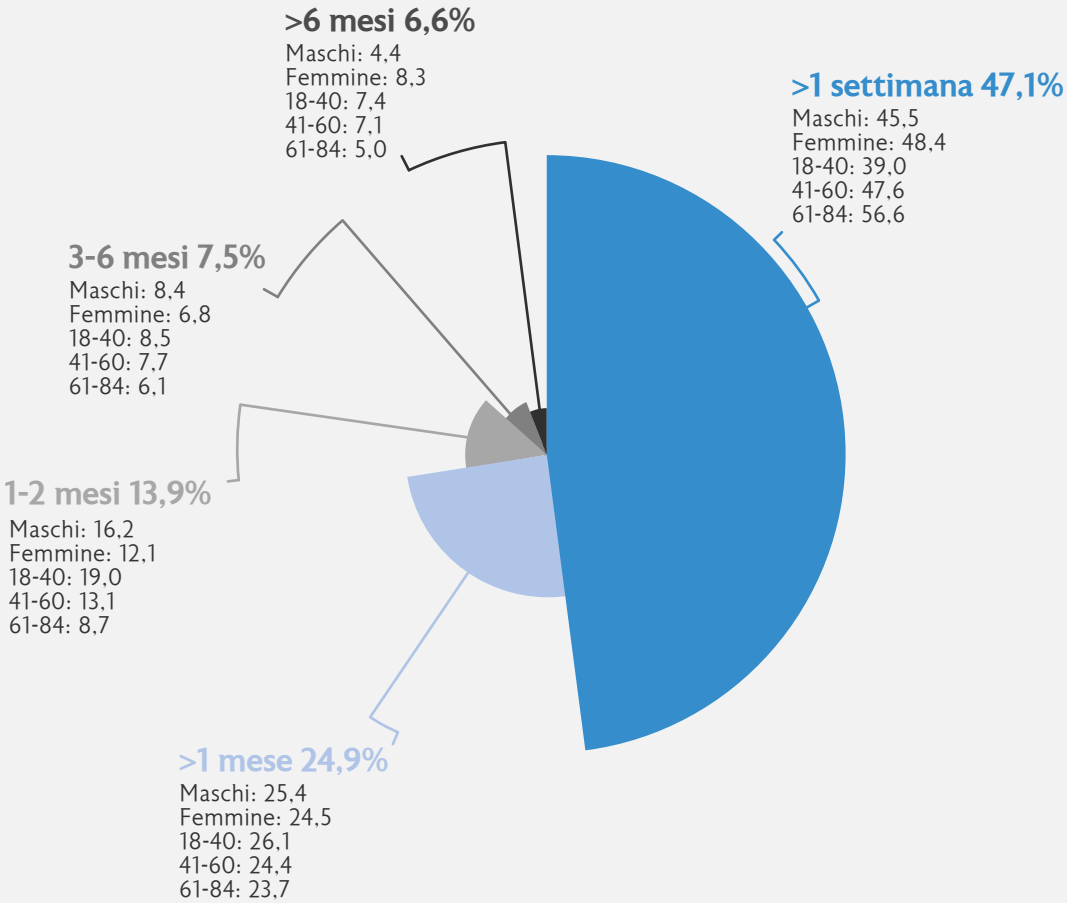
Secondo quanto stimato dallo studio IPSAD®, sono 450mila (1,0%) le persone tra i 18 e gli 84 anni che si sono ritirate socialmente per almeno 6 mesi nell'arco della loro vita e 290mila (0,6%) quelle che si riconoscono nella definizione di Hikikomori. Distinguendo per genere, sebbene non si registrino significative differenze, sono soprattutto le donne a essersi isolate per un periodo significativo nel corso della vita (1,3%; M=0,6%).

Isolamento sociale: prevalenza totale e per genere. Anno 2022



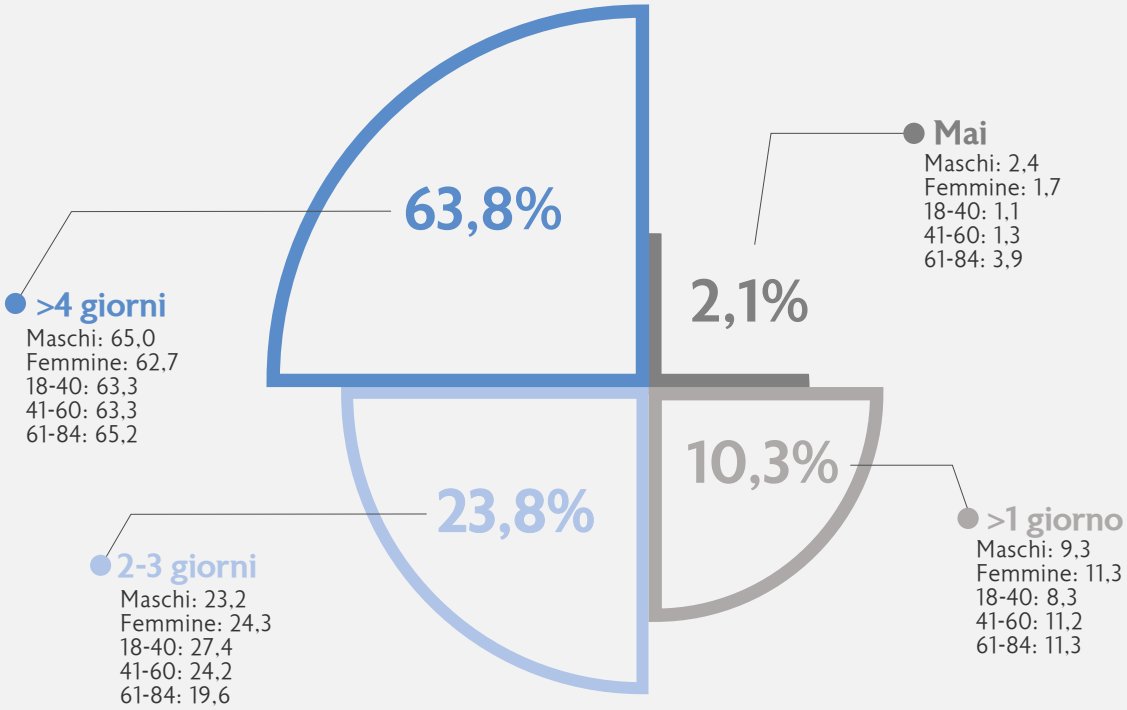
Entrando nel merito del periodo di tempo nel quale si è rimasti volontariamente isolati, tra le persone che hanno vissuto questa esperienza la maggior parte si è ritirata meno di una settimana (47%), senza grandi differenze di genere, ma con quote nettamente superiori nella fascia più anziana della popolazione rispetto alla più giovane. Analizzando la polarità opposta emergono le differenze di genere essendo soprattutto le donne a riferire di essersi isolate volontariamente per almeno 6 mesi, nell'arco della vita, rispetto agli uomini. Anche i 18-40enni riferiscono in quota leggermente superiore un isolamento prolungato di almeno 6 mesi rispetto alle altre fasce di età.

Periodo trascorso volontariamente isolati: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia d'età. Anno 2022



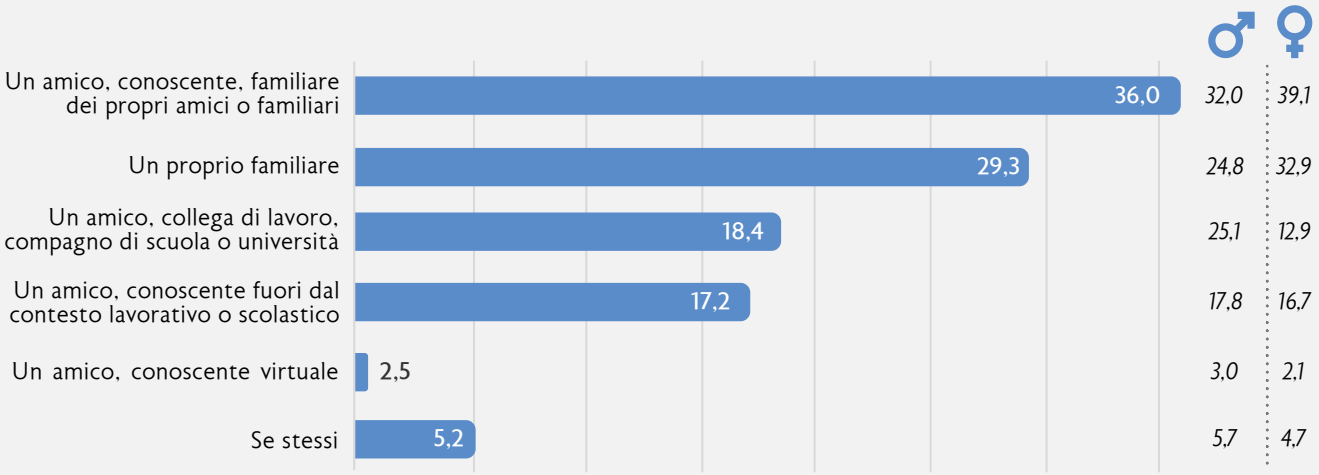
La maggior parte delle persone, che nella propria vita si sono volontariamente isolate per un periodo significativo, riferisce di lasciare la propria stanza o di uscire di casa, durante una settimana tipo durante il periodo in cui è stato condotto lo studio, per almeno 4 giorni (64%) per attività come l'andare in giro con gli amici, praticare attività sportiva o per bisogni personali, senza sostanziali differenze di genere o di età. Poco più del 2% ha però riferito di non abbandonare mai questi spazi, soprattutto le persone di genere maschile e la fascia più anziana della popolazione.

Tempo medio trascorso fuori casa in una settimana tipo tra le persone che si sono volontariamente isolate nella vita: distribuzione percentuale totale, per genere e fascia di età. Anno 2022



In generale, è il 12% la quota di italiani tra i 18 e gli 84 anni che conosce qualcuno che può essere definito un Hikikomori, in particolare le persone di genere femminile (13%; M=11%) e i 18-40enni (17%; 41-60=11%; 61-84=7,1%): nella maggior parte dei casi sono amici e conoscenti di amici e familiari, quindi non conoscenze dirette; seguono persone comprese tra i propri familiari, amici o conoscenti all'interno dell'ambito lavorativo e scolastico o esterni a essi. Il 5,2% ai autodefinisce Hikikomori, in particolare le persone di genere maschile tra le quali la percentuale sfiora il 6%.

Persone conosciute che potrebbero essere definite Hikikomori, totale e per genere . Anno 2022



Conclusioni

Nonostante l'Hikikomori rappresenti un'esperienza tipicamente maschile (Kato et al., 2019; Tan et al., 2021; Neoh et al., 2023), nella popolazione tra i 18 e gli 84 anni, in Italia, si osservano alcune particolarità di genere: le persone di genere femminile riferiscono maggiormente di essersi isolate volontariamente per periodi significativamente lunghi, ma tra chi ha vissuto un periodo di isolamento volontario, in una settimana tipo durante il periodo in cui è stato condotto lo studio, sono le persone di genere maschile ad affermare di non lasciare mai la propria stanza o abitazione e, in generale, sono gli uomini ad autodefinirsi maggiormente Hikikomori. Risulta interessante osservare come il fenomeno si muova in senso opposto tra le generazioni confrontando la popolazione adulta con quella giovanile: infatti, secondo quanto emerso dallo studio ESPAD®Italia 2022 sono soprattutto i ragazzi a essersi isolati per almeno 6 mesi (Biagioni et. Al, 2023). Questi risultati gettano spunti stimolanti per approfondimenti futuri al fine di monitorare non solo il fenomeno in sé, ma anche una potenziale controtendenza sia di tipo culturale sia generazionale.

Bibliografia

Kato, T. A., Kanba, S., & Teo, A. R. (2019). Hikikomori: multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. Psychiatry and clinical neurosciences, 73(8), 427-440.

Biagioni, S., C. Fizzarotti, C., S. Molinaro, S. (2023), ESPAD 2022: Generazione Z e comportamenti a rischio. (pp.233-241). Pisa: Consiglio Nazionale delle Ricerche. ISBN 978-88-7958-068-7

Neoh, M. J. Y., Carollo, A., Lim, M., & Esposito, G. (2023). Hikikomori: A Scientometric Review of 20 Years of Research. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(9), 5657.

Tan, M. P., Lee, W., & Kato, T. A. (2021). International experience of hikikomori (prolonged social withdrawal) and its relevance to psychiatric research. BJPsych international, 18(2), 34-37.

Tateno, M., Teo, A. R., Ukai, W., Kanazawa, J., Katsuki, R., Kubo, H., & Kato, T. A. (2019). Internet addiction, smartphone addiction, and hikikomori trait in Japanese young adult: Social isolation and social network. Frontiers in psychiatry, 10, 455.

INTERNET

Giada Anastasi

In seguito ai progressi nel campo della tecnologia degli ultimi due decenni e all'avvento di Internet all'interno delle interazioni sociali, delle attività lavorative e della comunicazione, sono emerse diverse problematiche legate all'utilizzo eccessivo della rete. Fenomeni come l'Uso Problematico di Internet (PIU), la Dipendenza da Internet (IA) e il Disturbo da Gioco (Dahl & Bergmark, 2020) stanno diventando sempre più rilevanti nella società contemporanea.
Le popolazioni più coinvolte, che riguardano soprattutto bambini e adolescenti (Díaz-Aguado et al., 2018; Vigna-Taglianti et al., 2017), sono sempre più coinvolte in attività online e vi trascorrono molto tempo. Questo permette ai giovani di aprirsi a nuove opportunità, come ad esempio l'accesso senza precedenti a risorse educative, opportunità di networking e forme innovative di espressione, ma anche a potenziali minacce (Jessor, 1992; Leung, 2004, Fontana et al., 2022; Kaess et al., 2021).
Dal 2013, in relazione alle possibili conseguenze negative sulla salute psicofisica della persona, la quinta edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM-5) ha inserito il disturbo da gioco su Internet tra le condizioni che richiedono ulteriori ricerche cliniche per essere valutate come un disturbo formale (APA, 2013; Vigna-Taglianti et al., 2017). Secondo quanto riportato dal DSM-5, il disturbo da gioco su Internet comporterebbe una compromissione e un disagio significativi (ad esempio, sintomi di astinenza e tolleranza), nonché potenziali conseguenze inerenti alla sfera sociale come perdita del lavoro o fallimenti scolastici (APA, 2013). Nel 2015, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato un rapporto sulla necessità di considerare le implicazioni per la salute pubblica dell'uso eccessivo di Internet, computer, smartphone e dispositivi elettronici simili (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2019). Nel gennaio 2022, è entrata in vigore l'undicesima revisione dell'International Classification of Disease (ICD-11) la quale ha incluso il gaming disorder all'interno della sezione relativa alle dipendenze (OMS, 2022). Recentemente, la pandemia COVID-19 ha ulteriormente aumentato il ricorso a piattaforme e app online per scopi professionali, sociali e di svago, sollevando preoccupazioni su un potenziale aumento di modelli problematici di utilizzo di Internet (Király et al., 2020; Nogueira-Lopez et al., 2023).
Ovviamente, l'utilizzo problematico di Internet non è un problema che coinvolge esclusivamente gli adolescenti. Gli adulti infatti navigano spesso in Internet per scopi professionali, per mantenere i contatti sociali e per gestire varie responsabilità. Tuttavia, la natura pervasiva delle piattaforme online, unita alle esigenze della vita contemporanea, può portare a un uso eccessivo e potenzialmente problematico di Internet tra gli adulti.
Diventa quindi cruciale, in un contesto come quello appena descritto, promuovere una consapevolezza critica dell'uso di Internet, educando le persone a navigare in modo sicuro e responsabile nel vasto mondo online. Attraverso programmi educativi mirati, si potrebbe promuovere una cultura digitale positiva che incoraggi l'uso consapevole della tecnologia, prevenendo nel contempo il rischio di dipendenza o di altre problematiche correlate.

