SENATO DELLA REPUBBLICA

XVII LEGISLATURA

Doc. XXX
n. 1

RELAZIONE

SUI DATI RELATIVI ALLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

(Anno 2012 e primo semestre 2013)

(Articolo 131 del testo unico di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309)

Presentata dal Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio

(PATRONI GRIFFI)

Comunicata alla Presidenza il 19 luglio 2013

PAGINA BIANCA

Indice

SINTESI

PARTE PRIMA: DIMENSIONE DEL FENOMENO

I.1. CONSUMO DI DROGA

I.1.1. Survey 2012 GPS popolazione generale 18-64 anni
I.1.2. Survey 2013 SPS popolazione scolastica 15-19 anni
I.1.3. Le nuove droghe registrate in Italia dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce
I.1.4. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio – DTLR -)
I.1.5. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue, anno 2012

I.2. SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO

I.2.1. Prevalenza da fonti sanitarie
I.2.2. Prevalenza da fonti non sanitarie

I.3. SOGGETTI IN TRATTAMENTO

I.3.1 Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)
I.3.2 Caratteristiche degli utenti in trattamento

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.4.1. Malattie infettive droga-correlate
I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga-correlate
I.4.3. Dati malattie infettive 2012 (Flusso SIND)
I.4.4. Incidenti stradali droga-correlati
I.4.5. Mortalità acuta droga-correlata
I.4.6. Mortalità tra i consumatori di droga

I.5. GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO

I.5.1. Introduzione
I.5.2. Quadro epidemiologico in Italia
I.5.3. Le indagini GPS-DPA e SPS-DPA 2013
I.5.4 Dati finanziari
I.5.5 Conclusioni

PARTE SECONDA: PROGRAMMAZIONE E ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.1. NORMATIVE SULLE DROGHE

II.1.1. La nuova proposta di regolamento del Parlamento Europeo e del Consiglio COM (2012) 548, tendente a prevenire la diversione del principale precursore dell'eroina
II.1.2.Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2012
II.1.3.Normative regionali approvate nell'anno 2012

II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2012
II.2.2. Amministrazioni Centrali
II.2.3. Amministrazioni Regionali
II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario
II.2.5. Analisi dei costi/benefici

II.3. ATTIVITA' ISTITUZIONALE DEL DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA IN AMBITO EUROPEO E INTERNAZIONALE

II.3.1. Sintesi dell'attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale
II.3.2. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l'Osservatorio Europeo di Lisbona (EMCDDA)

PARTE TERZA: INTERVENTI DI RISPOSTA AI BISOGNI SOCIO-SANITARI

III.1. PREVENZIONE PRIMARIA

III.1.1. Campagne informative di prevenzione
III.1.2. Prevenzione universale
III.1.3. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni
III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze
III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione
III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)
III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga-correlati

III.3. REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

III.3.1. Progetto di reinserimento sociale
III.3.2. Misure alternative alla detenzione

PARTE QUARTA: INTERVENTI DI CONTRASTO ALL'OFFERTA DI DROGA

IV.1. SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE

IV.1.1. Premesse
IV.1.2. Collaborazione con National Institute on Drug Abuse
IV.1.3. I centri collaborativi del Sistema
IV.1.4. Collaborazione con l'Arma dei Carabinieri
IV.1.5. Principali attività del Sistema nel 2012
IV.1.6. Altre attività
IV.1.7. I risultati
IV.1.8. Sintomi inattesi e atipici dopo l'assunzione
IV.1.9. Monitoraggio web per la prevenzione dell'offerta di droghe – Offerta di sostanze su internet (tipologia di prodotti e modalità di commercializzazione)
IV.1.10. Monitoraggio online dei rave party
IV.1.11. Cannabis con elevate percentuali di principio attivo
IV.1.12. Nuovi tagli e/o adulteranti
IV.1.13. Legislazione
IV.1.14. Conclusioni

IV.2. MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

IV.2.1. Produzione, offerta e traffico di droga
IV.2.2. Prezzo e purezza
IV.2.3. Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti
IV.2.4. Interventi delle Forze dell'Ordine
IV.2.5. Interventi della Giustizia
IV.2.6. Criminalità droga-correlata

PARTE QUINTA: SCHEDE AMMINISTRAZIONI

V.1. AMMINISTRAZIONI CENTRALI

V.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri
V.1.2. Ministero della Salute
V.1.3. Ministero della Giustizia
V.1.4. Ministero dell'Interno
V.1.5. Ministero degli Affari Esteri
V.1.6. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
V.1.7 Ministero della Difesa
V.1.8. Comando Generale della Guardia di Finanza

V.2. REGIONI E PROVINCE AUTONOME

V.2.1. Indicatori di sintesi
V.2.2. Comparazione dei dati delle Regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dal valore nazionale
V.2.3. Relazioni conclusive

PARTE SESTA: INDICAZIONI GENERALI

VI.1. PIANO DI AZIONE

VI.1.1. Monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 (a cura di ITC-ILO)

VI.2. RASSEGNA ICONOGRAFICA DEI MATERIALI PRODOTTI DAL DPA E ATTIVITÀ COLLEGATE

VI.2.1. Progetto "Elementare ma non troppo ... "
VI.2.2. Aggiornamento dati siti web con informazione antidroga
VI.2.3 Pubblicazioni Dipartimento Politiche Antidroga 2008-2012

PARTE SETTIMA: DIMENSIONE DEL FENOMENO NELLA POPOLAZIONE FEMMINILE

VII.1. FOCUS DONNA

VII.1.1. I consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione generale femminile e nelle studentesse 15-19 anni

VII.1.2. Donne con bisogno di trattamento e domanda di trattamenti

VII.1.3 Malattie infettive droga correlate

VII.1.4 Morbilità e mortalità droga correlata

VII.1.5 Mortalità acuta droga correlate

PAGINA BIANCA

REPORT NAZIONALE

USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA.
(su dati 2012 e primo semestre 2013)

SINTESI

PAGINA BIANCA

SINTESI DEL REPORT NAZIONALE SULL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI E SULLO STATO DELLE TOSSICODIPENDENZE IN ITALIA

Dati relativi all'anno 2012-2013 (primo semestre)

Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

IL PIANO D'AZIONE NAZIONALE ANTIDROGA 2010-2013

Strategie nazionali innovative e coerenti con le indicazioni derivanti dalla V Conferenza Nazionale sulle Droghe e dal Piano d'Azione Europeo

Il Piano Nazionale di Azione Antidroga 2010-2013 (PAN) è stato messo a punto dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con i vari Ministeri e le Regioni e le Province Autonome partecipanti al gruppo di lavoro. Il documento rappresenta il riferimento strategico per le politiche di settore per il triennio di sua applicazione, basandosi anche sulle analisi condivise con gli operatori del settore nel corso della V Conferenza Nazionale di Trieste e dai lavori dei gruppi post conferenza, oltre che in coerenza con le indicazioni del Piano d'Azione Europeo. Il PAN declina le strategie di intervento in modo pragmatico ed essenziale in maniera da poter essere adattato e declinato in base alle diverse realtà territoriali esistenti nel nostro Paese. Risulta pertanto uno strumento flessibile di particolare importanza nell'orientare lo sviluppo di azioni concrete, organizzate e coordinate tra il Dipartimento Nazionale e le Regioni/Province Autonome che vorranno adottarlo.

Le principali aree su cui concentrare l'attenzione e gli interventi per gli anni futuri con un approccio bilanciato e integrato sono:

5 principali aree di intervento con particolare enfasi per la prevenzione, la riabilitazione ed il reinserimento socio-lavorativo

1. la prevenzione ed in particolar modo quella precoce e orientata ai gruppi più vulnerabili (selettiva) con una forte attenzione allo sviluppo dei programmi di diagnosi precoce da disturbi comportamentali, dell'uso occasionale di sostanze e della dipendenza.
2. La cura e prevenzione delle patologie correlate (overdose e infezioni da HIV, epatiti, etc.) che devono essere offerte attivamente e precocemente in tutte le varie forme possibili (in strada, ambulatoriali, residenziali) e conservando quanto più possibile la continuità assistenziale verso percorsi riabilitativi finalizzati al reinserimento socio-lavorativo e alla guarigione
3. Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo, come pilastro portante e centrale delle nuove politiche e strategie di intervento nel campo delle tossicodipendenze
4. Monitoraggio costante e tempestivo del fenomeno (anche mediante il Sistema Nazionale di Allerta Precoce) e valutazione degli esiti dei trattamenti quale requisito di finanziabilità degli interventi.
5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile sul territorio e sulla rete web al fine di creare situazioni di deterrenza e disincentivanti all'interno di un approccio bilanciato tra offerta preventiva, terapeutica e azioni finalizzate al contrasto della produzione illegale, dello spaccio e del traffico.

Figura 1: Le 5 principali aree di intervento del Piano di Azione Nazionale Antidroga

Importante piano di progetti attivato a sostegno delle azioni

Tutte la azioni e le raccomandazioni contenute nel PAN trovano inoltre coerente sostegno finanziario, oltre agli ingenti fondi investiti dalle amministrazioni regionali per le attività correnti, anche nella attività progettuali messe in essere in questi anni dal Dipartimento attraverso la definizione di appropriati piani progettuali condivisi con I Ministeri interessati, molte Regioni e Province Autonome, centri di ricerca oltre che con le associazioni del privato sociale e del volontariato.

Risultati positivi ottenuti negli ultimi 5 anni

I dati sotto riportati riconfermano la validità di questa impostazione strategica e delle azioni messe in atto dalle varie amministrazioni regionali che hanno portato in questi ultimi cinque anni il nostro paese ad avere una riduzione e in certi casi ad una stabilizzazione dei consumi di sostanze stupefacenti e alcoliche. Segnali non positivi derivano però dalle giovani generazioni che, se pur con aumenti contenuti, anche in relazione alla promozione soprattutto su internet di questa droga hanno aumentato l'uso di cannabis. Strettamente monitorate le nuovo droghe sintetiche in offerta su internet o negli smart shop, grazie alla tempestiva azione del sistema nazionale di allerta. Da segnalare il positivo trend quasi decennale che ha portato ad una riduzione della mortalità droga-correlata e della diffusione delle infezioni da HCV e HBV, ad eccezione di una tendenziale ripresa della diffusione dell'HIV tra i nuovi utenti dei Ser.T., da riconfermare e tenere sotto controllo. Un ulteriore segno positivo deriva anche dalla continua riduzione delle persone ricoverate nei reparti ospedalieri per vari motivi droga correlati. Il sistema generale di contrasto al traffico ed allo spaccio ha fatto registrare anch'esso, inoltre, la positiva diminuzione del numero di soggetti carcerati per violazione del DPR 309/90, e contestualmente la persistenza anche se ulteriormente incrementabile, del numero di tossicodipendenti che escono dal carcere in applicazione delle misure alternative. Il beneficio delle azioni di deterrenza e di controllo attivate, si misurano anche nella riduzione dei morti e dei feriti in incidenti stradali alcol e droga correlati, oltre che una diminuzione delle infrazioni per la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti e/o alcol. Anche l'introduzione del drug test dei lavoratori con mansione a rischio ha rilevato una riduzione dei soggetti risultati positivi.

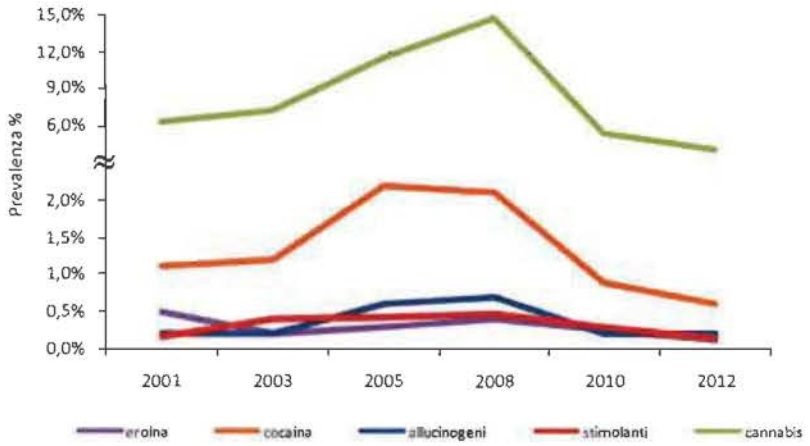
I.1 CONSUMO DI DROGA

Quadro generale

Le analisi del consumo di sostanze stupefacenti in Italia sono state eseguite utilizzando diverse ed indipendenti fonti informative al fine di poter stimare il più correttamente possibile il fenomeno da vari punti di vista. Nel 2012, sulla base dell'indagine di popolazione generale (GPS-ITA) condotta su un campione rappresentativo di circa 19.000 italiani (percentuale di adesione del 33,4%) è stato stimato il numero totale dei consumatori (intendendo con questo termine sia quelli occasionali che con dipendenza da sostanze con uso quotidiano) pari a 2.327.335 (da 2.127.000 a 2.548.000, intervallo al livello 1-α=95%) persone.
L'analisi generale dell'andamento dei consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi, riferiti alla popolazione nazionale 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione del numero dei consumatori già osservata nel 2010 per tutte le sostanze considerate, anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nel 2010 (Figura 2).

Figura 2: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2001-2012

Continua la tendenza alla diminuzione globale dei consumatori nella popolazione generale



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

Le persone che hanno dichiarato di aver usato stupefacenti almeno una volta negli ultimi 12 mesi sono: 0,12% per l'eroina (0,24% nel 2010), 0,6% per la cocaina (0,89% nel 2010), 4,01% per la cannabis (5,33% nel 2010), per gli stimolanti (ecstasy e/o amfetamine) 0,13% (0,29% nel 2010), per gli allucinogeni 0,19% (0,21% nel 2010).

Tabella 1: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2010-2012

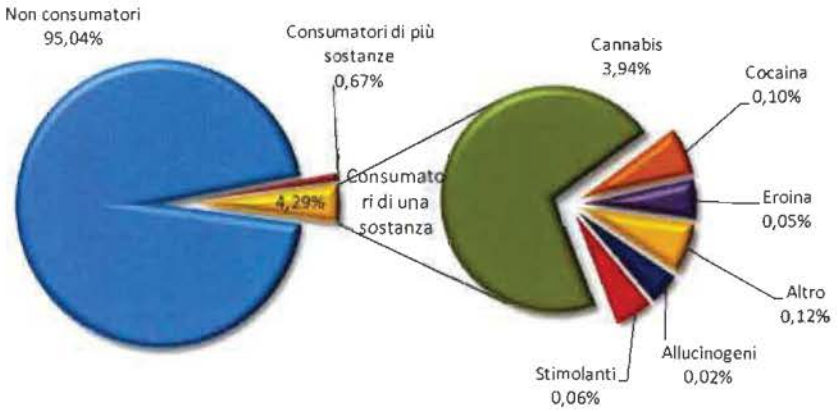
Propensione alla diminuzione dei consumatori (LYP) tra 2010 e 2012

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012	Differenza 2010-2012
Cannabis	5,33	4,01	-1,32
Cocaina	0,89	0,60	-0,29
Eroina	0,24	0,12	-0,12
Stimolanti	0,29	0,13	-0,16
Allucinogeni	0,21	0,19	-0,02

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

Figura 3: Distribuzione della popolazione generale 15-64 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2012

Il 95,04% della popolazione 15-64 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 12 mesi

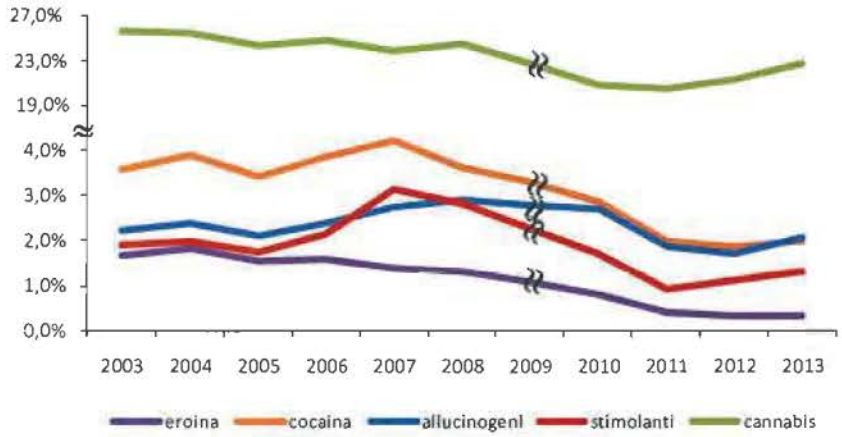


Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto del trend dei consumi di stupefacenti negli ultimi 11 anni, evidenzia una iniziale e progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis, caratterizzata da una certa variabilità fino al 2008, da una sostanziale stabilità nel biennio successivo 2010-2012 e una tendenza all'aumento nell'ultimo anno.
La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2012, stabilizzandosi nel 2013 a valori di prevalenza osservati nel 2011. In costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004, anno in cui è stata osservata la prevalenza di consumo più elevata nel periodo di riferimento, pur rimanendo a livelli inferiori al 2% degli studenti che hanno compilato il questionario. Negli ultimi anni il fenomeno si è stabilizzato.

Figura 4: Consumo di sostanza stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003-2013

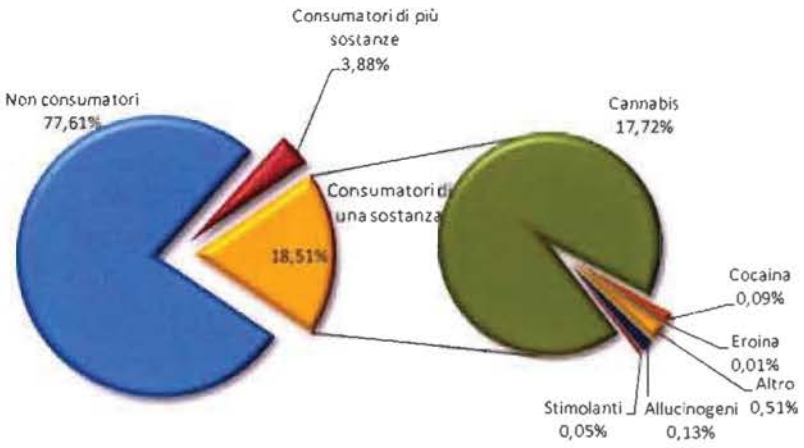
Indagine 2013 su soggetti con età 15-19 anni: lieve aumento dei consumatori (LYP) per-cannabis; variazione non significativa per allucinogeni, stimolanti, cocaina ed eroina



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

I consumatori di sostanze stimolanti seguono l'andamento della cocaina fino al 2011, ma negli ultimi due anni si osserva una lieve tendenza alla ripresa nei consumi. Per quanto riguarda, infine, la prevalenza del consumo di allucinogeni, essa, ha seguito un trend in leggero aumento nel primo periodo di osservazione, fino al 2008, seguito da una situazione di stabilità nel biennio successivo, con una contrazione dal 2010 al 2012; nell'ultimo anno si osserva, però, una lieve tendenza all'aumento del fenomeno.

Figura 5: Distribuzione degli studenti rispondenti 15-19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2013



Il 77,6% degli studenti 15-19 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 12 mesi

Fonte: Studi SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Lo studio 2013 sulla popolazione studentesca (su un campione di 34.385 soggetti di età compresa tra 15-19 anni con percentuale di risposta pari a circa il 75%) evidenzia le seguenti percentuali di consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi): cannabis 21,43% (19,14% nel 2012), cocaina 2,01% (1,86% nel 2012), eroina 0,33% (0,32% nel 2012), stimolanti (amfetamine e/o ecstasy) 1,33% (1,12% nel 2012) ed allucinogeni 2,08% (1,72% nel 2012).

Tabella 2: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2011-2013

Sostanza	Prevalenza 2011	Prevalenza 2012	Prevalenza 2013	Differenza 2012-2013
Cannabis	17,91	19,14	21,43	2,29
Cocaina	2,00	1,86	2,01	0,15
Eroina	0,41	0,32	0,33	0,01
Stimolanti	0,92	1,12	1,33	0,21
Allucinogeni	1,88	1,72	2,08	0,36

Consumatori (una o più volte negli ultimi 12 mesi):
- cannabis: +2,29
- cocaina: +0,15
- eroina: +0,01
- stimolanti: +0,21
- allucinogeni: +0,3

Fonte: Studi SPS-DPA 2011- 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

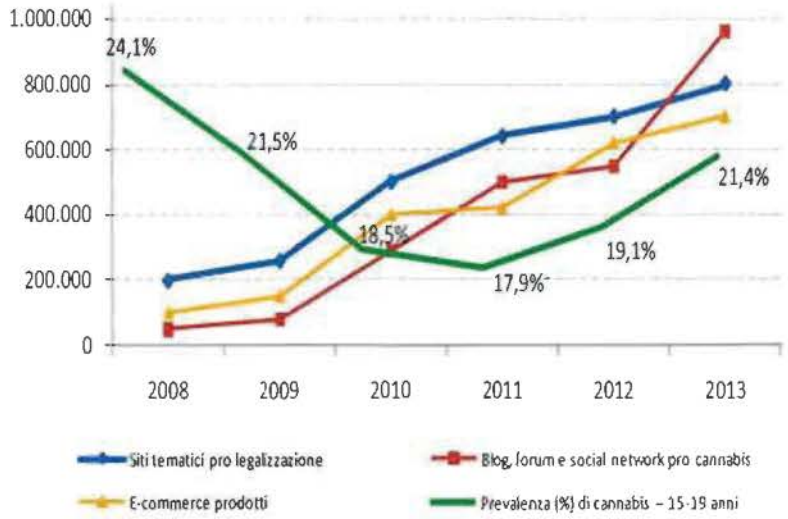
Parallelamente agli studi epidemiologici classici, il Dipartimento Politiche Antidroga, ha affidato all'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, i prelievi e l'analisi di campioni di acque reflue rilevati nel 2011 e nel 2012 presso 17 centri urbani distribuiti su tutto il territorio nazionale per la misura delle concentrazioni di residui di sostanze presenti nei campioni.

Il fenomeno cannabis su internet

Su internet, dal 2008 ad oggi, la promozione e i siti a favore sia della legalizzazione della cannabis che della vendita di prodotti per la sua produzione e consumo, si sono particolarmente ampliate e radicate.
Dai siti registrati come singolo dominio, ai blog, passando per gli shop-online e le pagine sui social network, gli utenti di tutto il mondo acquistano semi, si scambiano indicazioni circa la coltivazione e forniscono pareri sugli effetti delle diverse piante.
Da un'ampia analisi effettuata sui database accessibili sia degli enti istituzionali, che delle aziende di settore è stato possibile stimare che il numero dei siti tematici favorevoli alla legalizzazione e liberalizzazione o offrenti sostanze abbia abbondantemente superato nel

corso di quest'anno le 800.000 unità (dato sotto stimato). Una decisa progressione se si guarda il dato riferito all'anno 2008, in cui si parla di circa 200.000.
Crescita considerevole anche per quelle pagine (a cui si è potuto liberamente accedere) che trattano con motivazioni positive l'argomento cannabis all'interno dei social network, sui forum tematici o nei blog a carattere personale, di cui si stima un livello decisamente alto, favorito dal successo dell'aggregazione, soprattutto giovanile, in ambito virtuale. Il picco di 960.000 toccato a maggio del 2013 ha una proiezione in crescita del 2% entro fine anno.
Il discorso non cambia anche per il comparto e-commerce o meglio la vendita online di semi da collezione ed attrezzature per la germinazione. Sono ancora numerosissimi gli e-shop che mettono in vetrina dalle sementi ai kit d'illuminazione, passando per i fertilizzanti biologici specifici per la cannabis.
E' interessante notare l'andamento di crescita dei siti dal 2008 al 2013 dei siti pubblicizzanti o che pubblicizzano in vario modo l'uso di cannabis e metterlo in relazione con l'andamento dei consumi nella popolazione 15-19 anni. Questa fascia di età, infatti, è quella che più utilizza Internet e frequenta i social network. Come si può notare all'aumento della pressione di marketing è corrisposto, con un tempo di latenza dai 14 ai 24 mesi, un aumento di consumi di cannabis nelle fasce giovanili invertendo una tendenza alla diminuzione che si osservava dal 2008 e creando dal 2011 un incremento di circa 3 punti percentuale. Questo fenomeno deve fare riflettere anche sulla capacità di indurre consumi nei giovani da parte delle numerose offerte di sostanze stupefacenti su internet e della pubblicizzazione dei loro effetti spesso con pubblicità ingannevoli e che addirittura arrivano all'offerta di franchising. Da ricordare infine, che questi siti, spesso offrono contemporaneamente anche altre sostanze stupefacenti quali oppiacei, cocaina ma anche i cannabinoidi sintetici, mefedrone, piperazine ecc.

Figura 6: Diffusione dei siti pro-legalizzazione, dei blog, dei forum, dei social network e dell'e-commerce relativo a sementi e prodotti per la coltivazione di cannabis vs consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2008-2013



Fonte: Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella 3: Concentrazioni di sostanze stupefacenti nelle acque reflue. Anni 2010 e 2011

Sostanza	Consumi 2011	Consumi 2012	Differenza 2011-2012
Eroina (dosi/die 1.000 ab.)	2,15	2,05	-0,10
Cocaina (dosi/die 1.000 ab.)	5,56	6,69	1,13
Cannabis (dosi/die 1.000 ab.)	34,48	28,37	-6,10
Ecstasy (dosi/die 1.000 ab.)	0,06	0,05	-0,01
Amfetamine (dosi/die 1.000 ab.)	0,00	0,07	0,07
Metamfetamine (dosi/die 1.000 ab.)	0,24	0,25	0,01
Ketamina (grammi die)	2,29	2,84	0,55

Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Concentrazioni di sostanze nelle acque reflue:
- cannabis: -6,10
- cocaina: +1,13
- eroina: -0,10
- ecstasy: -0,01
- amfetamine: +0,0
- metamfetamine: +0,01
- ketamina: +0,55

Il consumo più consistente di sostanze stupefacenti si osserva per la cannabis, mediamente circa 28,4 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2012, con una sostanzialmente contrazione rispetto al dato medio riscontrato nel 2011 (34,5). Tra le sostanze in cui si osserva una contrazione dei consumi figurano l'eroina (2,1 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2012 vs 2,0 nel 2011) e l'ecstasy (0,06 vs 0,05). Un aumento dei consumi sono stati rilevati per la cocaina (5,6 vs 6,7), le amfetamine (0 vs 0,07), per le metamfetamine (0,24 vs 0,25) e per la Ketamina (2,3 vs 2,8).

Cocaina: consumo più consistente

Cannabis: consumi in contrazione

NUOVE DROGHE

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

Nuove droghe sintetiche: mercato in espansione ma sotto controllo in Italia

Bassa prevalenza d'uso nella popolazione italiana

Queste molecole sono ancora poco conosciute e riconoscibili dai normali laboratori. Pertanto, una delle difficoltà maggiori che si incontrano è proprio quella di identificarle precocemente. Ciò complica soprattutto il lavoro dei pronti soccorso e delle unità di emergenza a cui dal 2010 sono afferiti 41 casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici, 8 casi da catinoni sintetici e 10 da metossietamina. Nel 90% i casi sono avvenuti nel Nord Italia, in un range di età che va dai 15 ai 55 anni, con un'età media di 35 anni.

Registrati 59 primi casi di intossicazione acuta, soprattutto nel Nord Italia in una popolazione prevalentemente di giovani adulti

In collaborazione con il Ministero della Salute, queste nuove droghe sintetiche sono state rese illegali provvedendo all'inserimento nelle Tabelle delle sostanze stupefacenti non solo delle singole molecole ma anche dei loro analoghi strutturali. Oltre a questo, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, tramite l'Istituto Superiore di Sanità, ha provveduto a fornire ai propri centri collaborativi e laboratori gli standard analitici di riferimento per poter identificarle e quindi agevolare il lavoro delle forze dell'ordine che hanno, in questo modo, la capacità di identificarle velocemente, sequestrarle e perseguire efficacemente gli spacciatori. Ad oggi, il Sistema di Allerta (attraverso i 72 centri collaborativi e i 66 laboratori dei RIS/LASS) ha

Oltre 250 nuove molecole identificate in entrata sul territorio italiano ed europeo

identificato, dal 2009, oltre 250 nuove molecole segnalandole al Ministero della Salute per la tabellazione e provvedendo a diffondere su tutto il territorio nazionale allerte tempestive con informazioni tecnico-scientifiche per poter identificare più precisamente e tempestivamente i sintomi di intossicazione acuta e agire in maniera migliore con trattamenti adeguati.

Queste nuove sostanze vengono spesso utilizzate anche nei rave party illegali. Per questo, il Sistema di Allerta ha organizzato dal 2010 anche un sistema di monitoraggio della rete Internet per l'individuazione di questi eventi segnalandoli alle forze dell'ordine per poter intervenire in termini preventivi. Ad oggi sono stati segnalati 117 eventi, di cui il 67% è stato impedito o gestito dalle forze dell'ordine o dalle unità sanitarie mobili a fini preventivi.

Efficacia del sistema di prevenzione dei rave party illegali: 117 eventi segnalati; 67% impedito o gestito

Contemporaneamente, è stata monitorata dal Sistema di Allerta anche la rete web per la prevenzione delle offerte di queste droghe: dal 2011 sono stati individuati 59 siti web esclusivi per l'offerta di droghe, con server localizzati in Italia, e altre 451 pagine web che promuovevano e offrivano sostanze stupefacenti in siti non esclusivi per questa attività. Nel 63,6% dei casi si è arrivati alla rimozione degli annunci che offrivano sostanze, nel 20,6% alla chiusura della pagina web e nell'8,4% dei casi i siti sono stati completamente chiusi.

Monitorata anche la rete web: individuati 59 siti e 451 pagine web. 63,6% rimozione annunci; 20,6% chiusura pagina; 8,4% chiusura sito

Un'ulteriore sostanza che è stata monitorata è la ketamina che risulta anch'essa poco utilizzata ma che in questi anni sta tornando alla ribalta soprattutto nell'Italia del Nord e del Centro. L'insieme di ketamina, funghi e altri allucinogeni presenta una prevalenza percentuale di circa l'1,7% nella popolazione studentesca tra i 15-19 anni (uso almeno una volta negli ultimi 12 mesi), con un incremento di circa 0,4 punti percentuali dal 2012 al 2013.

Ketamina: "anestetico per cavalli", sostanza di nicchia ma in lieve crescita

POLICONSUMO

Il fenomeno del policonsumo, e quindi della polidipendenza, che da qualche anno è stato registrato prende sempre più piede soprattutto nelle fasce giovanili (15-19 anni, uso almeno una volta negli ultimi 30 giorni). L'uso contemporaneo o alternato di diverse droghe si caratterizza soprattutto nei giovani che spesso associano sequenzialmente droghe "up" con droghe "down". E' stato rilevato, infatti, che i consumatori di cannabis (sostanza primaria) usano anche contemporaneamente cocaina (sostanza secondaria) nel 5,6% dei casi, ed eroina (sostanza secondaria) nell'1,1%. I consumatori di cocaina (sostanza primaria) usano nell'84,5% dei casi anche cannabis (sostanza secondaria) e nel 16,4% eroina (sostanza secondaria). I consumatori di eroina (sostanza primaria) usano nell'85,3% dei casi anche cannabis (sostanza secondaria) e nell'83,9% cocaina. Da segnalare, inoltre, con percentuali variabili tra l'80 e il 93% dei casi di questa fascia di popolazione giovanile (consumatori di sostanze stupefacenti), l'uso contemporaneo di tabacco e alcol. L'uso di queste sostanze nelle fasce giovanili di non consumatori di sostanze stupefacenti (84,2% della popolazione italiana) risulta molto più ridotta essendo del 28% per il tabacco e del 52,8% per l'alcol. Questa fascia di non consumatori ha anche una prevalenza molto più ridotta di gioco d'azzardo patologico.

Nella popolazione generale (15-64 anni) (uso di sostanze almeno una volta negli ultimi 30 giorni), invece, il policonsumo risulta più ridotto e con diverse percentuali. Infatti, nei consumatori di cannabis (sostanza primaria) si registra un 6,1% di uso contemporaneo di cocaina (sostanza secondaria) e 1,4% di uso di eroina (sostanza secondaria). Nei consumatori di cocaina (sostanza primaria), il 48,8% consumava anche cannabis (sostanza secondaria), il 12,1% anche eroina (sostanza secondaria). Nei consumatori di eroina (sostanza primaria), il 39,5% consumava anche cannabis (sostanza secondaria), il 47,3% anche cocaina (sostanza secondaria). Nei consumatori di sostanze, l'uso contemporaneo di tabacco e alcol oscillava tra il 60 e l'83%. Nei non consumatori di sostanze, nella fascia di età 15-64 (97,9% della popolazione italiana), l'uso di tabacco era presente nel 22,7%, mentre l'uso di alcol era presente nel 52,1%.

Da sottolineare quindi, e soprattutto, la diversità che si riscontra nei giovani consumatori di

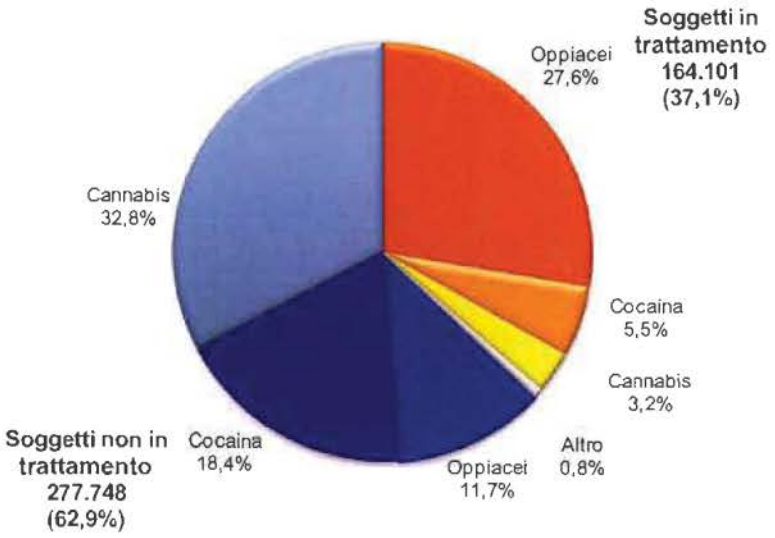
cocaina ed eroina come sostanze primarie, relativa all'alta frequenza (quasi doppia) di sostanze secondarie tra cui la cannabis che, normalmente, è stata usata come droga di iniziazione ("gateway") per poi permanere come droga secondaria di accompagnamento.

SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO (I.2) E SOGGETTI IN TRATTAMENTO (I.3)

438.500 il numero stimato di soggetti con bisogno di trattamento

I soggetti con dipendenza da sostanze (tossicodipendenti con bisogno di trattamento) risultano essere circa 438.500 (467.800 nel 2011) e rappresentano il 11,1/1000 residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni. Di questi, 277.748 (7,1/1000 residenti) non risultano essere in trattamento presso i servizi di assistenza, dei quali, circa 52.000 dipendenti da oppiacei (1,3/1000 residenti), 81.100 da cocaina (2,1/1000 residenti) e circa 145.000 per cannabis (3,7/1000 residenti).

Figura 7: Distribuzione percentuale dei soggetti con bisogno di trattamento, in soggetti assistiti e soggetti non assistiti per oppiacei cocaina e cannabis. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero Salute e Ministero Interno

(*) I soggetti in trattamento nel 2012 sono 164.101 di cui 111.798 per oppiacei. cocaina e cannabis e 52.303 per altre sostanze (psicofarmaci, allucinogeni, psicolarmaci, altre droghe).

Le regioni con maggior bisogno di trattamento per oppiacei sono, nell'ordine, Liguria, Basilicata Sardegna, Molise e Toscana che presentano una prevalenza superiore a 6,0/1000 residenti di età compresa tra 15 - 64 anni.

Diminuzione della richiesta di cura: 30.169 nuovi utenti nel 2012 (-1,2 punti percentuali rispetto al 2011)

I soggetti che hanno richiesto per la prima volta un trattamento sono stati 30.169 con un tempo medio di latenza stimato tra inizio uso e richiesta di primo trattamento di 6,1 anni (oscillante tra i 3,9 e gli 8,8 anni), differenziato da sostanza a sostanza (oppiacei 5,5 anni; cocaina 8,5 anni; cannabis 5,7 anni).

Arrivo al servizio più tardivo

L'età media dei nuovi utenti è 34,4 anni, con un arrivo ai servizi sempre più tardivo rispetto agli anni precedenti. Questo significa che vi è un aumento del tempo fuori trattamento con tutti i rischi che ne conseguono e quindi un arrivo sempre più tardivo ai servizi. Da segnalare il record italiano, rispetto alla media europea, per gli utenti in trattamento con età superiore di 39 anni, quale indicazione della tendenza alla cronicizzazione.

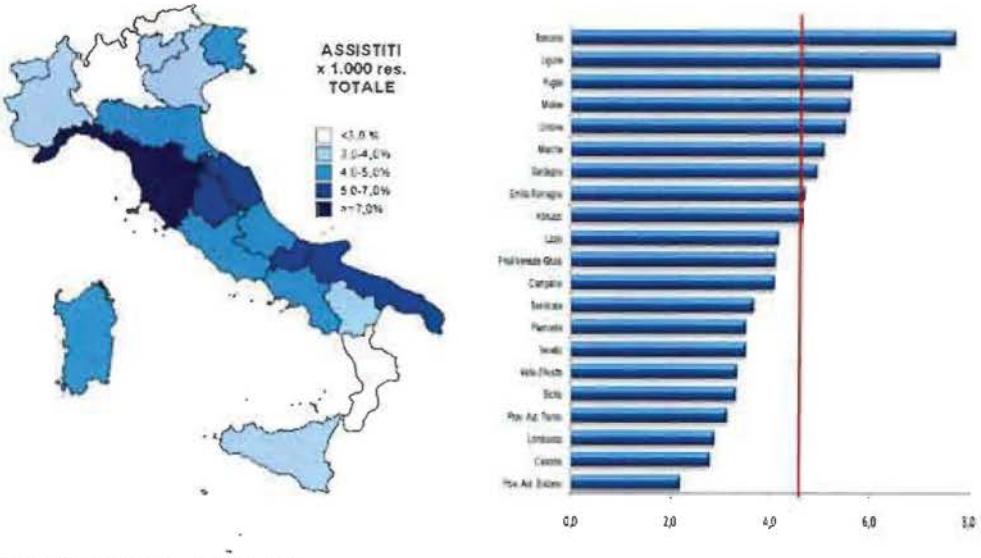
Sostanza primaria maggiormente

Le sostanze primarie maggiormente utilizzate dagli utenti in trattamento risultano essere il 74,4% oppiacei, il 14,8% cocaina e il 8,7% cannabis.

utilizzata: eroina

Le sostanze secondarie maggiormente utilizzate sono state la cannabis (30,5%) e la cocaina (28,5%).

Figura 8: Utenti assistiti dai Ser.T. x 1.000 residenti 15-64 anni per area geografica e scostamenti dalla media nazionale. Anno 2012



Fonte: Flusso SIND e schede ANN

164.101 utenti in trattamento nei Ser.T

Il totale delle persone in trattamento presso i Ser.T. sono stati 164.101, nel 2012 (172.211 nel 2011). Questi dati sono stati calcolati dal flusso informativo del Ministero della Salute con un indice di copertura dei servizi di assistenza superiore al 90%.

Diminuzione % degli utenti in trattamento per oppiacei e cocaina.

Nell'ultimo anno, vi è una diminuzione degli utenti in trattamento per uso di oppiacei del 27,6% e di cocaina del 35,1%.

Le regioni con maggior percentuale di utenti in carico per uso primario di oppiacei sono nell'ordine: Trentino Alto Adige, Valle D'Aosta, Abruzzo e Basilicata.

Le regioni con maggior percentuale di utenti in carico per uso primario di cocaina sono nell'ordine: Lombardia ed Emilia Romagna.

1.661 strutture di assistenza, di cui 633 Ser.T. e 1.028 strutture socio-riabilitative

Le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.661, di cui 633 (38,1%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.028 sono strutture socio-riabilitative, di queste in prevalenza sono strutture residenziali (66,5%).

In diminuzione le strutture riabilitative

Rispetto al 2011 si osserva un incremento dei servizi per le tossicodipendenze del 12,4% (da 563 a 633), a fronte di una diminuzione delle strutture ambulatoriali pari all'8,9% e delle strutture semiresidenziali (-3,4%).

Buona risposta alle terapie farmacologiche integrate: 80,6% dei gg in terapia senza uso di droghe

Nel 2012 è stato condotto uno studio dal DPA sull'esito dei trattamenti presso i Dipartimenti delle Dipendenze (progetto Outcome) analizzando 11.627 soggetti in trattamento farmacologico integrato. Il 77,8% degli utenti in terapia ha avuto una buona risposta al trattamento, sospendendo l'uso di sostanze stupefacenti. Questa percentuale è andata crescendo costantemente nel tempo passando da valori medi nel 2009 di 55,4% a 77,8% nel 2012. Analizzando il periodo trascorso in trattamento, si è osservato che i soggetti in terapia, nel corso del 2012, sono risultati negativi ai drug test nell'80,6% delle giornate di terapia. Inoltre, il 63,2% dei pazienti è risultato professionalmente occupato.

