

# Insero BEN

## Bollettino Epidemiologico Nazionale

### DISUGUAGLIANZE E FATTORI COMPORTAMENTALI DELLE DONNE CHE NON ESEGUONO GLI SCREENING DI PREVENZIONE ONCOLOGICA

Giuliano Carrozzi<sup>1</sup>, Letizia Sampaoalo<sup>2</sup>, Nicoletta Bertozzi<sup>3</sup>, Lara Bolognesi<sup>1</sup>, Marco Zappa<sup>4</sup>, Paolo Giorgi Rossi<sup>5</sup>, Carla Bietta<sup>6</sup>, Gianluigi Ferrante<sup>7</sup>, Maria Masocco<sup>7</sup> e Stefania Salmaso<sup>7</sup>

<sup>1</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Modena; <sup>2</sup>Università Ca' Foscari, Venezia; <sup>3</sup>Dipartimento di Sanità Pubblica di Cesena, AUSL Romagna;

<sup>4</sup>Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica, Osservatorio Nazionale Screening, Firenze; <sup>5</sup>Servizio Interaziendale di Epidemiologia, AUSL Reggio Emilia;

<sup>6</sup>UOSD Epidemiologia, AUSL Umbria 1; <sup>7</sup>Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Roma

**SUMMARY** (*Inequalities and behavioral factors in women who do not undergo the oncologic screening*) - According to the data of the Italian surveillance system PASSI, women 50-69 years old who never or irregularly underwent all three oncologic screening tests (Pap/HPV test, mammography and faecal occult-blood test) are more likely to be less educated, to encounter economic difficulties and to have unhealthy lifestyles compared to women who regularly undergo all three screening tests.

**Key words:** screening; behavioural health risk factors; socio-economic characteristics

g.carrozzi@ausl.mo.it

#### Introduzione

La letteratura indica come le donne che aderiscono ai programmi di screening oncologici abbiano una maggiore attenzione alla propria salute; rimane ancora poco studiata la relazione tra adesione, fattori socioeconomici e comportamentali (1-4).

La sorveglianza PASSI (5) consente di analizzare l'associazione tra la non esecuzione degli esami per la prevenzione oncologica (Pap/HPV test, mammografia, sangue occulto fecale), le caratteristiche sociodemografiche e gli stili di vita. In questo articolo si analizza l'associazione fra esecuzione dei test di screening, fattori di rischio comportamentali e stato socioeconomico nelle donne con 50-69 anni residenti nelle regioni italiane con programmi di screening organizzati e ben funzionanti.

#### Metodi

Sono state analizzate 28.234 interviste di donne 50-69enni raccolte nel periodo 2010-13 in tutte le 21 regioni/province autonome italiane. Alla sorveglianza PASSI aderisce il 93% delle ASL italiane (136 su 147 delle totali), corrispondente al 90% della popolazione, con un tasso di risposta pari all'87,3% (6). Nello specifico, sono state considerate 12.722 interviste raccolte nelle seguenti regioni italiane dove più del 75% della popolazione target (50% per lo screening coloretale) dichiara di aver ricevuto la lettera d'invito (*proxi* di programmi di screening organizzati e funzionanti): Valle d'Aosta, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria; il Piemonte è stato escluso perché adotta un diverso protocollo per lo screening coloretale.

Le donne 50-69enni intervistate sono state suddivise in tre gruppi sulla base dell'esecuzione dei tre test di screening: il primo formato dalle donne che hanno eseguito i tre screening entro i tempi raccomandati dalle linee guida, il secondo da quelle che ne hanno eseguito almeno uno entro i tempi raccomandati e il terzo da quelle che non hanno mai eseguito alcun esame nel corso della vita o li hanno effettuati tutti con intervalli superiori a quelli consigliati. In questo studio si fa riferimento sia agli screening effettuati nell'ambito di programmi organizzati che a quelli effettuati su iniziativa spontanea.

Questi tre gruppi di donne sono stati descritti sulla base delle principali caratteristiche sociodemografiche (genere, classe d'età, livello d'istruzione, difficoltà economiche riferite e cittadinanza) (7) e dei fattori di rischio comportamentale (fumo, alcol, eccesso ponderale, sedentarietà). Nell'analisi per strati si intendono le donne provenienti solo dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM); le donne provenienti da altri Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) sono state accorpate a quelle con cittadinanza italiana (8). Le associazioni sono state indagate mediante analisi uni-bivariate e modelli logistici.