Pattern di utilizzo

Con il termine uso problematico di Internet si vanno a intendere comportamenti legati al passare troppo tempo davanti al computer senza rendersene conto, perdere la cognizione del tempo durante l'utilizzo di Internet, preferire l'interazione su web piuttosto che quella con amici e parenti. All'interno del questionario dello studio sono state inserite sei domande che riguardano alcuni di questi comportamenti: si chiede ai rispondenti se li hanno svolti negli ultimi 12 mesi e di valutare con quale frequenza li hanno svolti utilizzando una scala likert a 5 punti, dove 0 corrisponde a "mai" e 4 a "molto spesso".
Per tutti i comportamenti sondati, le prevalenze femminili alla risposta "Mai" sono superiori a quelle maschili, mentre nelle altre risposte si hanno differenti risultati a seconda della domanda proposta. Analogamente, le prevalenze della fascia di età più anziana dei 61-84 anni alla risposta "Mai" sono sempre superiori a quelle delle altre due classi d'età dei rispondenti (18-40 e 41-60); per tutte le altre risposte, le prevalenze più alte sono quelle espresse dai 18-40enni, seguite dalle persone di età intermedia (41-60 anni), evidenziando come sia più alta la propensione a comportamenti a rischio per l'uso problematico di Internet all'interno della fascia d'età più giovane.

Ti sei accorto di essere rimasto/a collegato a Internet più tempo di quello che volevi?

SPORADICAMENTE 49,9% ♂ 52,5 ♀ 47,3 18-40 ANNI 54,6 41-60 ANNI 55,0 61-84 ANNI 38,3

MAI 34,7% ♂ 32,4 ♀ 36,8 18-40 ANNI 14,6 41-60 ANNI 33,3 61-84 ANNI 56,9

SPESSO 15,5% ♂ 15,1 ♀ 15,9 18-40 ANNI 30,8 41-60 ANNI 11,7 61-84 ANNI 4,8

La metà delle persone residenti nel Paese ritiene di essere rimasta sporadicamente collegata alla rete più tempo di quanto avrebbe dovuto e oltre il 15% di averlo fatto con una frequenza maggiore. Distinguendo per genere, le prevalenze maschili sono più elevate nel riferire sporadicamente questo comportamento mentre è più alta la rispondenza femminile nel ritenere di non averlo mai fatto. Non vi è sostanziale differenza nel restare spesso più collegati alla rete rispetto al desiderato tra i generi. Ben oltre la metà delle persone di 61-84 anni non si è mai accorta di restare su Internet più tempo di quel che volesse e più di un terzo di averlo fatto sporadicamente. Il 55% delle persone sia appartenenti alla fascia più giovane, sia intermedia ritiene di averlo fatto sporadicamente ma è tra i 18-40enni che si rileva la percentuale più alta di chi ritiene di averlo fatto spesso.

Hai trascurato il lavoro per passare più tempo collegato a Internet?

MAI 70,8% ♂ 67,2 ♀ 74,4 18-40 ANNI 53,9 41-60 ANNI 71,9 61-84 ANNI 87,1

SPORADICAMENTE 25,8% ♂ 29,4 ♀ 22,3 18-40 ANNI 37,5 41-60 ANNI 27,0 61-84 ANNI 12,1

SPESSO 3,4% ♂ 3,5 ♀ 3,3 18-40 ANNI 8,7 41-60 ANNI 1,2 61-84 ANNI 0,8

Il 70% delle persone dichiara di non aver mai trascurato il lavoro per passare più tempo collegati a Internet, con una prevalenza femminile superiore a quella maschile, mentre il 25% ammette di farlo sporadicamente. Tra coloro che non hanno mai trascurato il lavoro per restare collegati alla rete, si trova quasi il 90% degli italiani appartenenti alla fascia 61-84 anni, il 70% dei 41-60enni e poco più del 50% delle persone aventi 18-40 anni. Il 38% dei 18-40enni ha infatti riportato di aver sporadicamente trascurato il lavoro per passare più tempo collegato a Internet e il 9% di averlo fatto spesso.

Hai ricevuto rimproveri da parte dei tuoi familiari o amici per il tempo trascorso su Internet?

		♂	♀	18-40 ANNI	41-60 ANNI	61-84 ANNI
MAI	72,8%	69,4	76,1	56,3	76,3	85,1
SPORADICAMENTE	24,0%	27,2	20,9	37,0	21,6	13,8
SPESSO	3,2%	3,4	3,0	6,7	2,0	1,1

Poco più del 70% dei partecipanti riferisce di non aver mai ricevuto rimproveri da parte di familiari o amici per il tempo trascorso su Internet, il 24% di averne ricevuti sporadicamente e solo il 3% di averne ricevuti spesso. Nel dettaglio della distinzione per genere, la prevalenza femminile è superiore nel non aver mai ricevuto rimproveri, mentre la prevalenza maschile è superiore nell'averli ricevuti sporadicamente o spesso. Tra coloro che non hanno mai ricevuto rimproveri riguardo al tempo trascorso su Internet, la prevalenza superiore è quella dei 61-84enni, seguita dai 41-60enni, mentre prevalgono i 18-40enni sia tra coloro che riferiscono di aver sporadicamente ricevuto rimproveri sia tra coloro che affermano di averne ricevuti spesso.

Hai perso ore di sonno perché sei rimasto sveglio/a fino a tardi collegato a Internet?

		♂	♀	18-40 ANNI	41-60 ANNI	61-84 ANNI
MAI	63,3%	61,7	64,8	40,7	66,9	81,7
SPORADICAMENTE	31,0%	32,0	30,1	45,4	30,3	17,2
SPESSO	5,7%	6,3	5,1	13,9	2,8	1,1

Più del 60% dei residenti nel Paese ritiene di non aver mai perso ore di sonno perché collegato fino a tardi a Internet. A livello di distinzione di genere, la prevalenza femminile è superiore tra coloro che non hanno mai perso ore di sonno perché collegati a Internet fino a tardi, mentre è superiore la prevalenza maschile tra coloro che lo hanno fatto sporadicamente e spesso. La maggioranza delle persone tra 18-40 anni ammette di aver sporadicamente perso ore di sonno, mentre scende al 40% la percentuale di coloro appartenenti a questa fascia d'età che affermano di non averlo hanno mai fatto, un dato molto inferiore rispetto alle percentuali raggiunte dalle altre due fasce d'età.

Ti è capitato di sentirti nervoso/a quando non eri collegato/a, mentre poi sei stato benissimo una volta davanti al computer?

84,9% — MAI

♂ 82,9 ♀ 86,9 | 18-40 ANNI 72,9 | 41-60 ANNI 88,8 | 61-84 ANNI 92,2

13,5% — SPORADICAMENTE

♂ 15,5 ♀ 11,5 | 18-40 ANNI 23,8 | 41-60 ANNI 10,0 | 61-84 ANNI 7,3

1,6% — SPESSO

♂ 1,6 ♀ 1,6 | 18-40 ANNI 3,2 | 41-60 ANNI 1,2 | 61-84 ANNI 0,5

Supera l'85% la percentuale di coloro che pensano di non essersi mai sentiti nervosi mentre non erano collegati e poi subito benissimo una volta davanti al computer, con la prevalenza femminile leggermente superiore a quella maschile. Le prevalenze sono al di sopra del 70% per tutte e tre le fasce d'età, raggiungendo il 90% per la categoria di 61-84enni, l'89% per i 41-60enni e il 73% per i 18-40enni. Il 23% di rispondenti di quest'ultima categoria riferisce invece di aver sperimentato sporadicamente questa sensazione.

Ti è capitato di aver scelto di stare collegato/a a Internet anziché uscire con gli amici/ famiglia?

83,5% — MAI

♂ 79,6 ♀ 87,4 | 18-40 ANNI 67,5 | 41-60 ANNI 88,5 | 61-84 ANNI 93,7

14,9% — SPORADICAMENTE

♂ 18,3 ♀ 11,5 | 18-40 ANNI 28,9 | 41-60 ANNI 10,6 | 61-84 ANNI 5,9

1,6% — SPESSO

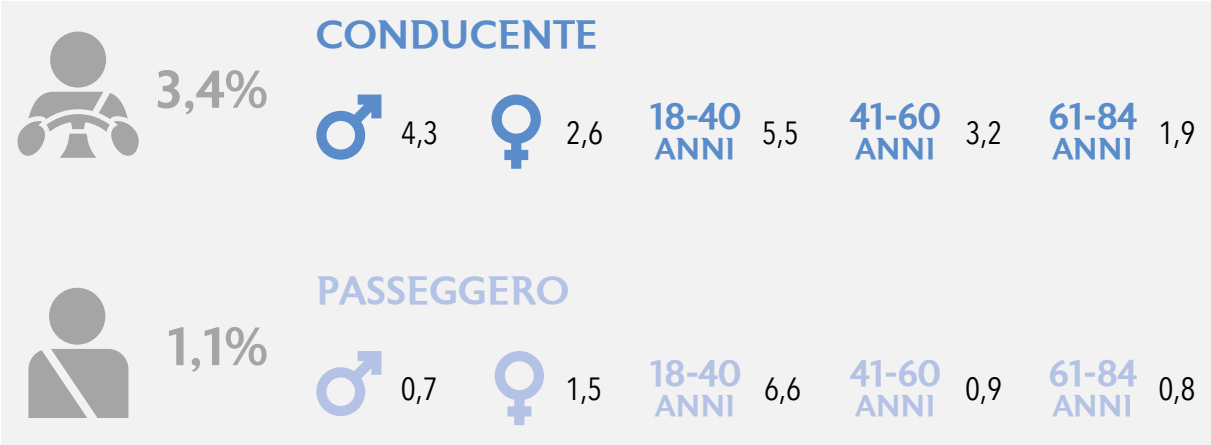
♂ 2,1 ♀ 1,1 | 18-40 ANNI 3,6 | 41-60 ANNI 0,9 | 61-84 ANNI 0,5

L'80% delle persone non ha mai scelto di restare collegato a Internet invece di uscire con gli amici o la famiglia e si rileva una prevalenza della rispondenza femminile superiore rispetto a quella maschile. Tra i 41-60enni e i 61-84enni circa il 90% risponde di non aver mai messo in atto tale comportamento, mentre il 30% dei 18-40enni ammette di averlo fatto sporadicamente e il 4% spesso.

INCIDENTI STRADALI

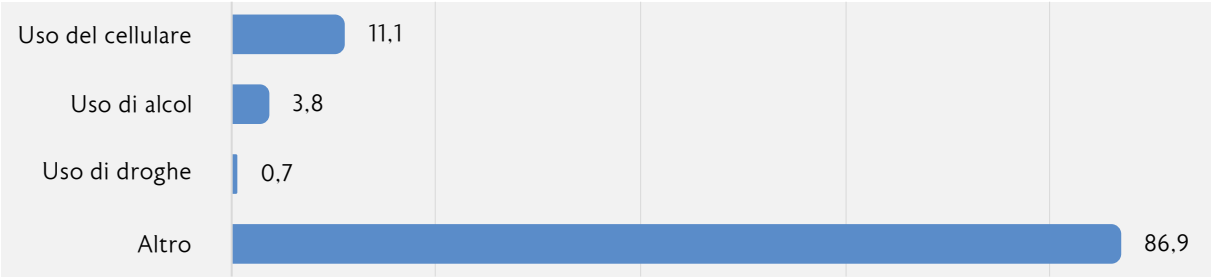
Nel 2022, il 3,4% delle persone tra i 18 e gli 84 anni ha avuto incidenti stradali mentre era alla guida di un veicolo, in particolare gli uomini e circa l'1% è stato coinvolto in incidenti stradali da passeggero, in questo caso soprattutto le donne. Indipendentemente dalla tipologia di incidente stradale, da conducente o da passeggero, i valori più elevati si rilevano nella fascia di età più giovane.

Figura 2. Esperienza di incidenti stradali totale, per genere e fascia di età. Anno 2022



Sebbene l'87% delle cause degli incidenti sia indicato come "altro", nell'11% dei casi la motivazione che ha comportato il coinvolgimento in incidenti stradali è l'utilizzo del cellulare, seguito dal consumo di alcol e droghe, tutti comportamenti esperiti più frequentemente dagli uomini.

Figura 3. Cause incidenti stradali da conducente. Anno 2022



Focalizzando l'attenzione sui comportamenti associati alla guida, si rileva siano maggiormente gli uomini a praticare più frequentemente abitudini quali il guidare dopo aver bevuto troppo, aver fatto uso di droghe o contestualmente all'utilizzo del cellulare.

Tabella 3. Comportamenti a rischio associati all'esperienza di guida, totale e per genere[2]. Anno 2022

		Maschi	Femmine	Totale
Guidare dopo aver bevuto un po' troppo	1-2 volte	18,9	6,2	12,5
	3 volte o più	3,0	0,9	1,9
Salire su un'auto e/o moto guidata da chi aveva bevuto troppo	1-2 volte	11,2	9,1	10,1
	3 volte o più	1,4	1,5	1,4
Guidare dopo aver fatto uso di droghe	1-2 volte	2,6	0,9	1,8
	3 volte o più	1,2	0,4	0,8
Salire su un'auto e/o moto guidata da chi aveva fatto uso di droga	1-2 volte	2,7	1,9	2,3
	3 volte o più	1,4	0,7	1,0
Guidare e contemporaneamente usare il cellulare per telefonare/chattare o leggere messaggi senza l'utilizzo di auricolari/viva voce	1-2 volte	27,5	23,6	25,5
	3 volte o più	24,2	17,6	20,9
Salire su un'auto e/o moto guidata da una persona che contemporaneamente usava il cellulare per telefonare/chattare o leggere messaggi senza l'utilizzo di auricolari/viva voce	1-2 volte	28,0	31,9	30,0
	3 volte o più	18,0	19,3	18,7

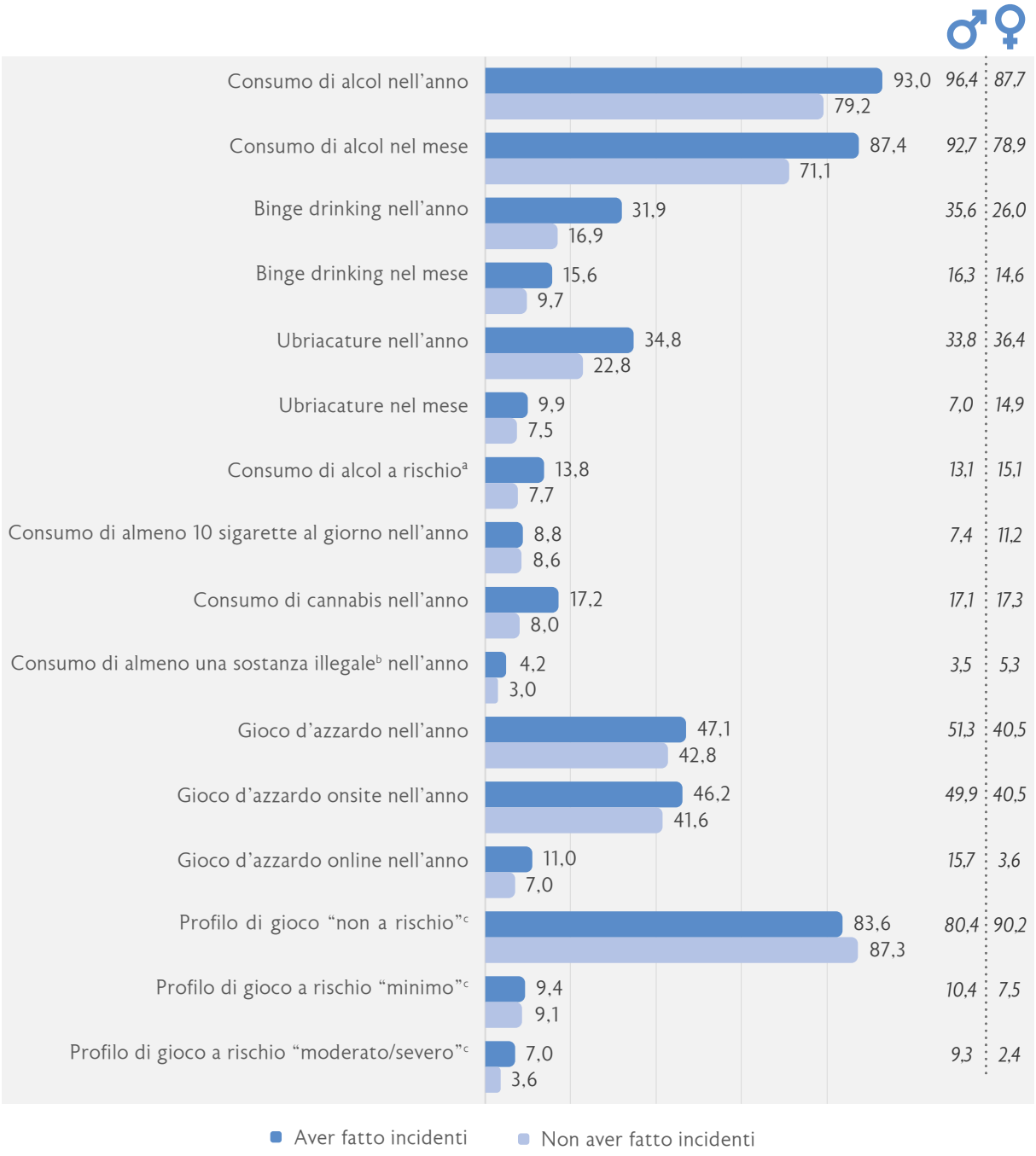
L'analisi dell'associazione con il consumo di sostanze evidenzia come siano soprattutto le persone implicate in incidenti stradali alla guida di veicoli ad aver consumato sostanze psicoattive, sia legali sia illegali.