I.4 IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

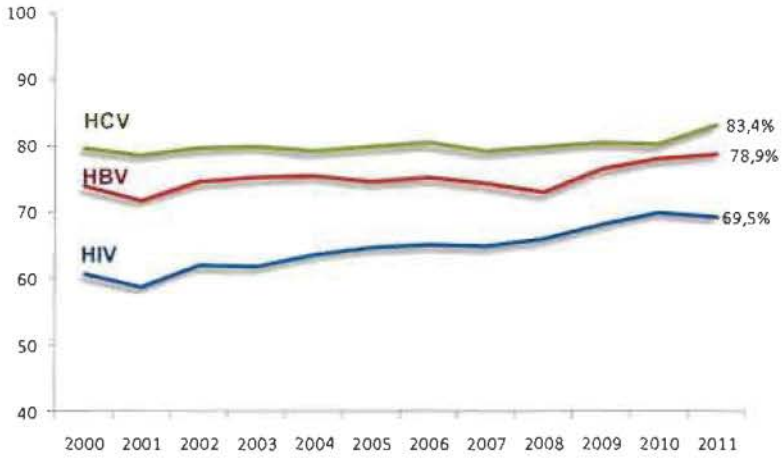
L'uso di sostanze stupefacenti, anche non iniettivo ed occasionale, comporta gravi danni per la salute, sia in ambito neuropsichico che internistico-infettivologico. Oltre a questo si aggiunge il rischio di incidenti stradali alcol-droga correlati. Le patologie infettive correlate maggiormente presenti sono l'infezione da HIV, le infezioni da virus epatitici, le malattie sessualmente trasmesse e la TBC.

Con l'introduzione del decreto SIND dell'11 Giugno 2010, che ha sostituito il precedente flusso di dati aggregati D.M. del 20/09/1997, l'invio delle informazioni da parte delle Regioni al Ministero della Salute e il successivo trasferimento al DPA sui test per infezione da HIV, epatite virale B ed epatite virale C per l'anno 2012, ha subito una serie di problemi e difficoltà tecniche (tipiche dell'avvio dei nuovi sistemi informativi complessi) che ha comportato una forte riduzione del numero di dati validi per le elaborazioni per la maggior parte delle Regioni e Province Autonome, rendendo di conseguenza inattendibili con i nuovi dati 2012 la rappresentazione aggiornata di un profilo nazionale dei risultati relativi a tale aspetto del fenomeno. Il Dipartimento Politiche Antidroga a tal fine, ritiene pertanto opportuno non pubblicare i risultati delle elaborazioni condotte sui dati 2012 provenienti dal flusso SIND (nel testo della Relazione sono stati comunque riportati anche i dati relativi alle sole 3 Regioni che hanno trasmesso dati elaborabili per il 2012), non essendo ancora consolidato e controllato la qualità; riproponendo pertanto i dati riferiti al periodo precedente 2011. Per comprendere meglio il problema che si è presentato viene riportata in seguito una tabella esemplificatrice in cui si può evincere il grado del problema dei dati mancanti. Nell'80% circa degli utenti in carico ai servizi (164.101 soggetti) mancavano i dati relativi alla condizione sierologica per l'epatite B e C rendendo, quindi impossibile le elaborazioni.
I dati relativi ai test per HIV presentano, inoltre, anche un altro problema relativo alla privacy, in quanto, per mantenere tale condizione, il trasferimento di uno specifico archivio è stato fatto in modo da non contenere alcun riferimento in grado di identificare, anche indirettamente, il singolo assistito, al fine di non perdere l'anonimato. Questo comporta che non è possibile l'individuazione delle persone alle quali il test è stato somministrato più volte nell'anno di riferimento (riportate più volte all'interno dell'archivio come singolo tracciato record non linkabile) andando a generare, in questo modo, conteggi multipli.
Tale aspetto risulta particolarmente importante nell'ambito delle analisi del numero di soggetti per i quali dispone l'informazione sull'esecuzione del test rispetto al contingente complessivo di persone assistite dai servizi, relativamente all'impossibilità del calcolo dell'indicatore. Infatti, potendo essere erroneamente un soggetto contato più volte, può verificarsi la condizione che il numero di soggetti con informazioni sull'esecuzione del test sia superiore al totale assistiti.

Preoccupante il tassi di NO Testing nei Ser.T. :
-HIV: 69,5%
-HBV: 78,9%
-HCV:83,4%

Con riferimento alla situazione osservata nel 2011, si è potuto determinare che vi è una tendenza ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento presso i Ser.T. per le principali infezioni quali quelle da HIV, HCV e HBV.
La percentuale nazionale media di utenti non sottoposti al test HIV è risultata del 69,5% con grave compromissione dei programmi di diagnosi precoce.
Relativamente all'epatite virale B (HBV) gli utenti non sottoposti a test risultano pari al 78,9%; analogamente rispetto all'epatite virale HCV gli utenti non sottoposti a test raggiungono la percentuale dell'83,4%.

Figura 9: Percentuale di utenti Non Testati a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviati dalle Regioni e PP.AA.

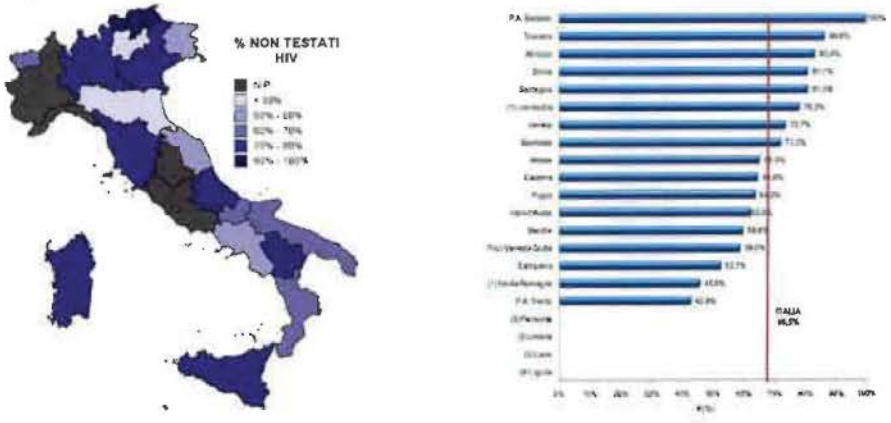
A livello nazionale, le situazioni più critiche dei soggetti non testati a test HIV sono emerse nella Provincia Autonoma di Bolzano (100% di soggetti non testati), in Toscana (86,6%), Abruzzo (83,4%), Sicilia e Sardegna rispettivamente con l'81% di utenti non sottoposti a test.

Regioni meno virtuose

-P.A. Bolzano, -Toscana, Veneto, Abruzzo, -Sicilia , Sardegna

La scarsità di utilizzo del test si conferma anche per l'HBV. La percentuale nazionale di soggetti non testati a test HBV risulta essere pari al 78,9%. Anche in questo contesto le regioni con minor ricorso a test sono emerse nella Provincia Autonoma di Bolzano (100%), Abruzzo (92,6%), Toscana (92,1%), Umbria (90,4%), Lombardia (86,7%) e Sicilia (86,5%).
Le situazioni più critiche dei soggetti non testati a test HCV sono emerse nella Provincia Autonoma di Bolzano (100%), in Umbria (95,0%), Lombardia (91,0%), Toscana, Abruzzo e Valle d'Aosta (90%), Le regioni più colpite dall'HIV sono risultate: Lombardia, Sardegna, Toscana e P.A. Trento.

Figura 10: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HIV. Anno 2011



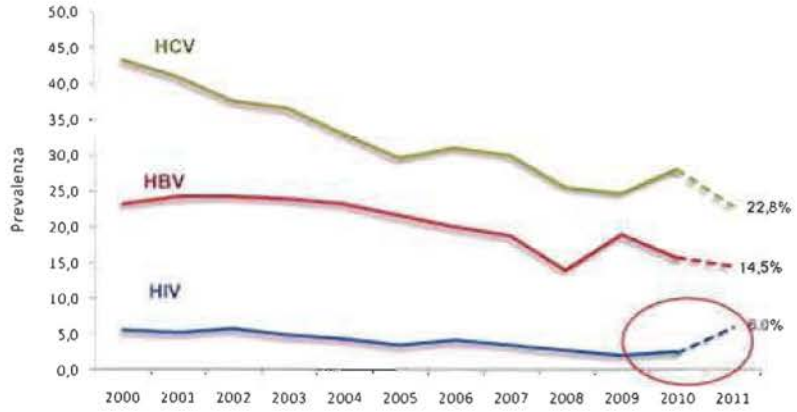
NO Testing HIV: 69,5%

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)
(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)
(3) Fornito un Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)
(4)Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero delle Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

I controlli dei test sulle malattie infettive effettuati sui nuovi utenti in carico ai servizi evidenzia una prevalenza di casi positivi in tendenziale diminuzione per HBV e HCV dal 2010 al 2011, sebbene i dati del 2011 rappresentano delle stime in considerazione dell'elevata variabilità delle informazioni rilevate in seguito dell'introduzione del nuovo sistema informativo dei servizi per le tossicodipendenze che non è ancora perfettamente funzionante nel flusso dati e quindi tali dati sono da considerarsi provvisori ed in alcuni casi stimati.
La presenza dell'infezione da HIV nei nuovi tossicodipendenti (primo accesso ai servizi) sembrerebbe in aumento dal 2009. Questo dato, sicuramente da riconfermare con nuovi studi risulta comunque preoccupante soprattutto se associato al costante incremento della percentuale di utenti che non vengono testati nei servizi e al fatto che il nuovo sistema di rilevamento tenderebbe a sottostimare le prevalenze e quindi ad attenuare questo possibile incremento.

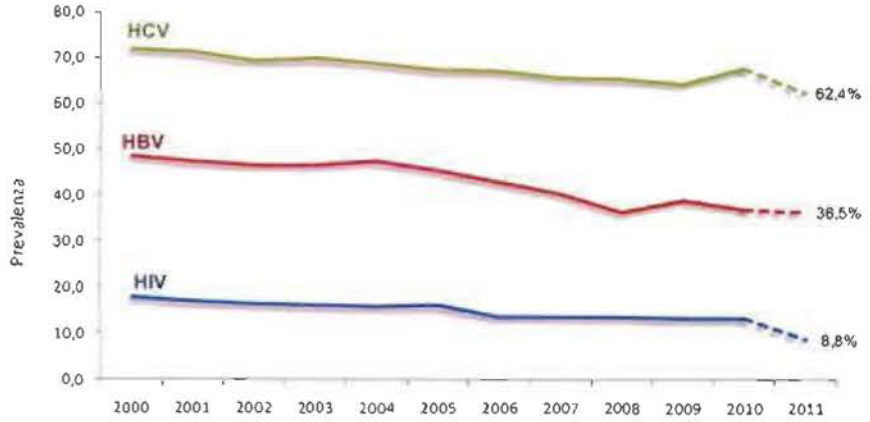
Figura 11: Prevalenza di **Nuovi Utenti** positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Nell'utenza già nota ai servizi l'andamento della prevalenza di positivi HIV, HCV, e HBV la propensione alla diminuzione è meno accentuata rispetto ai nuovi utenti, anche in virtù della maggior consistenza numerica e della prevalente quota parte di soggetti già positivi da periodi precedenti. Rispetto ai differenti test sierologici, la presenza di HBV negli utenti in carico da periodi precedenti, secondo le stime calcolate per il 2011, sembra più stazionaria nel 2011 se confrontata con l'anno precedente.

Figura 12: Prevalenza di utenti **Già in Carico** positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Pur con le dovute precauzioni, la prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HCV positivi sembra attestarsi al 54,0% con percentuali differenziate nel seguente modo: 54,5% nelle femmine e il 53,9% nei maschi; mentre è il 20,2% nelle femmine e il 23,2% nei maschi nei nuovi utenti. La maggior prevalenza si è riscontrata nel genere femminile.

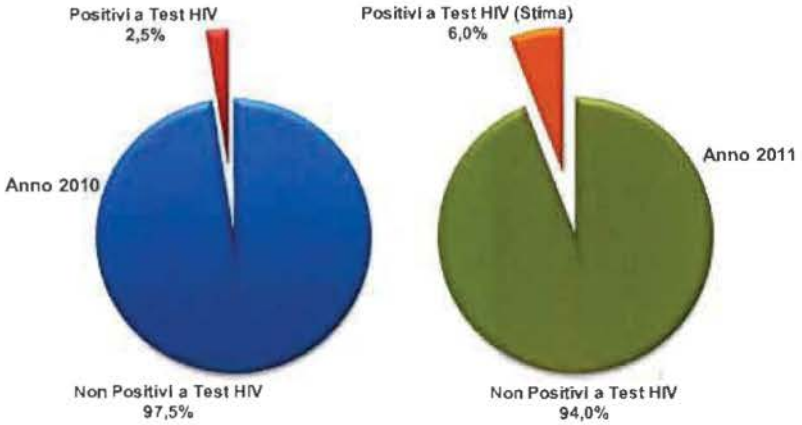
Prevalenza di utenti in trattamento presso i Ser.T: 54,0% HCV positivi

Tra i soggetti testati per HBV, la prevalenza media nazionale di positivi tende al 33,4% con percentuali differenziate nel seguente modo: 50,5% nelle femmine e il 34,9% nei maschi; mentre è il 13,1% nelle femmine e il 14,7% nei maschi nei nuovi utenti. La maggior prevalenza si è riscontrata nel genere femminile.

Prevalenza di utenti in trattamento presso i Ser.T: 33,4% HBV positivi

Concentrando l'attenzione sulla patologia da immunodeficienza, la tendenza della prevalenza di positivi sembra orientarsi in direzioni opposte osservando i nuovi utenti e gli utenti già in carico. Nel primo gruppo, infatti, se da un lato si assiste ad una continua contrazione della percentuale di testing, dall'altra si osserva un tendenziale aumento della prevalenza stimata.

Figura 13: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011

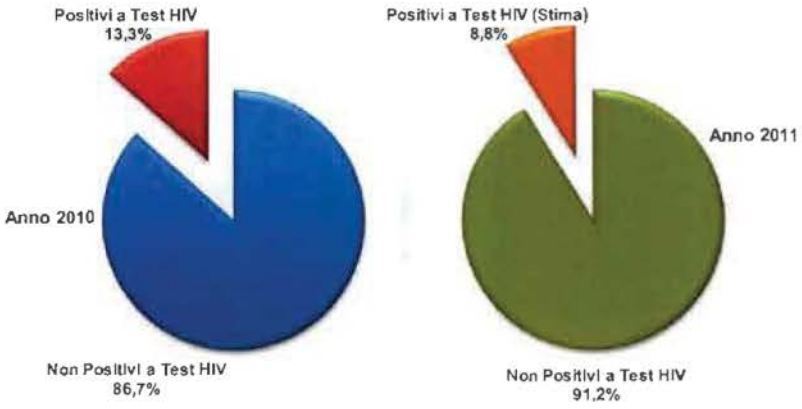


Prevalenza di Nuovi Utenti: 2010: 2,5% 2011: 6,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviati dalle Regioni e PP.AA.

Come già evidenziato in precedenza, tra gli utenti già in carico da periodi precedenti, la presenza di sieropositività, secondo le stime del 2011, sembra in contrazione, sebbene come già osservato, i valori risultanti per il 2011 contengano distorsioni imputabili all'attivazione del nuovo sistema informativo presso i servizi per le tossicodipendenze.

Figura 14: Prevalenza di **Utenti Già in carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



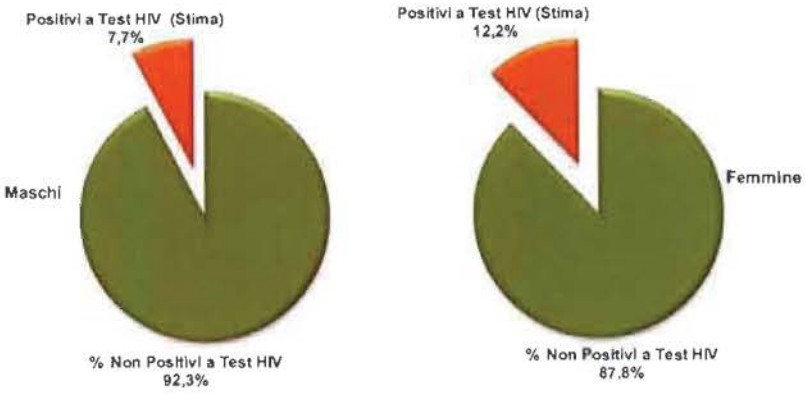
Prevalenza di Utenti già in carico: 2010: 13,3% 2011: 8,8%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviati dalle Regioni e PP.AA.

Pur con le dovute precauzioni, la prevalenza media nazionale dei soggetti testati risultati HIV positivi sembra risultare pari all'8,3% con percentuali differenziate nel seguente modo: 12,2% nelle femmine e il 7,7% nei maschi; mentre è l'8,7% nelle femmine e il 5,5% nei maschi nei nuovi utenti. La maggior prevalenza si è riscontrata nel genere femminile.

Prevalenza di utenti in trattamento presso i Ser.T: 8,3% HIV positivi

Figura 15: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011



Prevalenza di Utenti HIV positivi per sesso: 2010: 7,7% 2011: 12,2%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviati dalle Regioni e PP.AA.

Dalla lettura delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) disponibili fino al 2011, emerge una aumento della presenza di ricoveri per TBC droga correlati (0,2% nel 2011 contro 0,1% nel 2010).

I ricoveri droga correlati risultano in riduzione di 3,2%. L'urgenza medica è il motivo prevalente del ricovero (65,9%). La percentuale di dimissioni volontarie è alta (9,7%) in diminuzione del 3,3% rispetto al 2010.

Riduzione dello 3,2% dei ricoveri ospedalieri droga-correlati Aumento di ricoveri per uso di cannabis

Un aspetto da evidenziare è l'aumento dei ricoveri per uso di cannabis (13,5%). Si registra anche un aumento dei ricoveri per uso di più sostanze contemporaneamente (3,6%) e di amfetamine (2,5%). In controtendenza si segnala una contrazione dei ricoveri per uso di antidepressivi (-13,5%), uso di allucinogeni (-12,5%), uso di oppiacei (-7,0%), uso di sostanze non specificate (-4,7%), uso di barbiturici (-2,1) e infine uso di cocaina (-1,1%).

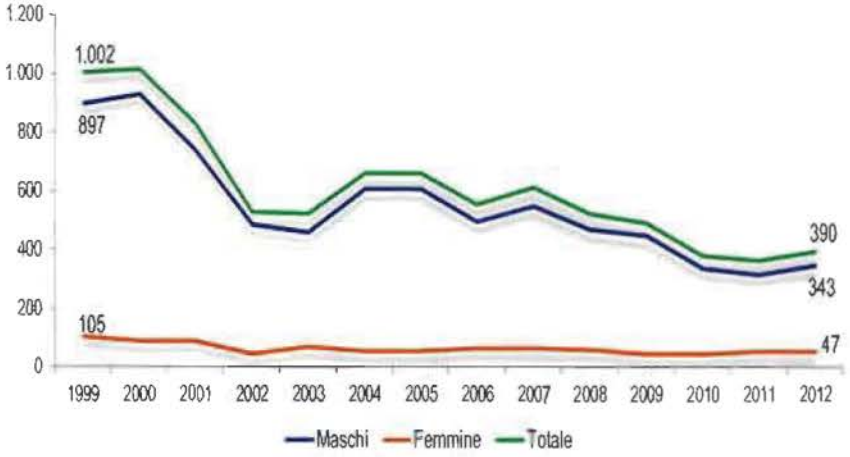
Da segnalare anche nel 2011 i ricoveri per uso di barbiturici particolarmente rilevati in soggetti in età avanzata, oltre i 65 anni. Le classi di età più frequenti nei ricoveri per le diverse sostanze sono state: cannabis 20-25 anni, cocaina 25-39 anni, oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-45 anni.

Le regioni con maggior tasso di ospedalizzazione sono Liguria, Sardegna, Emilia - Romagna, Valle d'Aosta e Umbria con un tasso superiore alla media nazionale che è di 35,7 ricoveri per 100.000 abitanti.

Si registra ormai da tempo un trend in decremento dei decessi droga correlati, con un maggior decremento dell'andamento in Italia rispetto al trend europeo. Nel 1999 i decessi sono stati 1.002, nel 2012 sono stati 390. I decessi nel genere femminile hanno subito un aumento proporzionale rispetto a quelli del genere maschile (9,0% nel 2009 12,1% nel 2012). Si evidenzia anche un aumento dell'età media del decesso.

Continua il calo della mortalità acuta droga-correlata, lieve aumento nel 2012 (overdose, etc)

Figura 16: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2012

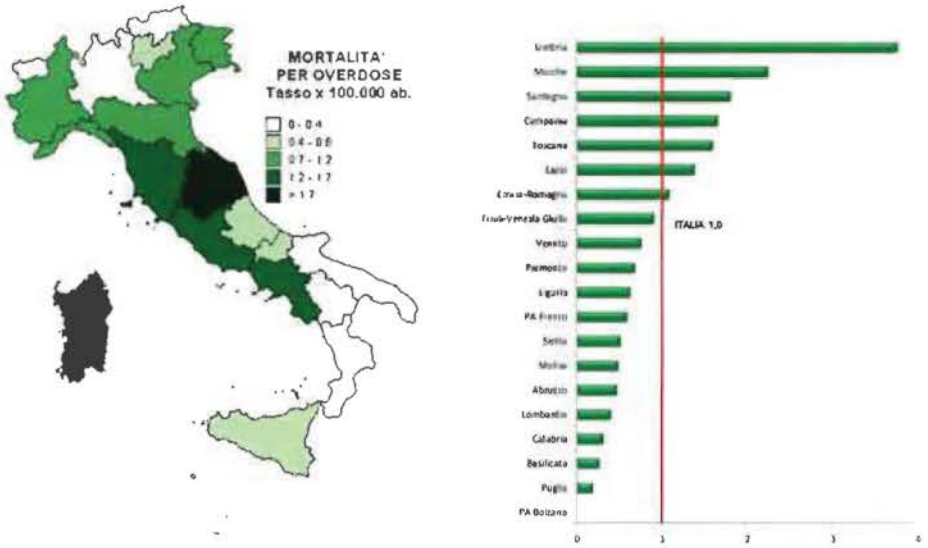


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - DCSA

L'Umbria risulta essere la Regione più critica, con un tasso di mortalità acuta droga correlata pari a quasi 4 decessi ogni 100.000 residenti.

Umbria record negativo delle overdose

Figura 17: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

L'eroina risulta essere la prima sostanza responsabile delle morti per overdose; la seconda è la cocaina. L'età media dei deceduti è di 37 anni.

Gli incidenti stradali rappresentano un problema rilevante non solo per i consumatori ma anche per le terze persone coinvolte in questi eventi. Molti di questi incidenti sono alcol droga correlati. Si assiste ad una diminuzione del numero totale degli incidenti stradali dal 2010 al 2011 pari a 2,7%. Inoltre, vi è una diminuzione del 5,6% dei deceduti e del 3,5% dei feriti.

Riduzione dei morti, dei feriti in seguito ad incidenti stradali

I.5 GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO

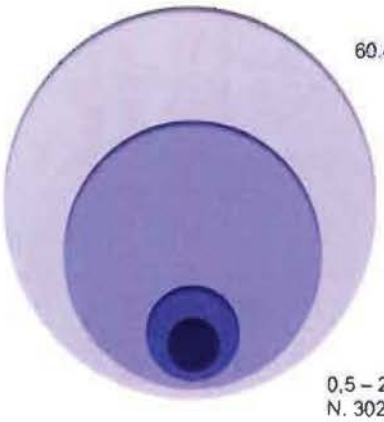
Un fenomeno in espansione di difficile dimensionamento.

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di cui il 54% ha giocato d'azzardo (cioè spendendo denaro) almeno una volta negli ultimi 12 mesi. La stima però dei giocatori d'azzardo "problematici" (cioè coloro che giocano frequentemente investendo anche discrete somme di denaro ma che non hanno ancora sviluppato una vera e propria dipendenza patologica ma sono a forte rischio evolutivo) varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo "patologici" (cioè con una vera e propria malattia che si manifesta con una dipendenza patologica incontrollabile) varia dallo 0,5% al 2,2% (DPA, Ministero della Salute, 2012). Da alcune osservazioni inoltre emergerebbe che il 60% degli introiti totali da gioco (almeno per quanto riguarda le slot machine) sarebbero alimentati proprio da questa classe minoritaria di giocatori patologici più vulnerabili.

Persone vulnerabili e consapevolezza del rischio di malattia

Esse sono presone vulnerabili che per una serie di fattori, individuali (di tipo neuro psichico), famigliari ed ambientali, se esposte allo stimolo da gioco e/o pubblicità incentivanti il gioco possono sviluppare una malattia. Questa conoscenza scientifica, ormai innegabile, impone a tutte le amministrazioni responsabili una forte riflessione sulle misure di prevenzione e di regolamentazione a tutela della salute dei cittadini da adottare per non generare ed incrementare questa malattia sociale, cosi come definita anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Figura 17: Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo. Serpelloni, 2012. Nota: non esistono ad oggi studi italiani esaustivi.



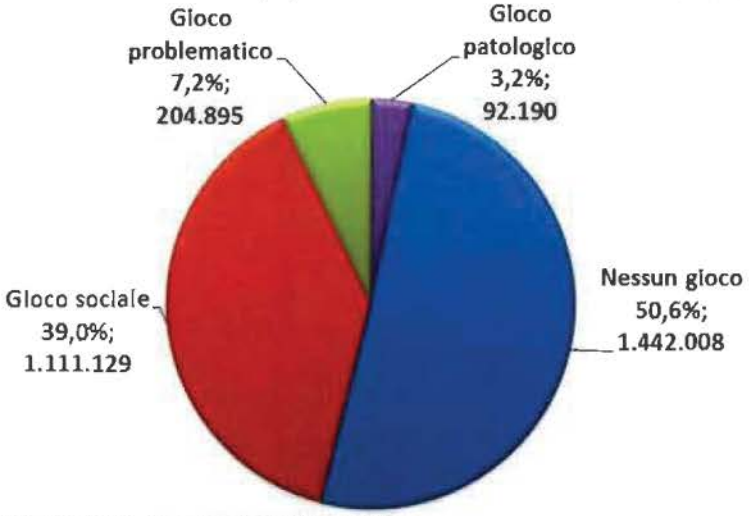
Anche nel 2012 la dimensione del gioco d'azzardo in Italia è in continua crescita, come evidenziato dai dati dell'AAMS sul volume monetario della raccolta totale derivante dai giochi. Mancano comunque dati solidi a supporto di una stima sufficientemente attendibile riferita al numero di soggetti coinvolti nella pratica del gioco di azzardo che hanno sviluppato una modalità di gioco problematico o patologico.

Nonostante questo alcune indicazione più certe derivano dalla indagini SPS-DPA del 2013 (popolazione 15-19 anni).

Quasi la metà degli studenti ha giocato d'azzardo nell'ultimo anno: 7,2% con gioco problematico; 3,2% con gioco patologico

Nella popolazione studentesca la pratica del gioco d'azzardo è stata dichiarata dal 49,4% degli intervistati. Questa popolazione è composta da una quota di giocatori sociali (39,0%), da giocatori problematici (7,2%) e da giocatori patologici (3,2%).

Figura 18: Questionario SOGS-RA nella popolazione studentesca 15 – 19 anni. Anno 2013



Oltre il 10% ha un gioco problematico o patologico

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

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

Forte associazione tra gioco e consumo di sostanze

Figura 19: Prevalenza % consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione studentesca 15-19 anni. Anno 2013

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

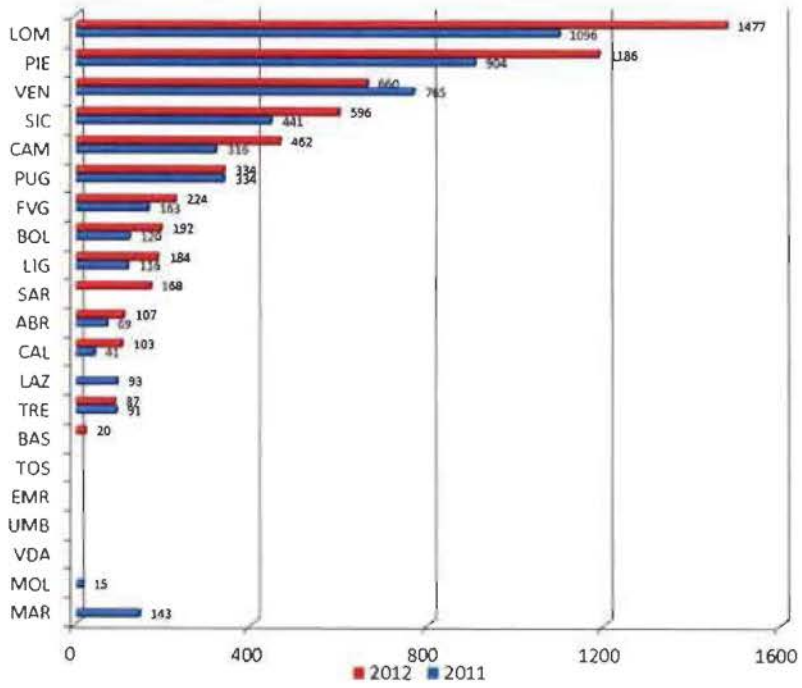
Una analoga osservazione è stata rilevata sulla popolazione generale 18-64 anni.

Figura 20: Prevalenza % consumatori di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012

Fonte: GPS – DPA 2012

I soggetti sottoposti a trattamento per gioco patologico nel corso del 2012 sono stati 5.138 (83% maschi). Lombardia e Piemonte sono le regioni con il maggior numero di soggetti trattati.

Figura 21: Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA 2011-2012(*)

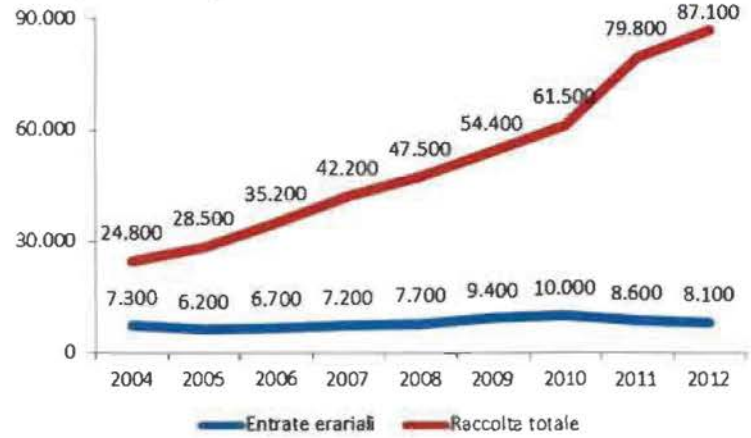


Fonte: flusso GAP-DPA
(*) Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Marche, Lazio e Molise: 2012 dati richiesti ma non forniti

I dati finanziari forniti dall'AAMS mostrano un continuo aumento della raccolta totale derivate dal gioco d'azzardo che nel 2012 ammonta a oltre 87 miliardi di euro, mentre le entrate erariali risultano in controtendenza con una diminuzione rispetto agli anni precedenti.

87 miliardi di euro spesi in gioco d'azzardo nel 2012

Figura 22: Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della raccolta totale e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004 - 2012

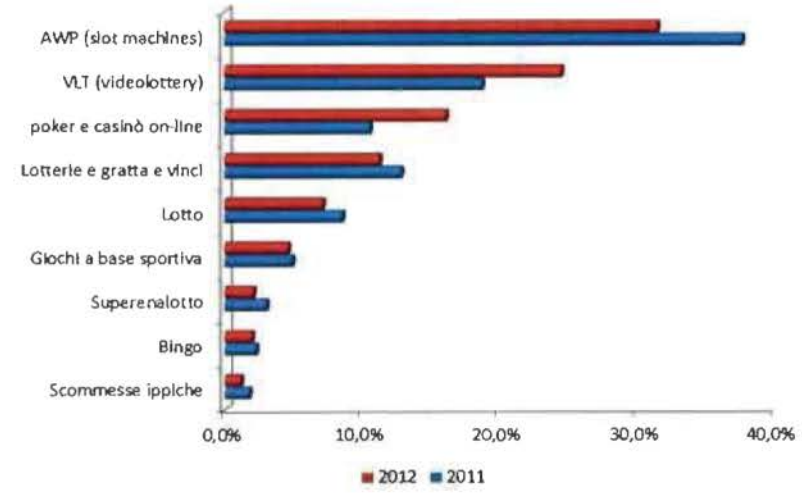


Elaborazioni DPA su fonte AAMS

L'aumento della entrate e la concomitante riduzione del gettito per l'erario sono dovute all'aumento di pratica verso giochi a più bassa percentuale di tassazione come il poker e casinò on-line e video lottery.

Videolottery, poker e casinò on-line in forte aumento

Figura 23: Distribuzione percentuale raccolta totale per tipologia di giochi praticati – 2011-2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

COSTI SOCIALI

Costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti: 28.5 miliardi di euro

I costi sociali per il consumo di sostanze stupefacenti, comprensivi dei costi per l'acquisto delle sostanze, dei costi per l'applicazione della legge, dei costi socio-sanitari e dei costi per la perdita di produttività, sono stati stimati nel 2011 pari a 28,5 miliardi di euro, pari all'1,8% del PIL.

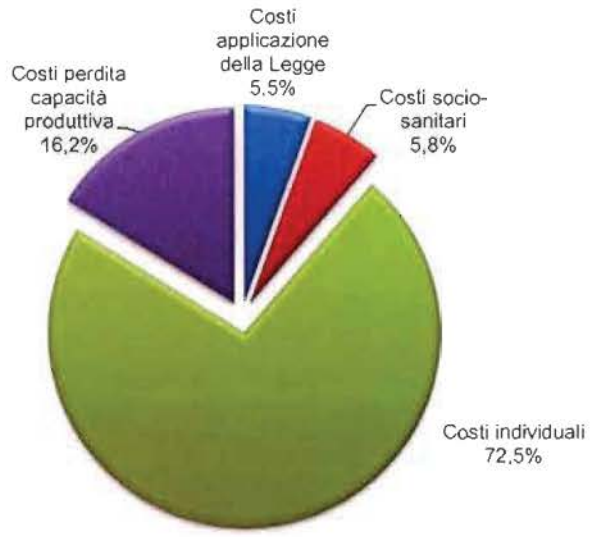
Il costo imputabile all'acquisto delle sostanze, anche se difficilmente quantificabile, in base alla stima sui consumi nella popolazione generale è presumibile possa essere compreso in un range che va da 6,7 a 39,7 miliardi di euro, il cui valore medio di 20,7 miliardi di euro incide per una quota del 72,5% sul totale dei costi sociali.

I costi derivanti dalla perdita di produttività costituiscono la seconda voce di costo (16,2%) pari a 4,6 miliardi di euro, di cui il 66,1% per la perdita di produttività in senso stretto, il 12% per la perdita per morte prematura e il 22,2% per incidenti stradali.

I costi imputabili alle attività di contrasto ammontano a circa 1,6 miliardi di euro (5,5% del totale), di cui oltre la metà (65,9%) per la detenzione, il 13,0% per le attività delle forze dell'ordine, il 20,3% per le attività erogate dai tribunali e dalle prefetture.

I costi socio-sanitari ammontano a 1,65 miliardi di euro, di cui il 41,8% per l'assistenza dei soggetti presso i servizi per le dipendenze, il 37,7% per la cura delle patologie correlate, ed il 13,6% per l'assistenza nelle strutture socio-riabilitative.

Figura 24: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

BENEFICI DIRETTI

Cura della tossicodipendenza con rapporto C/B molto vantaggioso: Per ogni euro investito in cure se ne hanno circa 7 di benefici

A fronte dei costi sociali derivanti dal consumo di sostanze, di particolare interesse risulta la valutazione economica dei benefici derivanti dall'azione socio-sanitaria e che riguardano il risparmio imputabile al mancato acquisto delle sostanze da parte dell'utenza in trattamento (da 2,1 miliardi a 6,1 miliardi di euro) ed il reddito da lavoro dei soggetti riabilitati e nuovamente reinseriti nel mondo del lavoro (3,7 miliardi euro), per un totale di circa 7 miliardi di benefici. Secondo tali stime si può affermare che a fronte di ogni miliardo circa di euro annui investiti dalle Regioni e PP.AA. per l'assistenza socio-sanitaria ne deriva un beneficio diretto di circa sei.

III.1 PREVENZIONE DEI CONSUMI

Da una prima valutazione, purtroppo, si nota un crollo degli investimenti regionali 2012 nell'area della prevenzione, in particolare di quella universale (-56,3%) oltre ché in quella selettiva (-33,1%) per circa un milione di euro.

Negativo crollo degli investimenti regionali per la prevenzione: meno 56,3% per l'universale; -31,1% per la selettiva

Questo dato assume ancora più rilevanza se si correla con l'aumento dei consumi di cannabis e di altre sostanze stimolanti, registrato nel 2012 nei giovani (15-19 anni), dove gli interventi di prevenzione risultano fondamentali.
Oltre a questo vanno segnalati altri fattori e condizioni problematiche in questo settore e, in particolare:

1. ridottissima presenza di interventi di prevenzione precoce (dai 6 agli 8 anni) con orientamento selettivo verso le persone vulnerabili con disturbi comportamentali e deficit attentivi.
2. Praticamente assente (salvo in circa 40 centri del progetto DPA "Early detection") programmi di identificazione precoce degli utilizzatori di sostanze giovanissimi, anche mediante counseling e drug test precoce.
3. Scarsissima presenza di valutazione degli esiti degli interventi e dei reali risultati prodotti.
4. Scarsa presenza di informazioni e di iniziative preventive sulla rete Internet e sui social network, particolarmente frequentati dai giovani.

L'importo totale investito nel 2012 è stato di circa 12.279.000 euro in prevenzione universale e di altri 13.297.000 in prevenzione selettiva per un totale di 25.576.000 euro.
Il Dipartimento Politiche Antidroga in tutto il 2012 ha finanziato progetti di prevenzione universale e prevenzione selettiva (progetti per genitori, scuole, posti di lavoro, incidenti stradali) per il 33,4 % del proprio budget annuale per un totale di 1.850.990 euro.

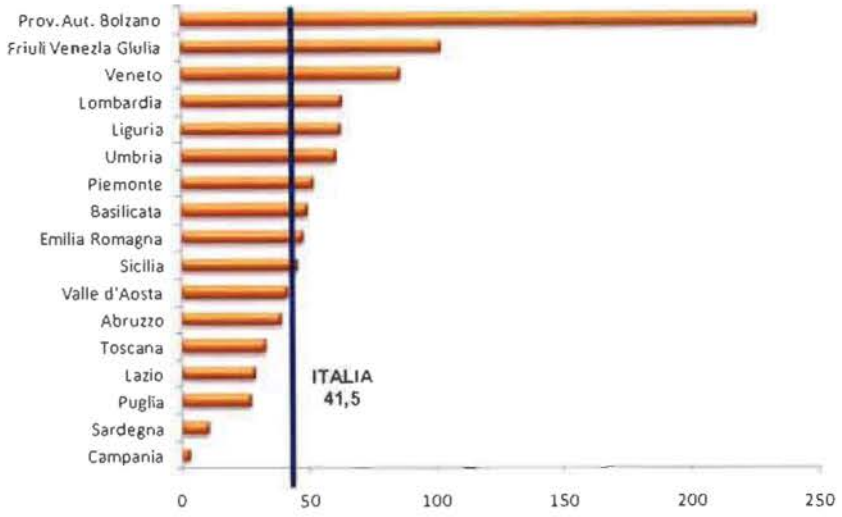
Circa 1,9 milioni di euro investiti dal DPA in prevenzione

III.2 TRATTAMENTI SOCIO-SANITARI

Distinguendo gli utenti in trattamento psico-socio-riabilitativo da quelli in trattamento farmacologico integrato, si osserva che il 51,3% degli assistiti risulta in trattamento farmacologico integrato a fronte del 66,2% rilevato nel 2011.

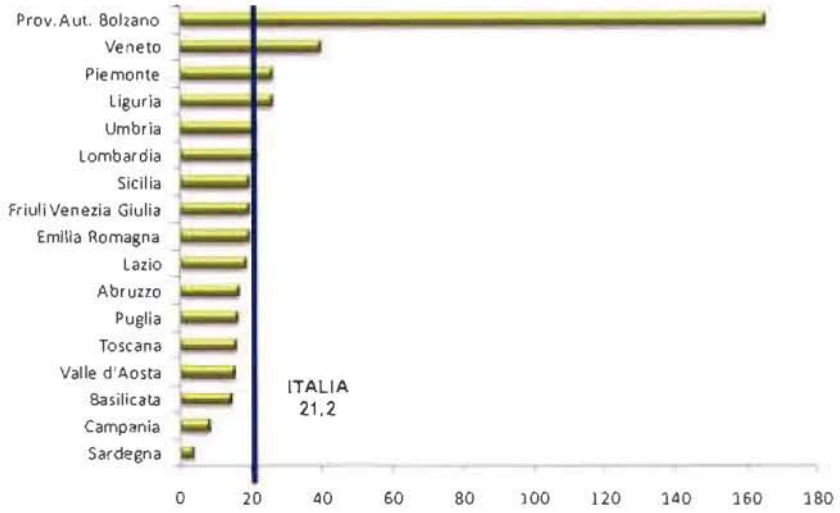
Il 51,3% degli assistiti presso i servizi nel 2012 è in trattamento farmacologico integrato (66,2% nel 2011)

Figura 25: Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento farmacologico integrato (esclusa l'erogazione dei farmaci). Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura 26: Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento psico-socio-riabilitativo. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Confrontando il numero medio di prestazioni erogate a ciascun paziente dei due gruppi considerati, al netto della somministrazione di farmaci per il gruppo di utenti in trattamento farmacologico, il numero medio di altre prestazioni erogate nel periodo di riferimento a quest'ultimo ammonta a 41 per soggetto, a fronte di un valore di quasi la metà (21,2) osservato nel gruppo di pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo. Tale risultato evidenzia che al netto delle terapie farmacologiche, il carico assistenziale per i pazienti in trattamento farmacologico è superiore, quasi il doppio in termini di numero di prestazioni, rispetto ai pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo.