#### Risultati

Nelle sette regioni indagate il 48% delle donne 50-69enni si è sottoposto entro i tempi raccomandati ai tre test di screening e il 47% a uno o due; il 5% li ha effettuati tutti con periodicità superiori o non li ha effettuati affatto (pari a 95.000 donne); di queste, un quinto circa (1% del campione, pari a 21.000 donne) non ha effettuato nemmeno un test di screening nella vita.

Nelle restanti regioni italiane (senza tutti i programmi di screening organizzati e funzionanti) queste percentuali sono rispettivamente del 13%, 69%, 18% (7% senza nessun test).

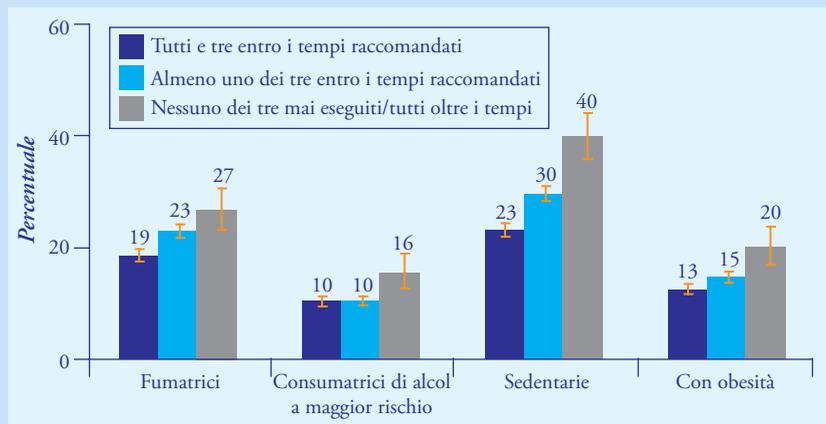
Nelle regioni con programmi di screening organizzati e funzionanti le donne 50-69enni, che non si sono mai sottoposte a nessuno dei tre test di screening o lo hanno fatto secondo tempistiche diverse da quelle raccomandate, sono meno istruite e riferiscono maggiori difficoltà economiche delle donne che hanno eseguito tutti e tre gli screening nei tempi raccomandati: fra le prime il 66% (IC 95% 62,1%-70,1%) ha un titolo di istruzione medio-basso contro il 58% (IC 95% 56,4%-59,2%) osservato fra le donne che hanno eseguito tutti e tre gli screening nei tempi raccomandati, e il 20% (IC 95% 17,2%-24,0%) riferisce di avere molte difficoltà economiche contro il 9% (IC 95% 7,9%-9,6%).

Queste donne presentano, inoltre, stili di vita meno salutari rispetto a quelle che eseguono i test di screening nei tempi raccomandati (Figura): è più alta l'abitudine al fumo di sigaretta (27% rispetto al 19%), il consumo di alcol potenzialmente a maggior rischio per la salute (16% rispetto al 10%), la sedentarietà (40% rispetto al 23%) e l'obesità (20% rispetto al 13%); queste differenze sono statisticamente significative.

L'analisi multivariata condotta attraverso i modelli di regressione logistica conferma che, anche a parità di età, istruzione, difficoltà economiche e cittadinanza, la percentuale di donne che adotta stili di vita potenzialmente dannosi per la salute è significativamente ►

**Tabella** - Modelli di regressione logistica per i fattori di rischio comportamentale nelle donne 50-69enni (in corsivo dati con significatività statistica)