Ciò emerge in particolare per quanto riguarda il consumo di alcol, inclusi gli eccessi alcolici e l'avere un consumo di alcol a rischio (misurato mediante il test di screening CAGE[3]) e il consumo di cannabis. Rispetto al gioco d'azzardo, chi ha commesso incidenti stradali ha valori più elevati nell'avere un profilo di gioco a rischio "moderato/severo" misurato mediante il test di screening PGSI[4].

Gli uomini che hanno avuto esperienza di incidenti stradali alla guida si caratterizzano per valori più elevati relativi all'uso di alcol e nella pratica del binge drinking così come del gioco d'azzardo, compreso il gioco problematico. Le donne si caratterizzano, invece, per valori più elevati in relazione alle ubriacature, al consumo di sigarette e di almeno una sostanza psicoattiva illegale tra allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.

[2] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai"
[3] Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007
[4] Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013

Figura 3. Comportamenti a rischio tra chi ha fatto (o meno) incidenti stradali da conducente, totale e per genere. Anno 2022



[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)

CONCLUSIONI

Sono soprattutto gli uomini a essere coinvolti in tutte le esperienze inerenti alla messa in atto di comportamenti a rischio e incidentalità stradale. Tra i dati di maggiore interesse, emerge la potenziale e stretta relazione tra il consumo di sostanze e l'aver fatto incidenti stradali da conducente. Anche in questo caso, caratteristico soprattutto del genere maschile. In considerazione della pericolosità dell'associazione tra incidentalità e i comportamenti precedentemente descritti, emerge chiaro e vivido il bisogno di richiamare maggiormente l'attenzione sul fenomeno.

BIBLIOGRAFIA

Adeyemi, O. J., Paul, R., DiMaggio, C. J., Delmelle, E. M., & Arif, A. A. (2022). An assessment of the non-fatal crash risks associated with substance use during rush and non-rush hour periods in the United States. Drug and alcohol dependence, 234, 109386.

Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2014). Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. Social and personality psychology compass, 8(2), 58-72.

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani, P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. Journal of Gambling Studies, 29, 765-774.

Ferris, J., & Wynne, H, (2001a). The Canadian problem gambling index: User manual. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

Ferris, J., & Wynne, H. (2001b). The Canadian problem gambling index: Final report. Ottawa: The Canadian Centre on substance abuse. Ottawa, ON: Canadian Centre on substance abuse

Harris, M. A., & Orth, U. (2020). The link between self-esteem and social relationships: A meta-analysis of longitudinal studies. Journal of personality and social psychology, 119(6), 1459.

Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. Annual review of psychology, 69, 437-458.

Lo Coco, G., Mannino, G., Salerno, L., Oieni, V., Di Fratello, C., Profita, G., & Gullo, S. (2018). The Italian version of the inventory of interpersonal problems (IIP-32): psychometric properties and factor structure in clinical and non-clinical groups. Frontiers in psychology, 9, 341.)

Masillo, A., Valmaggia, L. R., Lanna, A., Brandizzi, M., Lindau, J. F., Curto, M., ... & Nastro, P. F. (2014). Validation of the Italian version of interpersonal sensitivity measure (IPSM) in adolescents and young adults. Journal of affective disorders, 156, 164-170.

Mayfield D., McLeod G. & Hall P. (1974) The CAGE questionnaire: Validation of a new alcoholism instrument. Am J Psychiatry; 131(10): 1121-3.

Shayesta Dhalla, Jacek A. Kopec (2006). The CAGE Questionnaire for Alcohol Misuse: A Review of Reliability and Validity Studies. ClinInvest Med 2007; 30 (1): 33-41

Uchino, B. N., Cronan, S., Scott, E., Landvatter, J., & Papadakis, M. (2020). Social support and stress, depression, and cardiovascular disease. In Cardiovascular implications of stress and depression (pp. 211-223). Academic Press.

10

TRAUMA E RESILIENZA: CARATTERISTICHE E CONSEGUENZE DEGLI EVENTI TRAUMATICI

10

TRAUMA E RESILIENZA: CARATTERISTICHE E CONSEGUENZE DEGLI EVENTI TRAUMATICI

TRAUMA E RESILIENZA: CARATTERISTICHE E CONSEGUENZE DEGLI EVENTI TRAUMATICI

Silvia Biagioni

INTRODUZIONE

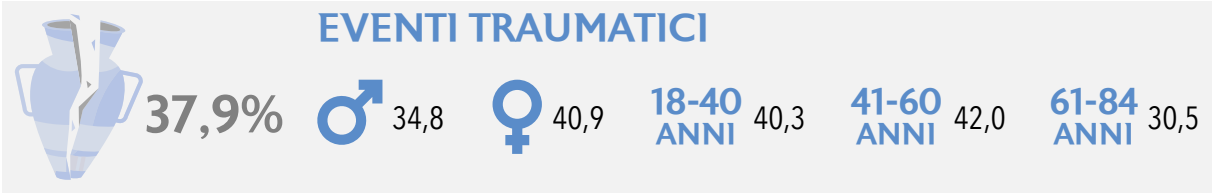
Gli eventi stressanti possono essere descritti sulla base sia delle caratteristiche fisiche sia della valutazione soggettiva che la persona fa dell'evento stesso (Cohen et al., 2016; 2019). Secondo quanto riportato in letteratura, eventi quali morte del coniuge, aggressioni sessuali o diagnosi infauste rappresentano eventi di vita significativamente stressanti. Al contrario, c'è discordanza fra gli autori rispetto alla definizione di evento stressante in generale (Cohen et al., 2019): la prospettiva maggiormente accettata, utile alla definizione di evento stressante, è l'approccio "Threat or Harm" (ToH) (Cohen et al., 2019) che definisce come "eventi stressanti" tutti gli avvenimenti percepiti come dannosi o minacciosi. La sensazione di minaccia, pericolo o danno può essere influenzata da varie caratteristiche proprie dell'evento come, per esempio, la sua intensità, il suo perdurare nel tempo o la percezione di poter avere un controllo su di esso e potervi far fronte o meno. Secondo questa prospettiva, benché subire più di un evento stressante possa portare a maggiori conseguenze negative, le maggiori difficoltà vengono sperimentate quando una persona subisce un grosso evento stressante (in termini di imminenza del danno, intensità, durata e incontrollabilità dell'evento), senza che eventuali altri eventi concomitanti aumentino significativamente lo stress e le difficoltà esperite in totale. (Cohen et al., 2019).

Quali possono essere le conseguenze negative associate al vissuto di eventi stressanti? Diversi autori mettono in evidenza il possibile legame tra l'esperienza di eventi stressanti e l'insorgenza o la progressione, o entrambe, di determinate patologie e condizioni (Miller et al., 2009; Cohen et al., 2019). Nello specifico, le conseguenze sono ascrivibili in: alterazioni della regolazione affettiva (come ansia e sintomatologia depressiva), esperienze di comportamenti potenzialmente nocivi per la salute (come ridotto esercizio fisico, consumo di sostanze psicoattive e ridotta qualità del sonno) e alterazioni del sistema neuroendocrino (Cohen et al., 2019).

Emerge quindi l'importanza di monitorare il vissuto traumatico delle persone al fine sia di prevenire importanti conseguenze negative, sia di migliorare il loro benessere psicofisico.

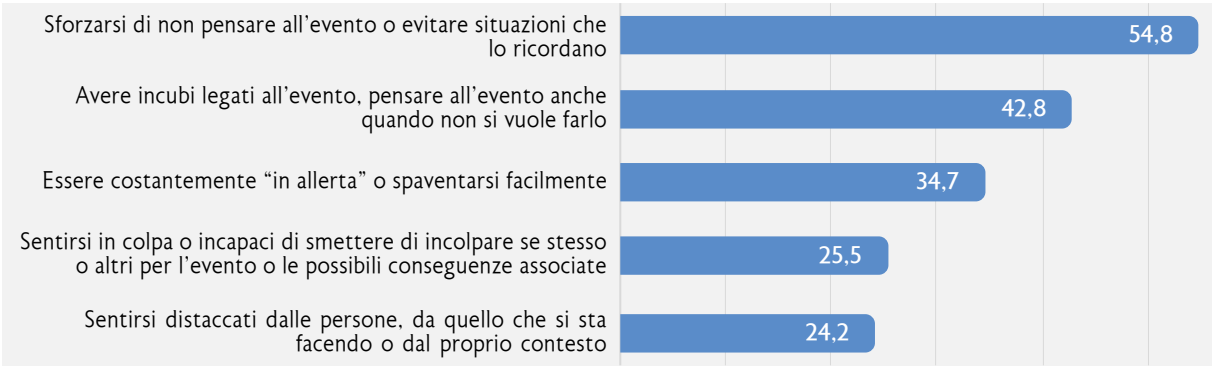
IL CONTESTO NAZIONALE

Secondo i dati dello studio IPSAD®, il 38% delle persone tra i 18 e gli 84 anni in Italia ha vissuto eventi traumatici quali l'essere coinvolto in un incidente grave o in una calamità naturale, subire un'aggressione fisica, assistere a una morte violenta o aver avuto un lutto improvviso, eventi riferiti in maggior misura dalle donne (41%) e dalle persone di età compresa fra i 41 e i 60 anni (42%).



Tra le persone che hanno vissuto un evento traumatico nell'arco della propria vita, poco più della metà si è dovuta sforzare di non pensare all'evento o di evitare situazioni che potessero ricordarglielo, il 43% ha avuto incubi legati all'evento o ha pensato all'evento anche quando non voleva farlo e il 35% è costantemente "in allerta" o si spaventa facilmente: tutto ciò mette in evidenza la potenziale portata degli eventi traumatici e, in particolare, le conseguenze negative a essi associati.

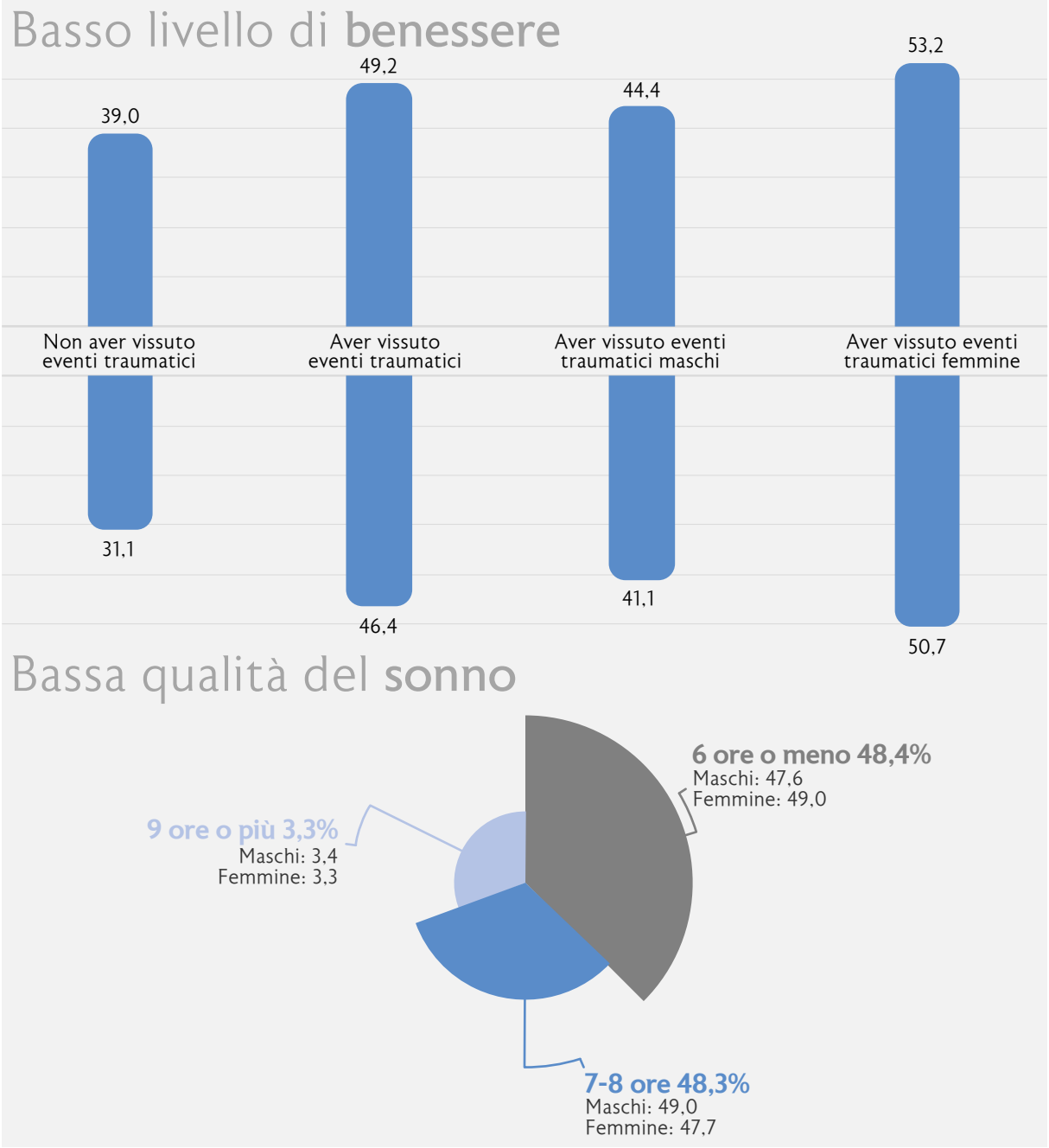
Figura 1. Conseguenze dell'evento traumatico. Anno 2022



STATO DI BENESSERE

Tra le persone che hanno vissuto eventi traumatici emerge un più basso stato di benessere[1], ciò è particolarmente vero per le donne (53%) rispetto agli uomini (44%). In accordo con la letteratura, si osserva anche una compromissione della qualità del sonno considerando che il 46% delle persone che hanno vissuto eventi traumatici ha difficoltà a dormire, soprattutto le donne (51%).