41 prestazioni in media per assistito nel periodo di riferimento tra gli utenti in trattamento farmacologico integrato (escluse le somministrazioni di farmaci)

III.3 REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

In tutti i piani regionali si è registrato una forte presenza di programmi di reinserimento sociale e lavorativo ma con un investimento globale da parte delle regioni nel corso del 2012 di circa 7,4 milioni di euro, e cioè 2 milioni meno del 2011.

Riduzione degli investimenti: 7,4 milioni di euro investiti in attività di reinserimento lavorativo (2milioni in meno rispetto al 2011)

Il 65% delle regioni ha dichiarato di ritenere prioritario l'attivazione di programmi di reinserimento lavorativo con alta accessibilità ai servizi per l'occupazione. Contemporaneamente quai il 60% delle regioni ha attivato interventi per il completamento dell'istruzione scolastica.

Nel 24,5% dei casi nuovi è stato revocato l'affido sulla base dell'art. 94 DPR 309/90 per andamento negativo o altri motivi oppure è stato archiviato, mentre il 74,6% è giunto a buon fine.

Bassissimo utilizzo dell'art. 94: necessità di aumentare l'efficienza della procedura di affidamento da parte dei Ser.T.

Resta comunque critica la condizione conseguente ad un bassissimo utilizzo dell'art. 94 del DPR 309/90 rispetto alle necessità e possibilità esistenti. Da più parti è stata segnalata la necessità di ricorrere maggiormente all'art. 94 per il trasferimento dei tossicodipendenti dalle carceri alle comunità terapeutiche e o servizi territoriali se ben controllati e particolarmente qualificati.

Da segnalare che dei tossicodipendenti in affido nel 2012 in virtù dell'art. 94 solo il 35,2% era stato arrestato in seguito alla violazione al DPR 309/90 (art. 73 o art. 74), valore notevolmente inferiore a quello registrato tra i soggetti in affido da anni precedenti (40,4%). La maggior parte delle persone pertanto è stato arrestato per reati contro la persona, contro il patrimonio (estorsione, truffa, rapina, etc.) contro la famiglia, contro lo Stato o altri reati.

Forte aumento degli affidamenti all'UEPE, provenienti dal carcere, dal 2006 (37%) al 2012 (63%)

In generale cresce la quota di nuovi affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie: essa è passata dal 37% nel 2006 al 52% nel 2007, al 64% nel 2010, al 66% nel 2011 mentre nel 2012 si registra la quota pari a 62,7% in leggera diminuzione rispetto al 2011.

IV.2 MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

Italia: una delle principali aree di traffico e transito di sostanze illecite

La penisola italiana, grazie alla sua baricentrica posizione nel Mar Mediterraneo e per la sua peculiare conformazione geografica, rappresenta un importante crocevia per il narcotraffico internazionale, sia per la droga per l'uso nazionale ma soprattutto per quella in transito per i Paesi del Nord-Europa.

Nell'ultimo decennio, come risulta dai dati della DCSA, mentre l'andamento quantitativo dei sequestri sul territorio nazionale è altalenante, quello presso le frontiere registra un trend di crescita in termini assoluti, con un aumento costante dal 2008 al 2012.

Il quadro nazionale, delineato dall'analisi delle attività di contrasto insieme ai dati e alle informazioni catalogate ed elaborate dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, dimostra che anche nel 2012 la gestione della gran parte del narcotraffico nazionale è propria delle tradizionali consorterie criminali autoctone ('Ndrangheta, Cosa Nostra, Camorra e criminalità organizzata pugliese). La struttura delle grandi organizzazioni criminali dedite al narcotraffico si presenta come un sistema di tipo reticolare, il cui modus operandi è quello di non fare sempre riferimento a modelli operativi predefiniti, ma di creare rapporti di cooperazione e sinergie spesso occasionali e transitori, tanto dinamici e rapidi quanto insoliti ed inaspettati.

Queste, infatti, tendono ad introdurre direttamente sul territorio italiano ingenti quantitativi di cocaina e hashish e la regione che risulta essere un importante crocevia per il passaggio di

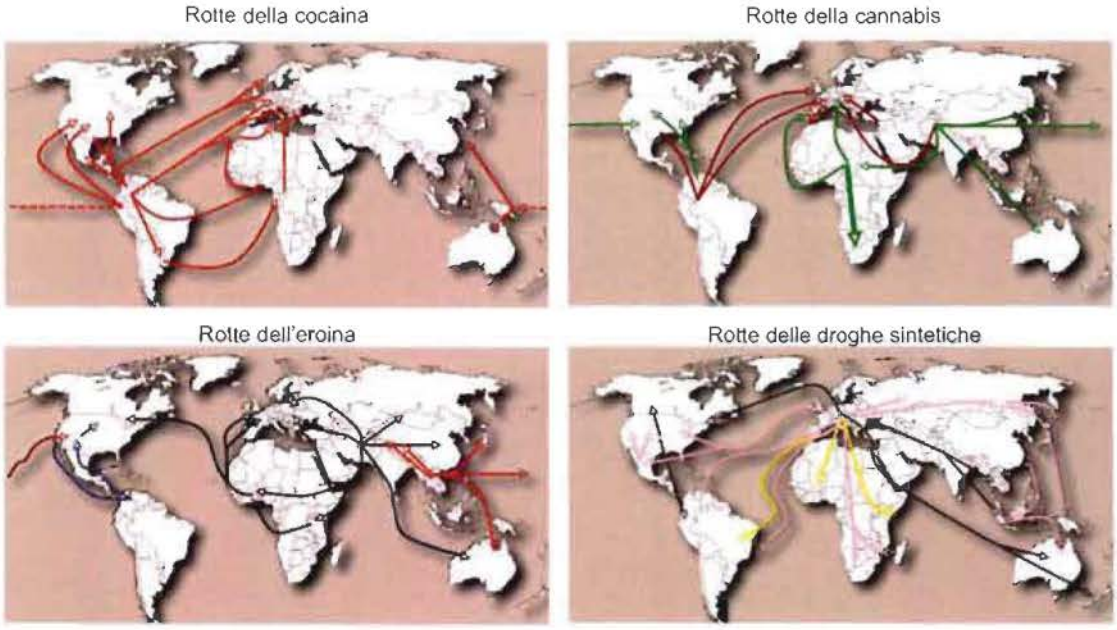
eroina e marijuana, con elevato principio attivo, di produzione albanese è la Puglia. Questa infatti è la 1^ regione per quantitativo complessivo di droghe sequestrate: la 1^ sia per la marijuana sia per il rinvenimento di piante di cannabis (oltre 4 milioni che rappresentano il 97% del totale nazionale) e la 2^ per sequestri di eroina.

Le attività investigative antidroga, inoltre, delineano scenari complessi e in continua evoluzione, contraddistinti dalle trasformazioni delle organizzazioni criminali, le quali non sempre fanno riferimento a modelli operativi predefiniti, ma creano rapporti di cooperazione e partenariato occasionali e transitori. In tale contesto proliferano compagini delinquenziali straniere che tendono a generare ed estendere il sistema relazionale che ruota attorno ad esse superando i confini regionali e sviluppando network criminali multietnici.

La criminalità estera rappresenta un fenomeno rilevante, caratterizzato da una diffusa ramificazione sul territorio con caratteristiche organizzative e peculiarità multiformi che contribuisce ad espandere il traffico di sostanze stupefacenti nel territorio italiano usufruendo del traffico marittimo e dei valichi di frontiera.

Nel 2012 in Italia non si riscontrano elementi di discontinuità rispetto all'anno precedente per quanto riguarda gli attori dello scenario del narcotraffico, che si conferma il terreno più fertile per un sineretismo criminale anche in quelle aeree ad alto indice di criminalità di tipo mafioso.

Figura 27: Zone di produzione e macroflussi: cocaina. eroina, hashish e marijuana e droghe sintetiche



Fonte: Relazione annuale DCSA 2011.

Lieve diminuzione del numero delle operazioni

Per quanto riguarda le operazioni di polizia si registra una lieve diminuzione nel 2012, rispetto al 2011, delle operazioni globali lungo le tre direttrici (produzione, traffico e spaccio di stupefacenti) pari all'1,5%. Le operazioni antidroga nel 2012 sono state 22.748, riportando il sequestro di sostanze illecite nell'83,4% dei casi, la scoperta di reato nell'8,4% delle operazioni ed il rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 7,8% delle attività di contrasto.

Diminuzione dei volumi per cocaina Forte aumento per le piante di cannabis (308,9%)

I sequestri di piante di cannabis hanno fatto registrare un forte aumento pari al 308,9% rispetto al 2011, e per la marijuana, le droghe sintetiche, l'eroina e l'hashish si è registrato un aumento dei sequestri rispettivamente pari al 97,1%, 36,6%, 17,3% e 8,1%. Da segnalare una diminuzione del 16,1% dei sequestri di cocaina. Queste oscillazioni percentuali devono essere valutate considerando le quantità di maxi sequestri avvenuti nell'anno, che sono in grado di far variare fortemente le percentuali. Tali quantità di droga però potrebbero essere (come spesso accade)

partite in transito sul territorio nazionale ma non destinate al consumo locale (vedi paragrafo IV.2.3 Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti).

Stabile il prezzo di amfetamine, marijuana, ecstasy e LSD. Aumento del prezzo di hashish e cocaina

Relativamente al prezzo di vendita al dettaglio delle sostanze, si assiste ad una stabilità del costo delle amfetamine, della marijuana, dell'ecstasy e dell'LSD. Diminuisce il costo massimo di eroina bianca (69 euro) ed eroina brown (47 euro), aumenta il prezzo massimo e minimo dell'hashish (9,2 e 12,6 euro, rispettivamente) e della cocaina (57,1 e 82,8 euro, rispettivamente) e vi è un aumento anche del prezzo minimo dell'eroina bianca (55 euro).

La purezza dell'eroina (oscillante tra 2 – 50%) risulta molto variabile anche nel 2012 come negli anni precedenti, analogamente a cocaina (6 – 87%) e MDMA (27 – 107 mg per pasticca/unità). Presente anche una discreta oscillazione della purezza dei cannabinoidi (1 – 27%).

Forze dell'ordine e Giustizia

Riduzione delle segnalazioni delle Forze dell'Ordine: - art. 121 = 7.001 - art. 75 = 32.694

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Ministero dell'Interno, si evidenzia che, nel 2012, i soggetti segnalati dai Prefetti ai Ser.T. competenti territorialmente, in base all'art 121, sono stati 7.001, di cui 6.368 maschi (91%). Il dato complessivo risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2011, (9.887 persone), sebbene il dato 2012 sia da considerarsi provvisorio in relazione ai ritardi di notifica. Nel 2012 le persone segnalate ex art. 75 sono state in totale 32.694, di cui 30.628 maschi (pari al 93,7 %).

Aumento dell'età media dei segnalati e diminuzione della percentuale di segnalati per detenzione di eroina

Dal 1990 al 2012 si è registrato un aumento del trend delle persone segnalate con età maggiore di 30 anni, soprattutto dal 2002, con una maggior incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici. Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, il 77% delle segnalazioni riguarda la cannabis; bassa risulta invece la percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina. In diminuzione la percentuale di persone segnalate per detenzione per uso personale di eroina (10% nel 2010, 9% nel 2011 e 7% nel 2012).

In diminuzione le sanzioni per art. 75 e delle persone inviate ai Ser.T.

Rispetto al 2011, in cui erano state erogate 17.512 sanzioni, il dato relativo alle segnalazioni per art. 75 nel 2012 risulta in diminuzione (15.405). Dal 2006 si evidenzia una forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico e un aumento delle sanzioni applicate. Il fenomeno è sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006).

Nel 2010: 34.971 denunce per reati DPR 309/90.: -5% denunce -4,4% arresti

Nel 2012, con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, 22.748 sono state le operazioni antidroga, 34.971 le denunce (-5%), 27.300 gli arresti per reati in violazione del DPR 309/90. Il 65% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2010 erano a carico di italiani ed un 9% circa riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di circa trentuno anni.

Si riconferma che le denunce per reati legati alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite si concentrano in Lombardia, a differenza del profilo delle denunce per i reati più gravi che si concentrano, invece, nella penisola meridionale ed insulare.

Aumento delle denunce per traffico di droghe sintetiche

Il 40,3% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti riguardava il traffico di cannabis, seguite dalla cocaina (35,4%) ed in percentuale minore da eroina (16%), in aumento le droghe sintetiche (+7,6%).

Le condanne per reati DPR 309/90 sono 10.382:
- 20% recidivi
- recidivanti con reati più gravi

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti ammontano nel 2012 a 10.419. Circa il 20% dei condannati mostra un comportamento recidivo. Risultano più recidivanti i soggetti coinvolti in reati di maggiore gravità.

Carcere

Carcere: decremento del 18,1% degli ingressi totali in carcere

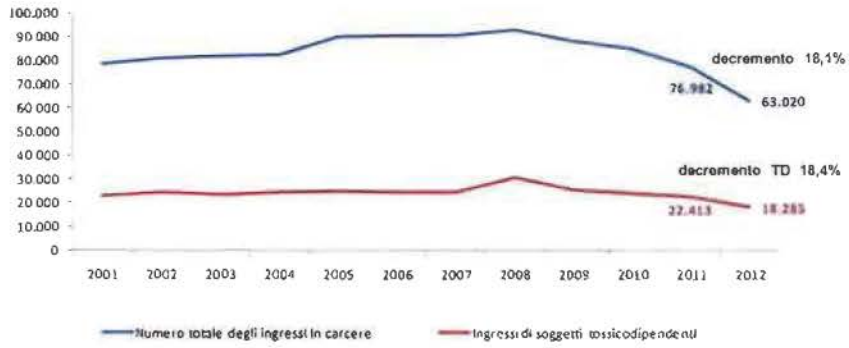
Secondo il flusso dati del Ministero della Giustizia – DAP - nel 2012 gli ingressi totali dalla libertà in carcere per vari reati sono stati 63.020 con un decremento dal 2011 del 18,1%. Nel 2012, anche gli ingressi di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati hanno subito una riduzione (-18,4%) passando da 22.413 a 18.285.

Il 34,5% esce in libertà nell'arco dell'anno

È importante sottolineare che il 34,5% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2012 per reati in violazione alla normativa per gli stupefacenti sono usciti in libertà nel corso dell'anno.

Figura 28: Numero di ingressi complessivi negli istituti penitenziari e ingressi di soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati. Anni 2001 – 2012

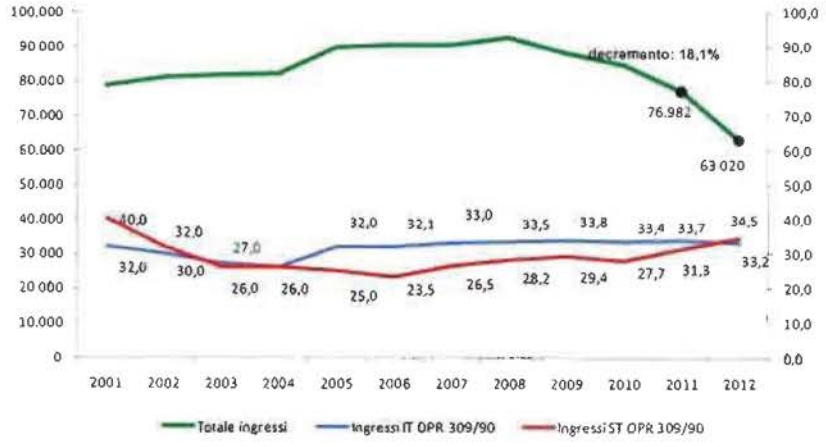
Riduzione degli ingressi in carcere per reati DPR 309/90



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

Nel 2012 si è osservato un incremento degli ingressi di soggetti stranieri per reati in violazione al D.P.R. 309/90 che dal 31,3% del 2011 è passato al 34,5 del 2012. Una modesta riduzione è rilevata invece per i soggetti di nazionalità italiana (33,7% nel 2011 e 33,2 del 2012).

Figura 29: Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuali di ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità. Anni 2001 – 2012



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

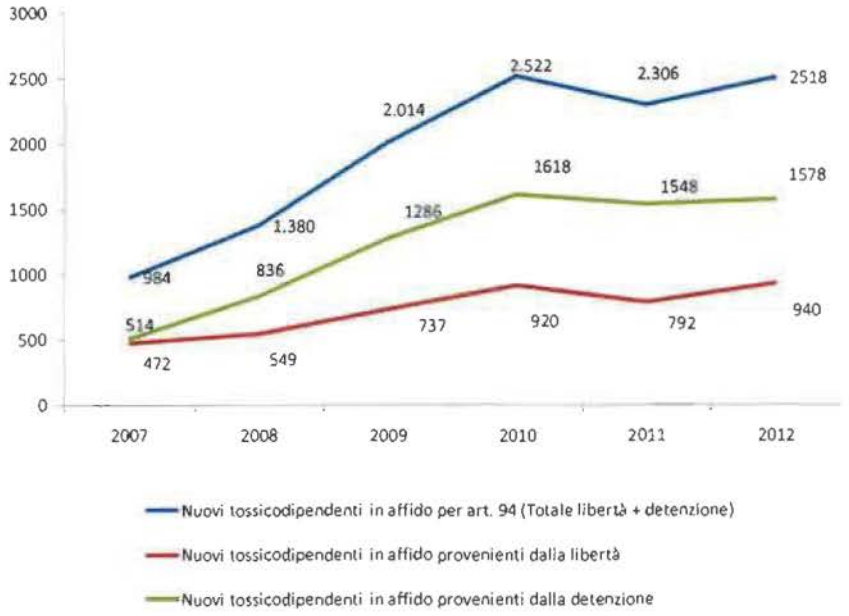
Ingressi in carcere per reati DPR 309/90 da parte di minori

Rispetto al 2011 si registra una riduzione degli ingressi di minori in carcere del 16% per reati DPR 309/90. La reclusione di minori in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (96,6%), con prevalenza di soggetti stranieri (53,4%), poco più che 17-enni, senza apprezzabili differenze tra i minori di diversa nazionalità.

Aumento del 7,6% dei nuovi affidamenti

Attraverso i flussi della Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna del DAP – Ministero della Giustizia si monitora l'andamento degli affidamenti concessi ai detenuti ex art. 94 del D.P.R. 309/90. Nel 2012 i soggetti affidati sono complessivamente aumentati del 7,6% rispetto al 2011 (da 2.306 soggetti a 2.518). L'aumento maggiore è a carico di quelli provenienti direttamente dalla libertà (18,7%) rispetto a quello provenienti dalla detenzione (1,9%).

Figura 30: Numero di soggetti tossicodipendenti affidati al servizio sociale provenienti dalla detenzione e dalla libertà. Anni 2007 - 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Il 94% dei soggetti posti in affidamento è di sesso maschile, mentre nel 91,7% dei casi si tratta di cittadini italiani. La classe di età più rappresentata è quella 35-44 anni (40,5%).

56,4% degli affidamenti archiviati con esito favorevole

Da segnalare come dato positivo che la maggior parte dei casi archiviati nel corso del 2012, pari al 56,4%, ha avuto la chiusura del procedimento con esito favorevole, mentre le revoche per andamento negativo rappresentano il 23,0% del totale delle archiviazioni.

Dal 2010 aumento del 10% degli affidi

È utile sottolineare che ai 2.518 affidi concessi nel corso del 2012 vanno aggiunti quelli già in esecuzione da anni precedenti che risultano essere 1.766. Il totale dei soggetti con affidamento per art. 94 è quindi pari a 4.284 soggetti, con diminuzione del 4,8% rispetto all'anno precedente, dove si erano osservati 4.500 casi di affidamento.

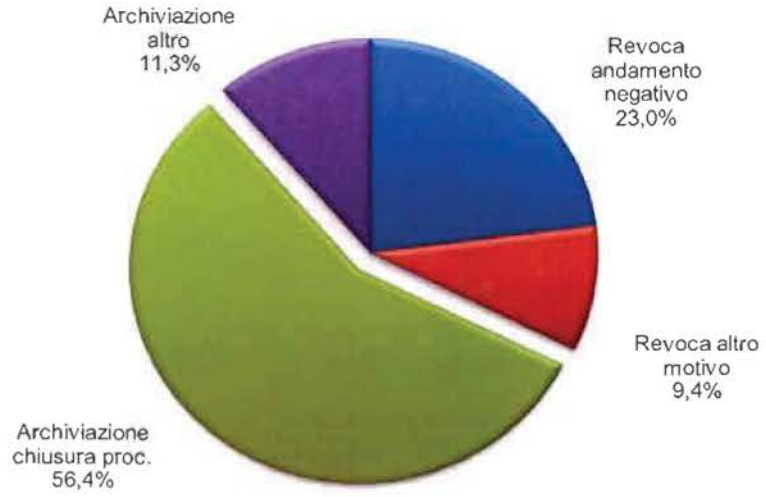
Tabella 4: Numero dei tossicodipendenti affidati al servizio sociale, con distinzione tra nuovi e già attivi. Anni 2010 - 2012

	2011			2012			Δ%
	Già attivi[1]	Nuovi	Totale	Già attivi[2]	Nuovi	Totale	
Affidi	2.160	2.340	4.500	1.766	2.518	4.284	-4,8%

[1] presi in carico tra il 2007 e il 2010
[2] presi in carico tra il 2007 e il 2011

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Figura 31: Motivo di archiviazione del procedimento riguardante i soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Indagine "Carcere-DPA" 2012

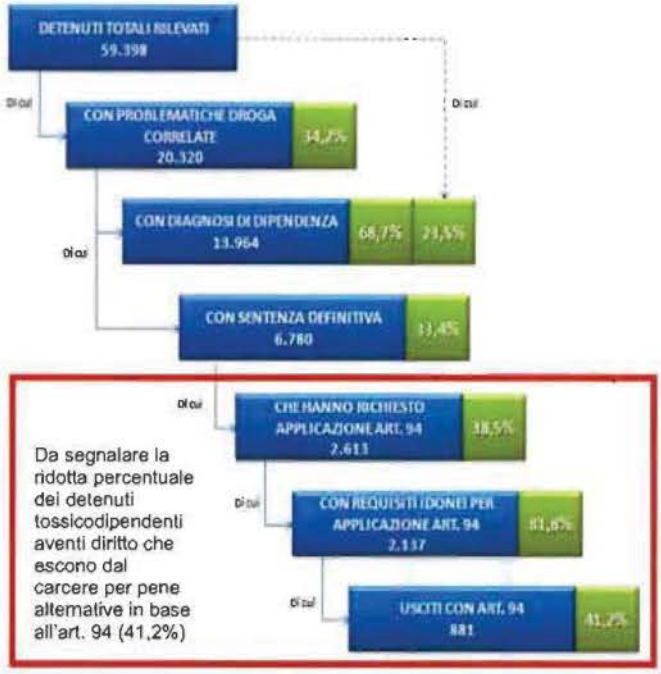
Per valutare in modo più attendibile il fenomeno dei tossicodipendenti in carcere a partire dall'anno scorso è stata attivata una rilevazione puntuale (Carcere -DPA, in base all'accordo siglato in Conferenza Unificata del 18 maggio 2011) eseguita al 31 dicembre di ciascun anno. A questa indagine hanno partecipato tutte le Regioni/PP.AA. con una copertura pari al 90,4% della popolazione carceraria.

23,5% dei detenuti è diagnosticato tossicodipendente con criteri clinici secondo DSM IV e ECD9 9

La popolazione detenuta che presentava tossicodipendenza diagnosticata secondo i criteri ICD-IX-CM risultava essere di 13.694 soggetti, pari al 23,5% del totale dei soggetti ristretti in carcere. Solo una parte di questi (2.613 soggetti) risulta aver fatto richiesta di accesso alla pena alternativa ex art.94 D.P.R. 309/90, di cui l'81,8% (2.137 soggetti) presentava i requisiti idonei per accedervi. Nel 41,2% dei casi,

corrispondente a 881 detenuti, è stata applicata la pena alternativa.

Figura 32: Flusso della popolazione detenuta al 31 dicembre 2011 (le percentuali fanno riferimento al livello superiore)



Fonte: Regioni - Dipartimento Politiche Antidroga (Carcere-DPA 2011)

(*) Il nuovo flusso delle Regioni è in via di attivazione e risente di sottonotifica in relazione della iniziale fase di implementazione del sistema. L'attuale sottonotifica è del 9,6% rispetto ai dati del Ministero di Giustizia

RACCOMANDAZIONI E CONCLUSIONI

Positivo andamento generale, ma segni preoccupanti per le giovani generazioni in relazione all'uso di cannabis e al policonsumo

I dati in nostro possesso, provenienti da molteplici fonti indipendenti tra loro, mostrano una realtà in cambiamento per le sostanze stupefacenti tradizionali che mantiene in generale il trend di contrazione del fenomeno ma con degli spunti di variazione che riguardano soprattutto le fasce giovanili per droghe quali la cannabis. Tali variazioni devono farci riflettere sulla necessità di adottare nuove forme di prevenzione, più precoce e più selettiva.

Il quadro italiano, per essere meglio compreso, deve essere necessariamente inquadrato all'interno del contesto europeo e internazionale da cui si evince una tendenza globale alla riduzione del consumo di droga, con la comparsa di nuovi mercati e di organizzazioni criminali fortemente orientate all'uso di Internet come promozione e veicolo delle nuove offerte di droghe sintetiche.

L'osservazione trasversale e pluriennale di tutti questi dati fa comunque comprendere che il fenomeno sta trovando risposte efficaci che possono e devono sicuramente migliorare la loro performance all'interno del nostro Paese. Tuttavia, per combattere la sempre maggiore globalizzazione delle organizzazioni criminali, del traffico e dello spaccio, dovremo necessariamente trovare una risposta altrettanto globalizzata da parte delle nazioni ma anche delle singole Regioni e delle Provincie Autonome.

Il traffico di droga non riconosce né rispetta i confini o le frontiere, non differenzia competenze e né sovranità, siano esse nazionali o regionali, e quindi è necessario e indispensabile che, sia nel campo della prevenzione, della cura e della riabilitazione, ma anche del contrasto del traffico e dello spaccio si adottino sempre di più logiche

globalizzate, condivise e coordinate a tutti i livelli.
Non accetare o non comprendere lo sforzo che anche l'Unione Europea sta facendo in questo senso significa compromettere le potenzialità di successo in una lotta che può sicuramente essere vinta.
Qualsiasi atteggiamento, a qualisasi livello, che non vada in questo senso di forte cooperazione e coordinamento interistituzionale dovrà essere considerato non virtuoso e quindi da superare.

Nell'analizzare i dati della Relazione al Parlamento sono emerse varie problematiche e aree critiche che portano a sviluppare una serie di riflessioni e considerazioni al fine di costituire una nuova base per una discussione ed una programmazione futura di miglioramento.
Ovviamente, il sistema di rappresentazione dei dati in nostro possesso può e deve essere ulteriormente migliorato ma lo sforzo che questo Dipartimento esegue ogni anno tramite il proprio Osservatorio nazionale e con la fondamentale collaborazione delle Amministrazioni centrali e regionali, porta a creare una base di dati estremamente importante per poter descrivre il fenomeno da più punti di vista e sotto vari aspetti.
L'interpretazione ed il giudizio su questi dati risentono anche delle strategie e delle politiche che le varie autorità, sia governative che regionali, si sono date, soprattutto nel verificare la validità degli obiettivi prefissati e i risultati raggiunti che erano indicati nel Piano di Azione Nazionale e avrebbero dovuti essere declinati nei singoli piani regionali.
Molto si può e si deve ancora fare ed è per questo che è necessario focalizzare, come promemoria di impegno futuro, i principali punti e le aree critiche di miglioramento.
Procedendo con un ordine logico, e non di stretta priorità, possiamo quindi elencare i seguenti punti.

1. Coordinamento nazionale e interregionale

Necessità di aumentare il coordinamento nazionale e interregionale con partecipazione attiva per garantire anche l'attuazione delle indicazioni europee

Dall'esperienza vissuta in questi 5 anni, ed in particolare nell'ultimo anno, e dall'analisi dei singoli sistemi regionali, sia da un punto di vista organizzativo che delle azioni messe in atto, si evince la presenza ancora di una particolare frammentazione e disomogeneità che tocca sia gli aspetti strutturali che funzionali dei sistemi regionali di risposta alle tossicodipendenze.
Pur condividendo e rispettando la necessità dell'autonomia regionale ed in particolare del settore socio-sanitario, si evidenzia e si coglie però che questa forte differenziazione comporta risposte estremamente diversificate mantenendo modelli ancora troppo ancorati al passato e non cogliendo, con la necessaria flessibilità che sarebbe opportuna, il cambio dei pattern d'uso delle sostanze stupefacenti, delle modalità di traffico e di accesso a queste sostanze e dei nuovi profili comportamentali che sono venuti in questi anni.
Difficoltoso si è mostrato infatti in alcuni momenti il coordinamento nazionale con varie Regioni e Provincie Autonome, alcune delle quali non partecipano da anni agli incontri di coordinamento e formazione nazionale. Una conseguenza di questo è un indicatore indiretto di questo fenomeno è l'assenza di importanti base di dati e informazioni regionali che a volte non arrivano all'Osservatiorio nazionale del DPA da alcune Regioni, come evidenziato anche all'interno della Relazione al Parlamento 2013.
E' ovvio che per poter attuare scelte e strategiche coordinate a livello nazionale, si debba partire da un ampia base di dati il più rappresentativa possibile delle realtà territoriali e che quindi i cosiddetti "dati mancanti" o "non forniti" oltre ad impedire l'esaustiva lettura del fenomeno, impediscono anche la possibilità di trovare giuste forme di coordinamento ed azione. L'assenza operativa di alcune Regioni comporta anche la difficoltà di trasferire computamente le indicazioni europee su parti importanti del territorio nazionale, compito questo del DPA ma che si può esercitare

esclusivamente se da parte delle Amministrazioni territoriali viene assicurata una costante partecipazione attiva ai momenti di coordinamento nazionale.
Sottolineiamo inoltre l'importanza che questi momenti di coordinamento nazionale coinvolgano anche le Amministrazioni comunali o le loro rappresentanze, soprattutto per quanto riguarda gli aspetti della prevezione e del reinserimento socio-lavorativo.

2. Calo degli investimenti nelle attività di prevenzione

Investimenti sulla prevenzione non rinunciabili

Dalla lettura dei dati relativi agli investimenti finanziari regionali fatti sui programmi di prevenzione, si evince un forte calo nel 2012 dei budget dedicati a questa attività. Questo aspetto risulta particolarmente preoccupante se lo si associa ad un altro fenomeno e cioè all'aumento della pressione di marketing negativa su Internet, con una grande promozione dell'offerta e dell'uso di sostanze stupefacenti (sia classiche, sia nuove) che in questi anni ha avuto un grandissimo sviluppo. Oltre a questo, ad aggravare la situazione e rendere ancora più critica questa riduzione dei finanziamenti in ambito preventivo, risulta essere l'aumento dei consumi di cannabis visti soprattutto nella fascia di età 15-19 anni.
E' ncessario pertanto che si rivedano profondamente queste riduzioni dei finanziamenti per la prevenzione per non dover pagare un prezzo altissimo tra qualche anno con un aumento del numero di giovani consumatori.

Rapporto costo/beneficio 1/10: un euro di prevenzione fa risparmiare 10 euro di terapia

I finanziamenti in questo ambito non dovrebbero essere visti e considerati come "costi" ma, più realisticamente come "investimenti per il futuro". In uno studio condotto insieme all'UNODC durante la preparazione delle linee di indirizzo internazionali sulla prevezione, si è potuto infatti determinare che ogni euro investito in prevenzione farà risparmiare 10 euro negli anni successivi in cura e riabilitazione.

Più prevenzione selettiva e precoce

Questo deve far riflettere molto su questi aspetti e sulla necessità di garantire finanziamenti idonei per le attività di prevenzione e, contestualmente, di adottare modelli e metodologie più scientificamente orientate, più precoci e più selettive che si sono dimostrate più sostenibili oltre che efficaci.

3. Bisogno di introdurre modelli innovativi di prevenzione

Verso una prevenzione molto più precoce e incisiva

Dall'osservazione più particolareggiata delle modalità e degli approcci preventivi utilizzati sul territorio nazionale, al di là della carenza di finanziamenti dedicati sopra segnalata, vi è anche un altro fattore problematico, cioè il tipo di metodologie spesso utilizzate. Si è potuto infatti rilevare una mancanza di programmi di prevenzione realmente precoce (che si sono dimostrati scientificamente più efficaci), a partire dai 6-8 anni e centrati su approcci educativi orientati alla promozione del "valore salute" e all'acquisizione di life skills e di stili di vita sani che escludano l'uso di sostanze stupefacenti, di alcol e tabacco e di gioco d'azzardo. E' chiaro che a questo livello è fondamentale il maggior supporto che dovrà essere dato alla famiglia e alla scuola.

Life skills e stili di vita sani mediante un approccio educativo

Dall'osservazione che i giovani tossicodipendenti arrivano alle strutture di cura in fase molto avanzata e tardiva rispetto al primo uso di sostanze (6-9 anni dall'inizio dell'uso), si rileva inoltre la mancanza di programmi specifici di individuazione precoce di queste condizioni di rischio aumentato e di questo periodo che viene trascorso dalla persona totalmente senza protezione.

Ridurre il ritardo di diagnosi e intervento

Porsi l'obiettivo di ridurre questo tempo di latenza e di arrivare ad una diagnosi, anche di uso occasionale, più precoce è fondamentale, così come raccomandato anche da specifiche Risoluzioni delle Nazioni Unite nel corso di questi anni duranti le CND, sia con le indicazioni contenute nel nuovo piano di azione europeo.

Identificazione precoce dei markers di vulnerabilità

Inoltre, è possibile identificare la condizione di vunerabilità all'uso precoce di sostanze e allo sviluppo di dipendenza già in giovanissima età attraverso una semplice osservazione comportamentale e socio-ambientale in grado di cogliere markers precoci quali la presenza di disturbi comportamentali (ad esempio, iperattività,

aumento dell'aggressività, ecc.) e deficit attentivi.
Avere, quindi, specifici programmi e interventi di diagnosi e intervento precoce risulta strategico e fondamentale.

4. Nuove droghe

Un mercato in espansione anche se sotto controllo

Non solo un problema di contrasto ma anche educativo del corretto uso di Internet

Il mercato delle nuove droghe, le offerte e le proposte in Internet potrebbero assumere nei prossimi anni dimensioni ragguardevoli, se non opportunamente monitorati e contrastati. Va mantenuta, e se possibile migliorata ancora, la tempestività di segnalazione e di tabellazione di nuove sostanze stupefacenti che il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha dimostrato in questi anni.
L'azione però non si dovrebbe fermare solo all'ambito della repressione, ma investire contemporaneamente gli ambiti preventivi ed educativi prococi allertando e supportando le famiglie e la scuola relativamente alle problematiche relative all'uso improprio di internet nei giovani. Sulla rete trovano inoltre spazio molte offerte illegali di farmaci contraffatti ed estremamente pericolosi. In Italia, il fenomeno dell'abuso di farmaci non prescritti nei giovani è per fortuna ancora limitato, al contrario di altri Paesi dove è diventato tra i primi problemi d'abuso, come gli Stati Uniti, ma è necessario anche in questo caso adottare programmi specifici di prevenzione che dovranno essere coordinati anche con quanto già fanno a tale proposito l'AIFA e il Ministero della Salute oltre che le singole Regioni.

5. Poliabuso e polidipendenza

Nuovo trend emergente che ingloba anche il gioco d'azzardo patologico

Le ricerche hanno mostrato che il poliabuso, e quindi la polidipendenza conseguente, si stanno rafforzando soprattutto tra i giovani consumatori. Oltre alle sostanze usate contemporaneamente o sequenzialmente, è stato evidenziato anche che i dipendenti da sostanze stupefacenti hanno anche un rischio molto maggiore di essere dipendenti da gioco d'azzardo e di sviluppare una vera e propria malattia anche in questo settore.
L'alcol ed il tabacco, inoltre, vengono utilizzati quasi costantemente insieme alle sostanze stupefacenti. E' necessario, quindi, che i programmi regionali e i Dipartimeti delle Dipendenze si orientino e si organizzino affinché le risposte preventive ed assistenziali siano dedicate a tutte le dipendenze, con un approccio che interpreti e soddisfi maggiormente i reali bisogni socio-sanitari degli utenti.
Questa osservazione ha anche una rilevanza importante nell'ambito della ricerca delle neuroscienze, in quanto si evidenziano sempre comune neuro-fisio-patologiche delle varie dipendenze esistenti, sia quelle da sostanze stupefacenti che da comportamenti.

6. Fattori di crisi per gli operatori del settore

Condizioni preoccupanti e da prendere in seria considerazione

L'osservazione del sistema organizzativo e strutturale dei Dipartimenti delle Dipendenze e delle comunità terapeutiche ha messo in luce una forte crisi di questo settore in relazione a oggettive situazioni di difficoltà degli operatori dei servizi pubblici ma anche del privato sociale che spesso si trovano a dover operare in condizioni difficoltose, sia per la carenza di personale (a fronte di un alto numero di utenti in carico), sia per la scarsità di risorse a disposizione, sia per formule organizzative che ci vengono riferite come spesso penalizzanti i servizi per le tossicodipendenze, rispetto ad altri servizi aziendali.

Operatori impegnati ma fortemente in difficoltà

Si è rilevata una diffusa condizione di demotivazione professionale dovuta a questi fattori, e contemporaneamente una forte richiesta di poter operare al meglio e continuare il proprio lavoro in condizioni di maggior agibilità e sicurezza. In particolare, le comunità terapeuiche hanno visto la riduzione del numero di unità operative sul territorio e questo è stato messo in relazione anche con la difficoltà a

ricevere dalle Regioni i pagamenti per le prestazioni e le assistenze effettuate, in tempi rapidi e comunque idonei per poter mantenere un'attività professionale.

Problemi concreti per le comunità terapeutiche: acquisire in tempi più rapidi i crediti dalle Regioni

Da alcune ricerche eseguite da Comunitalia (Associazione che riassume insieme la maggior parte delle Comunità e delle reti di assistenza italiane) risulterebbe un mancato/ritardato pagamento delle rette comunitarie per un valore di circa 24 milioni di euro. La riorganizzazione di questo settore dovrebbe tenere conto sia della creazione di un'omogeneità nazionale fra tutte le Regioni (per esempio, la definizione di rette nazionali omogenee che ad oggi sono estremamente sono estremamente ed ingiustificatamente diversificate) ma anche del fatto che è necessario dare identità professionale e condizioni organizzative ben strutturate ai Dipartimenti delle Dipendenze che assumono in sè sia i Ser.T. che le comunità terapeutiche, uniti in uno sforzo congiunto di fornire prestazioni e aiuto alle persone tossicodipendenti nei loro vari stadi di motivazione al cambiamento in base alle loro diverse caratteristiche cliniche e alle loro richieste di assistenza.

7. I Dipartimenti delle Dipendenze: il futuro possibile

Valorizzare i Dipartimenti delle Dipendenze

Per quanto riguarda l'organizzazione e l'attivazione dei Dipartimenti delle Dipendenze riscontrata nelle varie Regioni, essa è risultata estremamente eterogenea sul territorio nazionale, con una scarsa attuazione, per altro, dello specifico Atto di Intesa Stato-Regione che ne prevedeva, a suo tempo, l'attivazione. Come già segnalato, questa carenza organizzativa comporta una perdita dell'identità professionale negli operatori dei Dipartimenti, come da loro stesso riferito, soprattutto nei casi in cui i Ser.T. siano stati inopportunamente inseriti nei Dipartimenti di Salute Mentale o nei distretti territoriali in qualità di unità operative generiche e non specialistiche. Queste unità operative, infatti, hanno la necessità di trovare un loro forte e autonomo coordinamento strutturale sovra-distrettuale per poter essere sempre più efficaci e specializzati e dare risposte concrete a tutto il territorio di competenza.

Attuare l'Atto di Intesa Stato-Regioni e promuovere le linee di indirizzo nazionali

L'autonomia programmatoria e organizzativa delle Regioni e Provincie Autonome a questo livello, che va sicuramente rispettata, dovrebbe però tenere conto del rispetto degli Atti di Intesa sottoscritti, oltre che delle linee di indirizzo nazionali a questo livello che sono state realizzate e divulgate dal DPA (sulla base anche di orientameni europei in materia) che avevano tracciato molto bene e chiaramente le modalità ottimali di risposta e della relativa organizzazione che sarebbe necessario ed opportuno fosse presente su tutto il territorio nazionale, anche alla luce della necessaria economicità e sostenibilità di questo tipo che l'organizzazione strutturale dei Dipartimenti crea.

8. Prevenzione delle malattie infettive droga-correlate

Un'emergenza che continua

Nell'ambito delle malattie infettive droga-correlate, come già più volte segnalato purtroppo è ancora da rilevare una diminuzione dell'attenzione relativamente al problema della diagnosi precoce e dell'inserimento altrettanto precoce in terapia antiretrovirale, delle persone tossicodipendenti con infezione da HIV. Come più volte segnalato dal DPA con ben due allerte sanitarie nazionali si è riscontrato e si continua a riscontrare un carente utilizzo del test HIV all'interno dei Ser.T. con scarso screening sia dei nuovi soggetti che arrivano ai soggetti, sia di quelli in carico da periodi precedenti. Questa condizione deve necessariamente essere superata perché non c'è ragione che possa giustificare una mancanza di questo genere che è in grado di compromettere il buon controllo della diffusione dell'epidemia (soggetti inconsapevoli di essere sieropositivi trasmettono più facilmente l'infezione rispetto ai soggetti consapevoli) e contemporaneamente la sopravvivenza e la qualità di vita delle persone HIV positive inconsapevoli del loro stato (il ritardo di diagnosi e di ingresso in terapia comporta l'espressione di una malattia più aggressiva e più

Compromissione del controllo epidemico e delle possibilità di cure precoci per una maggior sopravvivenza e qualità di vita

compromettente per la salute e la sopravvivenza delle persone oltre che per la loro qualità di vita).
Da segnalare inoltre la necessità di riattivare e mantenere costanti gli interventi di prevenzione e di rilanciare le campagne di vaccinazione per l'epatite B in questo target particolarmente a rischio che risulta ancora con una percentuale di non copertura molto elevata.