	Fumo di sigaretta			Consumo di alcol a maggior rischio			Sedentarietà			Obesità		
	OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%	p-value	OR	IC 95%	p-value
<b>Classe d'età</b>												
50-59 anni	1,00											
60-69 anni	<i>0,64</i>	<i>0,57 0,71</i>	<i>0,000</i>	<i>1,09</i>	<i>0,94 1,25</i>	<i>0,258</i>	<i>1,14</i>	<i>1,03 1,26</i>	<i>0,011</i>	<i>1,21</i>	<i>1,06 1,39</i>	<i>0,006</i>
<b>Livello d'istruzione</b>												
Nessuno/elementare	1,00											
Media inferiore	<i>1,22</i>	<i>1,06 1,41</i>	<i>0,006</i>	<i>0,93</i>	<i>0,77 1,12</i>	<i>0,428</i>	<i>0,86</i>	<i>0,76 0,98</i>	<i>0,019</i>	<i>0,64</i>	<i>0,54 0,75</i>	<i>0,000</i>
Media superiore	<i>1,38</i>	<i>1,19 1,61</i>	<i>0,000</i>	<i>1,24</i>	<i>1,03 1,50</i>	<i>0,022</i>	<i>0,73</i>	<i>0,64 0,84</i>	<i>0,000</i>	<i>0,45</i>	<i>0,38 0,54</i>	<i>0,000</i>
Laurea	<i>1,22</i>	<i>0,99 1,50</i>	<i>0,067</i>	<i>1,44</i>	<i>1,11 1,87</i>	<i>0,006</i>	<i>0,57</i>	<i>0,47 0,70</i>	<i>0,000</i>	<i>0,40</i>	<i>0,31 0,52</i>	<i>0,000</i>
<b>Difficoltà economiche</b>												
Molte	1,00											
Qualche	<i>0,63</i>	<i>0,54 0,74</i>	<i>0,000</i>	<i>0,92</i>	<i>0,74 1,16</i>	<i>0,485</i>	<i>0,78</i>	<i>0,68 0,91</i>	<i>0,001</i>	<i>0,81</i>	<i>0,68 0,98</i>	<i>0,029</i>
Nessuna	<i>0,51</i>	<i>0,43 0,59</i>	<i>0,000</i>	<i>1,04</i>	<i>0,83 1,29</i>	<i>0,746</i>	<i>0,68</i>	<i>0,58 0,78</i>	<i>0,000</i>	<i>0,57</i>	<i>0,47 0,69</i>	<i>0,000</i>
<b>Cittadinanza</b>												
Italiana	1,00			1,00			1,00					
Straniera	<i>0,58</i>	<i>0,43 0,77</i>	<i>0,000</i>	<i>0,70</i>	<i>0,47 1,06</i>	<i>0,093</i>	<i>0,96</i>	<i>0,75 1,24</i>	<i>0,777</i>	<i>1,48</i>	<i>1,06 2,06</i>	<i>0,020</i>
<b>Esecuzione test screening</b>												
Tutti e tre nei tempi raccomandati	1,00			1,00			1,00			1,00		
Uno/due dei tre entro i tempi raccomandati	<i>1,28</i>	<i>1,15 1,42</i>	<i>0,000</i>	<i>1,02</i>	<i>0,89 1,16</i>	<i>0,796</i>	<i>1,39</i>	<i>1,26 1,53</i>	<i>0,000</i>	<i>1,21</i>	<i>1,07 1,38</i>	<i>0,003</i>
Nessuno dei tre mai eseguiti/tutti oltre i tempi	<i>1,69</i>	<i>1,37 2,07</i>	<i>0,000</i>	<i>1,65</i>	<i>1,27 2,12</i>	<i>0,000</i>	<i>2,02</i>	<i>1,67 2,44</i>	<i>0,000</i>	<i>1,47</i>	<i>1,14 1,89</i>	<i>0,003</i>



**Figura** - Fattori di rischio comportamentali nei tre gruppi di donne di 50-69 anni individuati. Dati sorveglianza PASSI 2010-13. Regioni con programmi di screening organizzati e funzionanti

più alta nel secondo e terzo gruppo di donne rispetto al primo; inoltre, nel terzo gruppo gli OR appaiono più elevati che nel secondo (Tabella).

**Conclusioni**

Pur con i limiti e i *bias* legati alla raccolta di dati tramite interviste telefoniche (quali, ad esempio, *bias* di selezione, ricordo, telescopico, ecc.), PASSI mostra come le donne che non eseguono i tre screening oncologici siano svantaggiate dal punto di vista socioeconomico e abbiano una minore attenzione alla propria salute. Questo studio, raccogliendo le informazioni su partecipazione allo screening e fattori

di rischio nello stesso momento, permette di quantificare l'associazione fra questi comportamenti, ma non di accertare nessi causali. ■

**Dichiarazione sul conflitto di interessi**

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

**Riferimenti bibliografici**

1. Fredman L, Sexton M, Cui Y, *et al*. Cigarette smoking, alcohol consumption, and screening mammography among women ages 50 and older. *Prev Med* 1999;28(4):407-17.