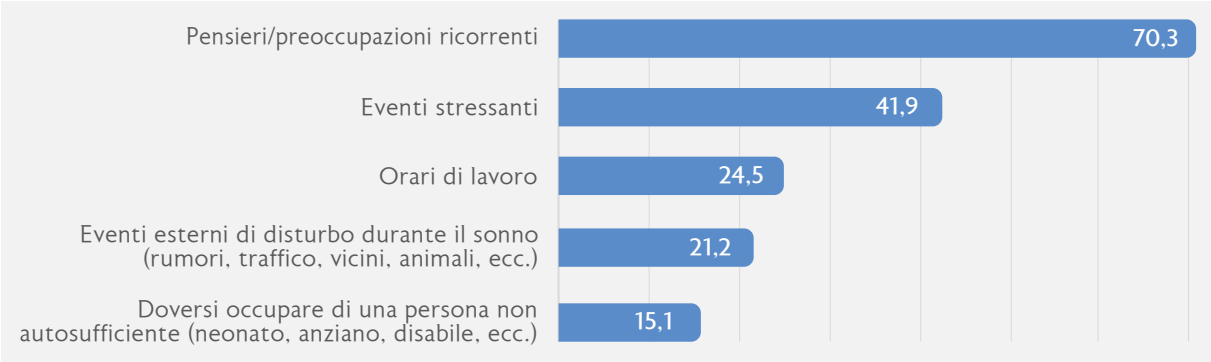
Figura 2. Stato di salute e qualità del sonno tra chi non ha vissuto eventi traumatici e chi li ha vissuti, totale e per genere[2] e ore dormite tra chi ha vissuto eventi traumatici. Anno 2022



[1] WHO (Five) Well-being Index (WHO-Five, WHO-5, or WBI): un questionario comporto da 5 domande atte a valutare lo stato di benessere
[2] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Buon livello di benessere" e "Buona qualità del sonno".

Per il 70% delle persone che hanno difficoltà a dormire, queste derivano dall'avere pensieri e preoccupazioni ricorrenti che ostacolano il sonno, circa il 42% non riesce a dormire a causa di eventi stressanti e quasi un quarto a causa degli orari di lavoro. Il 48% di coloro che ha subito eventi stressanti, inoltre, dorme meno di 6 ore, una quota simile 7-8 ore e solo il 3,3% dorme 9 ore o più, senza particolari differenza di genere.

Figura 3. Motivazioni difficoltà a dormire fra le persone che hanno vissuto un evento traumatico e hanno difficoltà a dormire . Anno 2022



Le persone vittime di eventi traumatici riportano una maggiore frequenza di stress legato a problematiche inerenti all'ambito domestico, ma anche quelli lavorativo e finanziario: circa un terzo si ritiene spesso o sempre stressato a causa di problemi familiari o lavorativi e il 23% per problemi finanziari. Distinguendo per genere, sono ancora una volta le donne a sentirsi più frequentemente stressate.

Tabella 1. Motivazioni di stress nell'ultimo anno: confronto tra chi non non ha e chi ha vissuto eventi traumatici totale e per genere[3]. Anno 2022

		Non aver vissuto eventi traumatici	Aver vissuto eventi traumatici	Aver vissuto eventi traumatici maschi	Aver vissuto eventi traumatici femmine
Per problemi a casa	A volte	55,1	52,8	56,3	49,8
	Spesso	16,2	26,8	19,1	33,2
	Sempre	2,3	5,0	3,5	6,3
Per problemi al lavoro	A volte	36,7	38,3	41,5	35,6
	Spesso	20,4	27,4	28,4	26,6
	Sempre	3,7	5,9	5,3	6,4
Per problemi economico-finanziari	A volte	33,3	35,5	37,5	33,8
	Spesso	9,1	16,6	14,4	18,6
	Sempre	2,7	5,9	5,5	6,2

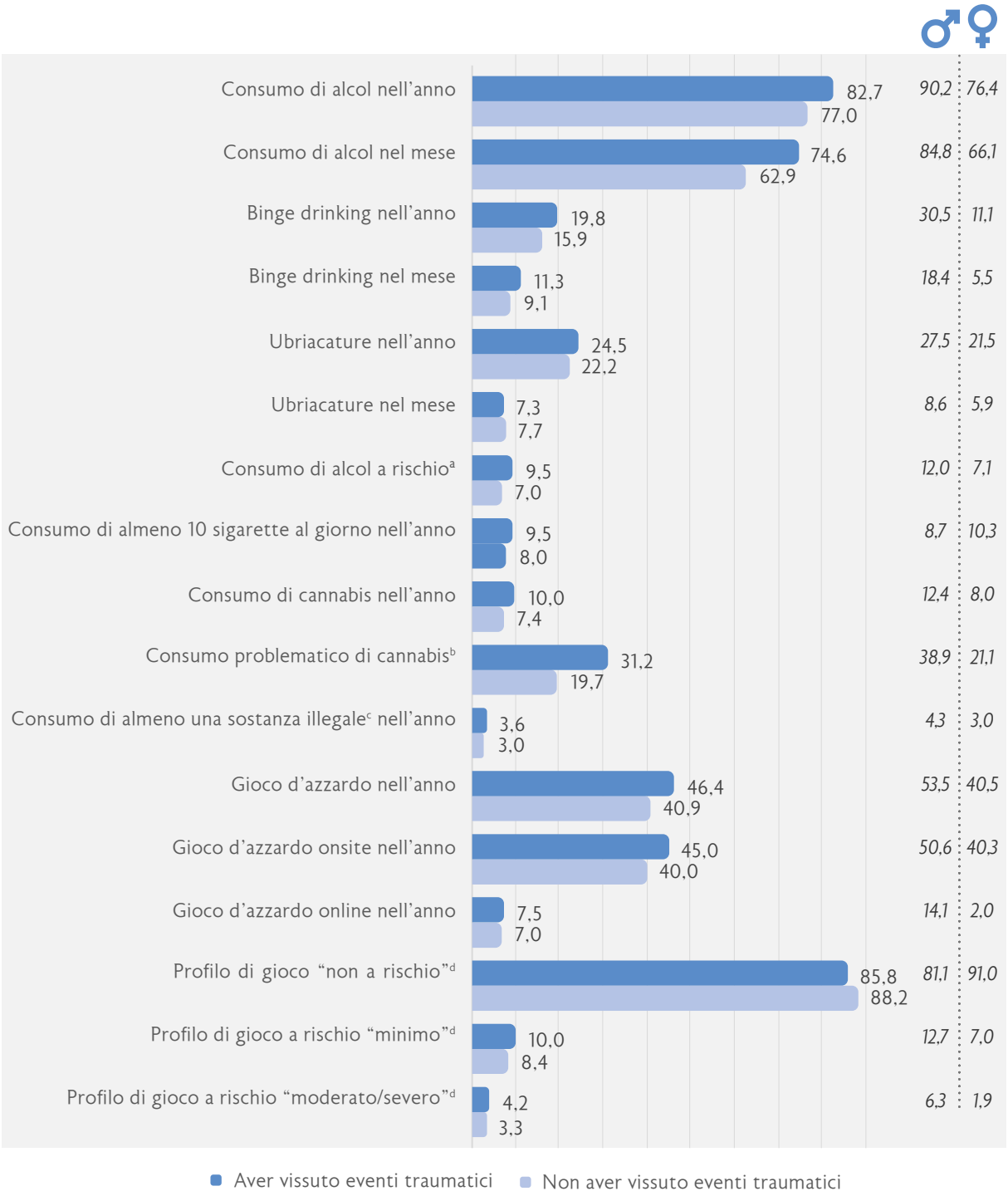
[3] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

COMPORTAMENTI ASSOCIATI

Secondo quanto riportato da diversi autori in letteratura, il vissuto di eventi traumatici si associa spesso all'esperienza di altri comportamenti a rischio in termini di consumo di sostanze psicoattive e gioco d'azzardo (Sharman et al., 2019; María-Ríos & Morrow, 2020; Moore & Grubbs, 2021). I dati IPSAD® mettono in luce come le persone che hanno vissuto eventi traumatici si caratterizzino per percentuali più elevate in riferimento a consumo di alcol ed eccessi alcolici (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007), al consumo di cannabis e altre sostanze illegali e al gioco d'azzardo, ivi compreso il gioco problematico (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013). Tra le persone vittime di eventi traumatici, le donne sono maggiormente forte fumatrici (consumo di almeno 10 sigarette al giorno nell'ultimo anno: 10%) rispetto agli uomini (8,7%). D'altro canto, gli uomini si caratterizzano in misura maggiore per la messa in atto di comportamenti riguardanti il consumo di alcol, di sostanze psicoattive illegali e il gioco d'azzardo, comprese le modalità di utilizzo che possono essere considerate a rischio. Può tuttavia essere interessante notare che, se confrontate con le persone che non hanno subito alcun evento stressante, le donne che li hanno subiti affermano in percentuale maggiore di aver consumato bevande alcoliche nell'ultimo mese e di fare un consumo a rischio di cannabis (Legleye et al., 2007).

I dati relativi all'utilizzo di sostanze psicoattive risultano in linea con la letteratura scientifica che ha evidenziato come i consumi e l'insorgere di un disturbo da uso di sostanze risultino maggiormente probabili tra le persone che hanno subito almeno un evento traumatico nel corso della propria vita (Love & Torgerson, 2019; Degenhardt et al., 2022). Similmente, anche il gioco d'azzardo, specialmente se con un profilo di gioco a rischio o problematico, è stato messo in relazione con l'aver subito eventi stressanti o traumatici durante la propria vita (Horak et al., 2021; Moore & Grubbs, 2021). Queste associazioni risultano mediate da possibili fattori individuali e diversi autori suggeriscono che l'utilizzo di sostanze o la messa in atto di altri comportamenti a rischio possano essere una strategia per far fronte alle conseguenze negative che l'evento traumatico potrebbe aver avuto sul benessere della persona.

Figura 4. Comportamenti a rischio tra chi ha vissuto (o meno) eventi traumatici, totale e per genere. Anno 2022



[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il consumo problematico di cannabis è stato misurato mediante il test di screening CAST (Legleye et al., 2007)
[d] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)

CONCLUSIONI

Oltre un terzo delle persone residenti nel Paese tra i 18 e gli 84 anni ha vissuto eventi traumatici nell'arco della propria vita, esperienze per le quali riferiscono incubi ad esse legati e che hanno altresì comportato la necessità di sforzarsi a non pensare agli eventi stessi o a evitare situazioni che potessero ricordarli. In linea con questo, il vissuto di eventi traumatici si esprime anche attraverso un ridotto livello di benessere percepito, così come della qualità del sonno. Quest'ultima in particolare sembrerebbe derivare soprattutto da pensieri o preoccupazioni ricorrenti e dall'esperienza di eventi stressanti. Infine, si osserva come il vissuto di eventi traumatici si associ anche la messa in atto di comportamenti a rischio: dal consumo di sostanze psicoattive al gioco d'azzardo.

BIBLIOGRAFIA

Cohen S, Gianaros PJ, Manuck SB. (2016). A stage model of stress and disease. Perspect. Psychol. Sci. 11:456–63

Cohen, S., Murphy, M. L., & Prather, A. A. (2019). Ten surprising facts about stressful life events and disease risk. Annual review of psychology, 70, 577-597.

María-Ríos, C. E., & Morrow, J. D. (2020). Mechanisms of shared vulnerability to post-traumatic stress disorder and substance use disorders. Frontiers in Behavioral Neuroscience, 14, 6.

Miller GE, Chen E, Cole SW. 2009. Health psychology: developing biologically plausible models linking the social world and physical health. Annu. Rev. Psychol. 60:501–24

Moore III, L. H., & Grubbs, J. B. (2021). Gambling disorder and comorbid PTSD: A systematic review of empirical research. Addictive Behaviors, 114, 106713.

Sharman, S., Butler, K., & Roberts, A. (2019). Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations. Addictive Behaviors, 99, 106071.

WHO (Five) Well-Being Index (1998 version) http://www.who-5.org

LE *VOCI NASCOSTE* VITTIME DI VIOLENZA

11

LE *VOCI NASCOSTE* VITTIME DI VIOLENZA

LE *VOCI NASCOSTE* VITTIME DI VIOLENZA

Marina Baroni e Sabrina Molinaro

INTRODUZIONE

Da sempre, la violenza rientra nello spettro dei comportamenti umani possibili (Krug et al., 2002) e può essere definita come *l'utilizzo intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o effettivo, contro se stessi, un'altra persona o contro un gruppo o una comunità, che comporta o ha una elevata probabilità di comportare lesioni, morte, danno psicologico, malformazioni o privazione* (OMS). La messa in atto di comportamenti violenti rappresenta un fenomeno complesso e multifattoriale presente in tutto il mondo e capace di ripercuotersi negativamente in modo significativo sul benessere psicofisico della persona (Krug et al., 2002; Sardinha et al., 2022). La violenza può esprimersi a livello intra e interpersonale e collettivo e si articola in molteplici tipologie: fisica, sessuale, psicologica e comportamenti di privazione o negligenza (Krug et al., 2002).

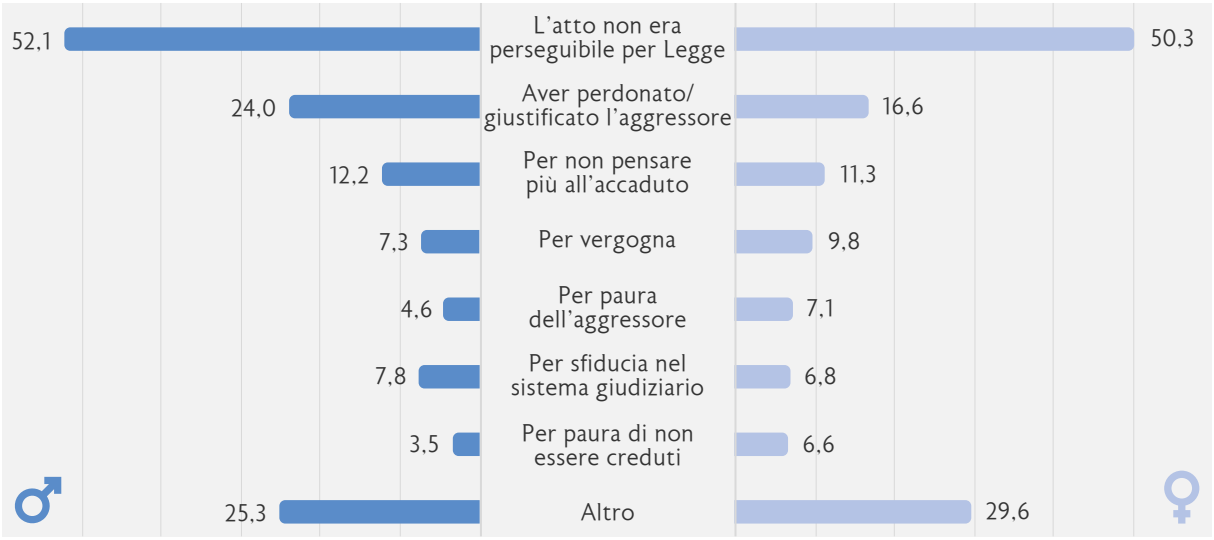
Sulla base delle sue caratteristiche intrinseche, non è sempre possibile identificare la presenza di episodi di violenza; spesso, le pressioni e le strutture sociali o lo status di minoranza, non agevolano la persona a denunciarne il fatto (Krug et al., 2002). Emerge quindi l'importanza dell'osservazione e del monitoraggio del fenomeno nell'ambito della salute pubblica la quale, grazie al suo approccio interdisciplinare e alla messa in campo di diverse conoscenze, dall'epidemiologia alla psicologia, assume un ruolo centrale nello sviluppo di conoscenze e politiche utili a prevenire il fenomeno in oggetto (Krug et al., 2002).

IL CONTESTO NAZIONALE

Ma quante sono le persone che hanno vissuto episodi di violenza? Lo studio IPSAD® ci permette di rispondere a questa domanda fornendoci una panoramica dell'estensione del fenomeno a livello nazionale: nel 2022, sono circa 23milioni le persone tra i 18 e gli 84 anni che hanno affermato di aver vissuto episodi di violenza nella propria vita, in particolare le donne. Osservando le differenti fasce di età, emerge che siano soprattutto i più giovani a essere stati vittime di violenza con una percentuale che sfiora il 60% del collettivo.

Nonostante il potenziale impatto di tale esperienza sul proprio benessere, poche vittime di violenza hanno denunciato il fatto: oltre la metà non lo ha fatto perché riteneva che l'atto non fosse perseguibile per legge, un quinto ha perdonato il proprio aggressore e circa il 12% ha preferito non denunciare l'esperienza per non pensare più all'accaduto. Inoltre, circa il 7% ha riferito che il proprio aggressore era sotto effetto di sostanze (alcol, droghe o psicofarmaci), dato che sottolinea la potenziale e stretta relazione tra violenza e uso di sostanze (Gilchrist et al., 2019).