9. Nuova emergenza del gioco d'azzardo patologico (GAP)

Un fenomeno in preoccupante ascesa

Il fenomeno crescente del GAP è stato ben evidenziato nella sua attuale evoluzione ed è sicuramente da mettere in relazione con l'aumento dell'offerta di giochi e della relativa pressione pubblicitaria che è stata fatta negli ultimi 5 anni. Alcuni studi eseguiti dal DPA e riportati in questa Relazione al Parlamento hanno potuto mostrare anche la forte correlazone del GAP con l'uso di sostanze stupefacenti e con l'uso di alcol e tabacco, dimostrando come le persone vulnerabili al gioco d'azzardo abbiano anche una base neuro-psico-biologica comune che li porta a sviluppare dipendenze anche verso le sostanze stupefacenti e alcoliche e viceversa.

Necessità di ri-orientamento e rafforzamento dei Dipartimenti delle Dipendenze verso un approccio globale

Questa importante osservazione riveste anche degli aspetti pratici di programmazione e orientamento dei servizi di prevenzione e cura, facendo riflettere sulla necessità di impostare i Dipartimenti delle Dipendenze verso risposte multiple e integrate per le varie dipendenze che, sempre più spesso, le persone che ad essi si rivolgono, presentano. La specializzazione, quindi, verso la cura delle "dipendenze" nel loro complesso o, meglio ancora, verso la persona vulnerabile alle dipendenze e non verso la "sostanza stupefacente", è la scelta giusta che dovrebbe far orientare sia l'organizzazione dell'offerta socio-sanitaria che i processi assistenziali (diagnostici, terapeutici, riabilitativi) in essa utilizzati.

La scelta, quindi, di creare e rafforzare i Dipartimenti delle Dipendenze in forma strutturale e autonoma, con un'identità professionale e tecnico-scientifica ben definita, al fine di poter costruire risposte sempre più idonee ai problemi derivanti dalle dipendenze patologiche che sempre più si vanno articolando nella popolazione, è sicuramente razionale e fortemente consigliata, basandosi proprio sulle evidenze scientifiche di cui ad oggi possiamo disporre.

Necessità di un piano di azione nazionale coordinato e integrato anche per il GAP

Il problema del GAP tocca vari aspetti e a livello nazionale si sente fortemente l'esigenza di un coordinamento delle politiche e degli interventi non solo in ambito socio-sanitario ma anche regolamentatorio e di controllo/repressione del gioco d'azzardo illegale. Attualmente, i settori sia dello Stato che delle Amministrazioni regionali e comunali che a vario titolo si occupano di questa problematica non sono ben coordinati e non esiste ancora un piano di azione nazionale che possa (al pari di quello sulle sostanze stupefacenti) dare indirizzi per realizzare risposte integrate e concrete ad un fenomeno sicuramente in piena evoluzione. Sarebbe necessario, quindi, un organismo "super partes" (e la Presidenza del Consiglio dei Ministri potrebbe essere la giusta collocazione in merito) che possa accogliere tutti i vari stakeholders interessati in un unico ambiente strategico-programmatorio al fine di realizzare politiche e indirizzi condivisi per interventi realmente integrati con il contributo del Ministero della Salute, del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca, del Ministero dell'Interno, dell'Amministrazione dei Monopoli di Stato ma anche delle Regioni e della Provincie Autonome, della Amministrazioni Comunali e dei rappresentanti della società civile, nonché dei concessionari dei giochi.

Coordinamento e interventi precoci

Superare questo stato di scarso coordinamento e integrazione è una priorità impellente ma contemporaneamente è necessario attivare fin da subito interventi di prevenzione, cura e riabilitazione e poter disporre di strumenti normativi al fine di meglio regolamentare e monitorare l'offerta di giochi sul territorio.

Sostenibilità

La sostenibilità di queste azioni potrebbe essere mantenuta attraverso fondi e finanziamenti già esistenti provenienti sia dalle quote che i concessionari devono

investire in azioni di questo tipo (sulla base delle convenzioni in essere) sia da quote marginali che potrebbero essere recuperate dalle quote previste per la redistribuzione delle vincite.

Approccio bilanciato

In questa logica, è indicato attuare un approccio bilanciato che permetta a tutti i settori interessati di poter trovare il giusto equilibrio tra la protezione delle persone vulnerabili per lo sviluppo del GAP (aspetti socio-sanitari) e il mantenimento di un settore produttivo dell'intrattenimento (aspetti economici) che, se ben regolamentato e strutturato, può costituire un importante settore economico per lo Stato e per l'occupazione. Ovviamente, la priorità è quella della salute pubblica e della difesa dei cittadini più vulnerabili verso lo sviluppo di forme patologiche altamente invalidanti e in grado di generare oltre che sofferenze per il paziente e la sua famiglia anche un costo sanitario che lo Stato dovrebbe comunque sostenere.

Priorità: la salute pubblica

10. Carcere e droga

Per quanto riguarda il problema dei tossicodipendenti in carcere, questo Dipartimento ha ormai da anni e più volte segnalato la necessità di sfruttare maggiormente le opportunità esistenti relativamente all'attivazione di misure alternative al carcere (art. 94 DPR 309/90) da parte dei servizi per le tossicodipendenze delle Regioni e Provincie Autonome. Vi è infatti uno scarso ricorso alle misure alternative al carcere ma soprattutto si è registrato che molto spesso le persone tossicodipendenti recluse aventi diritto non escono dal carcere, nonostante la presenza dei requisiti richiesti dalla legge, per mancanza di budget dedicato a queste attività.

Necessità di utilizzare maggiormente le misure alternative al carcere

Violazione dei diritti esigibili

Il DPA ritiene che sarebbe necessaria una riverifica puntuale delle reali cause e motivazioni nello specifico (al di là della semplicistica affermazione della cronica "carenza di fondi") che portano alcune Amministrazioni regionali a ridurre il budget in disponibilità dei Ser.T., così come ci viene riferito, per queste attività di recupero. Contemporaneamente, sarebbe necessario valutare l'esistenza di una reale e concreta organizzazione (sia in termini di programmi e processi specifici dedicati, sia di strutture e operatori coinvolti direttamente in questa assistenza in carcere), che dovrebbe operare quotidianamente per attuare quanti più interventi possibili alternativi al carcere per queste persone.

Necessità di analizzare meglio le reali cause dello scarso ricorso all'art. 94 per rimuovere gli ostacoli

Esistono inoltre modelli già sperimentati con successo che potrebbero essere attuati a livello nazionale che permetterebbero, già durante i processi per direttissima, di poter offrire ed attivare percorsi alternativi alle persone tossicodipendenti che hanno commesso reati, evitando quindi fin da subito l'entrata in carcere.

Possibili nuovi modelli alternativi per evitare l'ingresso in carcere dei tossicodipendenti che hanno commesso reati

Un'ulteriore possibilità, che a livello internazionale sta riscuotendo sempre più consensi sulla base dei buoni risultati ottenuti in termini di alto tasso di riabilitazione, basso tasso di ricaduta (sia criminale che di uso di sostanze stupefacenti), in relazione anche al risparmio dei costi che è in grado di creare, è l'attivazione di interventi sul modello delle "*Drug Court*" americane che stanno avendo applicazione anche in alcuni Stati europei, quali Belgio e Inghilterra.

11. Orientamento scientifico e neuroscienze

Dall'analisi dei processi preventivi, terapeutici e riabilitativi utilizzati nei Dipartimenti delle Dipendenze, sia per quanto riguarda i Ser.T. che le comunità terapeutiche, risulta la necessità di adottare ancora di più un orientamento scientifico che sia maggiormente consolidato e orientato alle neuroscienze dell'addiction. I modelli attuali risultano infatti, a parte la forte eterogeneicità riscontrata, poco basati sulla valutazione costante degli esiti dei trattamenti ma soprattutto sui modelli fisiopatologici che stanno alla base poi dell'espressione comportamentale dell'addiction e quindi in grado di far comprendere al meglio quali possono essere i giusti rimedi e le giuste scelte terapeutiche per ogni singola persona. E' necessario

Necessità di un forte impulso verso le neuroscienze attraverso formazione e collaborazioni internazionali

quindi investire anche in formazione su questi ambiti e nel creare sempre di più collaborazioni scientifiche con Paesi ed organizzazioni di alto livello che possono contribuire a far crescere la cultura tenico-scientifica nel nostro Paese.

Dalla ricerca scientifica alla pratica clinica

Persiste ancora fortemente uno scarso trasferimento delle evidenze scientifiche derivanti proprio dall'ambito delle neuroscienze e delle scienze del comportamento, sia verso le attività preventive, sia verso quelle cliniche e quelle educative e riabilitative. Implementare questo orientamento anche nel nostro Paese attraverso la formazione avanzata degli operatori e la promozione di network di ricerca nel campo delle neuroscienze dell'addiction, come per altro inserito nel nuovo Piano di Azione europeo proprio su proposta dell'Italia, creerebbe un aumento della specializzazione dei Dipartimenti delle Dipendenze e in ultima analisi un miglioramento dell'efficacia degli interventi a tutti i livelli.

12. Costi e benefici: investimenti per il futuro

Sistema assistenziale con outcome positivi ma necessità di ridurre la quota dei tossicodipendenti non ancora in terapia

Il sistema delle dipendenze in Italia, per quanto riguarda gli aspetti socio-sanitari nel loro complesso, è stimabile che abbia un costo di circa 1,65 miliardi all'anno e che permetta di mettere in trattamento circa il 40% dei tossicodipendenti aventi bisogno. La maggior parte di queste persone (circa l'80%), durante il trattamento, sospende l'uso di sostanze e, in una quota oscillante tra il 50 e il 60%, è occupato professionalmente, producendo, in questo modo, benefici diretti (valorizzabili in senso monetario) estremamente importanti e rilevanti dipendenti soprattutto dalla cessazione della spesa quotidiana per l'acquisto della droga (con cessazione del flusso di denaro alle organizzazioni criminali) e dalla ripresa della produttività economica individuale che consentirà loro una vita autonoma. In caso contrario invece e cioè di non trattamento della dipendenza patologica, queste costi diventerebbero inevitabilmente costi per lo Stato e fonti di finanziamento per le organizzazioni criminali. L'equazione è molto semplice ma estremamente efficace e vera.

Forte risposta ai trattamenti integrati con buon tasso di reinserimento lavorativo

I costi socio-sanitati, quindi, per la prevenzione, cura e riabilitazione devono essere visti come dei veri e propri "investimenti" sia per evitare che nuove persone si ammalino e perdano autonomia e produttività alimentandi il crimine per le loro necessità cliniche, sia per recuperare forze e potenzialità soprattutto giovanili (che in altro modo andrebbero perdute e diventerebbero generatori di costi oltre che di sofferenze) e una loro riduzione comporterebbe costi aggiuntivi evitabili nel breve, medio e lungo termine, che nessuno Stato vorrebbe sostenere.

Curare = investire

Alto rapporto costo/benefici dei trattamenti: da 1/6 a 1/8

E' necessario pertanto, incrementare la quota delle persone tossicodipendenti in trattamento, riducendo quindi quella degli aventi bisogno e che non sono ancora entrati in terapia, attraverso un aumento delle strutture in grado di fornire offerte terapeutiche valide, sia ambulatoriali che residenziali, perché è stato dimostrato che il rapporto costi/benefici, in questo caso, è estremamente vantaggioso avendo valori che oscillano tra 1/6 e 1/8.

13. Contrasto del traffico e dello spaccio

Approccio bilanciato con costante presenza del contrasto e della deterrenza

Per quanto riguarda le attività di contrasto del traffico e dello spaccio delle sostanze stupefacenti, all'interno di un approccio bilanciato per la riduzione della domanda e dell'offerta, quale è quello italiano, va sottolineato l'alto e costante impegno delle Forze dell'Ordine e degli operatori della giustizia a questo proposito che, come anche in passato, hanno espresso una costante professionalità e dedizione di controllo del territorio ma anche della salute pubblica. Il DPA, nel 2012, ha aumengtato i rapporti di collaborazione anche con questo importante settore coordinandosi sia sugli aspetti internazionali che sulle strategie nazionali e trovando una grande disponibilità e un ottimo riscontro nel partecipare e nel condividere sia le strategie di prevenzione ma

anche quelle di cura e riabilitazione delle persone tossicodipendenti, sia per la parte territoriale che per quanto riguarda le persone recluse.
Una forte ed efficace collaborazione è stata infine attivata con questo settore per quanto riguarda il Sistema Nazionale di Allerta Precoce per l'identificazione delle nuove sostanze entranti sul territorio nazionale.

14. Diversi approcci

Diversi punti di vista e salute pubblica

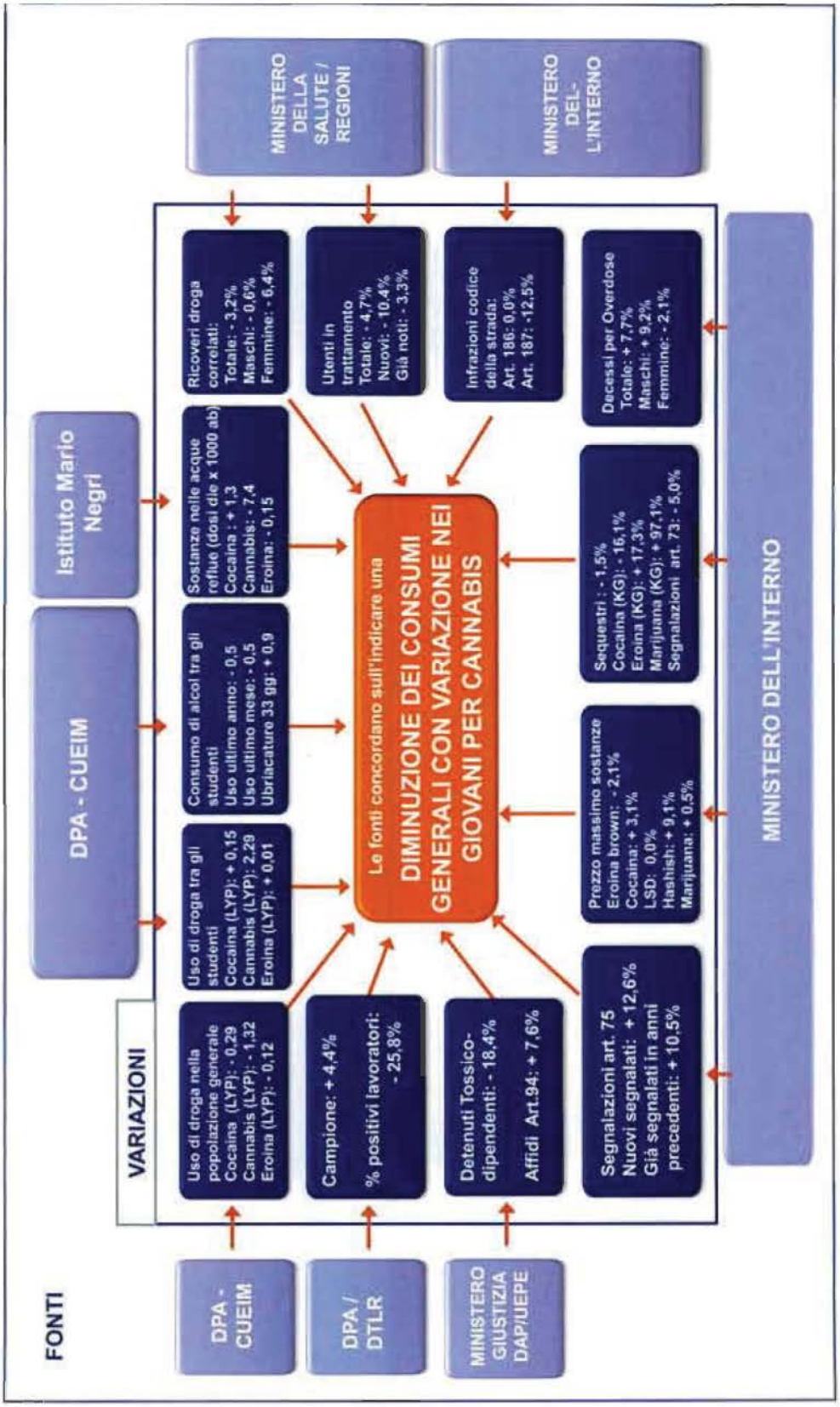
Infine, relativamente alle diverse riflessioni che vengono fatte in merito all'ipotesi di legalizzazione di una o più sostanze stupefacenti anche nel nostro Paese, per tentare di risolvere con questo sistema il problema della diffusione delle droghe e delle organizzazioni criminali, la posizione del DPA è molto chiara ed è stata espressa e ben documentata in un'apposita pubblicazione tecnico-scientifica che è possibile ritrovare sul sito del Dipartimento (a cui si rimanda per approfondimenti). Con un approccio molto oggettivo e scevro da ideologismi, nulla toglie che questo argomento possa essere oggetto di ulteriore discussione e approfondimento scientifico nelle opportune sedi tecniche prima ancora che politiche, relativamente alla sua presunta validità risolutiva del fenomeno droghe e criminalità. Avendo chiaro però che è necessario distinguere molto bene, evitando quindi manipolazioni e strumentalizzazioni comunicative, quelli che possono essere gli scopi e gli usi in ambito medico (per i quali non vi sono pregiudiziali se non quella, al pari di qualsiasi farmaco, di una rigorosa valutazione scientifica in merito all'efficacia e alla sicurezza) di alcune sostanze stupefacenti e la loro reale efficacia (ad esempio, la cannabis) e l'uso voluttuario/ricreativo che nulla ha a che fare con questi aspetti legati alla possibile cura di sintomi disagianti in alcune malattie.
Tutto questo, partendo inoltre dalla consapevolezza oggettiva che la proposta della legalizzazione non è una soluzione inserita nell'agenda né delle Nazioni Unite né dell'Unione Europea, come chiaramente espresso dagli attuali massimi vertici di tali organizzazioni e non attuata dalla stragrande maggioranza degli Stati al mondo.
L'opzione della legalizzazione, come è noto, comporterebbe un aumento dei consumi in seguito all'aumento della disponibilità di sostanze stupefacenti e al calo dei deterrenti, e dei fattori che sono stati dimostrati scientificamente protettivi della percezione del rischio e della disapprovazione sociale. Inoltre, in un'epoca storica dove in tutto il mondo, in Europa e Italia compresa, si assiste ad una diminuzione dell'uso di sostanze stupefacenti, della riduzione della mortalità correlata, delle infezioni e delle carcerazioni, sarebbe anacronistico attivare misure che comportino l'effetto contrario di quanto sta positivamente avvenendo a livello globale.
Oltre a questo e per fornire un ulteriore stimolo di riflessione sulle conseguenze della legalizzazione in termini sanitari, vale solo la pena di ricordare che le sostanze tossiche e in grado di dare una forte dipendenza più utilizzate al mondo e che generano il maggior contributo in termini di mortalità e morbilità sono proprio le due sostanze più legalizzate, cioè l'alcol e il tabacco.
Molti importanti Stati del mondo, dopo aver legalizzato tali sostanze, stanno di fatto introducendo sempre di più politiche e condizioni restrittive e di controllo al loro consumo negli ambienti pubblici, negli ambienti di lavoro e addirittura in strada, per recuperare questo *gap* ormai secolare, causa di milioni di vittime (facilmente valutabili in termini di sanità pubblica) e che dipendono da comportamenti sicuramente evitabili e prevenibili ma anche da una offerta capillare e istituzionalizzata.

In quanto alla supposta capacità di far crollare gli introiti delle organizzazioni criminali attraverso la legalizzazione delle droghe, modelli e studi eseguiti a tale proposito hanno dimostrato che ciò non è realistico ma soprattutto realizzabile e sostenibile e che non risolverebbe i due principali problemi che stanno alla base di tutto il mercato delle droghe: da un lato, l'esistenza di una domanda che nasce da

fattori individuali, famigliari e sociali di vulnerabilità e da una crisi educativa che non sarebbero comunque risolti con la legalizzazione, e dall'altro, i comportamenti criminali e di sfregio della legalità delle organizzazioni criminali che non cesserebbero semplicemente con un calo presunto degli introiti derivanti dalla riduzione dello spaccio delle sostanze stupefacenti, ma che troverebbero sicuramente altre forme di espressione illegale e di aggressione sociale.

Probabilmente, vi possono essere diverse modalità più efficaci nel controllare e reprimere i guadagni delle organizzazioni criminali, nell'epoca Internet, che basino la loro azione sul controllo e sul monitoraggio dei flussi finanziari, come lo stesso giudice Falcone ci indicava, anche a livello internazionale collegati a queste attività e contemporaneamente che provvedano al sostegno di approcci preventivi/educativi sui giovani e le famiglie per l'acquisizione precoce e il mantenimento di stili di vita sani e di rispetto della legalità. Investimenti, questi, che richiedono tempi medio-lunghi e impegni sociali trasversali e costanti ma che sicuramente possono dare risultati positivi, non solo per la riduzione del consumo di droghe ma anche per tutta una serie di altri comportamenti anti-sociali che, con il giusto approccio bilanciato tra la prevenzione, l'educazione e la deterrenza, possono trovare risposte equilibrate e garantire una buona efficacia, nel rispetto dei diritti umani, sia in termini personali che sociali.

Giovanni Serpelloni
Capo Dipartimento Politiche Antidroga
Presidenza del Consiglio dei Ministri


FONTI
DPA - CUEIM
DPA / DTLR
MINISTERO GIUSTIZIA DAP/UEPE
VARIAZIONI
Uso di droga nella popolazione generale
Cocaina (LYP): - 0,29
Cannabis (LYP): - 1,32
Eroina (LYP): - 0,12
Campione: + 4,4%
% positivi lavoratori: - 25,8%
Detenuti Tossico-dipendenti: - 18,4%
Affidi Art.94: + 7,6%
Segnalazioni art. 75
Nuovi segnalati: + 12,6%
Già segnalati in anni precedenti: + 10,5%
Uso di droga tra gli studenti
Cocaina (LYP): + 0,15
Cannabis (LYP): 2,29
Eroina (LYP): + 0,01
Consumo di alcol tra gli studenti
Uso ultimo anno: - 0,5
Uso ultimo mese: - 0,5
Ubriacature 33 gg: + 0,9
Sostanze nelle acque reflue (dosi die x 1000 ab)
Cocaina : + 1,3
Cannabis: - 7,4
Eroina: - 0,15
Ricoveri droga correlati:
Totale: - 3,2%
Maschi: - 0,6%
Femmine: - 6,4%
Utenti in trattamento
Totale: - 4,7%
Nuovi: - 10,4%
Già noti: - 3,3%
Infrazioni codice della strada:
Art. 186: 0,0%
Art. 187: -12,5%
Decessi per Overdose
Totale: + 7,7%
Maschi: + 9,2%
Femmine: - 2,1%
Sequestri : - 1,5%
Cocaina (KG): - 16,1%
Eroina (KG): + 17,3%
Marijuana (KG): + 97,1%
Segnalazioni art. 73: - 5,0%
Prezzo massimo sostanze
Eroina brown: - 2,1%
Cocaina: + 3,1%
LSD: 0,0%
Hashish: + 9,1%
Marijuana: + 0,5%
Le fonti concordano sull'indicare una
DIMINUZIONE DEI CONSUMI GENERALI CON VARIAZIONE NEI GIOVANI PER CANNABIS
Istituto Mario Negri
DPA - CUEIM
MINISTERO DELLA SALUTE / REGIONI
MINISTERO DELL'INTERNO
MINISTERO DELL'INTERNO

ALLEGATO TECNICO

ANALISI DEI CONSUMI NELLA POPOLAZIONE GENERALE E IN QUELLA STUDENTESCA

PAGINA BIANCA

CONSUMO DI CANNABIS

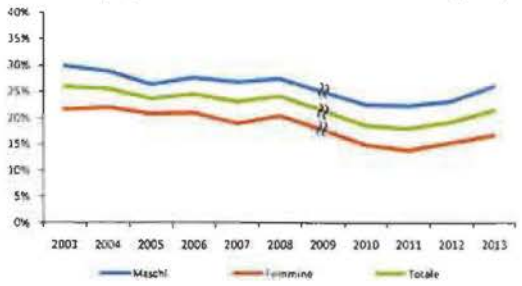
Tabella 1: Consumo di cannabis nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

Consumo 15-19 anni (%)	2010	2011	2012	2013	Diff
Nella vita – LTP	22,35	21,77	22,63	24,41	+ 1,78
Negli ultimi 12 mesi – LYP	18,47	17,91	19,14	21,43	+ 2,29
Nella ultimi 30 giorni – LMP	12,27	12,65	12,95	15,08	+ 2,13
Consumo 15-64 anni (%)	**2010**		**2012**		**Diff**
Nella vita – LTP	22,10		21,48		- 0,62
Negli ultimi 12 mesi – LYP	5,33		4,01		- 1,32
Nella ultimi 30 giorni – LMP	3,00		1,84		- 1,16
Concentrazioni acque reflue	**2010**	**2011**	**2012**		**Diff**
Dosi al giorno x 1.000 residenti	34,21	36,23	28,84		- 7,40

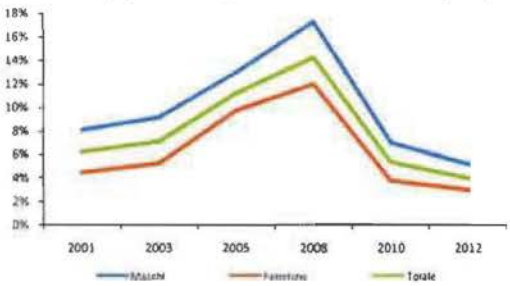
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

Dati 2010-2011-2012 definitivi – Deti 2013 aggiornati al 03/05/2013

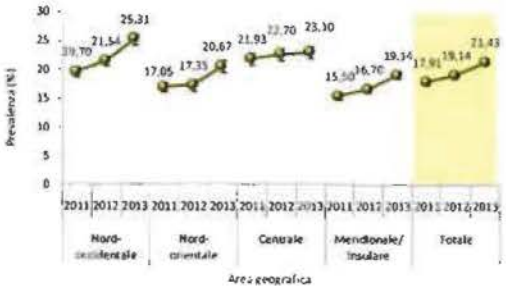
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



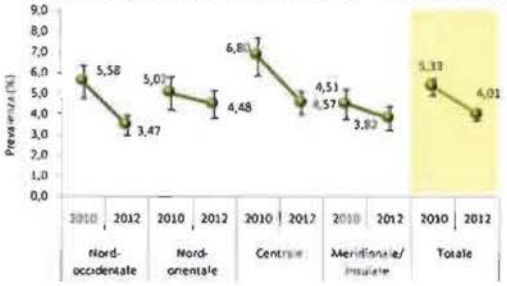
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



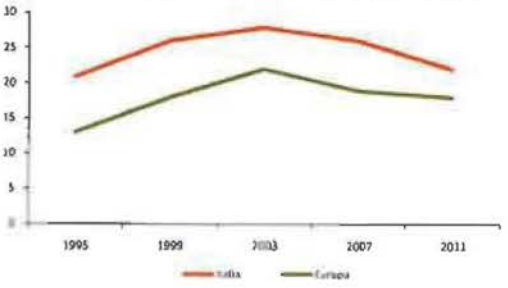
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



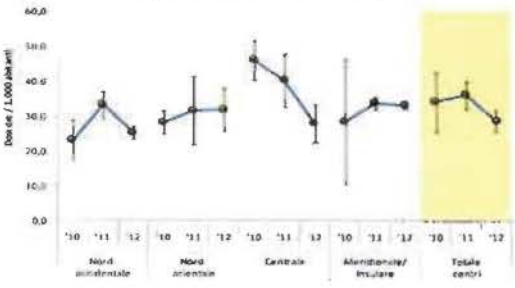
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



Consumo studenti 15-16 anni (LTP) (ESPAD)



Concentrazioni acque reflue



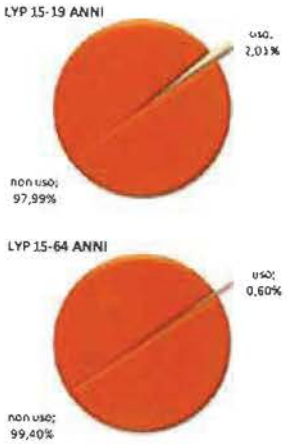
CONSUMO DI COCAINA

Tabella 2: Consumo di cocaina nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

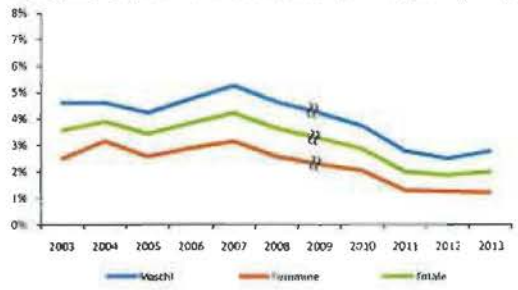
Consumo 15-19 anni (%)	2010	2011	2012	2013	Diff
Nella vita – LTP	4,14	2,95	2,61	2,69	+ 0,08
Negli ultimi 12 mesi – LYP	2,88	2,00	1,86	2,01	+ 0,15
Nella ultimi 30 giorni – LMP	1,57	1,17	1,06	1,01	- 0,05
Consumo 15-64 anni (%)	**2010**		**2012**		**Diff**
Nella vita – LTP	4,62		4,13		- 0,49
Negli ultimi 12 mesi – LYP	0,89		0,60		- 0,29
Nella ultimi 30 giorni – LMP	0,43		0,26		- 0,17
Concentrazioni acque reflue	**2010**	**2011**	**2012**		**Diff**
Dosi al giorno x 1.000 residenti	7,57	5,91	7,21		+ 1,31

Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

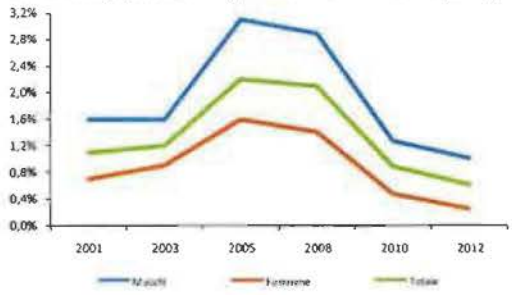
Dati 2010-2011-2012 definitivi – Dati 2013 aggiornati al 03/05/2013



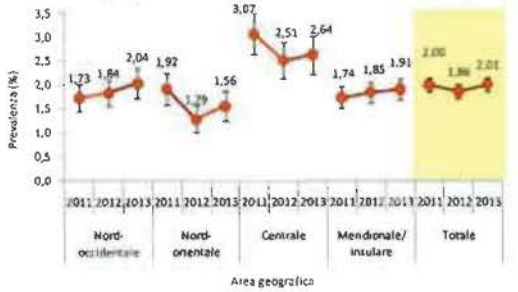
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



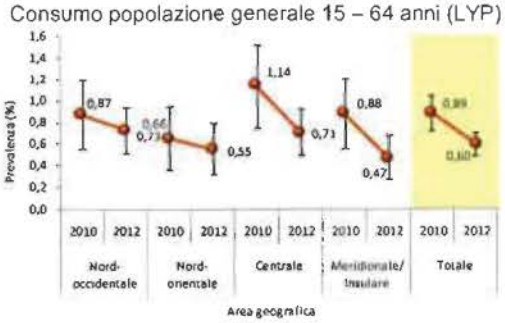
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



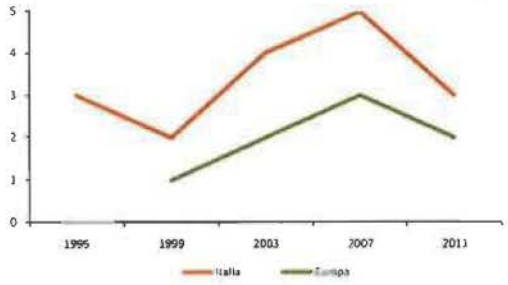
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



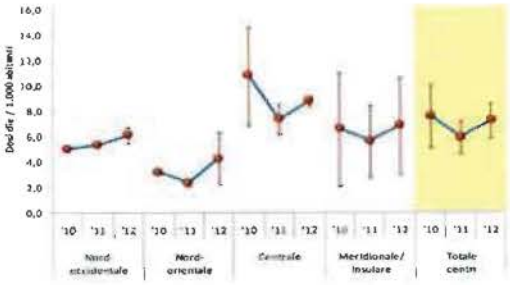
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



Consumo studenti 15-16 anni (LTP) (ESPAD)



Concentrazioni acque reflue



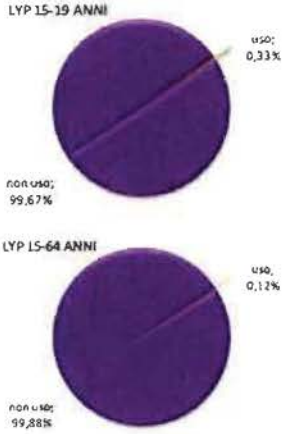
CONSUMO DI EROINA

Tabella 3: Consumo di eroina nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

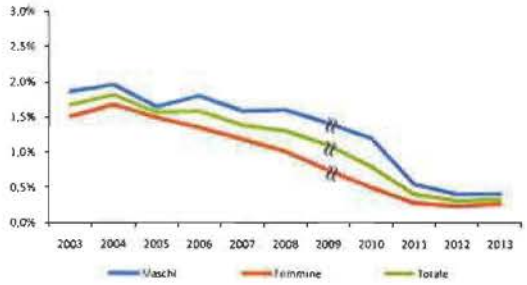
Consumo 15-19 anni (%)	2010	2011	2012	2013	Diff
Nella vita – LTP	1,24	0,64	0,51	0,51	- 0,00
Negli ultimi 12 mesi – LYP	0,84	0,41	0,32	0,33	+ 0,01
Nella ultimi 30 giorni – LMP	0,62	0,29	0,23	0,20	- 0,03
Consumo 15-64 anni (%)	**2010**		**2012**		**Diff**
Nella vita – LTP	1,25		1,13		- 0,12
Negli ultimi 12 mesi – LYP	0,24		0,12		- 0,12
Nella ultimi 30 giorni – LMP	0,17		0,07		- 0,10
Concentrazioni acque reflue	**2010**	**2011**	**2012**		**Diff**
Dosi al giorno x 1.000 residenti	3,18	2,18	2,03		- 0,15

Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

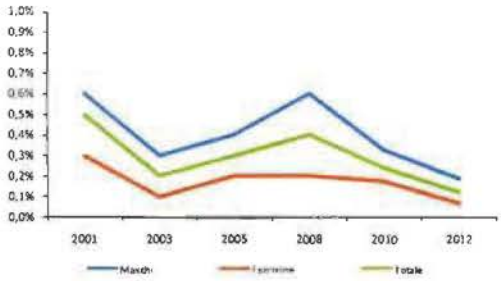
Dati 2010-2011-2012 definitivi – Dati 2013 aggiornati al 03/05/2013



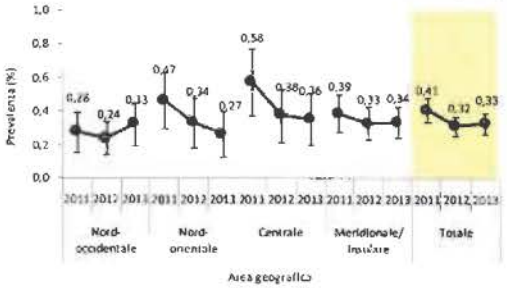
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



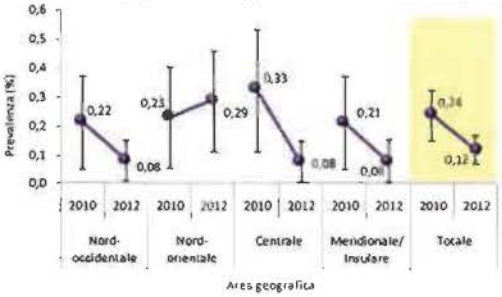
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



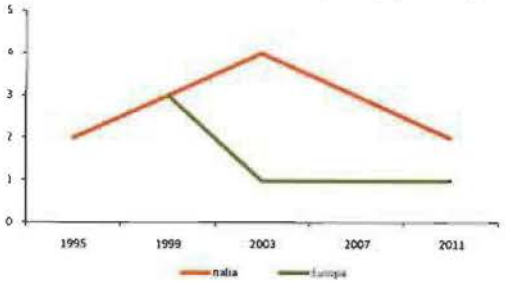
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



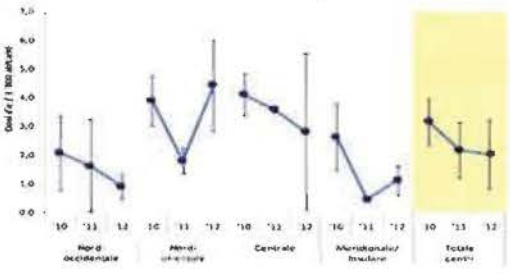
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



Consumo studenti 15-16 anni (LTP) (ESPAD)



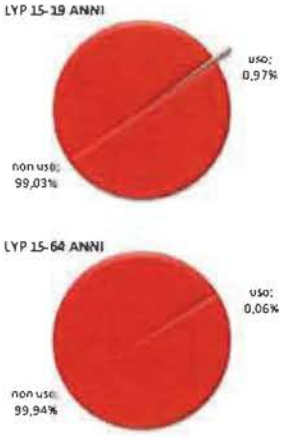
Concentrazioni acque reflue



CONSUMO DI ECSTASY

Tabella 4: Consumo di ecstasy nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

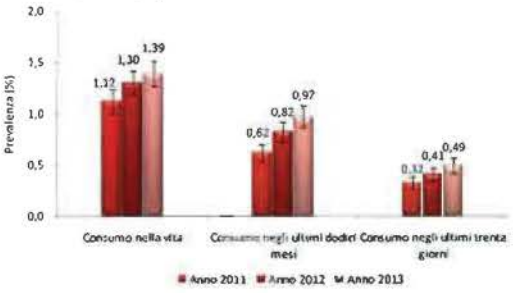
Consumo 15-19 anni (%)	2010	2011	2012	2013	Diff
Nella vita – LTP	2,01	1,12	1,30	1,39	+ 0,09
Negli ultimi 12 mesi – LYP	1,26	0,62	0,82	0,97	+ 0,15
Nella ultimi 30 giorni – LMP	0,66	0,32	0,41	0,49	+ 0,08
Consumo 15-64 anni (%)	**2010**		**2012**		**Diff**
Nella vita – LTP	1,84		1,72		- 0,12
Negli ultimi 12 mesi – LYP	0,16		0,06		- 0,10
Nella ultimi 30 giorni – LMP	0,11		0,02		- 0,09
Concentrazioni acque reflue	**2010**	**2011**	**2012**		**Diff**
Dosi al giorno x 1.000 residenti	0,03	0,06	0,05		- 0,01



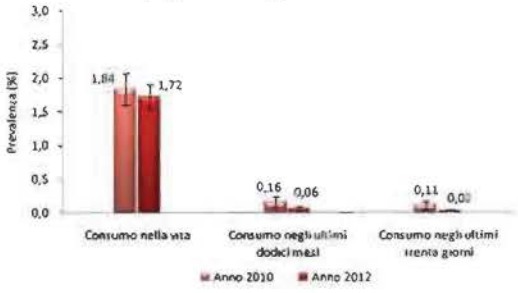
Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

Dati 2010-2011-2012 definitivi – Dati 2013 aggiornati al 03/05/2013

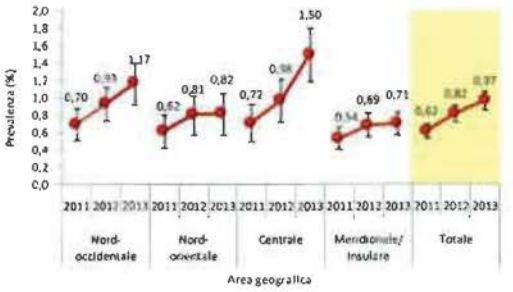
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni



Consumo popolazione generale 15 – 64 anni

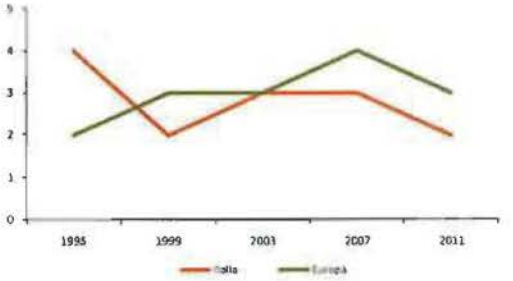


Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)

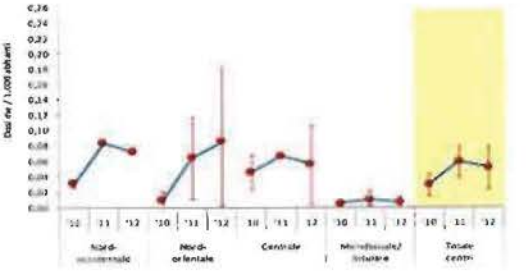


Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)

Consumo studenti 15-16 anni (LTP) (ESPAD)



Concentrazioni acque reflue



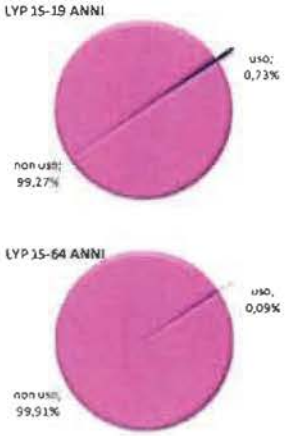
CONSUMO DI AMFETAMINE

Tabella 5: Consumo di amfetamine nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