2. Carlos RC, Fendrick AM, Patterson SK, *et al*. Associations in breast and colon cancer screening behavior in women. *Acad Radiol* 2005;12(4):451-8.

3. Rakowski W, Clark MA, Truchil R, *et al*. Smoking status and mammography among women aged 50-75 in the 2002 behavioral risk factor surveillance system. *Women Health* 2005;41(4):1-21.

4. Nash D, Chan C, Horowitz D, *et al*. Barriers and missed opportunities in breast and cervical cancer screening among women aged 50 and over, New York City, 2002. *J Womens Health* 2007;16(1):46-56.

5. Gruppo Tecnico nazionale PASSI. *Sistema di sorveglianza PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia): risultati 2007*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2009 (Rapporti ISTISAN 9/31).

6. Gruppo Tecnico nazionale PASSI. Rapporto nazionale PASSI 2013: descrizione del campione ([www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2013/campione.asp](http://www.epicentro.iss.it/passi/rapporto2013/campione.asp)).

7. Minardi V, Campostrini S, Carrozzi G, *et al*. Social determinants effects from the Italian risk factor surveillance system PASSI. *Int J Public Health* 2011;56(4):359-66.

8. De Giacomi GV, Seniori Costantini A, Calamita ML, *et al*. La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. 2009 ([www.ccm-network.it/documenti\\_Ccm/prg\\_area5/Prg\\_5-Immigrati\\_metodologia.pdf.pdf](http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5-Immigrati_metodologia.pdf.pdf)).

# IL GIOCO D'AZZARDO NELLA PROVINCIA AUTONOMA DI TRENTO: SPERIMENTAZIONE DI UN MODULO AGGIUNTIVO PASSI (2014)

Laura Battisti<sup>1</sup>, Vanessa Agostino<sup>2</sup>, Stefano Caneppele<sup>2</sup>, Valentina Molin<sup>3</sup>, Elena Contrini<sup>1</sup>, Laura Ferrari<sup>1</sup>, Maria Grazia Zuccali<sup>1</sup> e Pirous Fateh-Moghadam<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Osservatorio per la Salute, Dipartimento Salute e Solidarietà Sociale, Provincia Autonoma di Trento; <sup>2</sup>Transcrime, Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e Università degli Studi di Trento; <sup>3</sup>Dipartimento di Sociologia e Ricerca Sociale, Università degli Studi di Trento

**SUMMARY** (*Gambling in the Autonomous Province of Trento. Results of an experimental module embedded in the PASSI surveillance system*) - Since its liberalisation in Italy, gambling and gambling-related problems are an increasing public health issue much debated among public health experts, social workers, political decision makers, and the general public. In 2014 a survey based on telephone interviews of a representative sample of the adult population (age 18-69, n=498) of the Autonomous Province of Trento was conducted by embedding a special module in the questionnaire of the behavioural risk factor surveillance system PASSI. Main objectives were the collection of data on the prevalence of pathological or problem gambling, broken down by socio-economic, demographic and other health related variables. Compared to the perception in the public opinion the results show a relatively low prevalence of problem gambling (3,4% of the whole population, 11% of the gamblers), a modest amount of time spent by gambling, and little knowledge of the public health services available for problem gambling. Due to sample size and low prevalence of problem gambling it was not possible to perform subgroup analyses. On local level the usefulness of the integration of the gambling module in the PASSI questionnaire seems very limited, on national level it remains debatable.