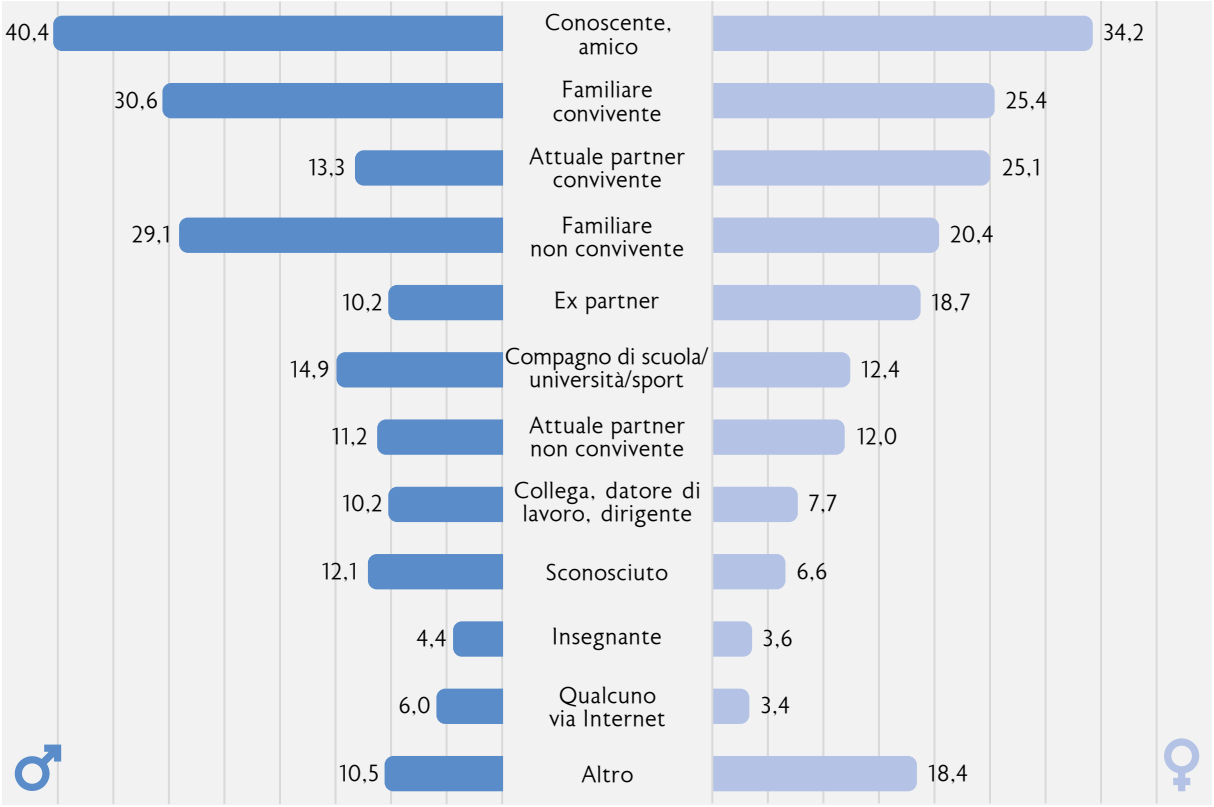
Figura 1. Principali motivazioni per le quali l'episodio di violenza non è stato denunciato: percentuale per genere. Anno 2022



Focalizzando l'attenzione unicamente sulla violenza psicologica, circa 22milioni di persone riferiscono di essere state controllate, denigrate e umiliate nell'arco della propria vita, esperienze riportate soprattutto da persone di genere femminile. Il 56% delle vittime colloca l'esperienza sia nell'infanzia sia nell'età adulta e il 18% stava subendo violenza nel periodo nel quale ha partecipato allo studio (uomini: 16%; donne: 20%). Più della metà delle persone (57%) ritiene che tale esperienza abbia comportato delle conseguenze nella propria vita attuale, in particolare le donne (67%; uomini: 44%).

Per la maggior parte dei casi, gli autori di questi episodi sono stati conoscenti o amici (37%), seguiti da familiari conviventi (28%) e non conviventi (24%). In percentuali minori si è trattato di partner, sia attuali (20%) sia passati (15%). Sono soprattutto le donne a riferire di aver subito violenza psicologica da parte del proprio partner, in un rapporto quasi doppio rispetto agli uomini (F/M=1.8). D'altro canto, l'aver vissuto episodi di violenza sul luogo di lavoro è una condizione che riguarda prevalentemente gli uomini.

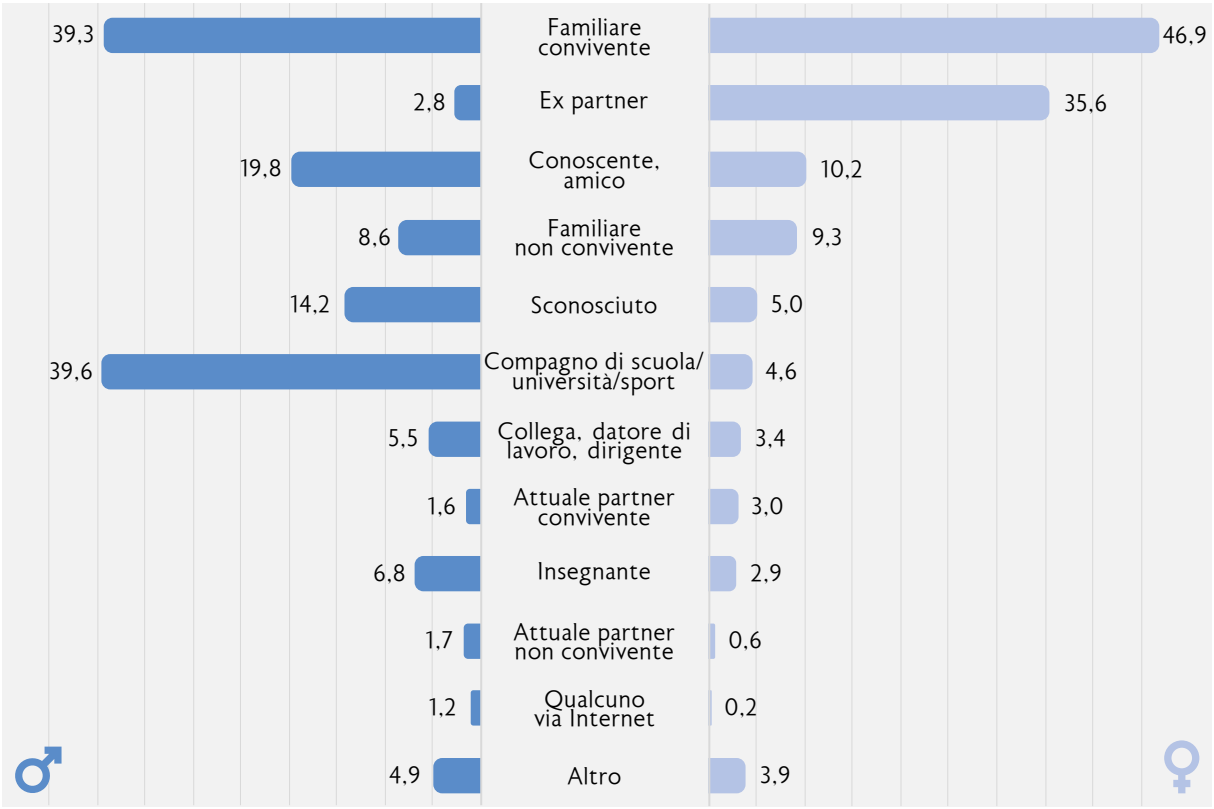
Figura 2. Principali autori di violenza psicologica: percentuale per genere. Anno 2022



Riferendosi alla sola violenza fisica, sono circa 4milioni gli italiani che affermano di aver fatto esperienza diretta di qualcuno che sistematicamente e ripetutamente nel tempo li colpisse con forza o li trattenesse contro la loro volontà, in particolare le donne. Queste esperienze sono state vissute nel 70% dei casi durante l'infanzia, nel 40% in età adulta e nel 3,7% contestualmente alla partecipazione allo studio. Anche in questo caso, la maggior parte delle persone (72%) che hanno subito violenza fisica ritiene che questa esperienza abbia comportato conseguenze nella propria vita attuale, in particolare le donne (86%; uomini: 55%).

Nel 44% dei casi la violenza è stata esercitata da familiari conviventi, seguiti da ex partner, compagni di scuola o sport, conoscenti e amici.

Figura 3. Principali autori di violenza fisica: percentuale per genere. Anno 2022



STATO DI BENESSERE

Tra le persone che hanno vissuto eventi traumatici emerge un più basso stato di benessere[1], ciò è particolarmente vero per le donne (53%) rispetto agli uomini (44%). In accordo con la letteratura, si osserva anche una compromissione della qualità del sonno considerando che il 46% delle persone che hanno vissuto eventi traumatici ha difficoltà a dormire, soprattutto le donne (51%).

Figura 4. Stato di salute e qualità del sonno tra chi non ha vissuto episodi di violenza e chi li ha vissuti, totale e per tipologia di violenza[4]. Anno 2022

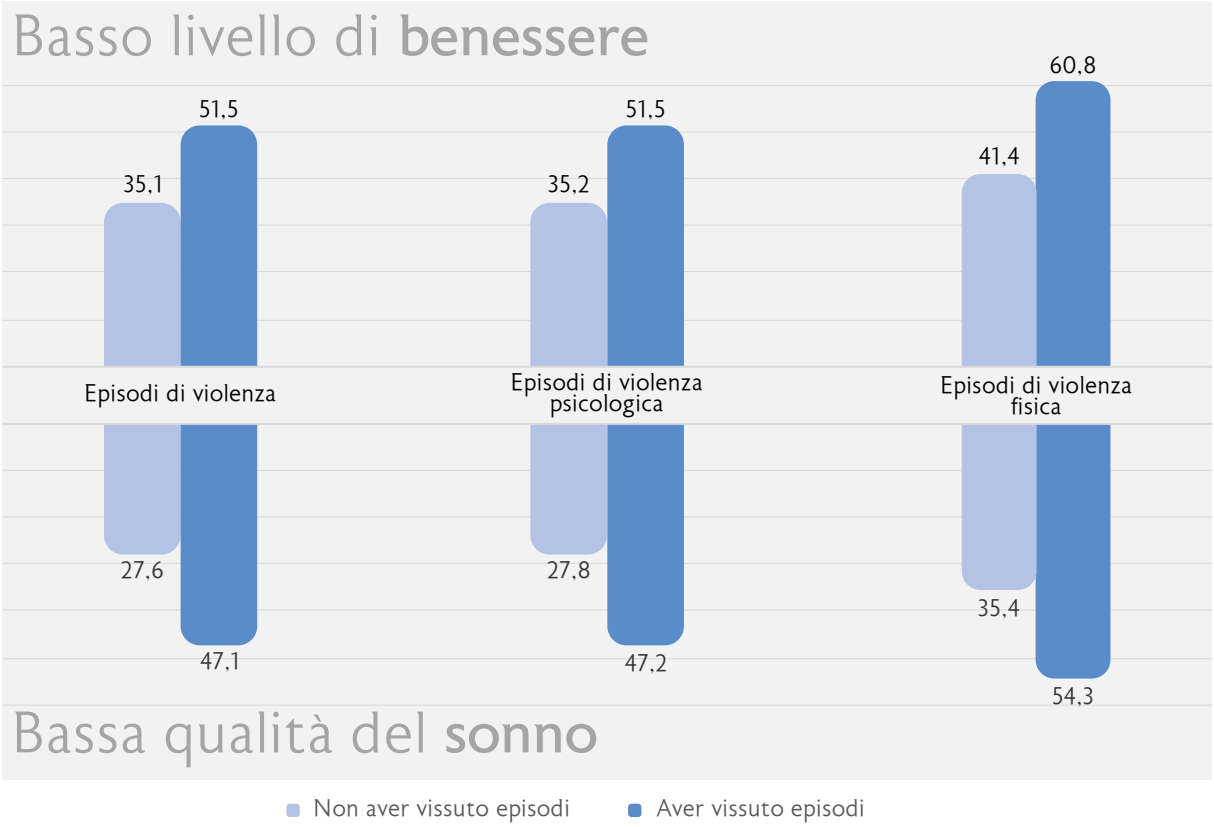


Tabella 1. Motivazioni di stress nell'ultimo anno: confronto tra chi non ha vissuto episodi di violenza e chi li ha vissuti, totale e per tipologia di violenza[5]. Anno 2022

		Episodi di violenza		Episodi di violenza psicologica		Episodi di violenza fisica	
		Non aver vissuto	Aver vissuto	Non aver vissuto	Aver vissuto	Non aver vissuto	Aver vissuto
Per problemi a casa	A volte	56,2	52,2	56,4	52,0	54,9	47,3
	Spesso	13,9	27,3	13,8	27,5	19,1	33,2
	Sempre	1,7	5,1	1,6	5,1	3,0	6,4
Per problemi al lavoro	A volte	38,3	36,5	38,3	36,5	37,7	34,3
	Spesso	17,4	28,9	17,7	28,8	21,8	35,7
	Sempre	2,4	6,7	2,5	6,7	4,2	8,1
Per problemi economico-finanziari	A volte	31,3	37,1	31,3	37,1	34,3	31,7
	Spesso	8,0	16,0	7,9	16,2	10,9	22,0
	Sempre	2,2	5,8	2,4	5,6	3,3	10,2

[4] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Buon livello di benessere" e "Buona qualità del sonno".
[5] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

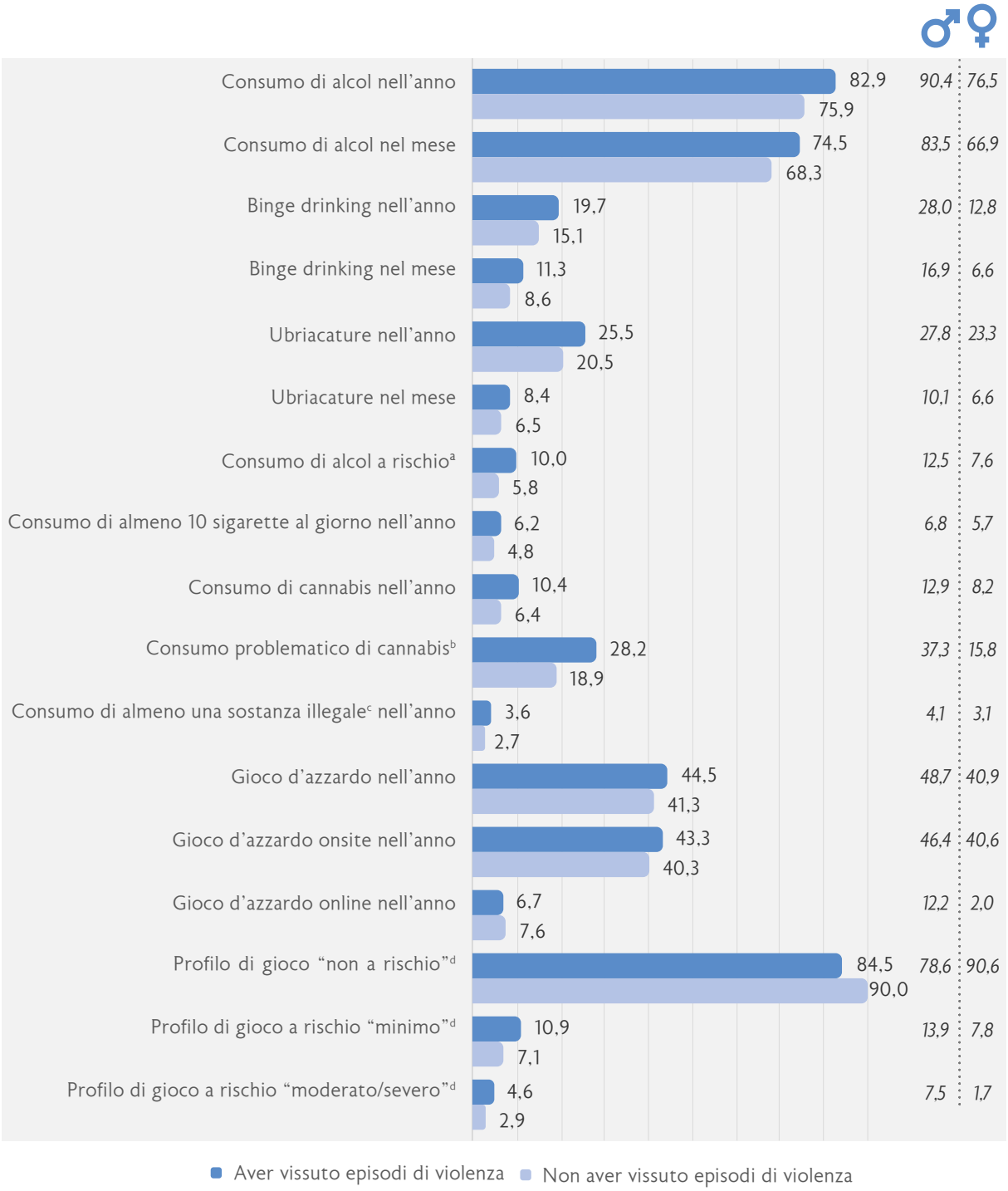
COMPORTAMENTI ASSOCIATI

I dati in letteratura mettono in relazione l'aver vissuto episodi di violenza e altri comportamenti a rischio quali il consumo di sostanze psicoattive e il gioco d'azzardo (Testa, 2004; Dowling et al., 2014; Gartner et al., 2022). In virtù del fatto che l'esperienza di violenza può essere considerata un evento stressante (Jónsdóttir et al., 2023), il consumo di sostanze potrebbe assumere il ruolo di strategia di coping per far fronte alle conseguenze del fenomeno (Baker et al., 2004; Cepeda et al., 2010; Goldmann & Galea, 2014).