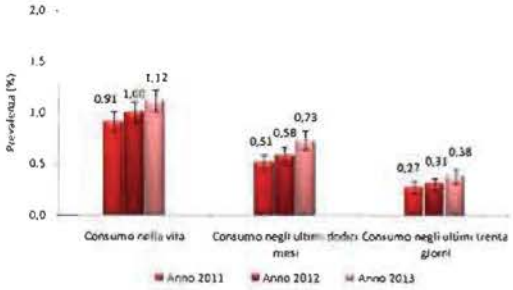
Consumo 15-19 anni (%)	2010	2011	2012	2013	Diff
Nella vita – LTP	1,73	0,91	1,00	1,12	+ 0,12
Negli ultimi 12 mesi – LYP	1,07	0,51	0,58	0,73	+ 0,15
Nella ultimi 30 giorni – LMP	0,66	0,27	0,31	0,38	+ 0,07
Consumo 15-64 anni (%)	**2010**		**2012**		**Diff**
Nella vita – LTP	1,85		1,71		- 0,15
Negli ultimi 12 mesi – LYP	0,19		0,09		- 0,10
Nella ultimi 30 giorni – LMP	0,14		0,02		- 0,12
Concentrazioni acque reflue	**2010**	**2011**	**2012**		**Diff**
Dosi al giorno x 1.000 residenti	1,10	0,00	0,07		+ 0,07

Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

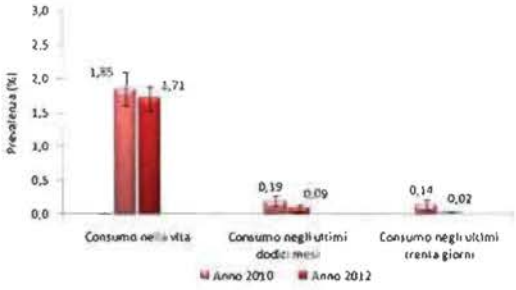
Dati 2010-2011-2012 definitivi – Dati 2013 aggiornati al 03/05/2013



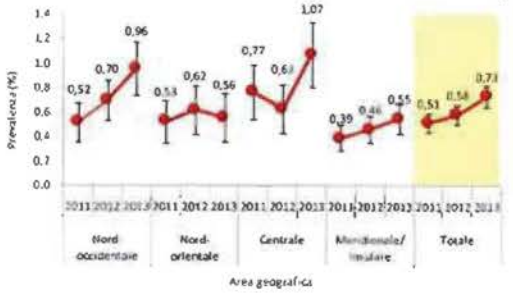
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni



Consumo popolazione generale 15 – 64 anni

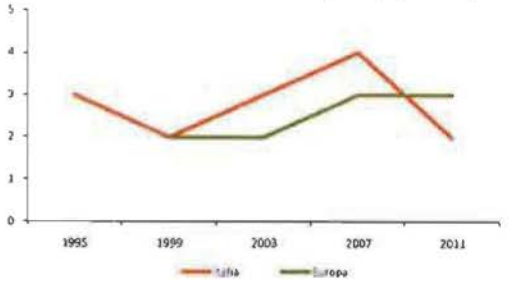


Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)

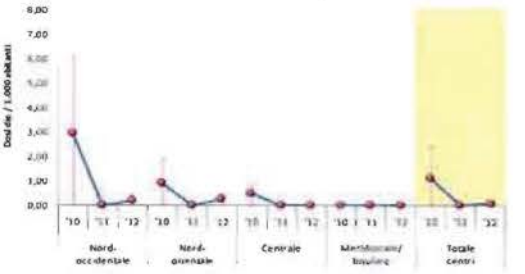


Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)

Consumo studenti 15-16 anni (LTP) (ESPAD)



Concentrazioni acque reflue



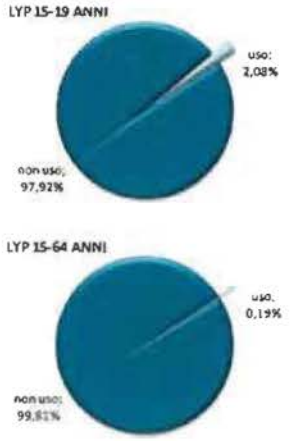
CONSUMO DI ALLUCINOGENI

Tabella 6: Consumo di allucinogeni nella popolazione generale (15-64 anni), scolastica (15-19 anni) e nelle acque reflue

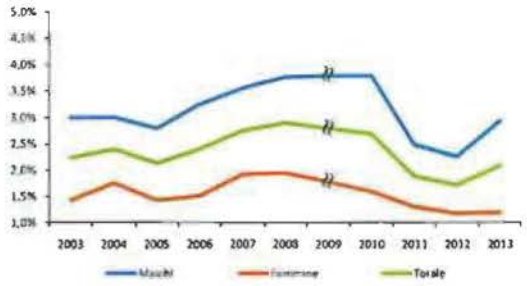
Consumo 15-19 anni (%)	2010	2011	2012	2013	Diff
Nella vita – LTP	3,45	2,89	2,58	2,99	+ 0,41
Negli ultimi 12 mesi – LYP	2,16	1,88	1,72	2,08	+ 0,36
Nella ultimi 30 giorni – LMP	1,10	1,02	0,86	1,08	+ 0,22
Consumo 15-64 anni (%)	**2010**		**2012**		**Diff**
Nella vita – LTP	1,82		1,62		- 0,20
Negli ultimi 12 mesi – LYP	0,21		0,19		- 0,02
Nella ultimi 30 giorni – LMP	0,10		0,05		- 0,05

Fonte: Survey – Dipartimento Politiche Antidroga

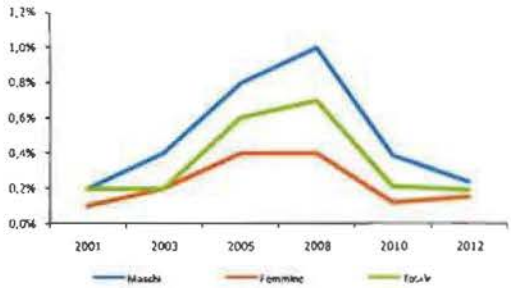
Dati 2010-2011-2012 definitivi – Dati 2013 aggiornati al 03/05/2013



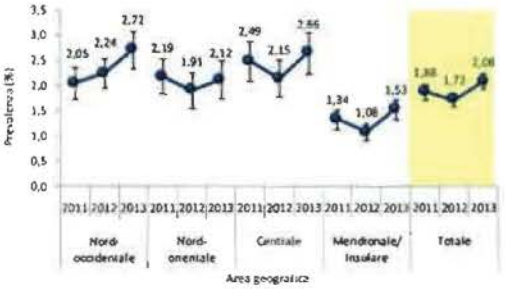
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



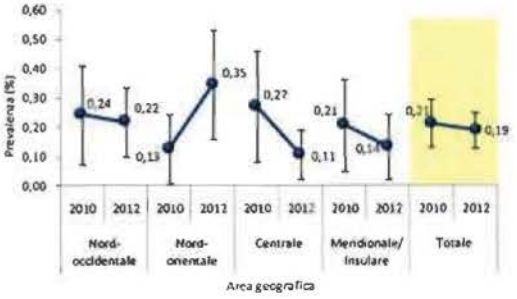
Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



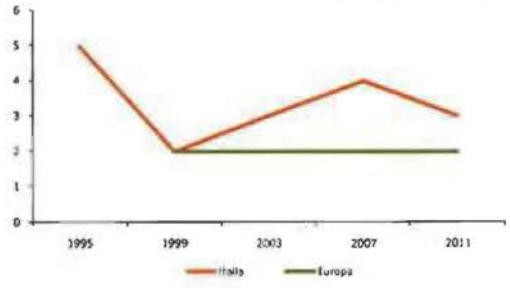
Consumo popolazione scolastica 15 – 19 anni (LYP)



Consumo popolazione generale 15 – 64 anni (LYP)



Consumo studenti 15-16 anni (LTP) (ESPAD)



Parte Prima

Dimensione del fenomeno

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.1.

CONSUMO DI DROGA

I.1.1. Survey 2012 GPS popolazione generale 18-64 anni

I.1.1.1. Sintesi sui consumi nella popolazione generale

I.1.1.2. Policonsumo di sostanze psicotrope nella fascia d'età 15-64

I.1.1.3 Profilo dei soggetti con alta percezione della pericolosità di consumo di sostanze

I.1.1.4. Confronto tra studi di popolazione e indagine nelle acque reflue

I.1.1.5. Adesione allo studio GPS-DPA e controllo di qualità

I.1.2. Survey 2013 SPS popolazione scolastica 15-19 anni

I.1.2.1. Sintesi sui consumi

I.1.2.2. Consumi di cannabis

I.1.2.3. Consumi di cocaina

I.1.2.4. Consumi di eroina

I.1.2.5. Consumi di stimolanti

I.1.2.6. Consumi di allucinogeni

I.1.2.7. Consumo di alcol

I.1.2.8. Policonsumo

I.1.2.9. Percezione della pericolosità nell'uso di sostanze stupefacenti

I.1.2.10. Metodologia

I.1.3. Le nuove droghe registrate in Italia dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce

I.1.4. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio - DTLR –)

I.1.4.1 Introduzione

I.1.4.2 Risultati

I.1.4.3 Dati delle Forze Armate

I.1.4.4 I costi del Drug Test

I.1.5. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue, anno 2012

PAGINA BIANCA

I.1. CONSUMO DI DROGA

Criticità nella conduzione degli studi epidemiologici tradizionali

La complessa natura del fenomeno dell'assunzione di sostanze psicotrope legali ed illegali è determinata non solo dalle componenti motivazionali e di contesto sociale dei consumatori, ma caratterizzata anche da un forte contesto di illegalità in cui il fenomeno stesso si sviluppa rende di difficile attuazione le azioni di osservazione e monitoraggio mediante studi epidemiologici classici.

Studi indispensabili per la valutazione dell'andamento del fenomeno

Tali studi, tuttavia, oltre a soddisfare un fabbisogno informativo indispensabile per il monitoraggio del fenomeno, soprattutto per valutarne l'evoluzione sia in termini quantitativi, sia in termini di pattern dei consumi, costituiscono la base per la pianificazione di ulteriori interventi di approfondimento e di completamento del profilo conoscitivo.

Monitoraggio del fenomeno: parte strategica per la definizione di politiche efficaci

A livello europeo, il monitoraggio del fenomeno legato al consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali, ha assunto un ruolo strategico nel contrasto alla diffusione dello stesso. Solo mediante una continua e costante osservazione dell'evoluzione dei consumi, nonché di altri fattori legati alla domanda e all'offerta di sostanze stupefacenti, è possibile raccogliere informazioni utili e necessarie alla definizione e all'orientamento di nuove ed efficaci strategie di prevenzione e contrasto.

A tal fine l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (OEDT) ha definito cinque indicatori chiave, il primo dei quali è dedicato all'osservazione dei consumi di sostanze psicotrope nella popolazione generale e, parallelamente, nella popolazione studentesca.

Sulla base di una metodologia standard definita dallo stesso OEDT, tutti i paesi europei svolgono ricerche sul fenomeno della droga, dalle quali emergono informazioni essenziali per descrivere e comprendere l'impatto della diffusione delle sostanze illecite su scala nazionale. In un'epoca in cui l'importanza degli interventi fondati sull'esperienza è riconosciuta da più parti, non è un caso che 21 paesi abbiano riferito che i risultati degli studi condotti in questo settore forniscono, almeno in parte, un orientamento all'azione politica in materia di droghe.

Consumo di sostanze: studio biennale sulla popolazione generale e studio annuale sulla popolazione scolastica

In Italia gli studi di popolazione generale (GPS) e scolastica (SPS) sul consumo di stupefacenti sono stati avviati all'inizio del secondo millennio. I primi (GPS) hanno periodicità biennale, i secondi (SPS) annuale, consentono l'analisi dell'evoluzione dei consumi e delle abitudini di assunzione delle sostanze psicoattive legali ed illegali, fornendo interessanti ed utili indicazioni anche nel contesto dinamico dell'evoluzione del fenomeno negli altri Stati membri EU.

Attivazione di nuove metodologie multi osservazionali e complementari

A supporto e a conferma dei risultati ottenuti dagli studi epidemiologici tradizionali, particolare attenzione è stata dedicata dal Dipartimento Politiche Antidroga ad iniziative rivolte a studi alternativi e complementari che, con la collaborazione metodologica ed operativa di istituti di ricerca accreditati a livello internazionale, sono stati avviati a livello nazionale dal 2010.

I.1.1. Survey 2012 GPS popolazione generale 18-64 anni

Indagine di popolazione 18-64 anni

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale GPS-DPA 2012 (General Population Survey) nella popolazione generale 18-64 anni, promossa e diretta dal Dipartimento Politiche Antidroga e realizzata nel 2012 in collaborazione con il Ministero della Salute ed il Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale (CUEIM).

Integrazione con indagine popolazione studentesca

Al fine di poter operare confronti con le indagini svolte in passato, i dati elaborati per la popolazione generale 18-64 anni sono stati integrati con i risultati dell'indagine scolastica per le età 15-17 anni, che può ritenersi una stima

rappresentativa della popolazione residente 15-17 anni.
Di seguito, quindi, sono riportati i risultati dell'indagine sulla popolazione nazionale 15-64 anni ottenuti dalle analisi condotte sui questionari raccolti attraverso l'indagine GPS-DPA (18-64 anni), e dalle risposte fornite alla stessa data dal campione di studenti intervistati attraverso l'indagine SPS-DPA per la fascia d'età rimanente (15-17 anni).
Viene riportato, inoltre, un confronto tra i risultati emersi nell'ambito della realizzazione dello studio AquaDrugs 2011 e le informazioni raccolte mediante gli studi di popolazione del 2012.

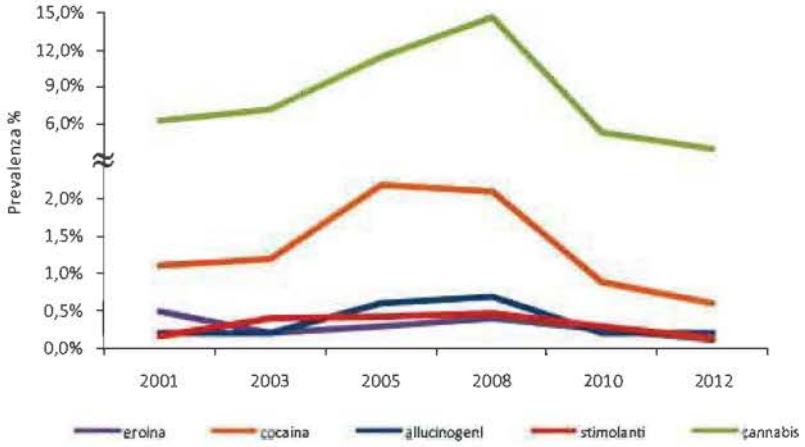
Confronto tra indagine di popolazione e studio AquaDrugs

I.1.1.1 Sintesi sui consumi nella popolazione generale

L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi (Last Year Prevalence-LYP), riferiti alla popolazione nazionale 15-64 anni, conferma la tendenza alla contrazione dei consumatori già osservata nel 2010 per tutte le sostanze considerate, anche se con intensità minore rispetto al decremento riscontrato nel 2010 (Figura I.1.1).

Figura I.1.1: Consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

Tendenza alla diminuzione globale dei consumatori nella popolazione generale



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

**IPSAD = Indagine di Popolazione Italiana sull'uso di Alcol e Droghe, condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche*

Da un'analisi complessiva sull'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti (una o più volte negli ultimi 12 mesi) tra il 2010 ed il 2012 si osserva una generale contrazione di consumatori di tutte le sostanze indagate (Tabella I.1.1).

Tabella I.1.1: Prevalenza (%) di consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anni 2010 e 2012

Propensione alla diminuzione dei consumatori negli ultimi 12 mesi tra 2010 e 2012

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012	Differenza 2010-2012
Cannabis	5,33	4,01	-1,32
Cocaina	0,89	0,60	-0,29
Eroina	0,24	0,12	-0,12
Stimolanti	0,29	0,13	-0,16
Allucinogeni	0,21	0,19	-0,02

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

L'analisi delle prevalenze di consumo ottenute dalle ultime tre rilevazioni, evidenzia una contrazione per tutte le sostanze esaminate (Tabella I.1.2) rispetto all'indagine condotta nel 2008, meno marcata tra il 2010 ed il 2012.

Tabella I.1.2: Prevalenza (%) di consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anni 2008, 2010 e 2012

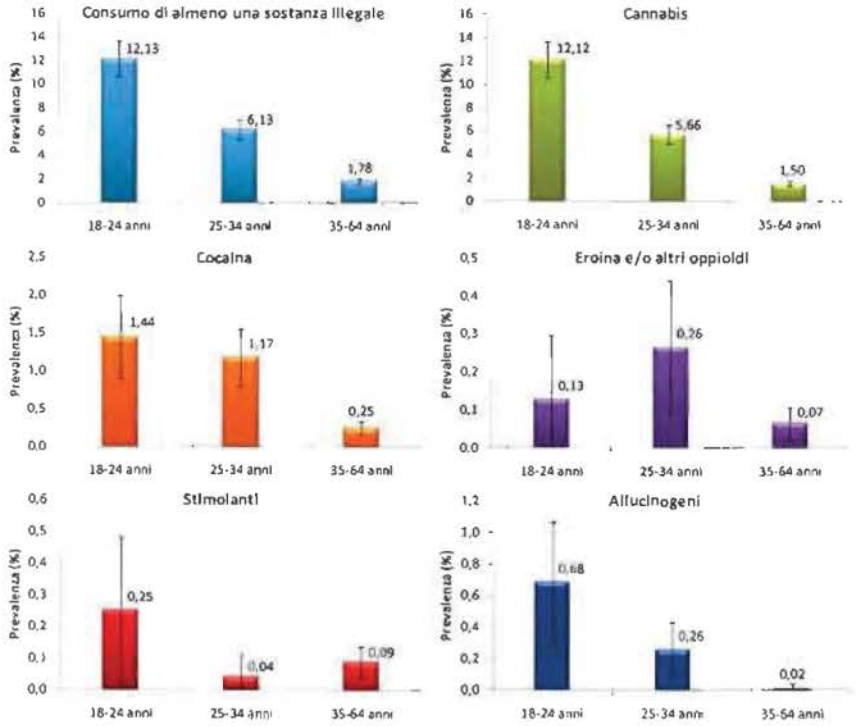
Sostanza	Prevalenza 2008	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012
Cannabis	14,30	5,33	4,01
Cocaina	2,10	0,89	0,60
Eroina	0,40	0,24	0,12
Stimolanti	0,47	0,29	0,13
Allucinogeni	0,70	0,21	0,19

Fonte: Studi IPSAD Italia 2008, GPS-DPA 2012 e GPS-DPA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

In generale, il consumo di sostanze stupefacenti diminuisce all'aumentare dell'età

Focalizzando l'attenzione sui consumi di sostanze stupefacenti registrato nel 2012 nella popolazione generale 18-64 anni per fascia d'età (Figura I.1.2), si osserva che, tranne per gli oppioidi e gli stimolanti, l'assunzione diminuisce all'aumentare dell'età, con differenze statisticamente significative per la cannabis (tutte le fasce d'età), per la cocaina e gli allucinogeni (tra i giovani 18-34 anni e la fascia 35-64 anni). Anche per il consumo di almeno una sostanza illegale si osservano differenze statisticamente significative tra le fasce d'età: il 12,1% dei 18-24enni sembra aver assunto almeno una sostanza stupefacente negli ultimi 12 mesi, il 6,1% nella fascia 25-34 anni, mentre solo l'1,8% nell'età più adulta.

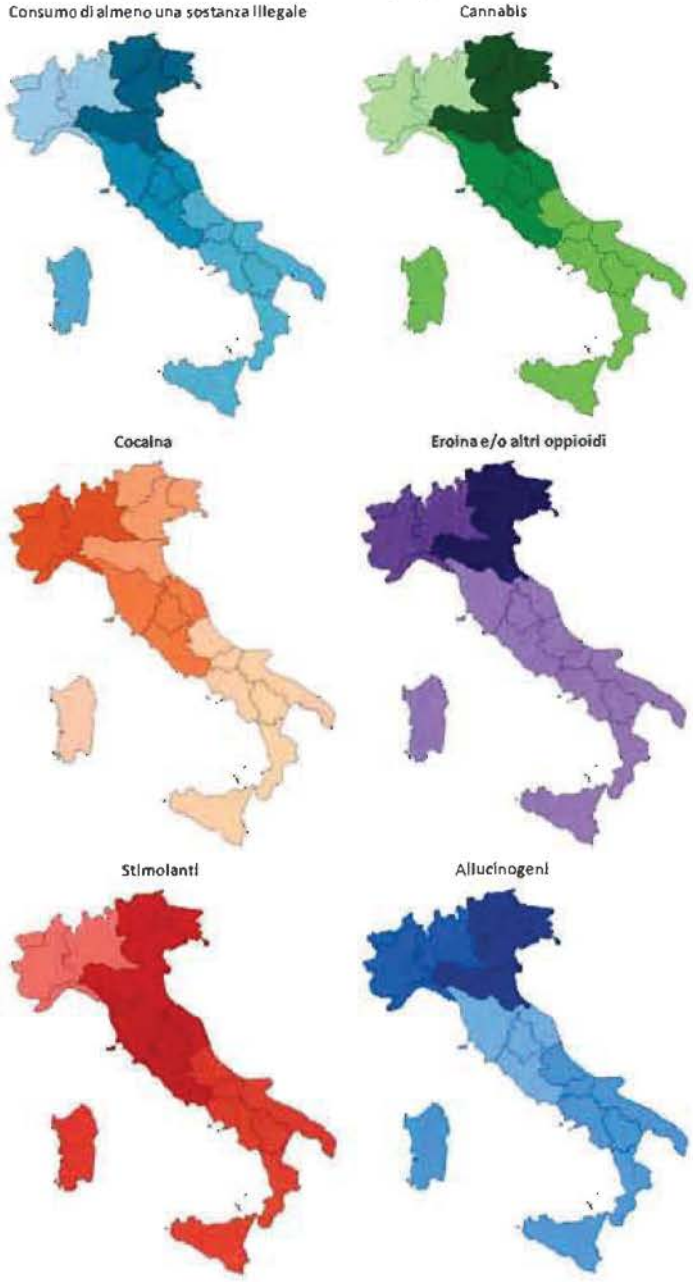
Figura I.1.2: Consumatori (prevalenza %) di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 18-64 anni negli ultimi 12 mesi, per fascia d'età – Intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel confronto tra le aree geografiche (Figura I.1.3), si osservano differenze statisticamente significative nei consumi di cannabis (hashish o marijuana) tra l'Italia nord occidentale e l'Italia nord-orientale e centrale, mentre il consumo di allucinogeni si differenzia in modo statisticamente significativo tra il nord-est ed il centro Italia, con consumi nettamente superiori al nord-est (0,30% vs 0,05%). L'assunzione di almeno una sostanza illecita negli ultimi 12 mesi evidenzia lo stesso trend tra le aree geografiche osservato per la cannabis: si osservano differenze statisticamente significative tra l'Italia nord occidentale e l'Italia nord-orientale e centrale (3,1% al nord-ovest, 4,5% al nord-est, 4,4% al centro).

Figura I.1.3: Consumatori (prevalenza %) di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 18-64 anni negli ultimi 12 mesi, per area geografica. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.2 Policonsumo di sostanze psicotrope nella fascia d'età 15-64

Di particolare interesse nell'ambito del fenomeno dei consumi di sostanze stupefacenti, è il consumo di più sostanze psicoattive, legali ed illegali, connotato in letteratura con il termine "policonsumo". Di seguito vengono riportati i dati relativi ai poliassuntori che hanno assunto sostanze diverse negli ultimi 30 giorni.
I dati, riferiti ai soggetti che hanno indicato un consumo negli ultimi 30 giorni (Tabella I.1.3), mostrano che la combinazione alcol, tabacco e cannabis è la più diffusa, e rappresenta il 64,1% dei policonsumatori (62,7% per i maschi e 66,5% per le femmine).
Per quanto riguarda, invece, l'assunzione di alcol e cannabis e l'assunzione di tabacco e cannabis, le percentuali sono più basse e pari rispettivamente all'11,5% (12,7% per i maschi e 9,6% per le femmine) e al 7,1% (6,3% per i maschi e 8,4% per le femmine). Da sottolineare la percentuale di consumatori che consumano più di tre sostanze, pari al 9,3%.

Tabella I.1.3: Distribuzione delle persone che hanno assunto due o più sostanze psicotrope, legali o illegali, nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alcol+Cannabis	36	12,68	16	9,58	52	11,53
Tabacco+Cannabis	18	6,34	14	8,38	32	7,09
Consumo di 2 sostanze - altro	10	3,52	5	2,99	15	3,33
Alcol+Tabacco+Cannabis	178	62,68	111	66,47	289	64,08
Consumo di 3 sostanze - altro	12	4,22	9	5,39	21	4,66
Più di 3 sostanze	30	10,56	12	7,19	42	9,31
Totale	**284**	**100,00**	**167**	**100,00**	**451**	**100,00**

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 64,1% della popolazione tra i 15 e i 64 anni che ha riferito l'uso di 2 o più sostanze negli ultimi 30 giorni, ha assunto alcol, tabacco e cannabis

Confrontando ora i dati del policonsumo (relativo agli ultimi trenta giorni) negli ultimi due anni di rilevazione (2010-2012), le variazioni che si possono osservare sono notevoli (Tabella I.1.4).
La differenza maggiore che si riscontra è nel consumo combinato di alcol, tabacco e cannabis: il valore del 35,4% osservato nel 2010, diventa 64,1% nel 2012, con un aumento dell'80,9%. Anche la combinazione di alcol e cannabis aumenta, anche se con intensità minore, rispetto al 2010 (+10,6%).
Per le altre combinazioni, invece, la variazione ha segno negativo: la combinazione tabacco e cannabis, il consumo di due sostanze di altro tipo, ed il consumo di tre sostanze di tipo diverso presentano una diminuzione pari o superiore al 60%. Per il consumo di più di tre sostanze, invece, la frequenza di consumo passa da 14,6% a 9,3%, registrando una variazione negativa del 36% circa.

Tabella I.1.4: Distribuzione delle persone che hanno assunto due o più sostanze illegali nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2010 e 2012

Nei policonsumatori aumento della combinazione alcol, tabacco e cannabis dal 35,4% al 64,1%

	Anno 2010		Anno 2012		Δ 2012-2010	
	N	%	N	%	Δ	Δ %
Alcol+Cannabis	40	10,42	52	11,53	1,1	10,65
Tabacco+Cannabis	69	17,97	32	7,09	-10,9	-60,55
Consumo di 2 sostanze - Altro	33	8,59	15	3,33	-5,3	-61,23
Alcol+Tabacco+Cannabis	136	35,42	289	64,08	28,7	80,91
Consumo di 3 sostanze - altro	50	13,02	20	4,66	-8,4	-64,21
Più di 3 sostanze	56	14,58	42	9,31	-5,3	-36,15
Totale	**384**	**100,00**	**451**	**100,00**	-	-

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Di seguito viene riportata la distribuzione di prevalenza condizionata (riportata alla popolazione di riferimento) d'uso, e non uso, di sostanze legali ed illegali negli ultimi 30 giorni.

Tabella I.1.5: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

Forte associazione di alcol e tabacco con cannabis, cocaina ed eroina

Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Non uso (97,92%)	52,12%	22,72%	-	-	-
Cannabis (1,84%)	83,66%	80,72%	-	6,13%	1,41%
Cocaina (0,26%)	75,61%	60,32%	43,77%	-	12,07%
Eroina (0,07%)	83,63%	81,74%	39,51%	47,28%	-

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

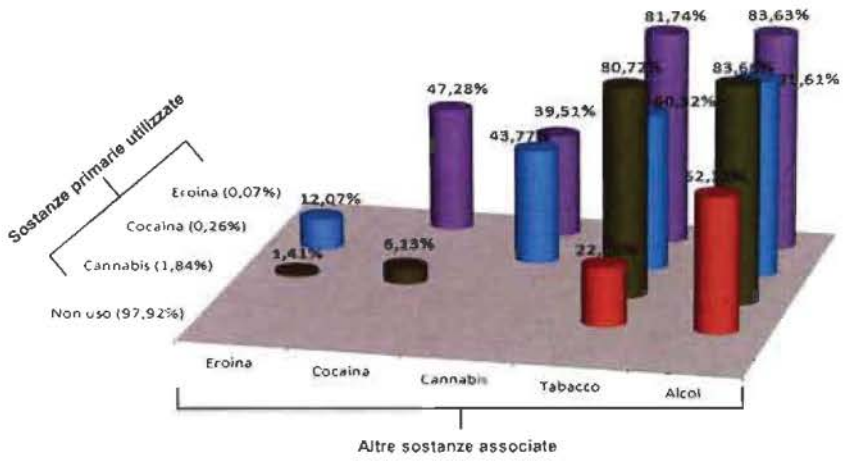
Tra i non consumatori di sostanze illecite nei 30 giorni antecedenti l'intervista, emerge che il 52,1% ha assunto sostanze alcoliche mentre il 22,7% ha fumato (Tabella I.1.5).

L'1,8% della popolazione tra i 15 e i 64 anni riferisce di aver consumato cannabis negli ultimi trenta giorni; tra questi, l'83,7% ha consumato bevande alcoliche, l'80,7% ha assunto tabacco negli ultimi trenta giorni, il 6,1% ha fatto uso di cocaina e l'1,4% ha fatto uso di eroina.

I consumatori di cocaina nell'ultimo mese, invece, si stimano pari allo 0,3% della popolazione generale e di questi, il 75,6% ha bevuto alcolici, il 60,3% ha consumato tabacco nell'ultimo mese, il 43,8% ha consumato cannabis e il 12,1% ha fatto uso di eroina.

Infine per l'eroina, i soggetti che ne hanno fatto uso negli ultimi trenta giorni si stimano essere lo 0,07% della popolazione generale. L'83,6% di questi ha consumato alcolici, l'81,7% ha fumato tabacco, il 39,5% ha consumato cannabis almeno una volta nell'ultimo mese ed il 47,3% ha fatto uso di cocaina. La figura sottostante riporta i valori sopra analizzati, mostrando graficamente il maggior consumo delle tre sostanze considerate (cannabis, cocaina ed eroina) abbinato al consumo di alcol e tabacco (Figura I.1.4).

Figura I.1.4: Distribuzione condizionata di policonsumatori nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina. Anno 2012



Consumatori di cannabis: 6,1% anche cocaina 1,4% anche eroina

Consumatori di cocaina: 43,8% anche cannabis 12,1% anche eroina

Consumatori di eroina: 39,5% anche cannabis 47,3% anche cocaina

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.3 Profilo dei soggetti con alta percezione della pericolosità di consumo di sostanze

Al fine di comprendere quanto la popolazione percepisca la pericolosità di certe azioni, al campione di soggetti intervistati è stato richiesto di esprimere un'opinione su alcuni comportamenti giudicati a rischio per la salute, tra i quali bere alcolici, fumare e assumere sostanze stupefacenti.

Partendo dai risultati ottenuti, al fine di individuare il profilo dei soggetti che possono presentare un profilo caratteristico associato ad una maggiore percezione della pericolosità di assunzione di sostanze stupefacenti, rispettivamente di cannabis, ecstasy, eroina e cocaina, sono state effettuate alcune analisi di carattere multivariato mediante il modello di regressione logistica.

Variabile dipendente e variabili indipendenti

Come caratteristica oggetto di analisi è stata considerata l'elevata percezione della pericolosità nel consumo di sostanze mentre le variabili considerate come potenziali fattori di influenza della pericolosità di assunzione di sostanze sono: il genere, l'età, la cittadinanza, lo stato civile, il livello di istruzione, la principale occupazione al momento dell'intervista, l'area geografica di residenza, l'assunzione di tabacco, il consumo di bevande alcoliche, l'assunzione di farmaci, la conoscenza di persone che usano la sostanza in esame ed il consumo almeno una volta nella vita della sostanza stupefacente che si sta indagando.

I rapporti odds

L'applicazione del modello di regressione logistica permette il calcolo dei Rapporti Odds (OR), che esprimono di quante volte la presenza del fattore di rischio esaminato (ad esempio possedere un basso livello di istruzione) aumenta le probabilità, per un soggetto, di avere un'alta percezione della pericolosità nell'assumere sostanze stupefacenti.

Valori inferiori a 1 indicano una associazione negativa, al crescere dell'esposizione diminuisce il rischio di un'alta percezione della pericolosità, mentre un rapporto superiore ad 1 indicano l'esistenza di una associazione positiva, al crescere dell'esposizione aumenta il rischio di un'alta percezione della pericolosità. Valori crescenti indicano associazioni più forti.

In Tabella I.1.6 vengono riportate le variabili associate ad un aumento significativo della percezione della pericolosità nei seguenti comportamenti:

(a) Fumare occasionalmente hashish o marijuana;
(b) Provare cocaina una volta o due;
(c) Provare eroina una volta o due;
(d) Provare ecstasy una volta o due.

Fattore di rischio determinante è la non assunzione di hashish o marijuana

Le caratteristiche che risultano essere significativamente correlate ad una elevata percezione della pericolosità di fumare occasionalmente hashish o marijuana sono (Tabella I.1.6): essere coniugati (OR=1,49) o in altra condizione (OR=1,39) rispetto ad essere nubili o celibi, avere un basso livello di istruzione (OR=1,91), appartenenza all'area geografica meridionale/insulare (OR=1,44), non aver mai assunto bevande alcoliche nell'arco della vita (OR=2,43), non conoscere persone che fanno uso di cannabis (hashish o marijuana) (OR=2,50) e non aver mai fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita (OR=6,41). Va sottolineato che un basso livello di istruzione risulta essere associato ad un'elevata percezione della pericolosità di fumare occasionalmente hashish o marijuana in quanto corrispondente alla parte di popolazione di età più adulta, spesso meno istruita e con una percezione della pericolosità maggiore rispetto alle generazioni più giovani.

Fattori di rischio per l'elevata percezione della pericolosità di provare cocaina

Relativamente alla cocaina, le caratteristiche che risultano significativamente correlate con una elevata percezione della pericolosità di provare questa sostanza una volta o due risultano essere (Tabella I.1.6): il genere femminile (OR=1,38), essere coniugati (OR=1,66) o in altra condizione (OR=1,72) rispetto ad essere nubili o celibi, non conoscere persone che fanno uso di cocaina (OR=2,02) e non aver mai fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita (OR=4,92).

Non aver mai fatto uso di eroina è associato ad un'elevata percezione della pericolosità

Le caratteristiche che risultano essere significativamente correlate ad una elevata percezione di pericolosità di provare eroina sono (Tabella I.1.6): essere di genere femminile (OR=1,22), avere più di 24 anni d'età (OR=1,53 per la fascia 25-34 anni e OR=1,88 per la fascia 35-64 anni), rispetto alla fascia d'età più giovane, essere coniugati (OR=1,38) o in altra condizione (OR=1,45) rispetto ad essere nubili o celibi, non conoscere persone che fanno uso di eroina (OR=1,42) e non aver mai fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita (OR=2,73).

Anche per l'ecstasy fattore di rischio determinante risulta la non assunzione di questa sostanza

Le caratteristiche che risultano essere significativamente correlate ad una elevata percezione di pericolosità di provare ecstasy una volta o due sono (Tabella I.1.6): essere di genere femminile (OR=1,37), avere più di 24 anni d'età (OR=1,33 per la fascia 25-34 anni e OR=1,37 per la fascia 35-64 anni) rispetto alla fascia 18-24 anni, essere coniugati (OR=1,50) o in altra condizione (OR=1,59) rispetto ad essere nubili o celibi, avere un basso livello di istruzione (OR=1,57), non aver mai fumato tabacco nella vita (OR=1,41), non conoscere persone che fanno uso di ecstasy (OR=1,80) e non aver mai fatto uso di questa sostanza nell'arco della vita (OR=4,37). Anche in questo caso, va sottolineato che un basso livello di istruzione risulta essere associato ad un'elevata percezione della pericolosità di provare ecstasy una volta o due in quanto corrispondente alla parte di popolazione di età più adulta, spesso meno istruita e con una percezione della pericolosità maggiore rispetto alle generazioni più giovani.

Tabella I.1.6: Variabili associate ad un aumento significativo della percezione della pericolosità di assumere le sostanze indagate. Anno 2012 (*)

Variabili	Valori	(a) Cannabis	(b) Cocaina	(c) Eroina	(d) Ecstasy
Genere	Maschi		**1**	1	1
	Femmine		1,38	1,22	1,37
Fascia d'età	18-24			1	1
	25-34			1,53	1,33
	35-64			1,88	1,37
Stato civile	Celibe/Nubile	1	1	1	1
	Coniugato/a	1,49	1,66	1,38	1,50
	Altro	1,39	1,72	1,45	1,59
Livello di istruzione	Alto livello di istruzione	1			1
	Nessuna istruzione o scuola dell'obbligo	1,91			1,57
Area geografica	Centrale	1			
	Nord-occidentale	0,86			
	Nord-orientale	1,06			
	Meridionale/Insulare	1,44			
Consumo di bevande alcoliche almeno una volta nella vita	Assunzione	1			
	Non assunzione	2,43			
Consumo di tabacco almeno una volta nella vita	Assunzione				1
	Non assunzione				1,41
Conoscenza di persone che fanno uso della sostanza	Conoscenza	1	1	1	1
	Non conoscenza	2,50	2,02	1,42	1,80
Assunzione della sostanza almeno una volta nella vita	Assunzione	1	1	1	1
	Non assunzione	6,41	4,92	2,73	4,37

** I valori in grassetto sono statisticamente significativi al 95%.*

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.4. Confronto tra studi di popolazione e indagine nelle acque reflue

Limiti dell'indagine di popolazione

I questionari somministrati alla popolazione, che rappresentano l'elemento principale di indagine sul consumo di sostanze psicotrope, sono fortemente influenzati da fattori soggettivi, ovvero dalla propensione degli individui intervistati a rispondere in modo veritiero a domande che indagano sull'illecito o su un comportamento socialmente condannabile.

Il progetto AquaDrugs

Per questo motivo, a supporto delle tradizionali indagini di popolazione, il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in continuità con gli anni precedenti, ha promosso un ulteriore studio per la rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti nelle acque reflue, denominato AquaDrugs, realizzato dall'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano.

17 città sotto osservazione

Nel 2011 lo studio sul consumo di sostanze stupefacenti nelle acque reflue da 8 centri è stato esteso a 17 città campione a livello nazionale. Al fine di poter confrontare il consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale rilevato nel primo semestre del 2012 con riferimento agli ultimi 30 giorni, sono stati considerati i consumi stimati nella campagna di rilevazione dello studio nelle acque reflue (ottobre 2011).

La misurazione delle sostanze stupefacenti nelle acque di scarico non permette la stima diretta della prevalenza di consumo, ma fornisce semplicemente una valutazione sulla quantità di sostanze illecite presenti.

Metodologia di rilevazione

Tale analisi si basa sul concetto che, una droga dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metaboliti con le urine del consumatore nelle ore o nei giorni successivi l'assunzione, nella forma e nei quantitativi che dipendono dalla sostanza in oggetto. Le urine, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono venire campionate ed analizzate.

Sulla base delle analisi delle acque reflue, vengono individuate le concentrazioni dei residui target che, corrette per una serie di fattori, forniscono una misura delle droghe complessivamente consumate nella giornata da tutta la popolazione afferente ad uno specifico depuratore.

Campionamenti multipli

Ai fini dello svolgimento dello studio, sono state selezionate le seguenti 17 città campione: Torino, Milano, Merano, Gorizia, Verona, Bologna, Firenze, Roma, Pescara, Perugia, Terni, Napoli, Bari, Potenza, Palermo, Cagliari, Nuoro. Per ciascun centro urbano sono stati individuati i depuratori municipali più opportuni per l'effettuazione di campionamenti rappresentativi. Inoltre, per ciascuna città, è stato identificato il periodo temporale più adatto per la realizzazione dei campionamenti. In particolare, sono stati prelevati campioni compositi delle 24 ore di acque reflue in ingresso a ciascun depuratore municipale selezionato, per sette giorni consecutivi. I campioni raccolti sono stati analizzati in laboratorio al fine di individuare le concentrazioni di residuo specifico per ciascuna delle seguenti sostanze: benzoilecgonina (BE) per la cocaina, metabolita THC-COOH per la cannabis, metaboliti morfina e 6-acetilmorfina per l'eroina e le sostanze parenterali per amfetamina, metamfetamina, e MDMA (ecstasy).

In particolare, per ciascuna di queste sostanze è stato possibile misurare, mediante la tecnica HPLC-MS/MS, la concentrazione dei residui target, che ha consentito di risalire ai quantitativi e alle dosi mediamente consumate da parte della popolazione.

Va precisato che il metodo di rilevazione dei consumi mediante l'analisi delle acque reflue, riferendosi a rilevazioni multiple nell'ambito di uno o più periodi di osservazione, prevede il calcolo di un valore medio di concentrazione dei metaboliti nei campioni di acque e di un intervallo di variabilità, all'interno del quale gli scostamenti dei valori medi non possono essere ritenuti statisticamente significativi, anche se indicativi di variazioni che dovrebbero essere ulteriormente indagate.