**Key words:** gambling; behavioral risk factor; surveillance system

[laura.battisti@provincia.tn.it](mailto:laura.battisti@provincia.tn.it)

## Introduzione

Il gioco d'azzardo è una pratica presente in tutte le culture e conta diverse modalità di espressione, dalle scommesse informali alle attività offerte dai casinò. Negli ultimi anni ha conosciuto anche in Italia un forte incremento e ha mutato le modalità, diventando accessibile a gruppi sempre più ampi di popolazione. Recenti normative hanno permesso una capillarizzazione senza precedenti sul territorio di sale scommesse ed esercizi commerciali autorizzati alla detenzione di *slot-machine*. Per le persone più fragili il gioco può diventare un problema, fino ad assumere le forme di una dipendenza. La problematica emergente ha suscitato grande interesse in ambito politico, sociale e sanitario (1, 2).

A oggi non esistono in Italia rilevazioni sistematiche in grado di descrivere il problema in termini di dimensione, caratteristiche e trend (3). Per rispondere a queste esigenze conoscitive è stata condotta un'indagine trasversale, nell'ambito del Progetto Pre.Gio - Monitoraggio e prevenzione del gioco d'azzardo patologico in Trentino finanziato dalla Provincia Autonoma (PA) di Trento (4), con l'obiettivo di:

- stimare prevalenza del gioco e delle diverse tipologie di giocatore (sociale, a rischio, problematico/patologico), caratteristiche dei giocatori, frequenza di gioco, giochi e luoghi preferiti, conoscenza dei servizi, eventuale compresenza di altri rischi per la salute;
- valutare la fattibilità e l'appropriatezza dell'inserimento di un modulo specifico sul gioco d'azzardo all'interno del questionario del sistema di sorveglianza nazionale PASSI (Progressi

per le Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) come strumento di monitoraggio del fenomeno.

## Materiali e metodi

Per lo studio sono state campionate (campionamento stratificato per genere e classe d'età), dalla lista dell'anagrafe sanitaria dei residenti nella PA di Trento, 500 persone di età compresa tra i 18 e i 69 anni. Attraverso interviste telefoniche, condotte da personale formato, è stato somministrato il questionario PASSI 2014, opportunamente modificato. Al fine di mantenere la durata dell'intervista entro i 20 minuti, sono state stralciate le sezioni relative agli screening e al trasporto attivo ed è stato aggiunto il modulo sul gioco d'azzardo. Tale modulo è costituito da 15 domande: 9 indagano la frequenza di gioco, i giochi, i luoghi abituali e la conoscenza dei servizi a disposizione della popolazione; 6 fanno riferimento al questionario Problem Gambling Severity Index/Canadian Problem Gambling Index (5) e permettono di calcolare, sulla base di un punteggio assegnato alle diverse modalità di risposta, un indice che classifica i giocatori in: sociali (assenza di aspetti problematici), a rischio basso, a rischio moderato, problematici/patologici (*cf.* box p. iv).

L'analisi delle prevalenze (esprese in termini percentuali, con intervallo di confidenza al 95%) è stata condotta tenendo conto di una specifica pesatura dei dati per controllare eventuali scostamenti, dovuti a possibili arrotondamenti nell'assegnazione delle interviste agli strati, tra il campione in studio e l'atteso. L'analisi statistica è stata condotta con il programma S.A.S. 9.13.

## Risultati

Nel periodo aprile-maggio 2014 sono state somministrate 498 interviste (99,6% dell'atteso), con un tasso di risposta dell'88,1% (tasso di rifiuto 7,3% - tasso di non reperibilità 4,6%).

Il 74% (n. 368; IC 70,2%-77,8%) degli intervistati dichiara di non avere giocato, nei 3 mesi precedenti l'intervista, a giochi finalizzati a una vincita economica. Del restante 26% che ha giocato d'azzardo, l'87% (n. 113; IC 81,2%-92,9%) gioca in assenza di aspetti problematici, l'11% (n. 15; IC 5,9%-16,9%) presenta un basso rischio di sviluppare dipendenza e l'1,5% (n. 2; 0%-3,6%) un rischio moderato. Tra gli intervistati nessuno risulta essere un giocatore problematico/patologico. Può essere considerato giocatore con un qualche rischio il 3,4% dell'intero campione che, rapportato alla popolazione, porta a una stima di circa 12.000 persone adulte nella PA di Trento. Le basse prevalenze non hanno permesso di condurre analisi per sottogruppi di popolazione, né di valutare eventuali relazioni tra gioco problematico e fattori sociodemografici (età, situazione economica, titolo di studio) o comportamenti a rischio (fumo e consumo di alcol).