In linea con quanto osservato in letteratura, i dati mettono in evidenza come le persone che hanno vissuto violenza si caratterizzino per percentuali più elevate riferite al consumo di sostanze psicoattive quali alcol, sigarette e cannabis. In particolare, si osservano valori più alti per l'abuso di alcol e la dipendenza da cannabis. Le differenze si assottigliano rispetto alla pratica del gioco d'azzardo (praticato sia in luoghi fisici come bar, tabacchi e sale gioco, sia online), ma è soprattutto chi ha subito violenza ad avere un profilo di gioco a rischio.

Distinguendo per genere, tra gli uomini si osservano percentuali maggiori rispetto alla pratica di comportamenti a rischio. In generale, le donne si caratterizzano soprattutto per il consumo di alcol, le ubriacature e per il gioco d'azzardo praticato in luoghi fisici: comportamenti per i quali le differenze di genere si riducono di molto.

Figura 5. Comportamenti a rischio tra chi ha vissuto (o meno) eventi traumatici totale e per genere. Anno 2022



[a] Il consumo di alcol a rischio è stato misurato mediante il test di screening CAGE (Mayfield et al. 1974; Dhalla et al. 2007)
[b] Almeno una sostanza tra: allucinogeni, stimolanti, eroina, cocaina e inalanti.
[c] Il consumo problematico di cannabis è stato misurato mediante il test di screening CAST (Legleye et al., 2007)
[d] Il comportamento di gioco d'azzardo problematico è stato misurato mediante il test di screening PGSI (Ferris & Wynne, 2001a, 2001b; Colasante et al., 2013)

VIOLENZA DI GENERE

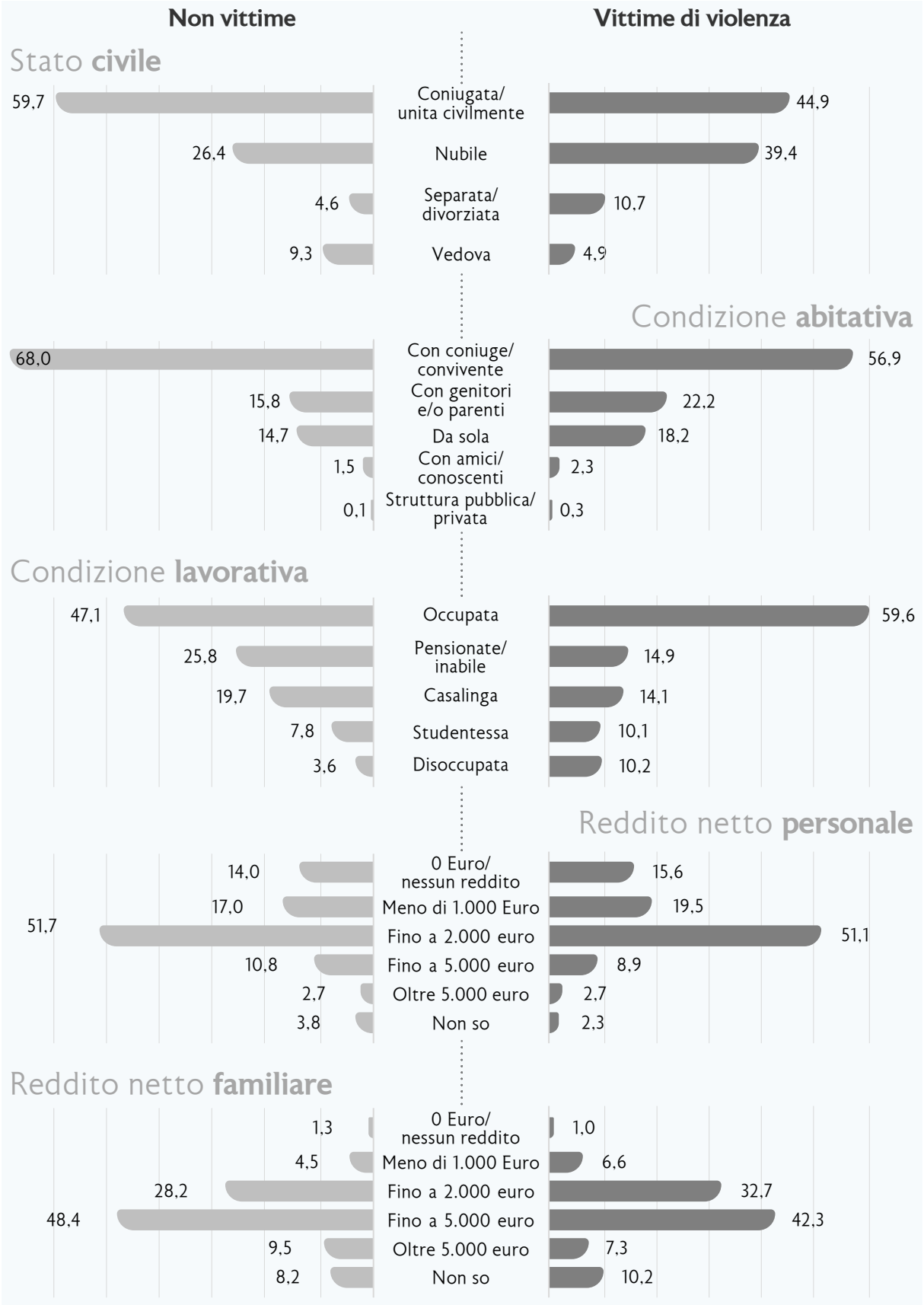
Tra le diverse forme di violenza esistenti, negli ultimi decenni, si sta assistendo a un crescente dibattito globale rispetto alla violenza di genere (Tavara, 2006). Questa si esprime attraverso il vissuto di esperienze quali abusi sessuali, prostituzione o aborto forzati e sfruttamento del lavoro e può essere perpetrata da familiari, coniugi, partner e sconosciuti (Tavara, 2006; Sardinha et al., 2022). L'entità di tale fenomeno si esprime anche attraverso possibili conseguenze negative: lesioni, sintomatologia depressiva e ansiosa o malattie sessualmente trasmesse sono solo alcuni dei possibili effetti di tale vissuto (García-Moreno et al., 2013; Vos et al., 2015; Bacchus et al., 2018; Sardinha et al., 2022).

Secondo l'ISTAT nel 2021 (ultima annualità disponibile) erano 21.092 le donne in contatto con i Centri Antiviolenza (CAV) e in 36.036 si sono rivolte al 1522, il numero verde istituito dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento per le Pari Opportunità per l'accoglienza delle richieste di aiuto e sostegno alle vittime di violenza e stalking. Nel 2022, le vittime segnalate di genere femminile sono state 11.632, pari al 98% del totale (11.909) (ISTAT, 2023)[6].

I dati emersi dallo studio IPSAD® confermano questo scenario: nella popolazione residente in Italia, sono soprattutto le donne a riferire il vissuto di violenza nella propria vita, sia psicologica sia fisica. Nonostante la maggior parte di esse sia coniugata e conviva con il proprio partner, rispetto alle donne non vittime di violenza si osservano percentuali più elevate di donne nubili che vivono sole.

Analogamente, seppur il 60% delle donne che hanno subito violenza sia occupato, sono ritirate dal lavoro o casalinghe in quota superiore a coloro che non hanno mai avuto vissuti analoghi. La maggior parte recepisce un reddito netto mensile personale fino a 2.000 euro e un 10% non è a conoscenza del reddito netto mensile familiare. Le donne che non hanno avuto esperienza di violenza, invece, hanno un reddito netto mensile, sia personale sia familiare, più elevato.

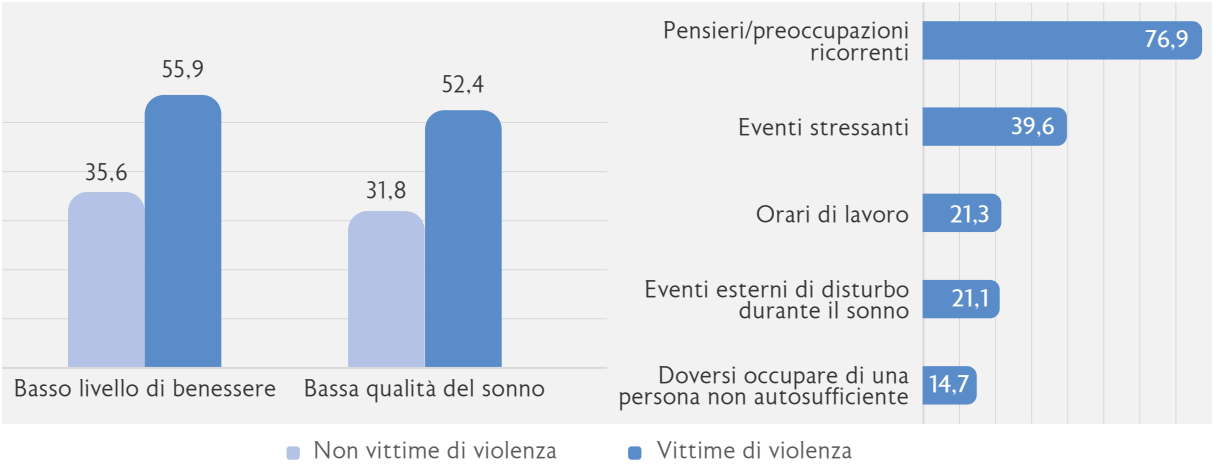
[6] I dati riportati si riferiscono a donne che si sono recate ai CAV, che sono state ospitate dalle Case rifugio o che hanno intrapreso il percorso di uscita dalla violenza insieme ai Centri


Non vittime
Vittime di violenza
Stato civile
59,7
Coniugata/ unita civilmente
44,9
26,4
Nubile
39,4
4,6
Separata/ divorziata
10,7
9,3
Vedova
4,9
Condizione abitativa
68,0
Con coniuge/ convivente
56,9
15,8
Con genitori e/o parenti
22,2
14,7
Da sola
18,2
1,5
Con amici/ conoscenti
2,3
0,1
Struttura pubblica/ privata
0,3
Condizione lavorativa
47,1
Occupata
59,6
25,8
Pensionate/ inabile
14,9
19,7
Casalinga
14,1
7,8
Studentessa
10,1
3,6
Disoccupata
10,2
Reddito netto personale
14,0
0 Euro/ nessun reddito
15,6
17,0
Meno di 1.000 Euro
19,5
51,7
Fino a 2.000 euro
51,1
10,8
Fino a 5.000 euro
8,9
2,7
Oltre 5.000 euro
2,7
3,8
Non so
2,3
Reddito netto familiare
1,3
0 Euro/ nessun reddito
1,0
4,5
Meno di 1.000 Euro
6,6
28,2
Fino a 2.000 euro
32,7
48,4
Fino a 5.000 euro
42,3
9,5
Oltre 5.000 euro
7,3
8,2
Non so
10,2

Esplorando la sfera psicologica e del benessere, si osserva come le donne vittime di violenza riportino livelli di benessere più bassi (WHO, 1998). Il dato viene confermato anche dai risultati emersi relativamente alla qualità del sonno, considerato un possibile indice dello stato di benessere (Hamilton et al., 2007; Grandner & Fernandez, 2021).

In linea con la letteratura scientifica, più della metà delle donne vittime di violenza ha difficoltà a dormire contro meno di un terzo delle donne che non hanno subito violenze: le principali motivazioni della scarsa qualità del sonno sono preoccupazioni ricorrenti ed eventi stressanti.

Figura 6. Stato di salute e qualità del sonno tra chi non ha vissuto episodi di violenza e chi li ha vissuti[7] e motivazioni difficoltà a dormire. Anno 2022



Nell'ambito del benessere, i dati mettono in luce come le donne vittime di violenza riportino più spesso di avere frequenti preoccupazioni per problematiche legate all'ambito domestico e lavorativo e per problematiche economico-finanziarie.

Tabella 2. Motivazioni di stress nell'ultimo anno tra donne vittime e non vittime di violenza[8]. Anno 2022

		Non vittime di violenza	Vittime di violenza
Per problemi a casa	A volte	47,6	59,3
	Spesso	34,6	17,9
	Sempre	6,6	2,4
Per problemi al lavoro	A volte	33,1	34,7
	Spesso	29,7	16,8
	Sempre	8,0	2,0
Per problemi economico-finanziari	A volte	35,2	32,8
	Spesso	19,1	8,2
	Sempre	6,9	1,2

[7] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Buon livello di benessere" e "Buona qualità del sonno".
[8] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

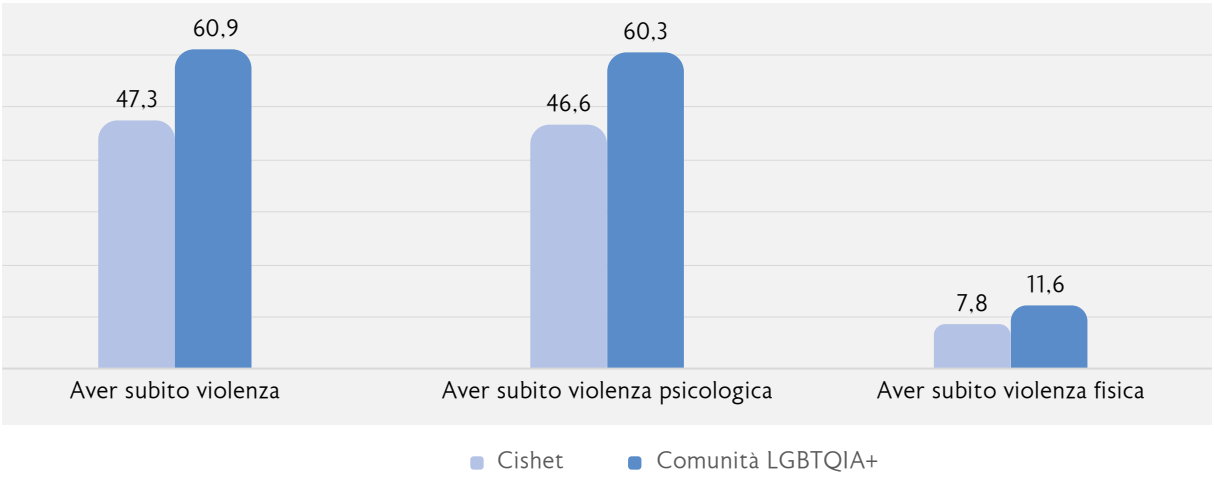
EPISODI DI VIOLENZA E COMUNITÀ LGBTQIA+

Nel 2015, un documento delle Nazioni Unite (Human Rights Council, 2015) ha incluso la violenza contro le persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+ (Lesbica, Gay, Bisessuale, Transgender, Queer, Intersex o Intersessuale, Asessuali e + come simbolo di inclusività) all'interno della violenza di genere (Kiss et al., 2020; Human Rights Council, 2015). Questa si esprime mediante la messa in atto di atteggiamenti omofobici e transfobici e, come ogni forma di violenza, può avere effetti negativi sul benessere psicofisico della persona (Kiss et al., 2020; Chan et al., 2022). In particolare, le persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+ sono potenzialmente e maggiormente esposte a episodi di violenza domestica e sociale, così come a condizioni di discriminazione, vulnerabilità e ingiustizia rispetto alle persone eterosessuali e cisgender (Cishet) (Bertrand et al., 2005; Matebeni et al., 2018; Simons and Russell, 2021; Chan et al., 2022). In virtù di questo, la comunità scientifica si sta muovendo per conoscere meglio e approfondire il fenomeno al fine di promuovere possibili soluzioni al suo contrasto (Kiss et al., 2020).