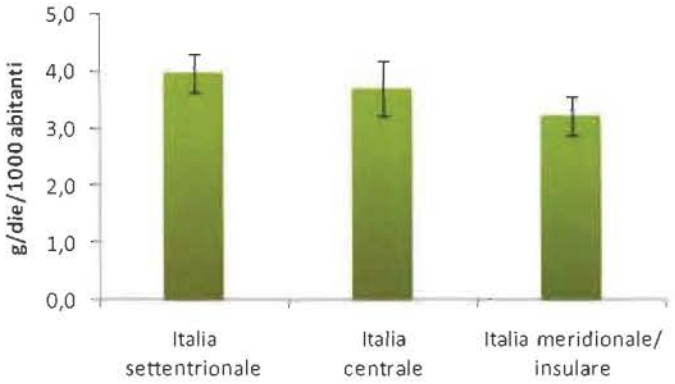
Sostanze considerate per il confronto

Le sostanze stupefacenti selezionate per il confronto tra le due differenti metodologie di indagine sono la cannabis e la cocaina, in relazione alla loro maggiore diffusione, quindi alla possibilità di osservare con maggior precisione il consumo con entrambe le metodologie applicate negli studi realizzati.

L'obiettivo è quindi quello di confrontare i quantitativi di consumo di cannabis e di cocaina (g/die/1.000 abitanti) rilevate mediante lo studio AquaDrugs 2011 nei 17 comuni oggetto di studio, con la prevalenza di consumo negli ultimi trenta giorni stimata attraverso le indagini di popolazione condotte nel 2012. Il confronto è stato effettuato valutando solo l'andamento (trend crescente o decrescente) delle stime per area geografica (Nord, Centro, Sud/Isole) e per

dimensione dei comuni: grandi città (>350.000 abitanti) – Torino, Milano, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Palermo – medie città (350.000-120.000 abitanti) – Verona, Perugia, Pescara, Bari, Cagliari – piccole città (<120.000 abitanti) – Gorizia, Merano, Potenza, Terni, Nuoro.
Il confronto limitato all'andamento della distribuzione geografica dei consumi è stato reso necessario in relazione alle differenti unità di misura degli studi: negli studi GPS-DPA e SPS-DPA si osserva il numero di consumatori (prevalenza) mentre nello studio AquaDrugs si rilevano le quantità dei consumi.

Figura I.1.5: Distribuzione delle dosi medie (per 1.000 abitanti) di cannabis (THC) rilevate nei 17 centri, per area geografica.

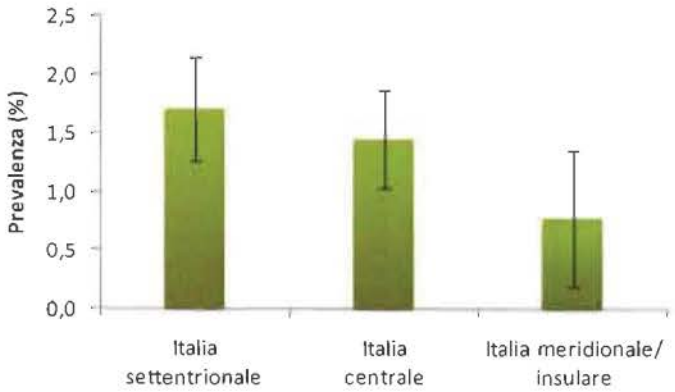


Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Dosi medie e prevalenze di consumo di cannabis maggiori al Nord Italia

L'analisi delle acque reflue nei depuratori municipali delle città del Nord Italia (Gorizia, Verona, Merano, Milano, Bologna, Torino) ha individuato dosi medie giornaliere (per 1.000 residenti) di THC leggermente più elevate rispetto alle altre aree geografiche (4,0 g/die/1.000 abitanti contro 3,7 g/die/1.000 abitanti del centro e 3,2 g/die/1.000 abitanti dell'Italia Meridionale e Insulare), senza evidenziare differenze statisticamente significative (Figura I.1.5).
Il medesimo andamento si rileva per le prevalenze di consumo di cannabis (hashish e marijuana) nei trenta giorni antecedenti l'indagine di popolazione generale GPS-DPA (Figura I.1.6), stimate considerando i 17 centri oggetto dello studio AquaDrugs.

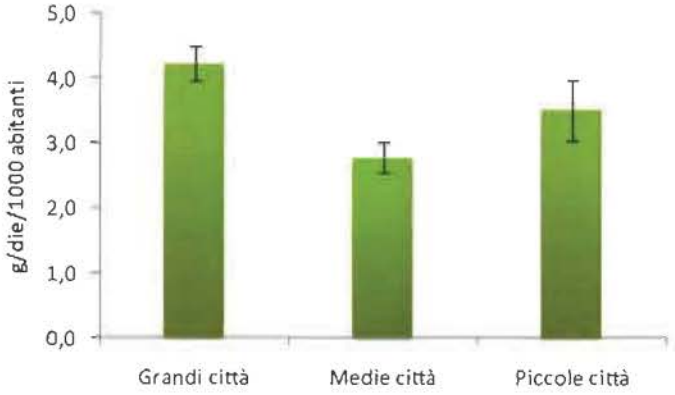
Figura I.1.6: Distribuzione delle prevalenze (%) di consumo di cannabis (hashish e marijuana) negli ultimi 30 giorni stimate nei 17 centri, per area geografica.



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.7: Distribuzione delle dosi medie (per 1.000 abitanti) di cannabis (THC) rilevate nei 17 centri, per dimensione.

Dosi medie di THC maggiori al nelle città di grandi dimensioni



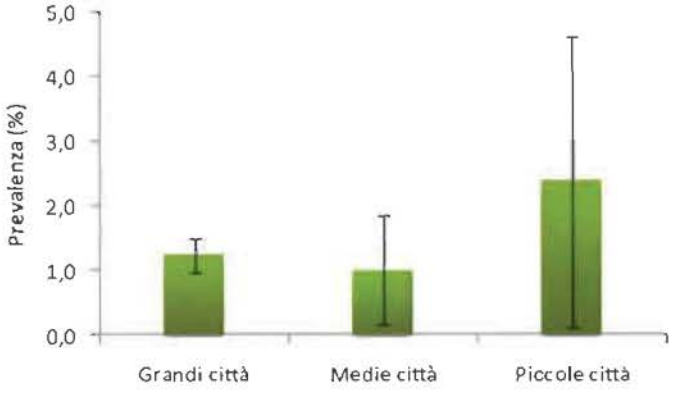
Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Le dosi medie giornaliere di THC stimate dallo studio AquaDrugs 2011 risultano maggiori nelle grandi città (4,2 g/die/1.000 abitanti) rispetto ai centri medio-piccoli, con differenze statisticamente significative tra i grandi ed i comuni di medie dimensioni (Figura I.1.7). Differenze statisticamente significative si osservano anche tra i consumi rilevati nelle città di medie dimensioni (2,8 g/die/1.000 abitanti) e la stima nei piccoli centri (3,5 g/die/1.000 abitanti).

Un andamento leggermente diverso si osserva, invece, per le prevalenze di consumo della sostanza nei trenta giorni antecedenti l'indagine GPS-DPA 2012 (Figura I.1.8). In questo contesto le prevalenze di consumo sono risultate più elevate nelle piccole città (2,4%) rispetto agli altri centri: 1,2% nelle grandi città e 1,0% nei comuni di medie dimensioni. Osservando però le stime nelle grandi città e nei centri di medie dimensioni, l'andamento tra le due indagini risulta simile, nonostante non ci siano differenze statisticamente significative nella stima della prevalenza di consumo di cannabis.

Figura I.1.8: Distribuzione delle prevalenze (%) di consumo di cannabis (hashish e marijuana) negli ultimi 30 giorni rilevate nei 17 centri, per dimensione.

Prevalenza di consumo di cannabis maggiori al nelle città di piccole dimensioni



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le differenze evidenziate tra le due metodologie nei piccoli centri possono essere ricondotte alle difficoltà di ottenere stime accurate sia mediante l'analisi delle acque reflue, sia attraverso lo studio di popolazione generale. A sostegno di tale

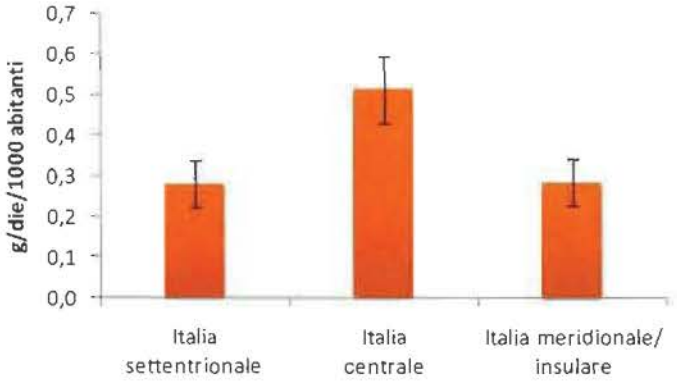
ipotesi, infatti, un'analisi approfondita delle concentrazioni di droghe nelle acque reflue dei centri urbani a bassa intensità della Regione Lombardia (Brembate, Esine, Melegnano, Montichiari, S. Angelo Lodigino), evidenziano un'elevata variabilità dei valori di concentrazione di cocaina osservati in questi centri rispetto ai centri urbani più grandi. Analogamente per le stime ottenute dall'indagine di popolazione generale, la variabilità è ancora più elevata, in relazione all'esigua numerosità campionaria.

Dosi medie e prevalenze di consumo di cocaina maggiori nell'Italia centrale

Al contrario, per quanto riguarda la cocaina, l'analisi delle acque reflue nei depuratori municipali delle città del Centro Italia (Perugia, Terni, Firenze, Roma) ha individuato consumi medi giornalieri (per 1.000 residenti) più elevati rispetto alle altre aree geografiche (0,51 g/die/1.000 abitanti contro 0,28 g/die/1.000 abitanti del nord Italia e dell'Italia meridionale/insulare), con differenze statisticamente significative (Figura I.1.9).

Una distribuzione simile si osserva anche per le prevalenze di consumo di cocaina e/o crack nei trenta giorni antecedenti le indagini (Figura I.1.10), senza differenze statisticamente significative, stimate considerando tutti i comuni oggetto degli studi GPS-DPA e SPS-DPA.

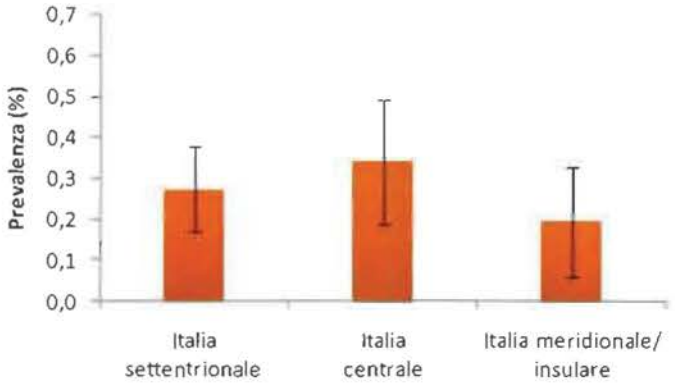
Figura I.1.9: Distribuzione delle dosi medie (per 1.000 abitanti) di cocaina rilevate nei 17 centri, per area geografica.



Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Contrariamente alla cannabis, per quanto riguarda la cocaina non è possibile stimarne il consumo considerando solo i 17 comuni oggetto dello studio AquaDrugs a causa delle basse numerosità; per questo motivo la stima di prevalenza è stata calcolata considerando tutti i comuni oggetto delle indagini di popolazione generale (GPS-DPA) e studentesca (SPS-DPA).

Figura I.1.10: Distribuzione delle prevalenze (%) di consumo di cocaina e/o crack negli ultimi 30 giorni, per area geografica.

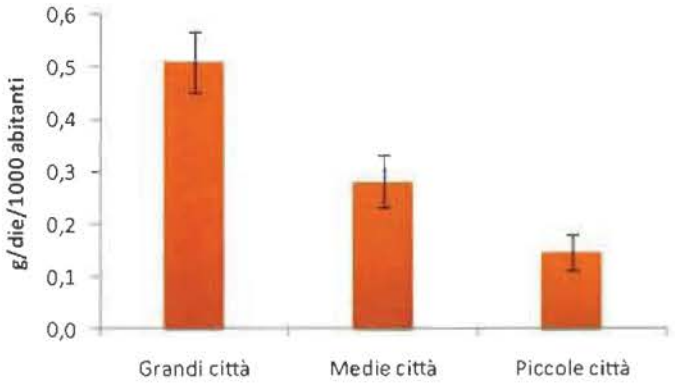


Fonte: Studi GPS-DPA e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le dosi medie giornaliere di cocaina stimate dallo studio AquaDrugs risultano maggiori nelle grandi città (0,51 g/die/1.000 abitanti) rispetto ai comuni medio-piccoli (0,28 g/die/1.000 abitanti nelle medie città e 0,15 g/die/1.000 abitanti nei centri di piccole dimensioni), con differenze statisticamente significative tra le tre categorie (Figura I.1.11).

Figura I.1.11: Distribuzione delle dosi medie (per 1.000 abitanti) di cocaina rilevate nei 17 centri, per dimensione.

Dosi medie di cocaina maggiori al nelle città di grandi dimensioni

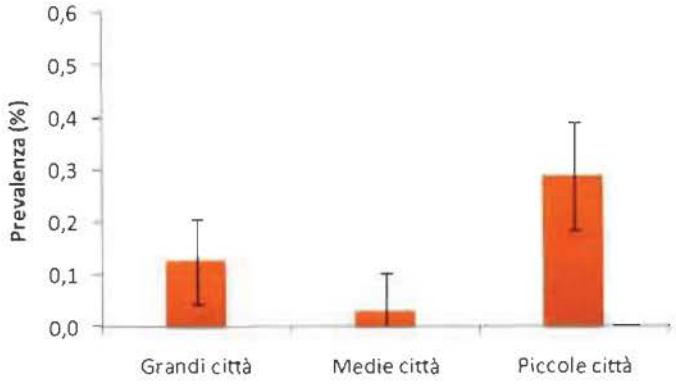


Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Come osservato per la cannabis, anche per la cocaina si osserva un andamento diverso per le prevalenze di consumo della sostanza nei trenta giorni antecedenti l'intervista secondo la dimensione (Figura I.1.12). In questo contesto le prevalenze di consumo sono risultate più elevate nelle piccole città (0,29%) rispetto alle altre: 0,12% nelle grandi città e 0,03% nelle città di medie dimensioni, con differenza statisticamente significative tra i piccoli comuni e i centri di medie dimensioni.

Figura I.1.12: Distribuzione delle prevalenze (%) di consumo di cocaina e/o crack negli ultimi 30 giorni, per dimensione.

Prevalenza di consumo di cocaina e/o crack maggiori nelle città di piccole dimensioni



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

Come già evidenziato per la cannabis, anche per la cocaina l'elevata variabilità delle osservazioni nei piccoli centri non permette confronti rappresentativi tra le due metodologie di analisi dei consumi.

I.1.1.5 Adesione allo studio GPS-DPA e controllo di qualità

I criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e della realizzazione dello studio di popolazione generale sono stati ampiamente descritti nel documento "*REPORT GPS-ITA 2012 - Indagine sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione italiana 18-64 anni*", pubblicato dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2012 mediante invio del questionario postale a 60.000 cittadini italiani. In totale i questionari compilati pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontavano a 19.294, con una percentuale di adesione allo studio pari al 33,4%.

Alta percentuale di adesione al questionario postale

I risultati presentati in questo documento fanno riferimento a 18.898 questionari compilati e pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga, di cui 396 inutilizzabili ai fini delle elaborazioni.

Tabella I.1.7: Distribuzione della percentuale di adesione all'indagine di popolazione – GPS-DPA 2012 – per ripartizione geografica. Anno 2012

Area geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari elaborati	% di adesione allo studio
Italia nord-occidentale	16.961	648	5.892	36,1
Italia nord-orientale	9.363	244	3.634	39,9
Italia centrale	16.807	560	5.362	33,0
Italia meridionale	9.718	543	2.439	26,6
Italia insulare	7.153	262	1.571	22,8
Totale	**60.002**	**2.257**	**18.898**	**32,7**

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

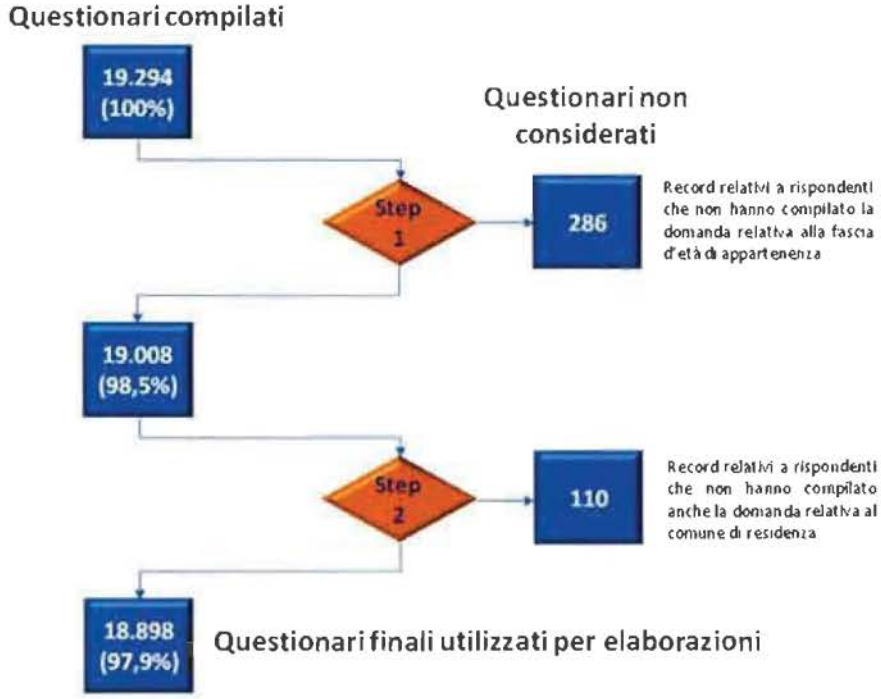
Tasso di risposta maggiore per il nord-est

Osservando le percentuali di adesione allo studio nelle varie aree geografiche, si osserva che i soggetti residenti al nord-est hanno un tasso di risposta maggiore (39,9%), mentre i rispondenti del sud Italia e delle isole hanno la percentuale di adesione minore (rispettivamente 26,6% e 22,8%).

L'analisi della qualità delle informazioni è stata effettuata applicando alcuni

criteri per l'esclusione dei questionari "non utilizzabili" nelle successive elaborazioni dei dati. Nello schema riportato di seguito (Figura I.1.13) sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi.
I 396 questionari eliminati dalle analisi successive sono stati ritenuti "non utilizzabili" in quanto assente l'informazione sull'età del rispondente e sul comune di residenza, elementi indispensabili per il calcolo dei pesi campionari da utilizzare per la stima delle prevalenze di consumo nell'intera popolazione di riferimento.
Un ulteriore controllo di qualità è stato effettuato sui 18.898 questionari da elaborare, al fine di verificare e correggere eventuali inconsistenze interne dovute ad errori di compilazione da parte dei rispondenti.

Figura I.1.13: Procedura di controllo qualità dei dati. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal punto di vista metodologico va evidenziato che la particolarità del fenomeno oggetto di studio ed il metodo di rilevazione adottato, pur fornendo una maggiore affidabilità delle informazioni rilevate, influiscono sul livello di rispondenza, portando quindi ad una distorsione dell'informazione rilevata.
L'esperienza di tutta l'epidemiologia, inoltre, è che fra i rispondenti e i non rispondenti vi sia una forte differenza nella variabile oggetto di studio, che nel caso di quest'indagine si traduce nel fatto che la popolazione non rispondente potrebbe usare sostanze stupefacenti molto di più (in questo caso i dati stimati sottostimerebbero il fenomeno), oppure molto di meno (in questo caso si avrebbe una sovrastima del fenomeno). L'ipotesi più probabile e attendibile per l'indagine GPS-DPA è la prima, i profili e gli andamenti stimati da queste indagini andranno quindi confrontati ed analizzati nella loro coerenza generale con tutti gli altri provenienti da fonti diverse e rappresentativi di altri aspetti del fenomeno.

I.1.2. Survey 2013 SPS popolazione scolastica 15-19 anni

Indagine su 38.150 giovani studenti delle scuole secondarie di secondo grado

I risultati di seguito riportati emergono dalle analisi condotte sulle risposte fornite da un primo campione di 38.150 studenti delle scuole secondarie di secondo grado (alla data del 03 Maggio 2013), nell'ambito dell'indagine sul consumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale 15-19 anni (SPS-DPA 2013). Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2013 dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e la partecipazione dei Referenti Regionali per l'Educazione alla Salute.

Attraverso l'auto-compilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria aveva lo scopo di stimare la quota di studenti di 15-19 anni consumatori di sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo (uso di droghe almeno una volta nella vita, nel corso dell'ultimo anno e nell'ultimo mese), individuandone anche la modalità d'uso di sostanze al fine di monitorare l'evoluzione del fenomeno.

In seguito l'applicazione delle procedure di analisi della qualità dei dati (paragrafo I.1.2.9) sono stati considerati validi per le successive elaborazioni sui consumi di sostanze psicotrope 34.385 questionari, riferiti a soggetti con età 15-19 anni, che rappresentano il 2% del collettivo di studenti 15-19 anni iscritti all'a.s. 2012-2013 della scuola secondaria di secondo grado. Nella Tabella I.1.18 viene riportata la distribuzione dei soggetti rispondenti per età ed area geografica.

Tabella I.1.8: Distribuzione degli studenti che hanno compilato il questionario, per area geografica ed età. Anno 2013

Area geografica	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale
Italia nord-occidentale	1.362	1.542	1.651	1.529	1.513	7.597
Italia nord-orientale	990	1.112	1.169	1.106	1.137	5514
Italia centrale	1.081	1.273	1.235	1.227	1.124	5940
Italia meridionale/insulare	2.972	3.233	3.153	3.089	2.887	15334
Totale	**6.405**	**7.160**	**7.208**	**6.951**	**6.661**	**34.385**
%	**18,6**	**20,8**	**21,0**	**20,2**	**19,4**	**100,0**

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.1 Sintesi sui consumi

Trend pluriennale globale: contrazione dei consumi

L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi (LYP – Last Year Prevalence), riferiti da studenti di età 15-19 anni rispondenti nel 2013, mostra un incremento di cannabis (19,14% nel 2012 a 21,43% nel 2013), mentre per le altre sostanze si osserva una lieve variazione positiva non misurabile in termini di significatività statistica: 0,36 punti per uso di allucinogeni (1,72% nel 2012 vs 2,08% nel 2013), 0,21 punti di stimolanti (1,12% nel 2012 vs 1,33% nel 2013), 0,15 punti di cocaina (1,86% nel 2012 vs 2,01% nel 2013) infine stabile il consumo di eroina (0,32% nel 2012 vs 0,33% nel 2013).

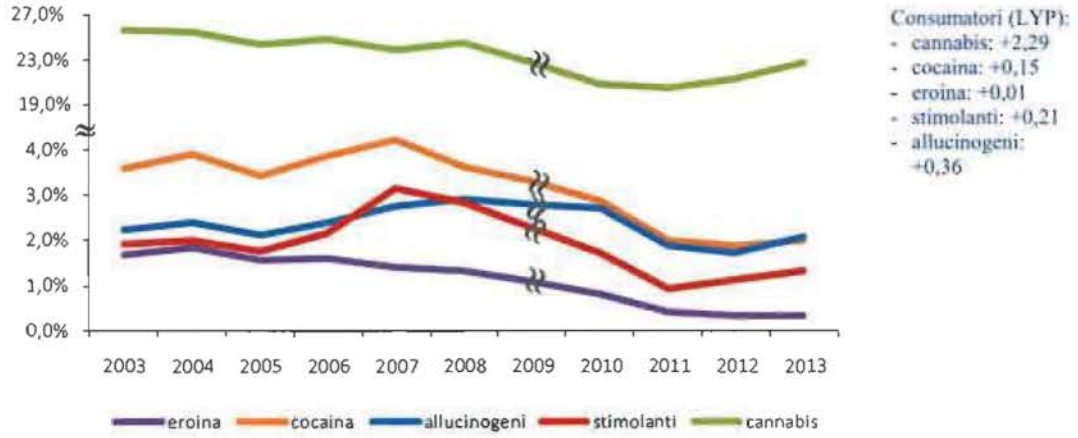
Aumento nel 2013 dei consumatori (LYP) per-cannabis. Variazione non significativa per allucinogeni, stimolanti, cocaina ed eroina

Il confronto del trend dei consumi di stupefacenti negli ultimi 11 anni, evidenzia una iniziale e progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis, caratterizzata da una certa variabilità fino al 2008, da una sostanziale stabilità nel biennio successivo 2010-2012 e una tendenza all'aumento nell'ultimo anno.

La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2012, stabilizzandosi nel 2013 a valori di prevalenza osservati nel 2011. In costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004, anno in cui è stata osservata la prevalenza di consumo più elevata nel periodo di riferimento, pur

rimanendo a livelli inferiori al 2% degli studenti che hanno compilato il questionario. Negli ultimi anni il fenomeno si è stabilizzato.
I consumatori di sostanze stimolanti seguono l'andamento della cocaina fino al 2011, ma negli ultimi due anni si osserva una lieve tendenza alla ripresa nei consumi. Per quanto riguarda, infine, la prevalenza del consumo di allucinogeni, essa, ha seguito un trend in leggero aumento nel primo periodo di osservazione, fino al 2008, seguito da una situazione di stabilità nel biennio successivo, con una contrazione dal 2010 al 2012; nell'ultimo anno si osserva, però, una lieve tendenza all'aumento del fenomeno.

Figura I.1.14: Consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni (uso almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003-2013



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

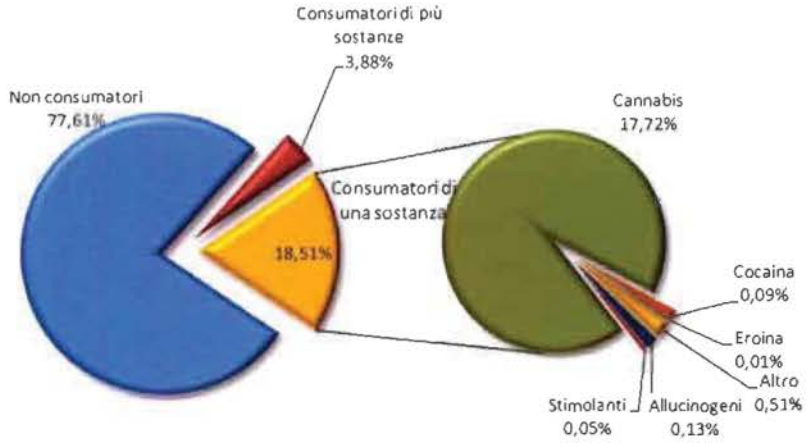
Tabella I.1.9: Consumatori di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2012 e 2013

Sostanza	Prevalenza 2012	Prevalenza 2013	Differenza 2012-2013
Cannabis	19,14	21,43	2,29
Cocaina	1,86	2,01	0,15
Eroina	0,32	0,33	0,01
Stimolanti	1,12	1,33	0,21
Allucinogeni	1,72	2,08	0,36

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Lo studio del 2013 sulla popolazione studentesca, su un campione di 34.385 soggetti di età compresa tra 15-19 anni con una percentuale di risposta pari a circa il 75%, evidenzia che il 77,6% degli studenti intervistati non ha mai fatto uso di sostanze negli ultimi 12 mesi, solamente il 18,5%, invece, ha fatto consumato una droga almeno una volta nell'ultimo anno antecedente all'intervista. Mentre il 3,8% ha fatto uso di più sostanze.
Del 18,5% dei rispondenti che hanno dichiarato di aver fatto uso di una sola sostanza, la quota maggiore si registra per uso di cannabis (17,7%), lo 0,51% ha consumato altre sostanze, lo 0,13% ha fatto uso di allucinogeni, lo 0,05 di stimolanti, lo 0,09% di cocaina ed infine solo lo 0,01 degli alunni ha fatto uso di eroina.

Figura I.1.15: Distribuzione degli studenti rispondenti 15-19 anni, secondo il consumo di sostanze illegali negli ultimi 12 mesi. Anno 2013



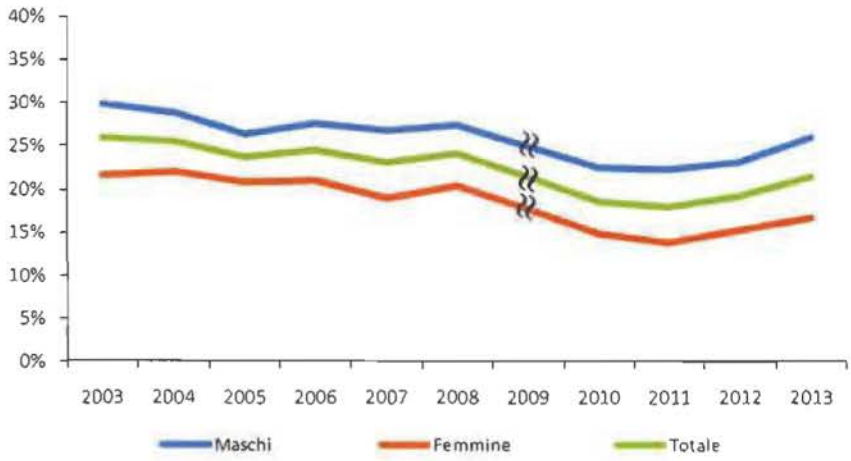
Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.2. Consumi di cannabis

Nell'ultimo decennio, fra le sostanze illecite, quella maggiormente assunta dagli studenti risulta la cannabis: dal 2003, il trend degli studenti che hanno assunto tale sostanza negli ultimi 12 mesi, indica una contrazione dei consumi fino al 2010, seguita da un incremento del consumo nell'ultimo triennio. Nel 2013 si registra un aumento pari a 2,3 punti passando dal 19,1% nel 2012 al 21,4% nel 2013. Dal 2007 si osserva un andamento uniforme tra gli adolescenti maschi e le femmine.

La cannabis è la sostanza illecita maggiormente assunta dagli studenti

Figura I.1.16: Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2013



Aumento della prevalenza di consumatori di cannabis (LYP) dal 2010

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

ESPAD – Trend al ribasso della prevalenza (LTP) di studenti 16enni, italiani ed europei, consumatori di cannabis

Coerentemente con i risultati emersi dagli studi SPS-DPA 2010 e 2011, anche l'andamento della prevalenza di consumo di cannabis almeno una volta nella vita dichiarato dagli studenti 16enni italiani ed europei, nell'ambito delle indagini condotte a livello europeo (ESPAD) dal 1995 al 2011, evidenzia una tendenza alla contrazione dal 2003 al 2011 anno in cui la propensione alla diminuzione sembra più marcata per gli studenti italiani

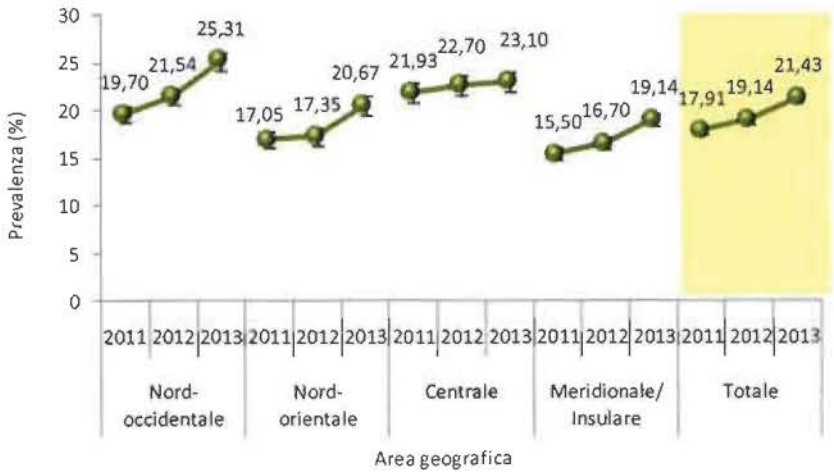
L'elevata numerosità campionaria e la distribuzione omogenea sul territorio nazionale degli studenti rispondenti consentono anche l'elaborazione delle stime dei consumi con rappresentatività per area territoriale e nel contempo offrono l'opportunità di confrontare tali risultati con quelli ottenuti nel 2011 e nel 2012.

Tali confronti sui consumi di cannabis evidenziano differenze statisticamente significative rispetto ai consumi del 2011 e 2012, ad eccezione di quelli dell'Italia centrale, stabili nell'ultimo triennio.

Nell'Italia nord-orientale e meridionale/insulare, i consumatori sono inferiori rispetto alle altre due aree geografiche, comunque con un sostanziale aumento rispetto al biennio 2011-2012; mentre le prevalenze più elevate si osservano nell'Italia nord-occidentale.

Figura I.1.17: Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011-2013

Aumento della prevalenza dei consumatori di cannabis (LYP)

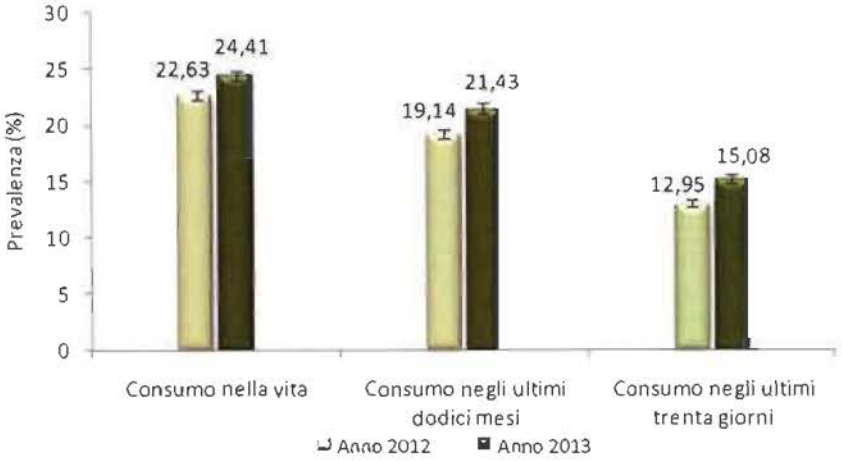


Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.18: Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

Il 75,6% degli studenti non ha mai consumato cannabis, mentre il 24,4% ha usato cannabis almeno una volta nella vita

Il 15,1% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

In riferimento agli ultimi 12 mesi, il consumo di cannabis è stato sperimentato nel 2013 dal 21,4% degli studenti che hanno compilato il questionario, registrando un aumento rispetto al 2012 ma nel complesso in linea con l'andamento variabile del consumo di cannabis degli ultimi anni; tale percentuale raggiunge il 24,4% se si considera il consumo almeno una volta nella vita ed il 15,1% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (una o più volte).
Concentrando l'attenzione sui consumi negli ultimi 12 mesi, si osserva un incremento sia per i maschi e sia per le femmine, in particolare per i maschi si evidenzia un aumento di 3 punti rispetto al 2012 (23,1% nel 2012 vs 26,1% nel 2013), mentre, per le femmine un incremento pari a 1,5 punti (15,2% nel 2012 vs 16,7 nel 2013) (Tabella I.1.10).

Tabella I.1.10: Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per genere. Anni 2012 e 2013

Aumenta il consumo (LYP) per genere rispetto al 2012

Genere	Anno		Variazione 2012 vs 2013
	2012	2013	
Maschi	23,10	26,12	3,0
Femmine	15,18	16,70	1,5
Totale	**19,14**	**21,40**	**2,3**

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2013, il 29,5% dei ragazzi dichiara di aver provato la cannabis almeno una volta nella vita contro il 19,3% delle ragazze. La percentuale si riduce a 26,1% per i maschi e a 16,5% per le femmine se si considerano gli ultimi 12 mesi e arriva a 18,8% e a 11,3% osservando gli ultimi 30 giorni (Tabella I.1.11).

Tabella I.1.11: Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2012-2013

Consumatori di cannabis (%)	2012			2013		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	26,95	18,30	22,63	29,45	19,27	24,41
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	23,10	15,18	19,14	26,12	16,65	21,43
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	15,95	9,93	12,95	18,83	11,26	15,08
Età (LYP) (%)						
15 anni	7,99	5,70	6,80	10,37	6,80	8,52
16 anni	17,98	12,03	14,99	18,37	15,78	17,08
17 anni	24,87	16,86	20,94	26,89	17,82	22,48
18 anni	30,70	20,03	25,41	34,69	20,80	27,88
19 anni	32,52	21,36	27,02	38,78	22,01	30,63
Frequenza di consumo (LYP) (%)						
1-2 volte	37,21	44,47	40,08	35,81	43,88	38,92
3-9 volte	21,33	25,46	22,97	19,73	25,43	21,92
10-19 volte	10,32	10,95	10,57	10,57	10,76	10,64
20 volte o più	31,14	19,12	26,38	33,89	19,93	28,52

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Consumi maggiori tra i maschi rispetto le femmine, anche in tutte le età indagate

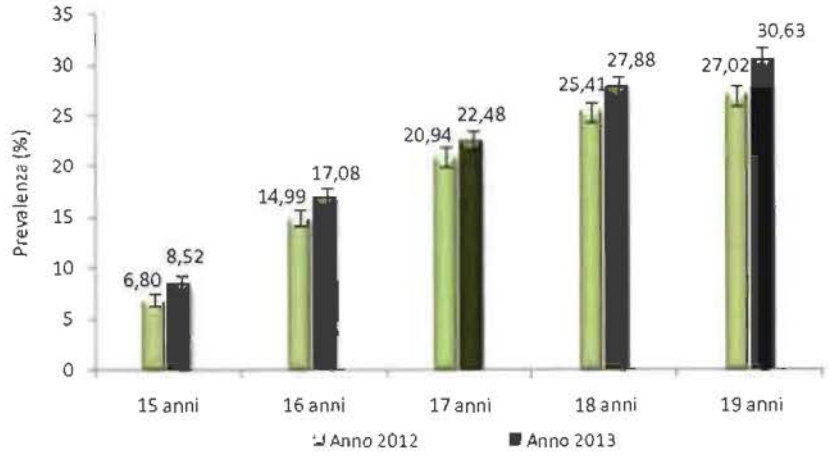
Più frequente il consumo (LYP) di cannabis tra i maschi

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-2 volte nel corso degli ultimi 12 mesi (43,88% per le femmine e 35,8% per i maschi). Il 33,9% del collettivo maschile, contro il 19,9% di quello femminile, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte negli ultimi 12 mesi, senza variazioni rispetto al 2012.

Il consumo di cannabis risulta direttamente correlato all'età dei soggetti: tra i maschi, le prevalenze di consumo negli ultimi 12 mesi, passano dal 10,4% dei 15enni al 38,8% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa rispettivamente dal 6,8% al 22,0%.

Rispetto al 2012, le prevalenze dei consumi per età aumentano per tutte le età con un maggiore incremento per i 19enni pari a 3,6 punti.

Figura I.1.19: Consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013



Aumento dei consumatori (LYP) di cannabis con il crescere dell'età

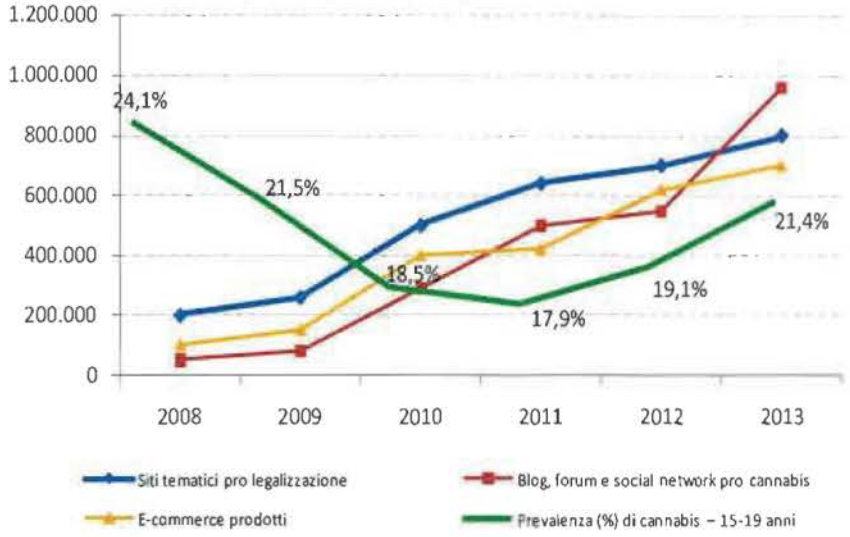
Maggior consumo (LYP) tra studenti 19enni

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il fenomeno cannabis su internet

Su internet, dal 2008 ad oggi, la promozione e i siti a favore sia della legalizzazione della cannabis che della vendita di prodotti per la sua produzione e consumo, si sono particolarmente ampliate e radicate.
Dai siti registrati come singolo dominio, ai blog, passando per gli shop-online e le pagine sui social network, gli utenti di tutto il mondo acquistano semi, si scambiano indicazioni circa la coltivazione e forniscono pareri sugli effetti delle diverse piante.
Nel corso degli anni il web si è rivelato uno strumento enciclopedico, una galleria di immagini, un forum di discussione e punto nodale del commercio della canapa (per una quantità enorme di varianti prodotte in ogni angolo del globo, sia dal un punto di vista numerico che fenotipico).
Da un'ampia analisi effettuata sui database accessibili (utilizzando keywords specifiche in lingua italiana, inglese, spagnola, francese e appositi programmi semantici) sia degli enti istituzionali, che delle aziende di settore è stato possibile stimare che il numero dei siti tematici favorevoli alla legalizzazione e liberalizzazione o offrenti sostanze abbia abbondantemente superato nel corso di quest'anno le 800.000 unità (dato sotto stimato). Una decisa progressione se si guarda il dato riferito all'anno 2008, in cui si parla di circa 200.000.
Crescita considerevole anche per quelle pagine (a cui si è potuto liberamente accedere) che trattano con motivazioni positive l'argomento cannabis all'interno dei social network, sui forum tematici o nei blog a carattere personale, di cui si stima un livello decisamente alto, favorito dal successo dell'aggregazione, soprattutto giovanile, in ambito virtuale (come Facebook, YouTube, Pinterest, Myspace, ecc.). Il picco di 960.000 toccato a maggio del 2013 ha una proiezione in crescita del 2% entro fine anno.
Il discorso non cambia anche per il comparto e-commerce o meglio la vendita online di semi da collezione ed attrezzature per la germinazione. Anche se è nelle cronache di tutti i media la azione repressiva (anche a carattere transnazionale) da parte delle autorità competenti, sono ancora numerosissimi gli e-shop che mettono in vetrina dalle sementi ai kit d'illuminazione, passando per i fertilizzanti biologici specifici per la cannabis.
Lo stile di questo genere di informazioni è spesso naif, apparentemente incline al confidenziale ed amicale, ma anche questo fa parte della comunicazione che viene adottata per avvicinare e tenere unita un'utenza sempre più giovane e vasta.
E' interessante notare l'andamento di crescita dei siti dal 2008 al 2013 dei siti pubblicizzanti o che pubblicizzano in vario modo l'uso di cannabis e metterlo in relazione con l'andamento dei consumi nella popolazione 15-19 anni. Come si può notare all'aumento della pressione di marketing è corrisposto un tempo di latenza dai 14 ai 24 mesi un aumento di consumi di cannabis nelle fasce giovanili invertendo una tendenza alla diminuzione che si osservava dal 2008 e creando dal 2011 un incremento di circa 3 punti percentuale. Questo fenomeno deve fare riflettere anche sulla capacità di indurre consumi neo giovani da parte delle offerte di sostanze stupefacenti su internet e della pubblicizzazione dei loro effetti spesso con pubblicità ingannevoli e che addirittura arrivano all'offerta di franchising da ricordare infine, che questi siti, spesso offrono contemporaneamente anche altre sostanze stupefacenti quali oppiacei, cocaina ma anche i cannabinoidi sintetici mefedrone iperazine ecc...