Nella PA di Trento il gioco più diffuso è il *Gratta e vinci* (68%; IC 59,8%-75,5%), seguito dal *Lotto* e *Superenalotto* (20%; IC 13,3%-27,2%) e dal *Totocalcio*, *Totip* e *scommesse sportive* (7%; IC 2,4%-10,7%). Quasi tutti i giocatori (92%; IC 87,3%-96,6%) giocano nei bar e nelle tabaccherie, solo il 4% (IC 0,5%-7,5%) gioca da casa propria.

Il 30% (IC 22,2%-38,1%) di chi gioca pratica il gioco meno di una volta al mese, il 53% (IC 43,9%-61,3%) da una a quattro ►

## Individuazione del rischio di dipendenza

### A. Domande che identificano il rischio

1. Le è mai capitato di giocare più di quanto la sua disponibilità economica permettesse?
2. Quando ha giocato, le è capitato di tornare ancora nei giorni successivi per tentare di vincere quanto aveva perso?
3. I soldi che spende nel gioco hanno mai causato problemi finanziari a lei o alla sua famiglia?
4. Il tempo trascorso giocando le ha mai causato problemi familiari, lavorativi o di salute?
5. Si è mai sentito in colpa per il suo modo di giocare o per le conseguenze del suo gioco?
6. Le è mai capitato che qualcuno le abbia suggerito di giocare meno o l'abbia criticata per il suo modo di giocare?

### B. Modalità di risposta e punteggio assegnato

- Mai → 0
- A volte → 1
- La maggior parte delle volte → 2
- Quasi sempre → 3

### C. Indice (pari alla somma delle risposte alle 6 domande) di classificazione dei giocatori

- 0 → sociali, assenza di aspetti problematici
- 1-2 → a rischio basso
- 3-7 → a rischio moderato
- 8+ → problematici/patologici

volte al mese, il 16% (IC 9,4%-21,9%) qualche volta alla settimana (da 5 a 15 volte al mese) e solo l'1,5% (IC 0%-3,7%) gioca tutti i giorni. Nelle giornate in cui gli intervistati giocano, l'83% (IC 76,3%-89,4%) dedica al gioco al massimo 5 minuti, il 12% (IC 6,5%-18,1%) dai 10 ai 15 minuti e il 3% (IC 0,1%-6,4%) e il 2% (IC 0%-3,7%), rispettivamente, un'ora e più di un'ora.

Sebbene di recente sia stata condotta un'importante campagna di sensibilizzazione e di informazione da parte dell'amministrazione pubblica, la conoscenza dei servizi dedicati alle persone con comportamenti a rischio rispetto al gioco messi a disposizione della popolazione è poco adeguata. Meno della metà degli intervistati (il 44%; IC 40,3%-49,1%) saprebbe a chi rivolgersi per aiutare una persona con problemi di gioco; tra questi il 29% si rivolgerebbe al Servizio delle dipendenze patologiche, ai servizi sociali o alla ASL più in generale, il 20% chiederebbe aiuto a uno psicologo, il 12% al medico di medicina generale, il 12% a familiari e/o amici, il 5% si rivolgerebbe alle associazioni di volontariato o alla parrocchia.

Riguardo alla valutazione dell'ipotesi di inserimento del modulo "gioco d'azzardo" nel questionario PASSI è stata osservata una buona accettabilità dell'intero modulo: gli intervistatori non hanno riferito alcun problema nel somministrare domande che, in parte, toccano argomenti sensibili, gli intervistati hanno permesso di portare a termine tutte le interviste non mostrando alcun tipo di resistenza nell'affrontare l'argomento. Le domande che identificano con maggior frequenza i giocatori a rischio sono

due e riguardano i tentativi di recupero della perdita al gioco e l'aver ricevuto critiche e/o suggerimenti di giocare di meno. Queste due domande, unitamente a quella in cui si chiede se la posta messa in gioco abbia mai superato la disponibilità economica della persona, sono state sufficienti a intercettare tutti i giocatori a rischio. Pare, dunque, possibile ridurre il numero di domande per la classificazione del rischio e di conseguenza l'intero modulo, aspetto di non secondaria importanza considerata la lunghezza del questionario PASSI.