Secondo l'ultima Revisione Annuale sulla situazione in Europa e in Asia dei diritti umani di lesbiche, gay, bisessuali, trans e persone intersessuali (Annual Review, 2023), in Italia si osserva un aumento di episodi di violenza domestica riferita a persone LGBTQIA+, in particolare ai giovanissimi, nonché di atti di vandalismo a luoghi e simboli rappresentanti la comunità suddetta. Sulla base della fotografia del fenomeno a livello europeo, nel 2022, è stata adottata in Italia la "Strategia Nazionale LGBT+ per la prevenzione e il contrasto delle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere (2022-2025)" (Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento per le Pari Opportunità) al fine di rafforzare le misure atte alla tutela dei diritti delle persone appartenenti alla Comunità LGBTQIA+ e di promuovere la parità trattamentale e la non discriminazione. Nello specifico, la strategia prevede interventi e azioni all'interno degli ambiti: lavoro, sicurezza, sanità, istruzione e sport, cultura e media, monitoraggio e valutazione.

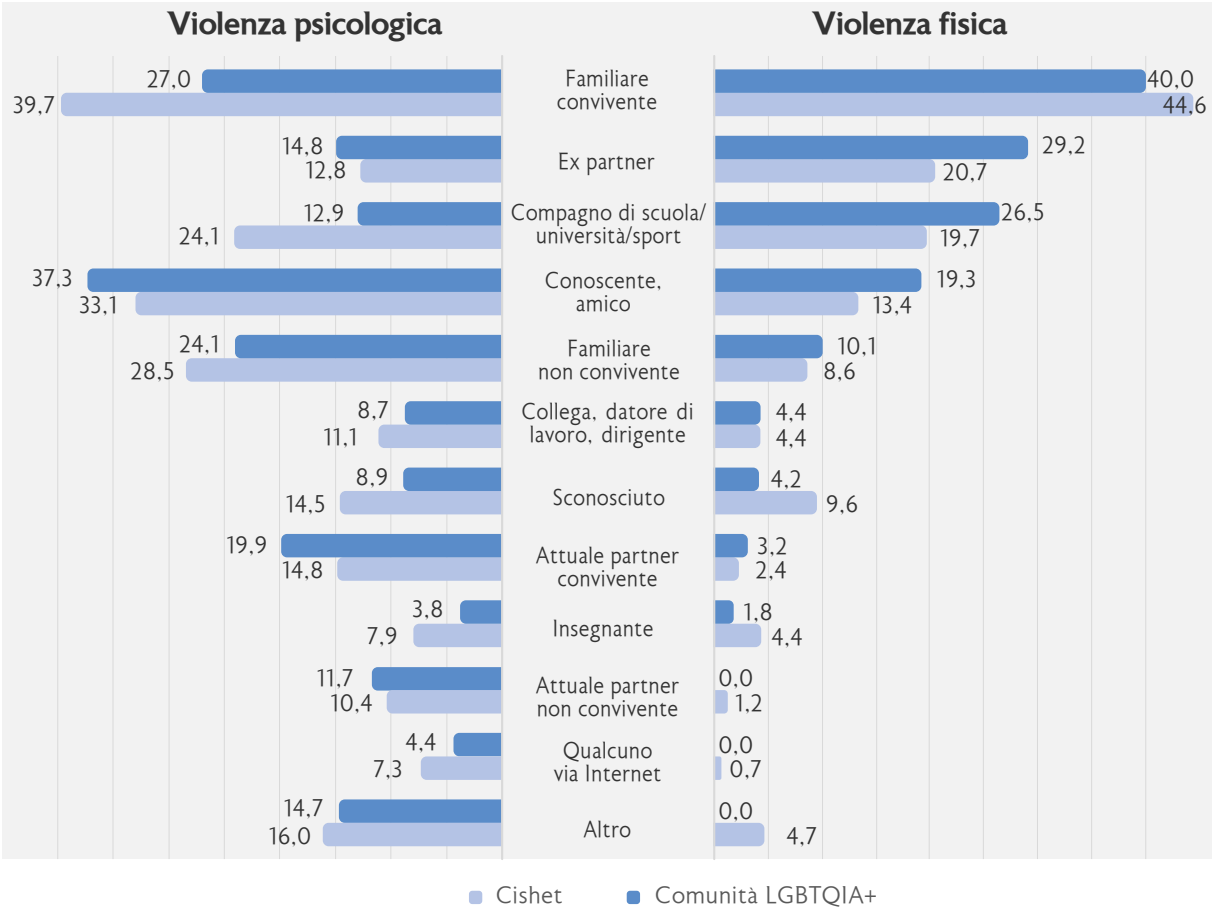
I dati dello studio IPSAD® sottolineano che le persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+, nel corso della vita, sono state maggiormente esposte a episodi di violenza rispetto alle persone Cishet: sono circa 1milione e mezzo le persone appartenente alla comunità LGBTQIA+ in Italia ad aver subito violenza nell'arco di vita e, indipendentemente dalla tipologia di violenza subita (psicologica, fisica o entrambe), emergono percentuali sempre più elevate all'interno della comunità rispetto alla popolazione Cishet.

Figura 7. Prevalenza episodi di violenza all'interno o meno della comunità LGBTQIA+. Anno 2022



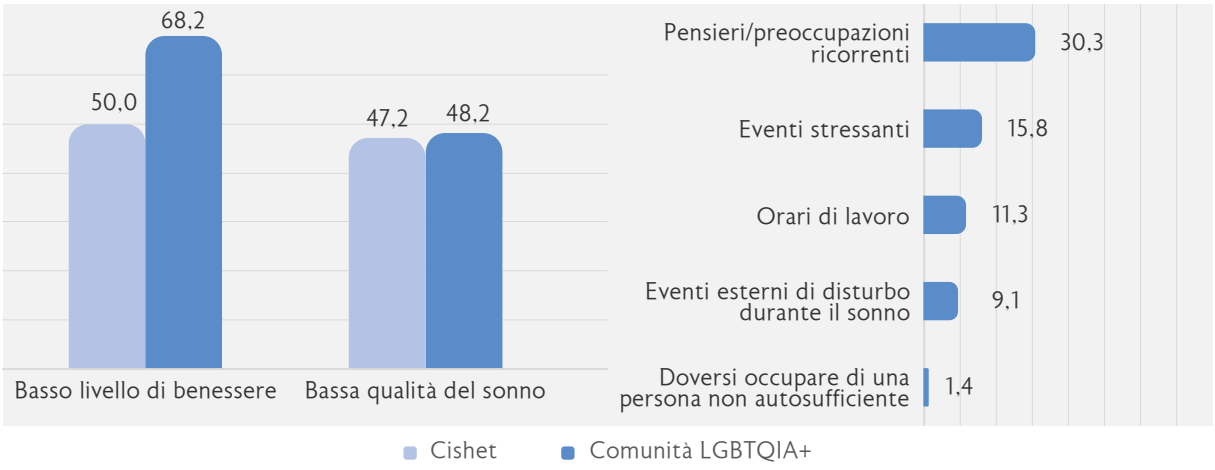
Gli autori di violenza psicologica nei confronti di persone LGBTQIA+ sono in particolare familiari (conviventi o meno), conoscenti e amici. Gli episodi di violenza fisica, invece, sono esercitati soprattutto da familiari conviventi, ex partner e compagni di scuola e sport.

Figura 8. Principali autori di violenza psicologica: percentuale per appartenenza o meno alla comunità LGBTQIA+. Anno 2022



In generale, sulla base dei dati sopra descritti, è possibile ipotizzare che le persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+ siano potenzialmente più esposte a tutte le conseguenze negative associate al subire comportamenti violenti. A questo proposito, lo studio conferma come le persone LGBTAIQ+ che hanno subito violenza riportino sia livelli più elevati di scarso benessere rispetto ai Cishet (WHO, 1998), sia una peggiore qualità del sonno, soprattutto a causa di preoccupazioni ricorrenti.

Figura 9. Stato di salute e qualità del sonno tra chi non ha vissuto episodi di violenza e chi li ha vissuti[9] e motivazioni difficoltà a dormire. Anno 2022



Le persone LGBTAIQ+ che hanno subito violenza riportano anche vissuti di stress più frequenti in riferimento a problematiche domestiche, sul lavoro ed economico-finanziarie.

Tabella 3. Motivazioni di stress nell'ultimo anno tra Cishet e LGBTQIA+[10]. Anno 2022

		Cishet	Comunità LGBTQIA+
Per problemi a casa	A volte	52,5	53,2
	Spesso	27,2	27,8
	Sempre	4,6	8,2
Per problemi al lavoro	A volte	37,2	28,3
	Spesso	28,2	37,7
	Sempre	6,5	9,9
Per problemi economico-finanziari	A volte	37,6	34,3
	Spesso	15,6	18,8
	Sempre	5,6	8,6

[9] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Buon livello di benessere" e "Buona qualità del sonno".
[10] Le quote mancanti per arrivare a 100, sono relative alle risposte "Mai".

CONCLUSIONI

Il fenomeno della violenza, sia psicologica sia fisica, è altamente diffuso nel Paese, in particolare tra le persone di genere femminile e nella fascia di età più giovane. Nonostante questo e le derivanti conseguenze negative, in termini di benessere percepito, qualità del sonno e consumo di sostanze psicoattive, solo una piccola parte delle vittime ha denunciato gli episodi. Nella maggior parte dei casi, indipendentemente dal genere, i principali autori di violenza sono stati conoscenti, amici, familiari conviventi ed ex partner.

Focalizzando l'attenzione sul genere femminile, tra coloro che hanno subito o meno episodi di violenza si osservano lievi differenze per quanto riguarda le condizioni sociodemografiche: tra le donne vittime di violenza si osservano quote di poco superiori in riferimento all'essere nubili, separate e divorziate; al vivere sole, con genitori o parenti ed essere occupate lavorativamente. Si registrano, invece, differenze più marcate rispetto alla qualità di vita: sono soprattutto le donne che hanno subito episodi di violenza a riportare livelli di benessere più bassi, una peggiore qualità del sonno e livelli di stress più frequenti.

L'approfondimento sulle persone appartenenti alla comunità LGBTQIA+ ha messo in luce come abbiano maggiormente subito atti di violenza nella propria vita, sia di tipo psicologico sia fisico: tali atti, per quanto riguarda la violenza psicologica, sono stati perpetrati soprattutto da conoscenti e amici; da ex partner, invece, per quanto concerne invece la violenza fisica. I familiari conviventi vengono indicati come i maggiori autori di violenza sia psicologica sia fisica. Si registrano inoltre valori più alti inerenti alla percezione di un peggior benessere, della qualità del sonno, così come livelli più frequenti di stress per problematiche domestiche, lavorative ed economico-finanziarie.

BIBLIOGRAFIA

Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. BMJ Open 2018; 8: e019995.

Baker, T. B., Piper, M. E., McCarthy, D. E., Majeskie, M. R., & Fiore, M. C. (2004). Addiction motivation reformulated: an affective processing model of negative reinforcement. Psychological review, 111(1), 33.

Bertrand, M., Chugh, D., and Mullainathan, S. (2005). Implicit discrimination. Am. Econom. Rev. 95, 94–98.

Cepeda, A., Valdez, A., Kaplan, C., & Hill, L. E. (2010). Patterns of substance use among hurricane Katrina evacuees in Houston, Texas. Disasters, 34(2), 426-446.

Chan, A. S. W., Wu, D., Lo, I. P. Y., Ho, J. M. C., & Yan, E. (2022). Diversity and inclusion: Impacts on psychological wellbeing among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer communities. Frontiers in Psychology, 13, 726343.

Chan, A. S. W., Wu, D., Lo, I. P. Y., Ho, J. M. C., & Yan, E. (2022). Diversity and inclusion: Impacts on psychological wellbeing among Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer communities. Frontiers in Psychology, 13, 726343.

Dowling, N. A., Jackson, A. C., Suomi, A., Lavis, T., Thomas, S. A., Patford, J., ... & Bellringer, M. E. (2014). Problem gambling and family violence: Prevalence and patterns in treatment-seekers. Addictive behaviors, 39(12), 1713-1717.

García-Moreno C, Pallitto C, Devries K, Stöckl H, Watts C, Abrahams N. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013.

Gartner, C., Bickl, A., Härtl, S., Loy, J. K., & Häffner, L. (2022). Differences in problem and

pathological gambling: A narrative review considering sex and gender. Journal of behavioral addictions.

Gilchrist, G., Dennis, F., Radcliffe, P., Henderson, J., Howard, L. M., & Gadd, D. (2019). The interplay between substance use and intimate partner violence perpetration: A meta-ethnography. International Journal of Drug Policy, 65, 8-23.

Goldmann, E., & Galea, S. (2014). Mental health consequences of disasters. Annual review of public health, 35, 169-183.

Grandner, M. A., & Fernandez, F. X. (2021). The translational neuroscience of sleep: a contextual framework. Science, 374(6567), 568-573.

Hamilton, N. A., Nelson, C. A., Stevens, N., & Kitzman, H. (2007). Sleep and psychological well-being. Social Indicators Research, 82, 147-163.

ISTAT - IL SISTEMA DELLA PROTEZIONE PER LE DONNE VITTIME DI VIOLENZA (Anni 2021 e 2022)

Jónsdóttir, E. K., Sigurvinsdottir, R. S., & Ásgeirsdóttir, B. B. (2023). Associations among posttraumatic growth, demographic characteristics, posttraumatic stress symptoms, and trauma type, with a focus on sexual violence. Journal of Traumatic Stress.

Kiss, L., Quinlan-Davidson, M., Pasquero, L., Tejero, P. O., Hogg, C., Theis, J., ... & Hossain, M. (2020). Male and LGBT survivors of sexual violence in conflict situations: a realist review of health interventions in low-and middle-income countries. Conflict and health, 14(1), 1-26.

Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. The lancet, 360(9339), 1083-1088.

Matebeni, Z., Monro, S., and Reddy, V. (eds) (2018). Queer in Africa: LGBTQI Identities, Citizenship, and Activism. London: Routledge.

Revisione Annuale sulla situazione dei diritti umani di lesbiche, gay, bisessuali, trans e persone intersessuali in Europa e in Asia (2023): https://www.ilga-europe.org/report/annual-review-2023/

Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. The Lancet, 399(10327), 803-813.

Simons, J. D., and Russell, S. T. (2021). Educator interaction with sexual minority youth. J. Gay Lesb. Soc. Serv. 2021, 1–24.

Strategia Nazionale LGBT+ per la prevenzione e il contrasto delle discriminazioni per orientamento sessuale e identità di genere (2022-2025): https://unar.it/portale/strategia-nazionale-lgbt-2022-2025

Tavara, L. (2006). Sexual violence. Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology, 20(3), 395-408.