Figura I.1.20: Diffusione dei siti pro-legalizzazione, dei blog, dei forum, dei social network e dell'e-commerce relativo a sementi e prodotti per la coltivazione di cannabis vs consumatori di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2008-2013



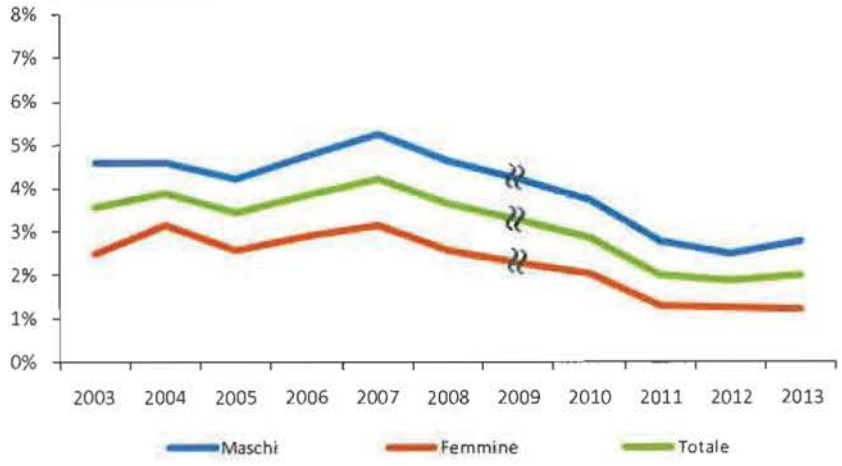
Fonte: Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.3 Consumi di cocaina

L'andamento del numero dei consumatori di cocaina e/o crack, una o più volte negli ultimi 12 mesi, dichiarato dagli studenti coinvolti nell'ambito delle indagini condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2007, dopo un periodo iniziale, fino al 2005, sostanzialmente stazionario ed una tendenza all'aumento nel triennio successivo (2005-2007). Dopo aver subito una contrazione dal 2007 al 2011, si osserva certa stabilità nell'ultimo triennio.

Figura I.1.21: Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2013

Riduzione dei consumi (LYP) di cocaina dal 2007, stabilità nel periodo successivo



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

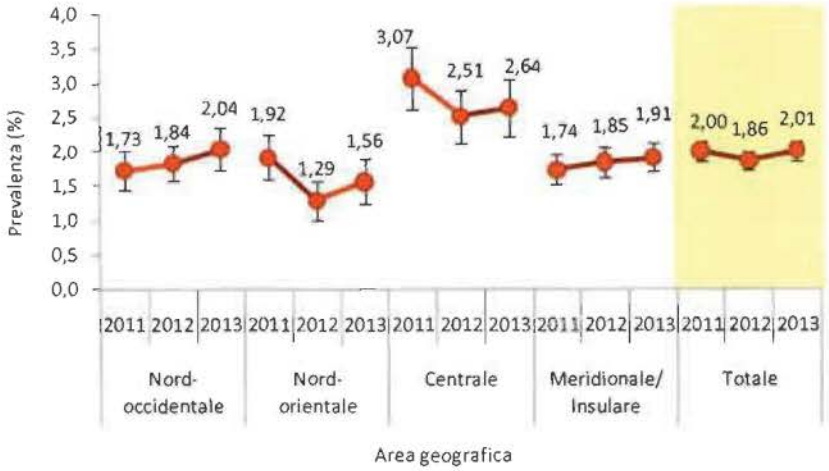
Secondo quanto rilevato dalle indagini europee ESPAD 1995-2011, l'andamento dei consumatori di cocaina almeno una volta nella vita evidenzia una tendenza all'aumento dal 1999 al 2007, da parte sia degli studenti 16enni italiani che dei coetanei europei, seguito da un netto calo fino nel 2011, portandosi a valori osservati nel decennio precedente.

ESPAD – contrazione dei consumi (LTP) più marcata per gli studenti 16enni italiani

Come nel 2012, anche nel 2013, il consumo di cocaina tra gli studenti sul territorio nazionale sembra essere maggiormente diffuso nell'Italia centrale, seguita dall'Italia Nord-occidentale e dall'Italia Meridionale/Insulare, mentre il fenomeno sembra interessare meno gli studenti del nord-est, per i quali nel 2013, si rileva un lieve rialzo dei consumatori, il linea con le variabilità non significative nelle altre aree geografiche.

Sostanzialmente stabile il trend dei consumi (LYP) triennale a livello nazionale

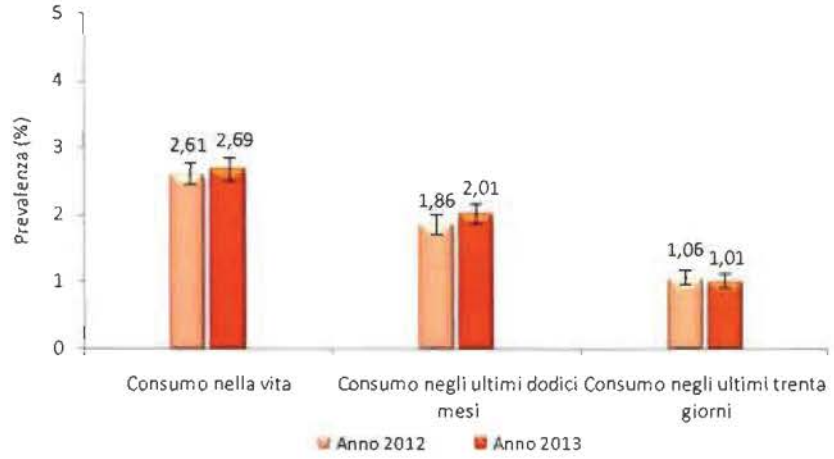
Figura I.1.22: Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011-2013



Trend dei consumi (LYP) in lieve aumento nell'Italia nord-occidentale e meridionale/insulare e variabile nell'area nord-orientale e centrale

Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.23: Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013



Il 97,9% degli studenti non ha mai assunto cocaina, mentre il 2,7% l'ha sperimentata almeno una volta nella vita

Solo l'1,0% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2013, il 2,7% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita e il 2,0% dichiara di aver consumato la sostanza nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di cocaina, riferito ai 30 giorni antecedenti la

somministrazione del questionario è stato dichiarato dall'1,0% degli studenti.
La diminuzione del numero dei consumatori, se pur lieve, si osserva solo rispetto agli ultimi 30 giorni, mentre aumenta, sempre lievemente, il consumo nella vita e il consumo negli ultimi 12 mesi, senza alcuna differenza significativa in tutti i periodi.
La propensione all'incremento, rispetto al 2012, dei consumatori di cocaina tra gli studenti rispondenti appare più evidente tra gli studenti di genere maschile (+0,3 punti) mentre per le femmine è sostanzialmente stabile (Tabella I.1.12).

Tabella I.1.12: Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per genere. Anni 2012 e 2013

Genere	Anno		Variazione 2012 vs 2013
	2012	2013	
Maschi	2,48	2,77	0,29
Femmine	1,25	1,23	-0,02
Totale	**1,86**	**2,01**	**0,15**

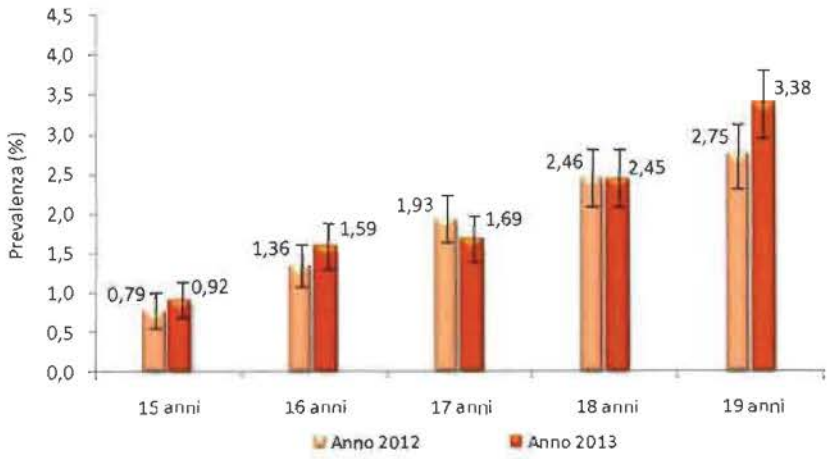
Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza di consumo (LYP) degli studenti maschi; stabilità per le femmine

I consumatori di cocaina, al pari delle altre sostanze, aumentano con il crescere dell'età: i rispondenti che hanno riferito un consumo negli ultimi 12 mesi passano dallo 0,9% dei 15enni all'1,6% dei 16enni, dall'1,7% dei 17enni al 2,4% dei 18 fino ad arrivare al 3,4% dei 19enni. Rispetto allo studio condotto nel 2012, si osserva un calo nella prevalenza dei consumi dei 17enni; per contro, si evidenzia un sensibile aumento del consumo nei 16enni e nei 19enni.
Rispetto ai coetanei maschi, le consumatrici femmine tendono ad aumentare con l'età con una propensione inferiore, partendo da una prevalenza di uso di cocaina negli ultimi 12 mesi, tra le 15enni, pari a 0,8%, e giungendo ad una prevalenza dell'1,7% tra le 19enni, a fronte di un andamento costantemente crescente per i maschi fino a raggiungere il 5,0% tra i 19enni.

Consumo (LYP) di cocaina crescente con l'aumento dell'età

Figura I.1.24: Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Lieve tendenza alla contrazione dei 17enni consumatori di cocaina (LYP)

Lieve aumento di consumo nei 16enni e 19enni (LYP)

Tra gli studenti consumatori di cocaina durante l'ultimo anno, il 10,2% dei maschi e il 3,4% delle femmine ha utilizzato la sostanza 20 o più volte, mentre per il 61,5% degli adolescenti maschi e per il 72,2% delle femmine si è trattato di un consumo occasionale (da 1 a 2 volte). Rispetto all'anno precedente il consumo

Maggiore presenza di consumo occasionale (LYP)

regolare di cocaina oltre (oltre 10 volte negli ultimi 12 mesi) tende ad ulteriore contrazione rispetto agli anni precedenti (18,0% dei consumatori nel 2012 vs 15,1% nel 2013).

Tabella I.1.13: Consumatori di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2012-2013

Consumatori di cocaina (%)	2012			2013		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,36	1,86	2,61	3,66	1,70	2,69
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	2,48	1,25	1,86	2,77	1,23	2,01
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,39	0,72	1,06	1,32	0,70	1,01
Età (LYP) (%)						
15 anni	0,80	0,78	0,79	1,00	0,85	0,92
16 anni	1,60	1,13	1,36	1,89	1,29	1,59
17 anni	2,45	1,40	1,93	2,30	1,05	1,69
18 anni	3,36	1,54	2,46	3,56	1,29	2,45
19 anni	4,06	1,40	2,75	5,00	1,67	3,38
Frequenza di consumo (LYP) (%)						
1-2 volte	62,56	69,33	64,82	61,54	72,25	64,78
3-9 volte	17,94	15,56	17,14	21,41	17,22	20,15
10-19 volte	8,07	4,44	6,86	6,24	7,18	6,52
20 volte o più	11,43	10,67	11,18	10,81	3,35	8,55

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

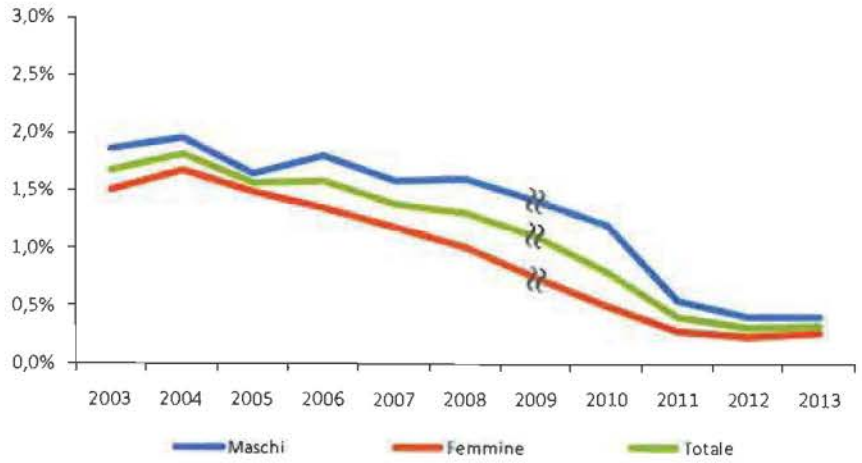
Maggior interessamento dei maschi, in tutte le età (LYP).

Più frequente il consumo (LYP)di cocaina tra i maschi

I.1.2.4 Consumi di eroina

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti contattati negli studi condotti dal 2000 al 2013, la percentuale degli studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra in continua diminuzione dal 2008, stabilizzandosi nel triennio 2011-2013.

Figura I.1.25: Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2013



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Trend dei consumi (LYP) dal 2008 in diminuzione con stabilizzazione negli ultimi anni

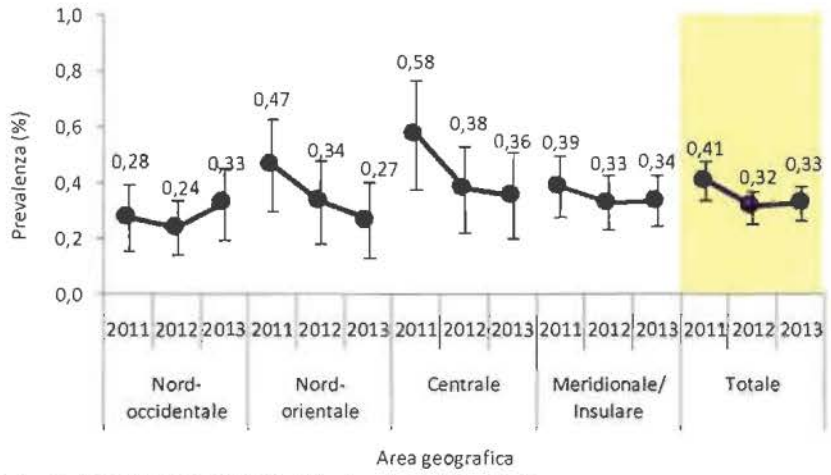
Con riferimento ai dati disponibili a livello europeo, osservati nelle indagini ESPAD 1995-2011, si evidenzia, negli ultimi 9 anni, un calo dei consumatori 16-enni italiani di eroina, almeno una volta nella vita, con valori registrati nel 2011 molto contenuti (2%), in linea con il consumo dei coetanei europei.

ESPAD – Stabile la prevalenza dei 16enni europei consumatori (LTP) di eroina dal 2003

Il confronto per area geografica evidenzia una sostanziale stabilità nel triennio dei consumatori di eroina nell'Italia nord-occidentale e nell'Italia meridionale/insulare, mentre si osserva una lieve tendenza alla contrazione dei consumatori nell'Italia nord-orientale e centrale; tali andamenti hanno portato, nel 2013, a valori di prevalenza di consumo di eroina uniformi in tutte le aree geografiche.

Figura I.1.26: Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011- 2013

Lieve tendenza alla contrazione dei consumatori (LYP) di eroina per le aree geografiche Italia nord-orientale e centrale

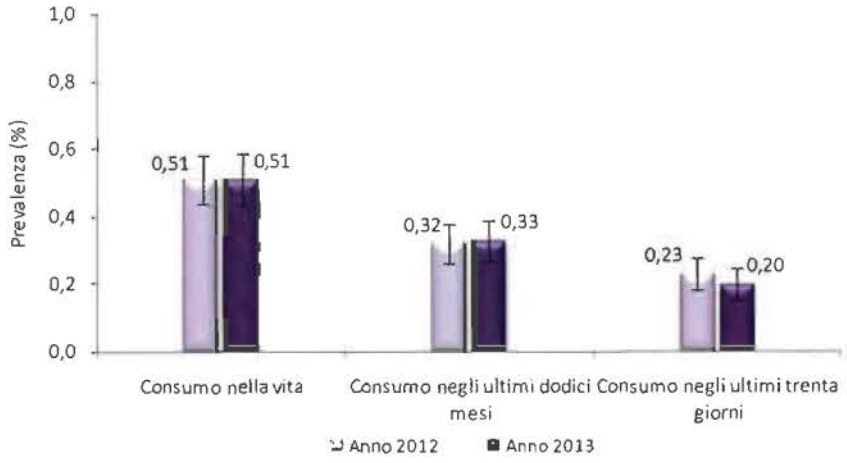


Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.27: Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

Il 99,5% degli studenti non ha mai assunto eroina, mentre lo 0,5% ha usato eroina almeno una volta nella vita

Solo lo 0,2% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Secondo gli studenti che hanno compilato il questionario nel primo semestre 2013, l'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dallo 0,51% degli studenti italiani, mentre lo 0,33% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente lo studio. Lo 0,20% degli studenti italiani sostiene di aver assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario. Rispetto alla rilevazione del 2012, si evidenzia, una sostanziale stabilità in tutti e tre i periodi di osservazione (Figura I.1.27).

Concentrando l'attenzione sul consumo di eroina negli ultimi 12 mesi, si osserva una sostanziale stabilità anche nei consumi differenziati per le femmine e per i maschi (Tabella I.1.14).

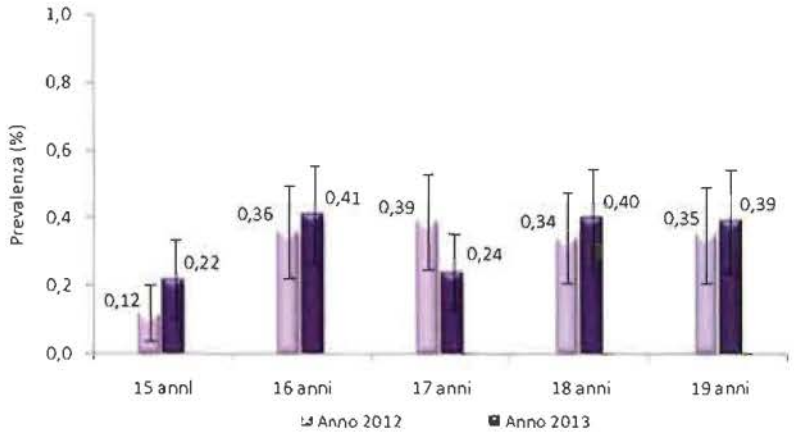
Tabella I.1.14: Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per genere. Anni 2012 e 2013

Genere	Anno		Variazione 2012 vs 2013
	2012	2013	
Maschi	0,40	0,40	-
Femmine	0,23	0,26	0,03
Totale	**0,32**	**0,33**	**0,01**

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggiori consumi (LYP) tra i maschi

Figura I.1.28: Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013



Propensione al calo di consumatori (LYP) più marcata nei 17enni

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Risultati interessanti emergono anche dal confronto dei consumatori di eroina negli ultimi 12 mesi per genere ed età, in cui si evidenzia una lieve propensione alla riduzione dei consumatori nei diciasettenni, rappresentata in quota maggiore dalle studentesse, a fronte di un lieve incremento da parte dei quindicenni e dei diciottenni, sebbene tali differenze non siano statisticamente significative (Figura I.1.28). Inoltre, i risultati che emergono sul consumo di eroina da parte delle femmine 16enni evidenziano un forte consumo da parte di quest'ultime, ponendosi ad un valore di prevalenza che si discosta dall'andamento generale per età.

Tra gli studenti che hanno riferito il consumo di eroina negli ultimi 12 mesi, il 64,3% dei maschi ed il 68,2% delle ragazze, lo hanno sperimentato una o due volte nell'ultimo anno; consumi più frequenti, da 10 a 19 volte sembrano riguardare maggiormente i maschi rispetto alle loro coetanee femmine, così come il consumo regolare (20 volte o più) interessa il 18,6% dei maschi ed il 15,9% delle femmine.

Prevalente il consumo occasionale (LYP)

Tabella I.1.15: Consumatori di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2012-2013

Consumatori di eroina (%)	2012			2013		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	0,61	0,42	0,51	0,59	0,43	0,51
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,40	0,23	0,32	0,40	0,26	0,33
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,30	0,17	0,23	0,24	0,15	0,20
Età (LYP) (%)						
15 anni	0,09	0,14	0,12	0,26	0,18	0,22
16 anni	0,43	0,30	0,36	0,33	0,48	0,41
17 anni	0,48	0,29	0,39	0,35	0,11	0,24
18 anni	0,49	0,19	0,34	0,51	0,29	0,40
19 anni	0,46	0,24	0,35	0,56	0,22	0,39
Frequenza di consumo (LYP) (%)						
1-2 volte	66,67	57,14	63,16	64,29	68,18	65,79
3-9 volte	8,33	26,19	14,91	12,86	13,64	13,16
10-19 volte	4,17	4,76	4,39	4,28	2,27	3,51
20 volte o più	20,83	11,91	17,54	18,57	15,91	17,54

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

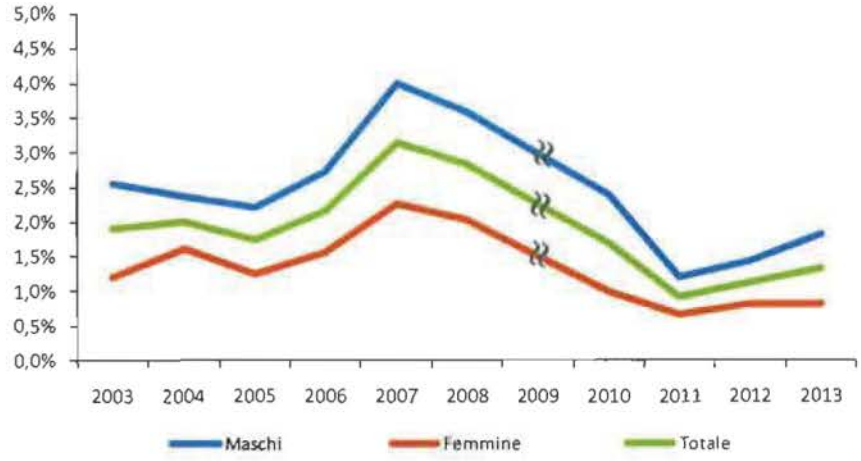
Più frequente il consumo (LYP) di eroina tra i maschi

I.1.2.5 Consumi di stimolanti

Il consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine), una o più volte negli ultimi 12 mesi, ha interessato nell'ultimo triennio meno del 2% degli studenti rispondenti, subendo una forte contrazione nel quinquennio 2007-2012, stabilizzandosi, nel totale, a valori molto contenuti al di sotto del 2% nell'ultimo triennio.

Figura I.1.29: Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012

Trend quinquennale in forte diminuzione: nel 2013 lieve aumento dei consumatori (LYP) di stimolanti

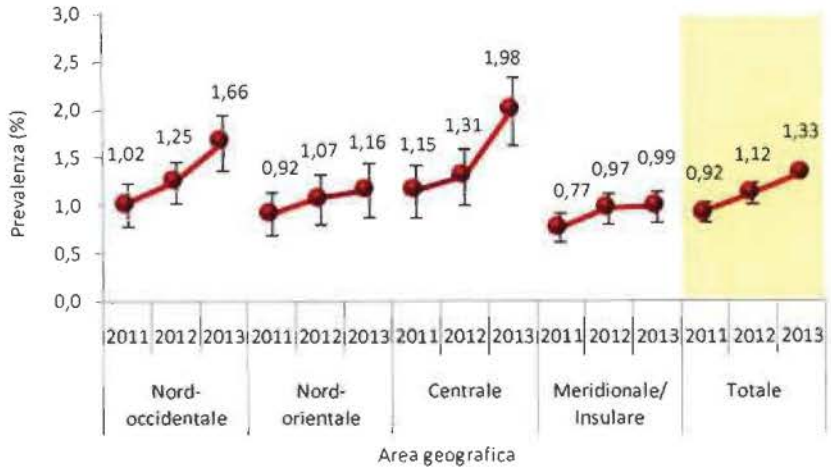


Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto per area geografica, evidenzia prevalenze maggiori ed in tendenziale aumento nell'Italia nord-occidentale e centrale, mentre si registrano consumi stabili nell'ultimo triennio nell'Italia nord-orientale e meridionale/insulare.

Figura I.1.30: Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

Lieve tendenza all'aumento della prevalenza dei consumatori (LYP) di stimolanti nel nord-occidentale e nel centro



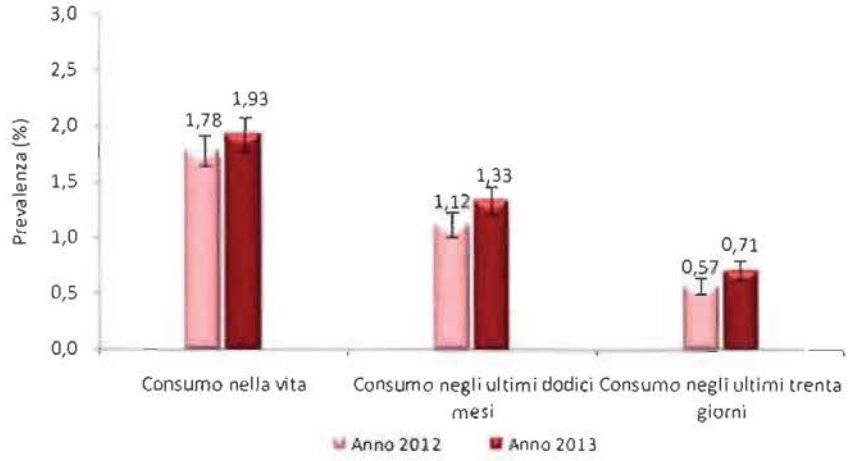
Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'1,9% della popolazione scolastica nazionale riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine ed ecstasy) almeno una volta nella vita. L'1,3% ha utilizzato queste sostanze nel corso dell'ultimo anno, mentre il consumo recente di stimolanti nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è stato riferito dallo 0,7% della popolazione studentesca nazionale; quest'ultimi, valori al limite della significatività statistica rispetto all'anno 2012.

Figura I.1.31: Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

Il 98,1% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre l'1,9% ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

Lo 0,7% li ha consumati negli ultimi 30 giorni



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sul consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) negli ultimi 12 mesi, si conferma una propensione all'aumento dei consumatori quasi esclusivamente per i maschi (0,4 punti) rispetto alle femmine (Tabella I.1.16).

Tabella I.1.16: Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per genere. Anni 2012 e 2013

Genere	Anno		Variazione 2012 vs 2013
	2012	2013	
Maschi	1,43	1,83	0,40
Femmine	0,81	0,83	0,02
Totale	**1,12**	**1,33**	**0,21**

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano stimolanti (LYP)

Le quote di consumatori di stimolanti di genere maschile aumentano al crescere dell'età dei soggetti. La prevalenza di consumo una o più volte negli ultimi 12 mesi tra i maschi passa dallo 0,8% dei 15enni, allo 0,9% dei 16enni, dall'1,5% dei 17enni, al 2,2% dei 18enni e infine al 3,6% dei 19enni.
Tra le studentesse, si osserva un aumento meno accentuato dallo 0,5% delle 15enni all'1,2% delle 19enni.

Tabella I.1.17: Consumatori di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2012-2013

Consumatori di stimolanti (%)	2012			2013		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,21	1,36	1,78	2,54	1,30	1,93
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,43	0,81	1,12	1,83	0,83	1,33
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,72	0,42	0,57	0,93	0,48	0,71
Età (LYP) (%)						
15 anni	0,59	0,58	0,58	0,78	0,54	0,66
16 anni	0,92	0,72	0,82	0,94	0,73	0,84
17 anni	1,15	0,71	0,93	1,54	0,77	1,17
18 anni	2,00	0,91	1,46	2,23	0,94	1,60
19 anni	2,45	1,16	1,82	3,62	1,17	2,43
Frequenza di consumo (LYP) (%)						
1-2 volte	73,15	73,97	73,45	71,38	73,76	72,11
3-9 volte	15,18	17,12	15,88	17,30	20,57	18,30
10-19 volte	5,45	6,16	5,71	5,35	1,42	4,14
20 volte o più	6,23	2,74	4,96	5,97	4,26	5,45

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Consumi (LYP) maggiori dei maschi soprattutto nelle età maggiorenni

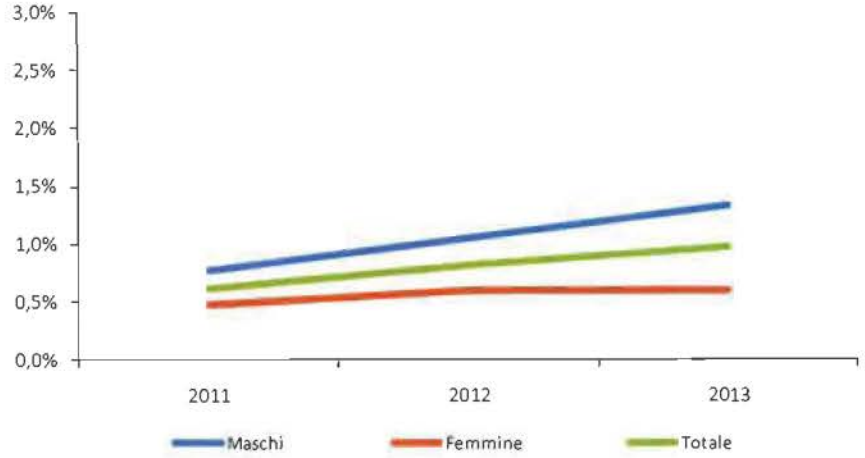
Più frequente il consumo (LYP) di stimolanti tra i maschi

Tra gli studenti consumatori di sostanze stimolanti almeno una volta negli ultimi 12 mesi, il 71,4% dei maschi e il 73,7% delle femmine riferisce di aver utilizzato queste sostanze da 1 a 2 volte negli ultimi 12 mesi. Il consumo più assiduo di stimolanti (20 o più volte annualmente) è stato riferito dal 6,0% e dal 4,3% della popolazione studentesca rispettivamente maschile e femminile.

Distinguendo nel dettaglio il consumo di stimolanti tra ecstasy e amfetamine, si osserva una prevalenza di consumatori tendenzialmente superiore di ecstasy rispetto alle amfetamine, pur rimanendo entro livelli di consumo, almeno una volta nella vita, molto contenuti ed esigui, che interessano meno dell'1% della popolazione scolastica delle scuole secondarie di secondo grado.

Figura I.1.32: Consumatori di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011-2013

Lieve aumento dei consumatori di ecstasy (LYP)

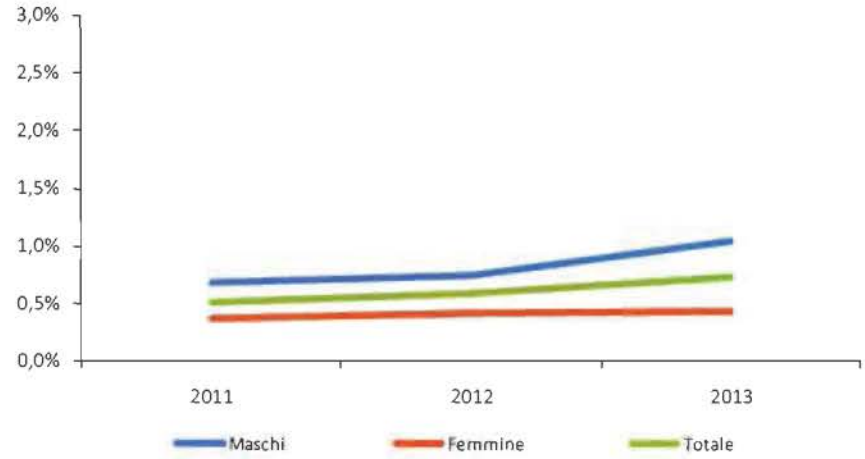


Il 99,0% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre l'1,4% ha usato ecstasy almeno una volta nella vita Lo 0,5% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.33: Consumatori di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011-2013

Lieve propensione all'aumento dei consumatori di amfetamine (LYP)



Il 99,3% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre l'1,1% ha usato ecstasy almeno una volta nella vita Lo 0,4% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'aumento dei consumatori osservato nel 2013 rispetto al 2012, riguarda in prevalenza l'assunzione di ecstasy per il genere maschile pari 0,3 punti, mentre il valore rimane invariato per il genere femminile.

Tabella I.1.18: Consumatori di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per genere. Anni 2012 e 2013

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano ecstasy (LYP)

Genere	Anno		Variazione 2012 vs 2013
	2012	2013	
Maschi	1.05	1,33	0,28
Femmine	0,60	0,60	0,00
Totale	**0,82**	**0,97**	**0,15**

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.19: Consumatori di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per genere. Anni 2012 e 2013

Genere	Anno		Variazione 2012 vs 2013
	2012	2013	
Maschi	0,74	1,03	0,29
Femmine	0,42	0,43	0,01
Totale	**0,58**	**0,73**	**0,15**

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano amfetamine (LYP)

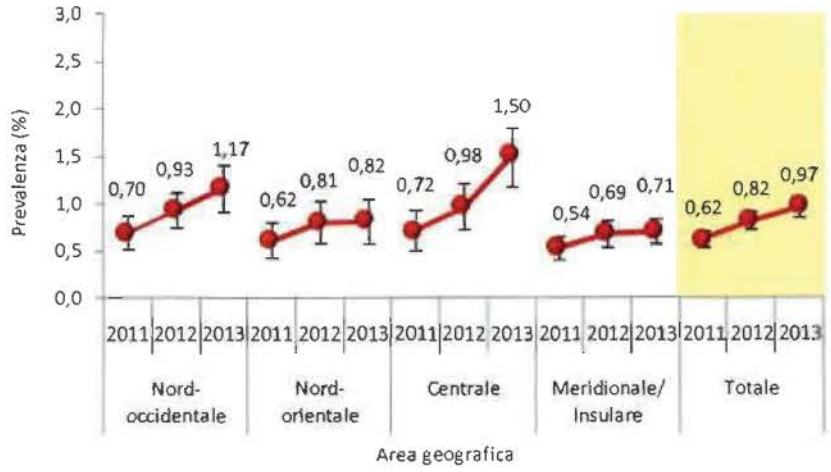
Come per l'ecstasy, anche per le amfetamine sono gli incrementi dell'uso di tale sostanza registrati nel 2013, sono più sensibili per i maschi, pari a 0,29 punti.
Anche la variazione dei consumi per età nell'ultimo biennio si differenzia tra le due sostanze, caratterizzata da un aumento dell'uso di ecstasy tra gli studenti di età 15-19 anni ed in particolare i 19enni, a fronte di sensibili incrementi, seppur sempre riferiti a prevalenze basse, dei consumi di amfetamine da parte dei 15enni (0,03% vs 0,15%) e dei 17enni (0,16% vs 0,28%), contrariamente ai ragazzi delle altre età che hanno indicato una contrazione dei consumi.
Dal confronto sui consumi di ecstasy negli studenti di 16 anni, rilevato dagli studi europei ESPAD, emerge una tendenza dal 2007 al 20011 sia per gli studenti europei che per i coetanei italiani e consumi inferiori per questi ultimi.

ESPAD – Consumatori (LTP) di ecstasy in diminuzione dal 2007, tra i 16enni italiani ed europei

Andamenti differenziati si osservano relativamente al consumo di amfetamine, tra gli studenti italiani ed europei, secondo quanto riportato dalle indagini ESPAD, dai quali emerge inoltre un forte calo dei consumi dei 16enni italiani.
Interessante la distribuzione dei consumi per area geografica, sia per l'ecstasy che per l'amfetamina, a fronte di variazioni dei consumi rispetto all'anno precedente: in tendenziale, seppur lieve, aumento per entrambe le sostanze, sebbene non statisticamente significativo, nell'Italia centrale e nell'Italia nord-occidentale. Restano stabili i consumi di ecstasy e di amfetamine nelle aree geografiche nord-orientale e meridionale/insulare.

Figura I.1.34: Consumatori di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011-2013

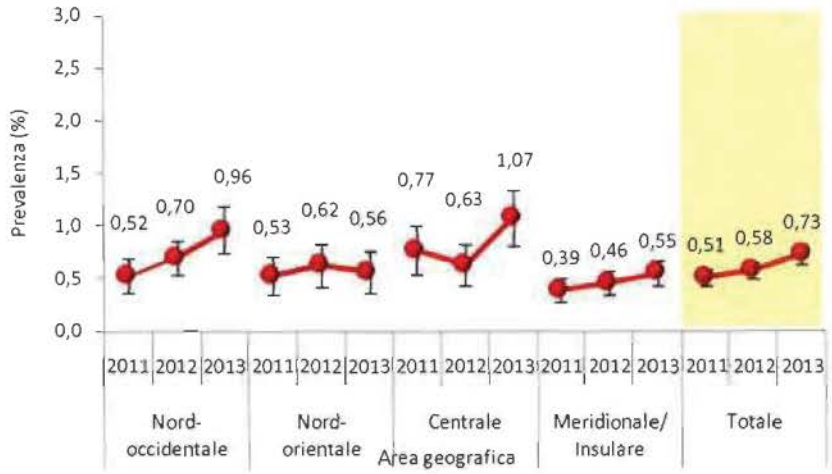
Consumatori (LYP) di ecstasy in tendenziale aumento nell'Italia centrale e nord-occidentale, stabili nel meridione/sud e nord-est



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.35: Consumatori di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011-2013

Consumatori (LYP) di amfetamine in tendenziale aumento nell'Italia centrale e nord-occidentale, stabili nel meridione/sud e nord-est



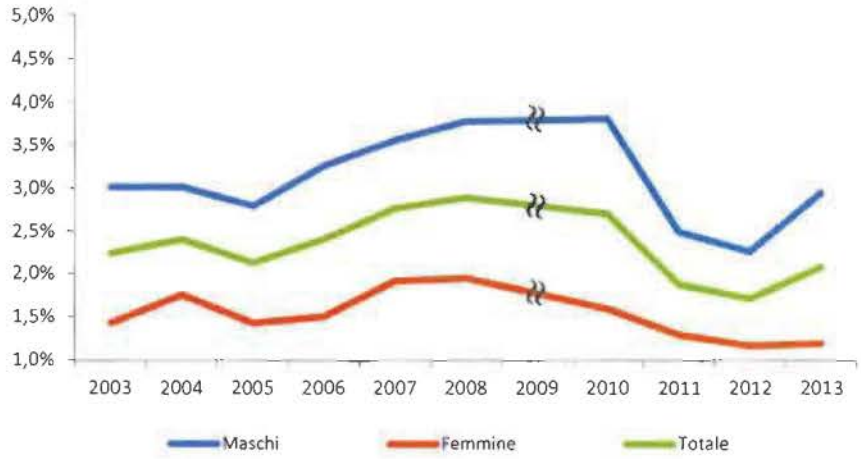
Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.6 Consumi di allucinogeni

Dal 2007 al 2012 il trend di consumo di allucinogeni negli ultimi 12 mesi (comprensivi delle sostanze LSD, ketamina, funghi allucinogeni e altri allucinogeni) ha avuto una tendenza alla diminuzione; contrariamente nel 2013 cambia la tendenza. Nell'ultimo anno, infatti, si osserva un sensibile incremento da parte degli studenti selezionati per lo studio pari a 0,36 punti (1,72% nel 2012 vs 2,08% nel 2013).

Figura I.1.36: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2013

Nel 2013, sensibile aumento dei consumatori di allucinogeni (LYP)



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Con riferimento alle indagini europee ESPAD, i dati sul consumo di allucinogeni almeno una volta nella vita da parte degli studenti 16enni italiani confermano una contrazione della prevalenza di consumatori nel 2011, che appare invece stabile per tutto il periodo di rilevazione per gli studenti europei.