### Conclusioni

L'indagine evidenzia una bassa prevalenza del gioco a rischio nella PA di Trento, il poco tempo dedicato al gioco e la limitata conoscenza da parte della popolazione dei servizi messi a disposizione per le persone con problemi legati al gioco.

Trattandosi di dati autoriferiti, il *bias* della desiderabilità sociale e la conseguente sottostima del fenomeno rappresentano un limite dell'indagine. Tuttavia, indagini postali, meno influenzate dalla desiderabilità sociale, condotte su campioni di popolazione adulta, riportano prevalenze, sia a livello provinciale sia nazionale, sovrapponibili a quelle del presente studio (6). Inoltre, dati preliminari di un'indagine condotta nella PA di Trento nelle scuole secondarie di secondo grado sul consumo di alcol, sull'abuso di sostanze e sulla pratica del gioco evidenziano una bassa prevalenza di giocatori tra i ragazzi e al contempo alte prevalenze di comportamenti illeciti, come il consumo di alcol e di stupefacenti.

La ridotta diffusione del fenomeno del gioco d'azzardo nella popolazione consente, a livello di ASL, di stimare esclusivamente la prevalenza del gioco a rischio e non permette di sviluppare analisi statistiche e valutazioni epidemiologiche più dettagliate, volte a una migliore caratterizzazione dei giocatori. Pertanto, per le singole ASL, la somministrazione aggiuntiva del modulo sul gioco d'azzardo al questionario PASSI appare onerosa e poco informativa. D'altro canto, dati aggregati di livello regionale e nazionale permetterebbero analisi dettagliate utili a fini programmatori e valutativi per gli organi centrali di sanità pubblica. ■

### Dichiarazione sul conflitto di interessi

*Gli autori dichiarano che non esiste alcun potenziale conflitto di interesse o alcuna relazione di natura finanziaria o personale con persone o con organizzazioni, che possano influenzare in modo inappropriato lo svolgimento e i risultati di questo lavoro.*

### Riferimenti bibliografici

1. Dipartimento Politiche Antidroga. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Relazione annuale al parlamento 2014 sull'uso di sostanze stupefacenti e tossicodipendenze in Italia ([www.politicheantidroga.it/media/646882/relazione%20annuale%20al%20parlamento%202014.pdf](http://www.politicheantidroga.it/media/646882/relazione%20annuale%20al%20parlamento%202014.pdf)).
2. Crivellari L. Il gioco d'azzardo patologico. Tra cura medica e cura educativa (tesi di laurea aa. 2006-07) ([www.cedostar.it/tesi/crivellari\\_gioco\\_azzardo\\_patologico\\_tesi.pdf](http://www.cedostar.it/tesi/crivellari_gioco_azzardo_patologico_tesi.pdf)).
3. Serpelloni. Indagine conoscitiva relativa agli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo. Relazione XII Commissione permanente Affari sociali, Roma 2012.
4. Progetto Pre.Gio (<http://progettopeno.it>).
5. Problem Gambling Severity Index - PGSI ([www.problemgambling.ca/en/resourcesforprofessionals/pages/problemgamblingseverityindexpgsi.aspx](http://www.problemgambling.ca/en/resourcesforprofessionals/pages/problemgamblingseverityindexpgsi.aspx)).
6. Indagine IPSAD (Italian Population Survey on Alcohol and other Drugs). ([www.epid.ifc.cnr.it/epidnewENG/index.php?option=com\\_content&view=article&id=107&Itemid=197](http://www.epid.ifc.cnr.it/epidnewENG/index.php?option=com_content&view=article&id=107&Itemid=197)).

#### Comitato scientifico

C. Donfrancesco, L. Galluzzo, I. Lega, M. Maggini, L. Palmieri, A. Perra, F. Rosmini, P. Luzi  
Centro Nazionale di Epidemiologia,  
Sorveglianza e Promozione della Salute, ISS

#### Comitato editoriale

P. De Castro, C. Faralli, A. Perra, S. Salmasso

#### Istruzioni per gli autori

[www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp](http://www.epicentro.iss.it/ben/come-preparare.asp)

e-mail: [ben@iss.it](mailto:ben@iss.it)