Testa, M. (2004). The role of substance use in male-to-female physical and sexual violence: A brief review and recommendations for future research. Journal of interpersonal violence, 19(12), 1494-1505.

United Nations General Assembly HRC. Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity. United Nations High Commissioner for Human Rights, 2015 4 May 2015. Report No.: Contract No.: A/HRC/29/23.

Vos T, Barber RM, Bell B, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. Lancet 2015; 386: 743–800.

WHO (Five) Well-Being Index (1998 version) http://www.who-5.org

LO STUDIO IPSAD®
Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs

12

LO STUDIO IPSAD®
Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs

LO STUDIO IPSAD®
Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs

INFORMAZIONI DI CONTESTO

IPSAD® è una ricerca sui comportamenti d'uso di alcol tabacco e sostanze illegali da parte della popolazione italiana. La popolazione target dello studio è costituita dai residenti iscritti nelle liste anagrafiche dei vari comuni italiani. Il disegno dello studio è stato strutturato in stretto accordo con le linee guida fornite dall'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction) di Lisbona così da poter anche di soddisfare il debito informativo del Paese relativamente al primo dei cinque indicatori epidemiologici chiave proposti dalla Commissione Europea.

Il primo studio è stato ideato dall'Istituto di Fisiologia Clinica del Consiglio Nazionale delle Ricerche (CNR) - Sezione di Epidemiologia e Ricerche sui Servizi Sanitari e avviato nel 2001-2002.

Lo studio consiste nella compilazione di un questionario postale anonimo da parte di un campione rappresentativo della popolazione generale di età compresa tra i 18 e gli 84 anni, campione estratto in maniera casuale dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del disegno campionario.

Il questionario IPSAD®, oltre a rilevare alcune caratteristiche socio-culturali degli intervistati (genere, età, stato civile, livello d'istruzione, condizione abitativa e lavorativa), approfondisce le condizioni di salute, gli stili di vita ed i consumi di sostanze (tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicotrope illecite). Nello specifico vengono studiate le esperienze d'uso delle sostanze, di gioco d'azzardo e di altri comportamenti potenzialmente dannosi per la salute nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.

Il questionario IPSAD® contiene inoltre alcuni strumenti standardizzati per la rilevazione del consumo problematico di cannabis e alcol, gioco d'azzardo patologico, uso problematico di Internet, comportamenti aggressivi e sensibilità interpersonale contestualizzata alla timidezza.

Lo studio è autofinanziato da IFC CNR.

METODOLOGIA

Descrizione generale del disegno di campionamento

Non potendo costruire la lista nazionale di tutti i residenti in Italia attingendo dalle anagrafi degli oltre 8.000 comuni italiani, lo studio prevede la costituzione di una lista parziale, costituita dalle liste anagrafiche dei comuni selezionati nell'ambito del campione.

In una prima fase i comuni sono stati suddivisi in metropolitani (centro dell'area metropolitana) e non metropolitani.

Sono stati considerati come comuni metropolitani: Torino, Milano, Venezia, Genova, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Bari, Palermo, Cagliari, Catania, Reggio Calabria, Messina.

I comuni non metropolitani sono stati stratificati per area geografica (nord est, nord ovest, centro, sud, isole), per popolazione residente tra 18 e 84 anni (distinguendo comuni fino a 10000 abitanti, tra 10000 e 50000 abitanti e con oltre 50000 abitanti), per grado di urbanizzazione ("Città" o "Zone densamente popolate"; "Piccole città e sobborghi" o "Zone a densità intermedia di popolazione"; "Zone rurali" o "Zone scarsamente popolate") e per zona altimetrica (Montagna interna; Montagna litoranea; Collina interna; Collina litoranea; Pianura).

I comuni metropolitani sono stati inclusi nel campione e considerati strati a sé stanti. I comuni non metropolitani sono stati estratti entro ogni strato con probabilità proporzionale alla dimensione demografica. Il numero di residenti da estrarre in ogni comune è stato deciso in base alle variabili di stratificazione (ad esempio nei comuni con più di 50000 abitanti sono stati estratti più soggetti). I comuni con meno di 1000 abitanti sono stati esclusi dal campionamento.

Acquisite le liste anagrafiche dei comuni selezionati, i residenti sono stati stratificati per genere e fascia di età (18-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54, 55-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80-84) ed entro ogni strato così costituito i nominativi sono stati campionati in maniera casuale semplice a quota variabile.

Questo procedimento ha permesso un abbattimento dei costi e dei tempi di realizzazione della ricerca, anche se ha reso necessaria una procedura di ponderazione al fine di ottenere le stime nazionali. La procedura di ponderazione si è basata su una post-stratificazione secondo regione, età e sesso in accordo con la distribuzione della popolazione generale.

Definizione della dimensione campionaria

Per una survey campionaria come IPSAD®, dato che gli indicatori da rilevare sono disomogenei e comprendono sostanze di grande diffusione (alcol) e sostanze con una prevalenza molto bassa (oppiacei), un disegno di campionamento che assicuri prefissati livelli di precisione per tutte le stime prodotte non è attuabile. Si è deciso di adottare quindi una strategia basata su una valutazione degli errori delle stime a livello nazionale dell'uso di oppiacei negli ultimi dodici mesi (p=0.5%, precisione fissata a 0.0006, CI 95%: 0.44% - 0.56%). La dimensione del campione teorico in termini di residenti, prefissato a livello nazionale, in base ai criteri riferiti alla strategia di cui sopra, è pari a circa 50000.

Il questionario

Lo studio è basato sull'auto compilazione e di un questionario anonimo da parte dei soggetti facenti parte del campione selezionato.

Lo studio è, per i partecipanti, gratuito, volontario, completamente anonimo

Il questionario IPSAD® si apre con una serie di quesiti volti a inquadrare la condizione socio-culturale degli intervistati e in seguito indaga sui consumi di sostanze legali quali tabacco, alcol, psicofarmaci, doping e altre sostanze psicotrope illecite. Nello specifico si distingue tra le esperienze d'uso delle sostanze nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni.

Segue poi l'analisi sul quadro degli atteggiamenti di approvazione o disapprovazione rispetto all'uso delle varie sostanze, nonché la percezione dei rischi a queste correlati.

Visto che una parte rilevante dello studio riguarda comportamenti fortemente stigmatizzati dal punto di vista sociale o che comunque rientrano nella sfera privata e personale del/della partecipante, in fase di progettazione dell'indagine, particolare attenzione è stata posta a tutte

quelle procedure necessarie non solo a garantire il completo anonimato di quanto riferito, ma anche a far effettivamente percepire ai rispondenti l'impossibilità di associare le risposte fornite nel questionario al nominativo del partecipante stesso.

Le informazioni richieste nel questionario vengono raccolte in forma anonima in quanto esso non richiede l'indicazione o la compilazione di dati anagrafici o altri dati o segni che consentano la riconduzione del questionario stesso all'identità del soggetto; le informazioni su genere ed età presenti nel questionario possono essere fornite opzionalmente dal soggetto. E, come precisato meglio di seguito, le modalità di rinvio del questionario compilato sono state strutturate in modo tale da non consentire in alcun modo l'individuazione a ritrovo del partecipante.

Il materiale inviato al soggetto campionato

Alle persone che entrano a far parte del campione viene inviata per posta una busta nominativa, contenente il materiale necessario per la partecipazione allo studio: la lettera di presentazione dello studio, il questionario anonimo da compilare, una busta anonima preaffrancata e precompilata per la restituzione del questionario, una cartolina nominativa preaffrancata, da spedire separatamente dal questionario. Nel questionario e nella busta per la restituzione non sono riportati né segni, né codici, né vengono richieste informazioni che possano ricondurre le riposte fornite al rispondente.

Nella cartolina nominativa, che segue un percorso di restituzione diverso, sono richieste informazioni in merito all'adesione o meno allo studio e, nel caso di non adesione, la motivazione. La gestione della procedura di restituzione del materiale così strutturato, in toto demandata al rispondente, rende il partecipante consapevole della garanzia dell'anonimato delle risposte fornite.

Sulla copertina del questionario è riportato un QRCODE che consente al soggetto che lo ha ricevuto di compilare il questionario in una modalità alternativa rispetto al cartaceo. Inquadrando il QRCODE con il proprio smartphone, il cittadino ha accesso diretto all'ambiente del questionario online, e potrà compilarlo senza l'inserimento di alcun identificativo. Il sistema che utilizza la survey on line non traccia informazioni relative al dispositivo con cui viene effettuata la compilazione (IP ADDRESS) L'indirizzo web permetterà unicamente di distinguere la Regione di appartenenza del rispondente.

La compilazione del questionario e l'invio della cartolina

Il soggetto che riceve la busta con il materiale sopra descritto potrà scegliere se partecipare allo studio oppure no ed è invitato a comunicare la sua volontà sulla cartolina da rispedire a IFC CNR - senza altra informazione e in maniera distinta dal questionario.

Qualora decida di aderire allo studio, potrà farlo o utilizzando il questionario cartaceo oppure inquadrando con il proprio smartphone il QRCODE stampato sulla copertina dello stesso. In tal caso la compilazione avviene accedendo alla pagina web dedicata.

Analisi della affidabilità del database

Una volta ottenuto il set completo di dati, prima di procedere con le analisi, viene verificata la consistenza delle risposte date nei questionari. Seguendo gli standard adottati a livello Europeo, vengono eliminati i questionari che presentano:

- più del 50% di mancata risposta;
- risposte sistematiche (per esempio: aver risposto sempre allo stesso item in colonna);
- risposte impossibili (per esempio: aver usato tutte le sostanze 40 o più volte negli ultimi 30 giorni);
- inconsistenza di almeno una risposta sull'uso di sostanze (per esempio: aver risposto di aver fatto uso nei dodici mesi e non nella vita).

IL TRATTAMENTO DELLE LISTE ANAGRAFICHE: FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

Il trattamento delle liste anagrafiche costituisce un presupposto essenziale e irrinunciabile per la realizzazione del progetto.

L'acquisizione delle liste anagrafiche infatti consente l'invio dei questionari cartacei ai soggetti selezionati secondo il piano di campionamento eseguito sulla base di specifici criteri. Si è escluso di utilizzare una diversa metodologia, come ad es. l'intervista face to face, perché non garantirebbe l'anonimato dei rispondenti, comporterebbe costi eccessivi e una minore attendibilità delle risposte.

Il trattamento dei dati per le suddette finalità di ricerca è indispensabile per lo svolgimento del Progetto ed il mancato conferimento o la richiesta di cancellazione da parte dell'interessato determina esclusivamente l'impossibilità di partecipare allo studio.

INFORMATIVA

Insieme al questionario da compilare, viene inviata agli interessati anche l'informativa che, con forma concisa, trasparente, intelligibile e un linguaggio chiaro e semplice, enuncerà i diritti esercitabili secondo quanto previsto dal GDPR, vale a dire:

- diritto di richiedere l'accesso ai propri dati personali (comunemente noto come "diritto di accesso"). Ciò consente di ricevere una copia dei dati personali detenuti da IFC-CNR sull'interessato e di controllarne la corretta elaborazione;
- diritto di richiedere la correzione dei propri dati personali. Ciò consente di correggere eventuali dati incompleti o inaccurati conservati da IFC-CNR;
- diritto di richiedere la cancellazione dei propri dati personali;
- diritto di richiedere la limitazione del trattamento dei propri dati personali. Ciò consente di chiedere ad IFC-CNR di sospendere il trattamento dei dati personali nei casi previsti dall'art. 18 GDPR;
- diritto di richiedere il trasferimento dei dati personali. IFC-CNR fornirà i dati personali in un formato strutturato, comunemente utilizzato e leggibile da un dispositivo elettronico comune.

DATI IN SINTESI

Nel 2022, per lo studio IPSAD® (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs) sulla base di una metodologia di campionamento casuale stratificato a più stadi sono stati campionati un totale di 99 comuni. Sono stati inviati 23.000 questionari che hanno permesso di ottenere un campione finale pari a 5.080 persone tra i 18 e gli anni.

Anno dello studio	2022
Ente di Ricerca	Consiglio Nazionale delle Ricerche, Istituti di Fisiologia Clinica, sezione di Epidemiologia e Ricerca sui Servizi Sanitari
Popolazione	Popolazione generale italiana tra i 18 e gli 84 anni
Metodologia di campionamento	Campionamento casuale stratificato a più stadi
Strati considerati	· Popolazione residente 18-84 anni (distinguendo comuni fino a 10000 abitanti, tra 10000 e 50000 abitanti e con oltre 50000 abitanti); · Area geografica (nord-est, nord-ovest, centro, sud e isole); · Grado di urbanizzazione ("Città" o "Zone densamente popolate"; "Piccole città e sobborghi" o "Zone a densità intermedia di popolazione"; "Zone rurali" o "Zone scarsamente popolate"); · Zona altimetrica (Montagna interna; Montagna litoranea; Collina interna; Collina litoranea; Pianura).
Numero dei comuni campionati	99
Numero questionari inviati	23.000
Campione finale	5.080

PUBBLICAZIONI

Bastiani, L., Gori, M., Colasante, E., Siciliano, V., Capitanucci, D., Jarre, P., & Molinaro, S. (2013). Complex factors and behaviors in the gambling population of Italy. Journal of Gambling Studies, 29, 1-13.

Scalese, M., Bastiani, L., Salvadori, S., Gori, M., Lewis, I., Jarre, P., & Molinaro, S. (2016). Association of problem gambling with type of gambling among Italian general population. Journal of Gambling Studies, 32, 1017-1026.

Denoth, F., Scalese, M., Siciliano, V., Di Renzo, L., De Lorenzo, A., & Molinaro, S. (2016). Clustering eating habits: frequent consumption of different dietary patterns among the Italian general population in the association with obesity, physical activity, sociocultural characteristics and psychological factors. Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity, 21, 257-268.

Resce, G., Lagravinese, R., Benedetti, E., & Molinaro, S. (2019). Income-related inequality in gambling: evidence from Italy. Review of Economics of the Household, 17, 1107-1131.

Colasante, E., Gori, M., Bastiani, L., Siciliano, V., Giordani, P., Grassi, M., & Molinaro, S. (2013). An assessment of the psychometric properties of Italian version of CPGI. Journal of Gambling Studies, 29, 765-774.

Carnazza, G., Liberati, P., Resce, G., & Molinaro, S. (2021). Smoking and income distribution: Inequalities in new and old products. Health Policy, 125(2), 261-268.

Cavalera, C., Bastiani, L., Gusmeroli, P., Fiocchi, A., Pagnini, F., Molinari, E., ... & Molinaro, S. (2018). Italian adult gambling behavior: At risk and problem gambler profiles. Journal of gambling studies, 34, 647-657.

Vita, A., Bastiani, L., Turrina, C., Benedetti, E., Bergamini, A., & Molinaro, S. (2021). At-risk gambling in patients with severe psychiatric illness and in community subjects matched for age and sex. Psychiatry Research, 304, 114142.

Bastiani, L., Fea, M., Potente, R., Luppi, C., Lucchini, F., & Molinaro, S. (2015). Research Article National Helpline for Problem Gambling: A Profile of Its Users' Characteristics.

CICATRICI DA LOCKDOWN

Stili di vita, consumi a rischio e nuove normalità nell'Italia post pandemica

A cura di Claudia Luppi e Sabrina Molinaro

Indice degli autori:
Claudia Luppi
Marco Scalese Urciuoli
Giada Anastasi
Marina Baroni
Elisa Benedetti
Silvia Biagioni
Sonia Cerrai
Pier Paolo Ciullo
Rodolfo Cotichini
Francesca Denoth
Serena Di Sisto
Benedetta Ferrante
Corrado Fizzarotti
Alessia Formica
Lucia Fortunato
Loredana Fortunato
Michela Franchini
Daniela Gasperini
Antonella Pardini
Stefanella Pardini
Stefania Pieroni
Roberta Potente
Simone Sacco
Chiara Sbrana
Rita Taccini
Rita Tuccillo
Sabrina Molinaro

IPSAD
Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs

IFC - Istituto di Fisiologia Clinica
Consiglio Nazionale delle Ricerche
Lab. Epidemiologia e ricerca sui servizi sanitari