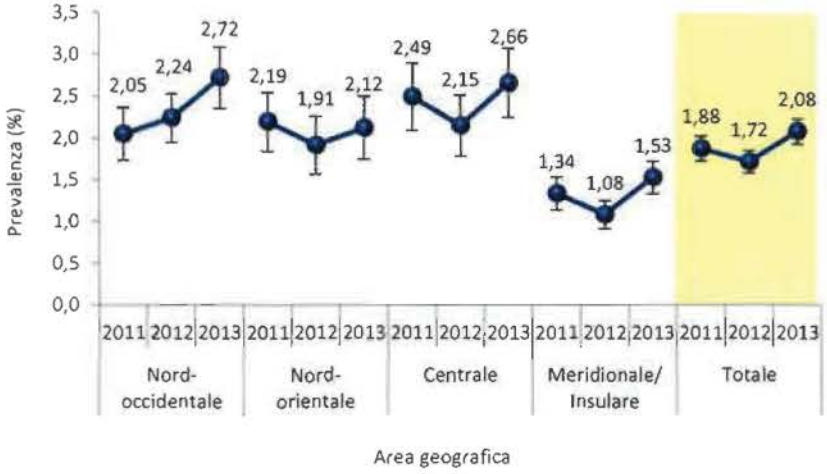
ESPAD – Andamento stabile dei consumatori (LTP) europei

La propensione all'aumento dei consumatori di allucinogeni nell'ultimo triennio

si riscontra in tutte le aree geografiche del territorio nazionale, per le quali le prevalenze di consumo nel 2013 si portano attorno ai valori osservati nel 2011, ad eccezione dell'Italia nord-occidentale, il cui trend è in continuo e sensibile aumento.

Figura I.1.37: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

Variabilità dei consumi (LYP) piuttosto uniforme in tutte le aree geografiche del territorio nazionale



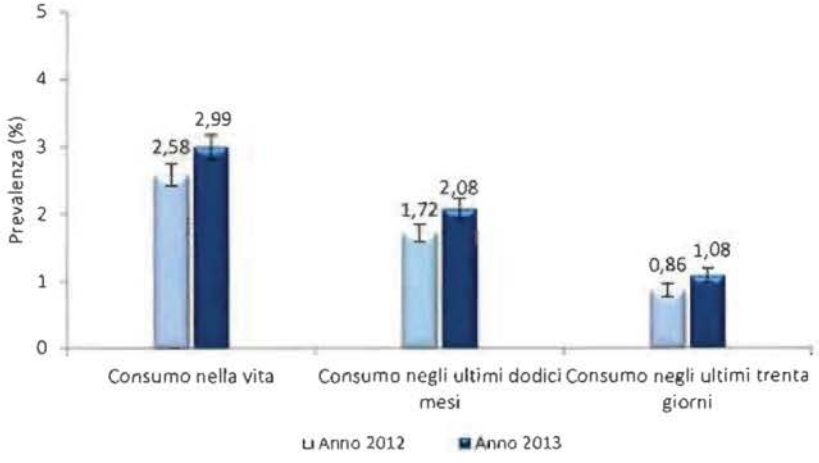
Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tra gli studenti italiani, il 3,0% e l'2,1% ha riferito di aver usato sostanze allucinogene rispettivamente almeno una volta nella vita ed almeno una volta nell'ultimo anno precedente alla rilevazione, mentre l'1,1% ha riportato di averne consumato recentemente (nel corso degli ultimi 30 giorni).

Figura I.1.38: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

Il 97,0% degli studenti non ha mai assunto allucinogeni, mentre il 3,0% ha usato allucinogeni almeno una volta nella vita

Solo l'1,1% li ha consumati negli ultimi 30 giorni



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.20: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per genere. Anni 2012 e 2013

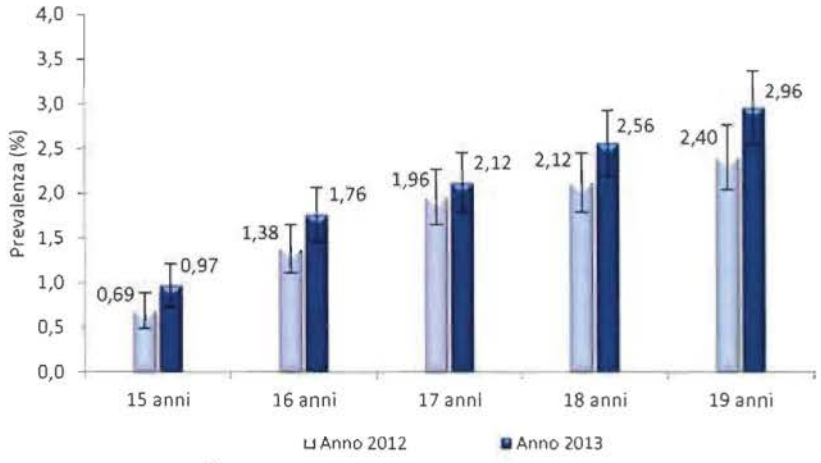
Maggior, seppur lieve, aumento per i maschi; stabili le femmine

Genere	Anno		Variazione 2012 vs 2013
	2012	2013	
Maschi	2,26	2,94	0,68
Femmine	1,17	1,20	0,03
Totale	**1,72**	**2,08**	**0,36**

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.39: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

Aumento dei consumatori (LYP) nei 16enni, nei 18enni e nei 19enni



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.21: Consumatori di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2012-2013

Maggior consumo dei maschi, e consumo direttamente proporzionale con l'età (LYP)

Consumatori di allucinogeni (%)	2012			2013		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,47	1,69	2,58	4,10	1,86	2,99
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	2,26	1,17	1,72	2,94	1,20	2,08
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,10	0,61	0,86	1,47	0,69	1,08
Età (LYP) (%)						
15 anni	0,80	0,58	0,69	1,29	0,66	0,97
16 anni	1,65	1,10	1,38	2,20	1,32	1,76
17 anni	2,52	1,37	1,96	2,92	1,28	2,12
18 anni	2,82	1,40	2,12	3,64	1,44	2,56
19 anni	3,37	1,40	2,40	4,53	1,30	2,96
Frequenza di consumo (LYP) (%)						
1-2 volte	79,61	83,89	81,07	72,60	79,02	74,44
3-9 volte	13,27	9,95	12,14	16,05	11,71	14,80
10-19 volte	3,19	2,37	2,91	4,89	6,34	5,31
20 volte o più	3,93	3,79	3,88	6,46	2,93	5,45

Più frequente il consumo (LYP) di allucinogeni tra i maschi

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

All'interno della popolazione studentesca nazionale, le prevalenze d'uso di sostanze allucinogene, negli adolescenti di genere maschile, aumentano al passaggio da un'età alla successiva. Dal 1,3% dei 15enni al 4,5% dei 19enni.

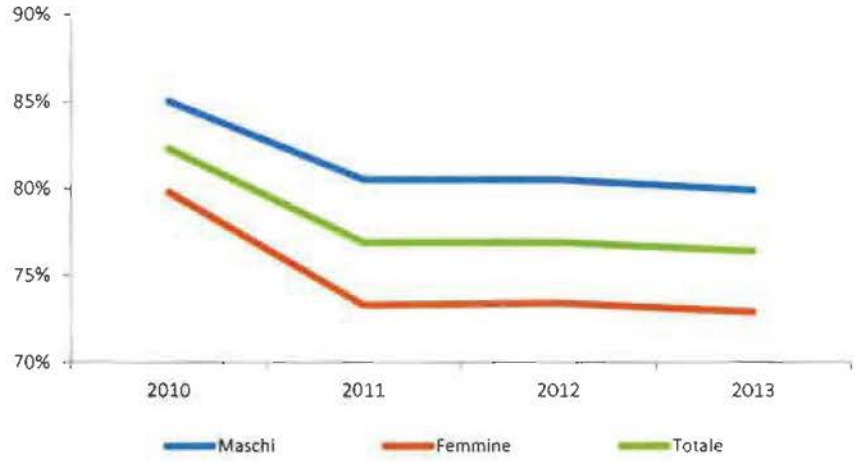
Anche per le studentesse consumatrici di allucinogeni si osserva un aumentano con il crescere dell'età, da 0,7% nelle 15enni allo 0,4% tra le 18enni, ad accezione delle 19enni, età in cui si riscontra una lieve restrizione nei consumi.
Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, il 72,6% dei maschi e il 79,0% delle femmine ne ha fatto uso da 1 a 2 volte nel corso degli ultimi 12 mesi, mentre il consumo più frequente (20 o più volte nel corso negli ultimi 12 mesi) è stato riferito dal 6,5% e dal 2,9% rispettivamente degli studenti e delle studentesse.

I.1.2.7 Consumo di alcol

L'andamento del numero dei consumatori di alcolici (LYP – Last Year Prevalence) nell'ultimo quadriennio, evidenzia una flessione più pronunciata per le femmine (79,8% nel 2010 vs 72,9% nel 2013) rispetto ai maschi (85,0% nel 2010 vs 79,9% nel 2013), che si concentra soprattutto nel biennio 2010-2011 seguito da un periodo di stabilità dei consumatori.

Figura I.1.40: Consumatori di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2010-2013

Diminuzione della prevalenza di consumatori (LYP) di alcolici dal 2010, stabile nel triennio successivo



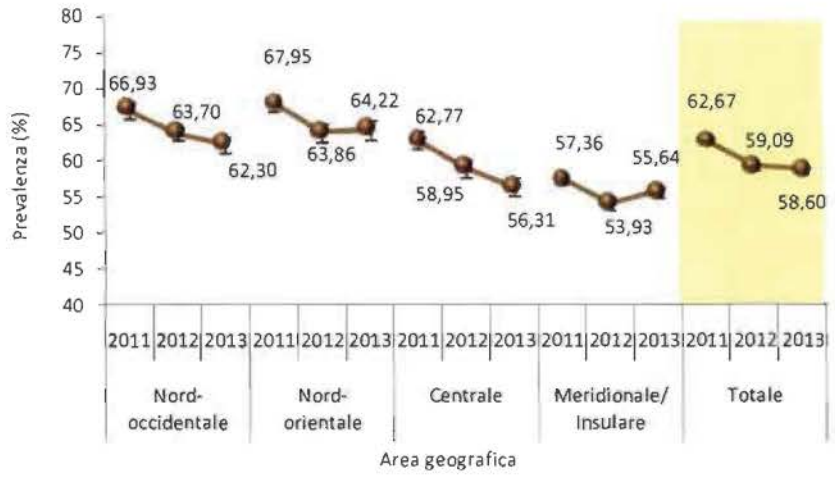
Fonte: Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

ESPAD – In calo i consumatori (LTP) 16enni di bevande alcoliche in Europa e in Italia

Secondo quanto rilevato dalle indagini europee ESPAD, i consumatori di bevande alcoliche, almeno una volta nella vita, da parte degli studenti italiani 16enni dopo una brusca contrazione nel 1999, ritorna ai valori medi europei nel 2003, seguito da un periodo di stabilità fino al 2007. Nell'ultimo anno di rilevazione emerge che gli studenti italiani 16enni, consumatori di bevande alcoliche almeno una volta nella vita, si attestano su valori medi Europei.
Confrontando la prevalenza dei consumatori di alcolici almeno una volta nell'ultimo mese, per area geografica nel triennio 2011-2013, emerge una contrazione dei consumatori nell'Italia settentrionale e nell'Italia centrale, più evidente per quest'ultima nell'ultimo biennio. Per contro, nel meridione e nelle isole, si registra una forte contrazione dei consumatori di bevande alcoliche dal 2011 al 2012, come per le altre aree geografiche, e un aumento meno marcato dal 2012 al 2013: le variazioni negli ultimi due anni rispetto al 2011 risultano statisticamente significative.

Figura I.1.41: Consumatori di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 - 2013

Nel triennio in calo i consumatori (LMP) di alcolici in tutto il territorio nazionale



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2013, solo una minoranza pari al 15,6% degli studenti dichiara di non aver mai consumato bevande alcoliche nella vita e il 41,4% riferisce di non aver bevuto negli ultimi 30 giorni. Un maggior numero di ragazzi, rispetto alle coetanee femmine, afferma di bere o di aver bevuto in relazione a tutti e tre i periodi temporali considerati: rispetto a tutta la vita l'82,3% delle femmine vs l'86,5% dei maschi dichiara di aver bevuto; nell'ultimo anno, il 72,9% delle femmine vs l'79,9% dei maschi; nell'ultimo mese, il 52,7% delle femmine vs il 64,3% dei maschi.

I ragazzi riferiscono anche di bere con maggior frequenza rispetto alle ragazze: il 17,9% dei maschi afferma di aver bevuto oltre 10 volte contro l'9,3% delle femmine (Tabella I.1.22).

Tabella I.1.22: Consumatori di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2012-2013

Consumatori di bevande alcoliche (%)	2012			2013		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	87,67	83,27	85,48	86,52	82,30	84,43
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	80,53	73,31	76,92	79,87	72,88	76,41
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	65,15	53,03	59,09	64,33	52,76	58,60
Età (LMP) (%)						
15 anni	43,93	33,08	38,31	41,95	33,77	37,72
16 anni	57,53	47,95	52,71	57,56	47,70	52,65
17 anni	69,80	58,30	64,15	67,91	56,21	62,21
18 anni	75,83	62,70	69,32	75,16	62,44	68,93
19 anni	76,36	62,91	69,74	76,62	63,82	70,39
Frequenza di consumo (LMP) (%)						
1-2 volte	46,72	61,98	53,56	48,13	63,71	55,08
3-9 volte	35,58	29,51	32,86	33,89	27,01	30,82
10-19 volte	10,62	6,00	8,55	10,25	6,53	8,59
20 volte o più	7,08	2,51	5,03	7,73	2,75	5,51

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

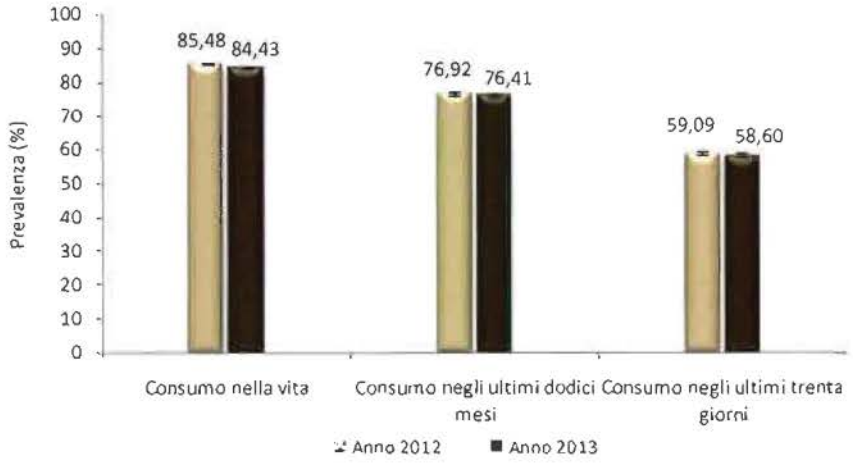
Solo il 15,6% di studenti dichiara di non aver mai bevuto, e il 41,4% di non aver bevuto negli ultimi 30 giorni

Un minor numero di ragazze ha consumato o consuma alcol rispetto ai maschi

Dal confronto tra gli studi del 2012 e 2013, si osserva una situazione di stabilità nell'assunzione di bevande alcoliche in tutti e tre i periodi temporali considerati.
I maschi, che nel 2013 hanno dichiarato di non aver mai bevuto nella vita sono il 13,5% contro il 12,3% del 2012, mentre le femmine sono il 17,7% contro il 16,7% del 2012.
Gli studenti maschi che non hanno mai assunto alcolici negli ultimi 12 mesi antecedenti la rilevazione del 2013 costituiscono il 20,1% contro il 19,5% del 2012, mentre per le femmine tale percentuale sale al 27,1% contro il 26,7% del 2012.
Considerando le prevalenze dei consumatori nell'ultimo mese si osserva una quota di maschi che non hanno mai bevuto pari al 35,7% nel 2013 contro il 34,9% del 2012 e per le femmine il 47,2% contro il 47,0% del 2012.

Rispetto al 2012 si stabilizzano le prevalenze dei consumatori di bevande alcoliche

Figura I.1.42: Consumatori di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

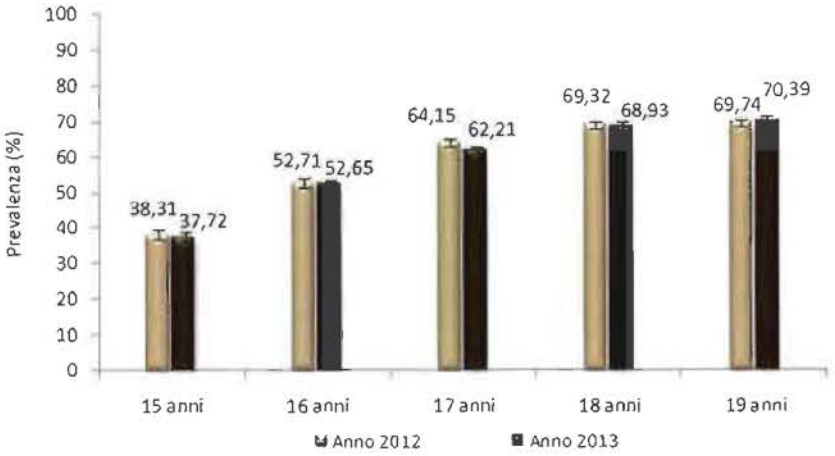


L'84,4% degli studenti ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita

Meno del 60% le ha assunte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.43: Consumatori di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013



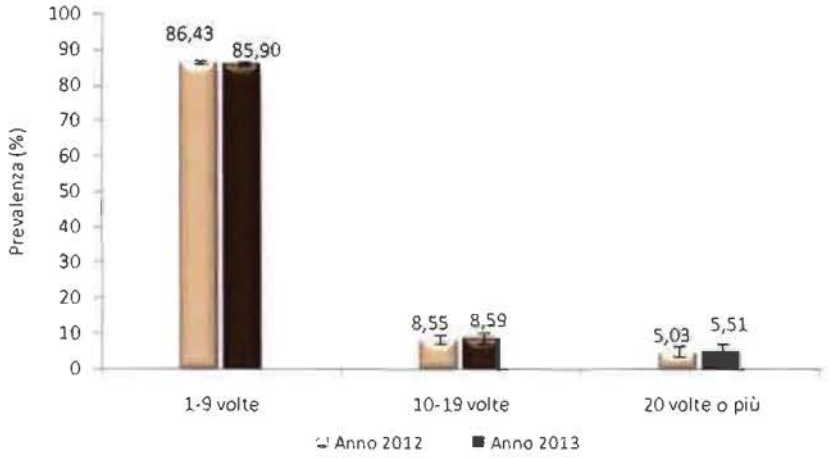
Stabili i consumatori di bevande alcoliche (LMP) per tutte le età 15-19 anni nel biennio 2012-2013

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione sul consumo di alcolici almeno una volta negli ultimi 30 giorni per età, si osserva che, sia per i maschi che per le femmine, la percentuale di consumatori di bevande alcoliche cresce sensibilmente con l'aumentare dell'età, fino a 18 anni, età in cui la prevalenza dei consumatori è quasi doppia rispetto ai 15enni, per poi stabilizzarsi a valori poco superiori per i 19enni.

Concentrando l'attenzione sulla frequenza di alcol almeno una volta negli ultimi 30 giorni, antecedenti l'intervista, si osserva un lieve aumento degli adolescenti che fanno un uso regolare di alcolici; infatti, l'uso 20 volte o più di alcolici nell'ultimo mese è stato indicato dal 5,5% degli studenti contro il 5,0% del 2012, mentre rimangono stabili il consumo di bevande alcoliche 10-19 volte negli ultimi 30 giorni e l'assunzione occasionale di alcol da parte degli studenti.

Figura I.1.44: Frequenza di consumo (%) di bevande alcoliche nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2012 e 2013



Lieve aumento di studenti che fanno uso regolare di bevande alcoliche (LMP)

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nell'indagine SPS-DPA 2013 sono stati indagati anche i comportamenti dei giovani riguardo alle ubriacature in relazione anche al rapporto generale dei giovani con gli alcolici descritto in precedenza; il quesito relativo alle ubriacature posto agli studenti è stato il seguente: "Quante volte (se ti è accaduto) ti sei ubriacato bevendo alcolici, per esempio, barcollando nel camminare; oppure non riuscendo a parlare correttamente, vomitando o dimenticando l'accaduto?", distintamente per i periodi di osservazione "almeno 1 volta nella vita", "negli ultimi 12 mesi" e "negli ultimi 30 giorni".

Le ubriacature una volta nella vita, da parte degli studenti rispondenti sono state riferite dal 47,5% dei ragazzi e dal 39,9% delle ragazze, valori che scendono rispettivamente al 18,3% ed al 13,3% per l'abuso di alcol negli ultimi 30 giorni.

Tabella I.1.23: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anni 2012-2013

Episodi di ubriacatura (%)	2012			2013		
	M	F	Tot	M	F	Tot
Almeno una volta nella vita (LTP)	47,73	40,74	44,23	47,52	39,99	43,79
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	36,37	29,28	32,83	37,62	29,74	33,72
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	17,12	12,78	14,95	18,34	13,32	15,85
Età (LMP) (%)						
15 anni	5,88	6,54	6,22	7,79	7,73	7,76
16 anni	12,96	11,76	12,36	13,15	11,51	12,33
17 anni	19,34	14,78	17,10	19,45	15,89	17,72
18 anni	23,16	15,26	19,25	24,58	16,23	20,49
19 anni	23,06	15,41	19,29	25,69	15,16	20,57
Frequenza di consumo (LMP) (%)						
1-2 volte	79,30	85,67	82,03	77,98	85,18	80,97
3-9 volte	15,70	11,67	13,98	16,49	12,13	14,68
10-19 volte	2,76	1,48	2,21	2,77	1,54	2,26
20 volte o più	2,24	1,18	1,78	2,76	1,15	2,09

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 43,8% degli studenti dichiara di essersi ubriacato almeno una volta nella vita

Comportamento uniforme nei 15enni, maschi e femmine; nelle età successive, episodi di ubriacatura maggiori per i maschi (LYP)

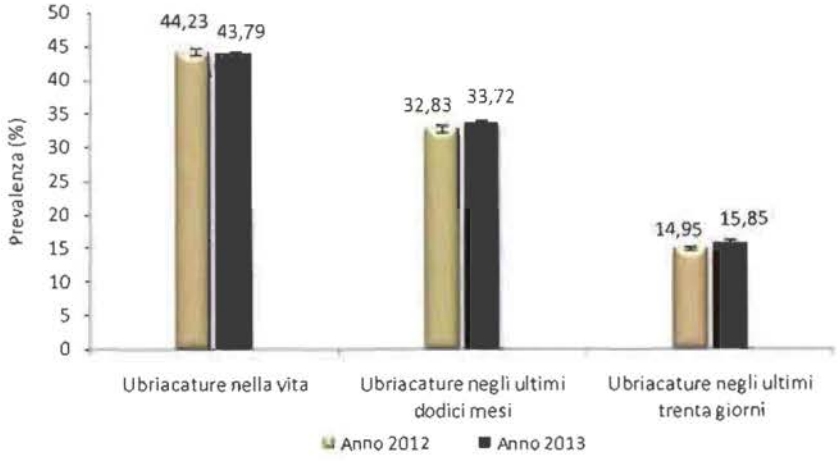
Le femmine si ubriacano con minor frequenza rispetto ai maschi (LYP)

Rispetto all'indagine realizzata lo scorso anno, questo fenomeno sembra in lieve diminuzione per il periodo almeno una volta nella vita (44,2% nel 2012 vs 43,8% nel 2013), per contro si osserva un lieve aumento relativamente al periodo almeno una volta negli ultimi 12 mesi (32,8% nel 2012 vs 33,7% nel 2013) e al periodo almeno una volta negli ultimi 30 giorni (14,9% vs 15,8%), con valori al limite della significatività statistica.

La propensione all'incremento degli studenti che si ubriacano appare più evidente tra gli adolescenti di genere maschile rispetto alle femmine, in relazione a tutti e tre i periodi di riferimento.

Lieve aumento di studenti che riferiscono ubriacature negli ultimi 30 giorni per entrambi i generi

Figura I.1.45: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 56,2% degli studenti non si è mai ubriacato

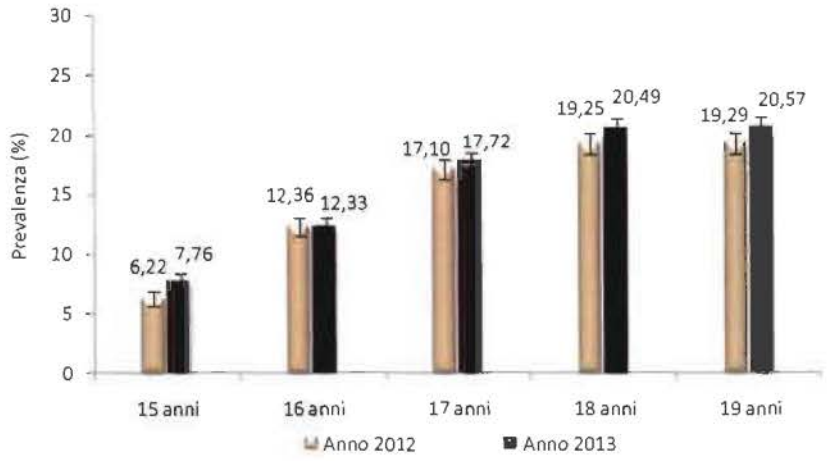
Il 15,8% si è ubriacato negli ultimi 30 giorni

Dalle indagini europee ESPAD, emerge che gli studenti italiani 16enni coinvolti in episodi di ubriacatura almeno una volta nella vita, dopo un netto calo nel 2007, sembrano essere stabilizzati, in linea con le prevalenze dei coetanei.

ESPAD - Stabili gli episodi di ubriacatura dal 2007 (LTP)

Figura I.1.46: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2012 e 2013

Nel biennio aumento più evidente dei 15enni che riferiscono ubriacature (LMP)

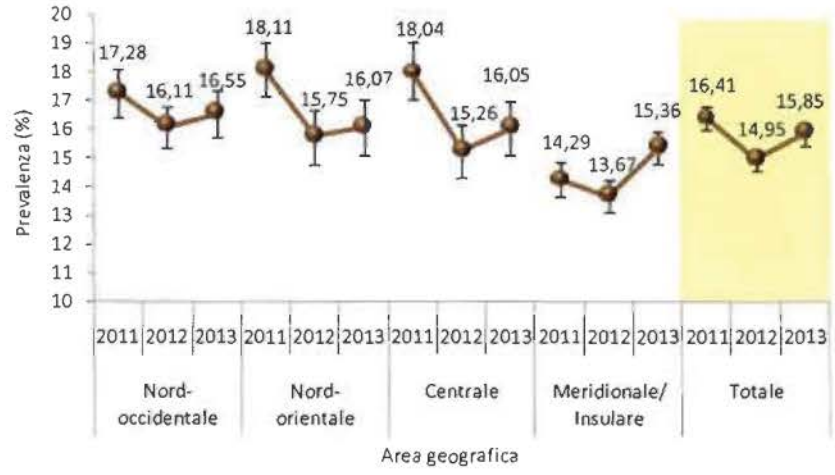


Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come il consumo di alcol, anche gli episodi di ubriacatura almeno una volta negli ultimi 30 giorni risultano direttamente correlati all'età dei soggetti: si osserva una distribuzione in aumento fino ai 18enni, per poi stabilizzarsi nelle età successive. Rispetto al 2012 si evidenzia un incremento più sensibile nei 15enni (6,2% nel 2012 vs, 7,7% nel 2013).

Figura I.1.47: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011-2013

Aumento più marcato degli episodi di ubriacatura (LYP) nell'Italia meridionale/insulare



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il fenomeno delle ubriacature sembra interessare meno gli studenti dell'Italia meridionale/insulare, per i quali comunque nel 2013 si registra un evidente aumento (statisticamente significativo) di tale fenomeno rispetto al biennio precedente trazione. Per quanto riguarda le altre aree geografiche si osserva nel triennio una iniziale flessione, seguita da un lieve aumento, che ha portato i valori delle prevalenze a livelli uniformi.

Oltre agli episodi delle ubriacature, lo studio SPS-DPA 2013 ha indagato il fenomeno del *binge drinking,* definito come il consumo negli ultimi 30 giorni di eccessive quantità di alcol (cinque o più bevute di fila di un bicchiere/bottiglia/lattina di birra (ca 33 cl) o 2 bicchieri/ bottiglie di soft drink (ca 66 cl) o un bicchiere di vino (ca 15cl) o un bicchierino di liquore o di super alcolico (ca 5 cl) o un cocktail)).
Nel 2013, questo fenomeno, riferito agli ultimi 30 giorni, ha interessato il 29,4% degli studenti partecipanti all'indagine. Una quota maggiore si è registrata per il genere maschile con il 35,7% contro il 22,9% delle femmine.
La distribuzione per età del fenomeno di *binge drinking* negli ultimi 30 giorni, evidenzia una prevalenza maggiore nelle 15enni, 16enni rispetto ai loro coetanei maschi: rispettivamente 10,7% vs 9,0% per le 15enni e 18,5% vs 17,1% per le 16enni; mentre si registrano prevalenze più alte per i 18enni e i 19enni rispetto alle femmine. Episodi più frequenti (10 volte o più) si registrano nel genere maschile rispetto alle femmine (7,9% vs 4,0%).

Tabella I.1.24: Episodi di binge drinking (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2013

Episodi di binge drinking (%)	Maschi	Femmine	Totale
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	35,72	22,91	29,37
Età (LMP) (%)			
15 anni	9,04	10,71	9,68
16 anni	17,07	18,50	17,62
17 anni	22,93	23,09	22,99
18 anni	26,06	24,91	25,61
19 anni	24,91	22,78	24,09
Frequenza di consumo (LMP) (%)			
1 volta	34,58	44,16	38,28
2 volte	26,35	25,70	26,10
3-5 volte	22,65	20,71	21,90
6-9 volte	8,54	5,46	7,35
10 volte o più	7,89	3,97	6,38

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 70,6% non ha mai riportato episodi di binge drinking negli ultimi 30 giorni

Le 15enni e le 16enni riportano prevalenze più alte

Più frequente binge drinking tra i maschi (LMP)

Dalle indagini ESPAD, emerge che il fenomeno del binge drinking negli studenti italiani 16enni, dopo un trend in aumento fino al 2007, nel 2011 sembra aver modificato l'andamento con una propensione alla contrazione del numero dei consumatori.

ESPAD – Propensione al calo dei 16enni (LMP)

I.1.2.8 Policonsumo

Il policonsumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra i soggetti più giovani.
Nelle tabelle illustrate di seguito vengono esaminate le diverse sostanze assunte dai poliassuntori negli ultimi 30 giorni relativamente al 2013.
Facendo riferimento agli studenti che hanno assunto più di una sostanza negli ultimi 30 giorni, emerge che la combinazione più diffusa di sostanze è quella di alcol, tabacco e cannabis, pari al 64,8% degli studenti che dichiara di averle assunte negli ultimi 30 giorni (65,1% nei maschi e 64,3% nelle femmine).
Una percentuale decisamente minore si osserva se si considera l'assunzione di alcol e cannabis negli ultimi 30 giorni, pari all'8,8% (11,1% per i maschi e 5,0% per le femmine) e il consumo di tabacco e cannabis, pari al 6,6% (5,7% per i maschi e 8,2% per le femmine).

Nonostante il calo di consumatori, rimane invariata la quota di studenti che assume più sostanze psicoattive, legali ed illegali

Il 64,8% degli studenti ha assunto alcol, tabacco e cannabis

Tabella I.1.25: Distribuzione degli studenti che hanno assunto due o più sostanze psicotrope, legali o illegali, nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2013

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alcol+Cannabis	370	11,06	105	5,04	475	8,75
Tabacco+Cannabis	190	5,68	171	8,21	361	6,65
Consumo di 2 sostanze - altro	50	1,49	85	4,08	135	2,49
Alcol+Tabacco+Cannabis	2.178	65,11	1.341	64,35	3.519	64,82
Consumo di 3 sostanze - altro	113	3,38	104	4,99	217	4,00
Più di 3 sostanze	444	13,27	278	13,34	722	13,30
Totale	**3.345**	**100,0**	**2.084**	**100,0**	**5.429**	**100,0**

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Facendo un confronto del policonsumo nel biennio 2012-2013 riferito agli ultimi 30 giorni. Rispetto al profilo delle sostanze assunte dagli studenti, si osserva un aumento dell'associazione di alcol e/o tabacco con cannabis; in calo la percentuale di studenti che consuma altre sostanze anche in associazione a tabacco e/o alcol.

Tabella I.1.26: Distribuzione degli studenti che hanno assunto due o più sostanze illegali nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2012 e 2013

	Anno 2012		Anno 2013		Δ 2012-2013	
	N	%	N	%	Δ	Δ%
Alcol+Cannabis	355	7,2	475	8,7	1,5	20,8
Tabacco+Cannabis	318	6,4	361	6,6	0,2	3,1
Consumo di 2 sostanze - altro	150	3,0	135	2,5	-0,5	-16,7
Alcol+Tabacco+Cannabis	3.129	63,4	3.519	64,8	1,4	2,2
Consumo di 3 sostanze - altro	254	5,1	217	4,0	-1,1	-21,6
Più di 3 sostanze	732	14,8	722	13,3	-1,5	-10,1
Totale	**4.938**	**100,0**	**5.429**	**100,0**	-	-

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 e SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

La Tabella I.1.26 rappresenta la distribuzione di prevalenza condizionata d'uso di sostanze legali e illegali tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi 30 giorni e coloro che non fanno uso di alcuna sostanza.

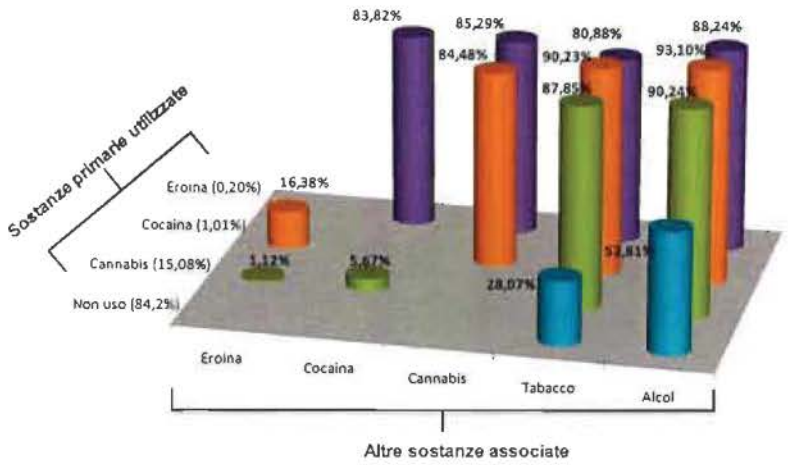
Tabella I.1.27: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2013

Forte associazione di alcol e tabacco con cannabis, cocaina ed eroina

Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Non uso (84,2%)	52,81%	28,07%	-	-	-
Cannabis (15,08%)	90,24%	87,85%		5,67%	1,12%
Cocaina (1,01%)	93,10%	90,23%	84,48%	-	16,38%
Eroina (0,20%)	88,24%	80,88%	85,29%	83,82%	-

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.48: Distribuzione condizionata del policonsumo nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Non consumatori (LMP):
- alcol 52,8%
- tabacco 28,1%

Consumatori (LMP) di cannabis:
- 5,67% anche cocaina
- 1,1% anche eroina

Consumatori (LMP) di cocaina:
- 84,5% anche cannabis
- 16,4% anche eroina

Consumatori (LMP) di eroina:
- 85,3% anche cannabis
- 83,9% anche cocaina

Dall'analisi della prevalenza d'uso condizionata, emerge che tra gli studenti non consumatori negli ultimi 30 giorni, il 52,8% ha usato alcol e il 28,1% ha fumato tabacco.
Per quanto riguarda, invece i consumatori di cannabis negli ultimi 30 giorni, pari al 15,1%, il 90,2% riferisce di aver consumato anche alcol, l'87,8% ha consumato cannabis associata a tabacco, il 5,7% ha fatto uso anche di cocaina e l'1,1% anche di eroina.
L'1,0% degli studenti rispondenti ha riferito di aver fatto uso di cocaina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Il 93,1% dei consumatori di tale sostanza ha assunto alcol negli ultimi 30 giorni, il 90,2% riferisce di aver fumato negli ultimi 30 giorni, l'84,5% ha fatto uso anche di cannabis e il 16,4% di eroina.
Del totale studenti che hanno compilato il questionario, lo 0,20% ha riferito di aver usato eroina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Tra questi, l'88,2% ha fatto uso di alcol, l'80,9% ha fumato, l'85,3% ha usato anche cannabis e l'83,8% ha fatto uso anche di cocaina.
Come emerso nel 2012, anche nel 2013 si evidenziano percentuali elevate di uso associato a cocaina tra i consumatori di eroina, rispetto ai consumatori di cocaina che ricorrono al consumo congiunto di eroina in percentuale nettamente inferiore.

I.1.2.9. Percezione della pericolosità nell'uso di sostanze stupefacenti

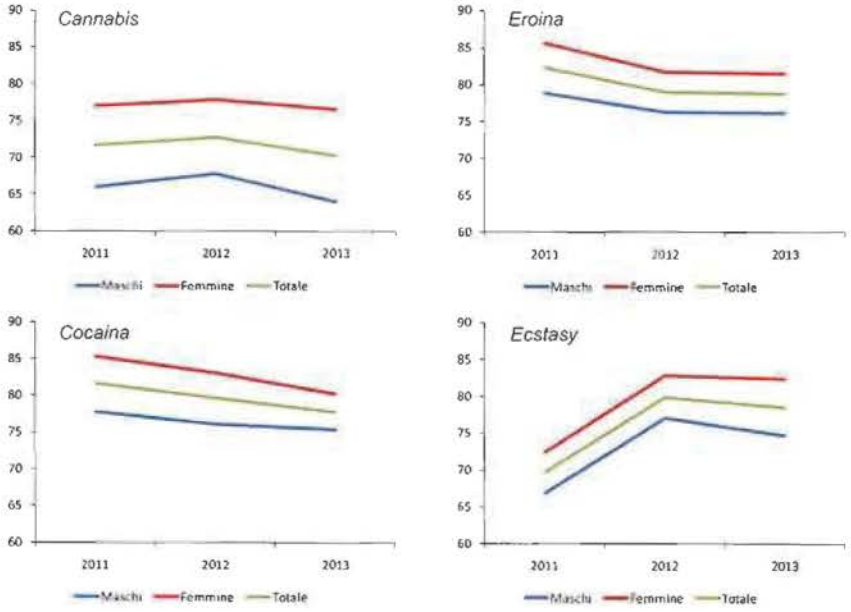
Alta percezione della pericolosità delle sostanze

Al fine di comprendere quanto la popolazione studentesca percepisca la pericolosità di assunzione delle sostanze stupefacenti, al campione di soggetti intervistati, è stato richiesto di esprimere un'opinione su alcuni comportamenti giudicati a rischio per la salute, tra i quali fumare hashish o marijuana o assumere cocaina, eroina ed utilizzare ecstasy.

L'analisi della percezione del rischio nel triennio 2011-2013, per le sostanze esaminate, mostra diversi profili di andamento: per la cannabis si osserva sostanziale stabilità tra il 2011e il 2012 attorno al 72% e una successiva riduzione al 70% nel totale, quest'ultima più marcata per i maschi (67,7% vs 63,9%) rispetto alle femmine (77,8% vs 76,4%). Nello stesso periodo si osserva una tendenza all'aumento dei consumi di questa sostanza tra gli studenti.
Per contro, per l'eroina si evidenzia un calo nella percezione tra il 2011 e il 2012,

dal 82,3% al 78,9%, stabile poi nel 2013 (78,7%); tale andamento si rileva sia per i maschi che per le femmine, coerentemente con l'andamento dei consumi di eroina, stabili e tendenti alla contrazione.
Risultati interessanti emergono invece dal confronto della percezione del rischio della cocaina per genere, in cui la tendenza al decremento della pericolosità della sostanza evidente nel triennio 2011-2013, è più consistente per le femmine rispetto ai maschi (85,3% nel 2011, 83,1% nel 2012 e 80,2% nel 2013). Il confronto con l'andamento dei consumi evidenzia sostanziale stabilità della prevalenza di consumatori nel biennio 2011-2012, con una tendenza all'aumento nel 2013.
Infine, nel biennio 2011-2012 si registra un aumento nella percezione del rischio di consumo di ecstasy (69,7% vs 79,9%), che si abbassa leggermente nel 2013, ponendosi al 78,5%. La minor percezione del rischio di assunzione di ecstasy trova coerenza con un aumento della prevalenza di consumatori della sostanza stessa tra gli studenti, sebbene riguardi meno dell'1% degli studenti intervistati.

Figura I.1.49: Alta percezione della pericolosità nella popolazione scolastica 15-19 anni di assunzione di cannabis, eroina cocaina ed ecstasy, per genere. Anni 2011-2013



Fonte: Studi SPS-DPA 2011-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto della percezione della pericolosità (Tabella I.1.28), evidenzia come l'uso di sostanze illecite sia percepito dannoso in misura maggiore tra i non consumatori. Per quanto riguarda i consumatori, invece, la percezione della pericolosità è più variabile rispetto al primo gruppo di studenti intervistati e, dipende dalla sostanza di riferimento va precisato che i consumatori considerati per questa analisi sono gli studenti che hanno assunto almeno una volta nella vita la sostanza di volta in volta considerata.

Tabella I.1.28: Soggetti con alta percezione della pericolosità di assunzione regolare di cannabis, ecstasy, eroina, cocaina nella popolazione studentesca 15-19 anni, per genere. Anno 2013

Alta percezione pericolosità	Consumatori			Non consumatori			Δ % TOT	Totale		
	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F	TOT
Cannabis	45,16	57,50	49,98	71,74	81,09	76,69	-34,82	63,91	76,54	70,17
Eroina	49,51	45,21	47,73	76,20	81,64	78,90	-39,51	76,04	81,48	78,74
Cocaina	63,25	63,52	63,34	75,76	80,49	78,12	-18,93	75,39	80,25	77,80
Ecstasy	63,13	70,06	65,41	74,91	82,48	78,67	-16,86	74,69	82,36	78,49

Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

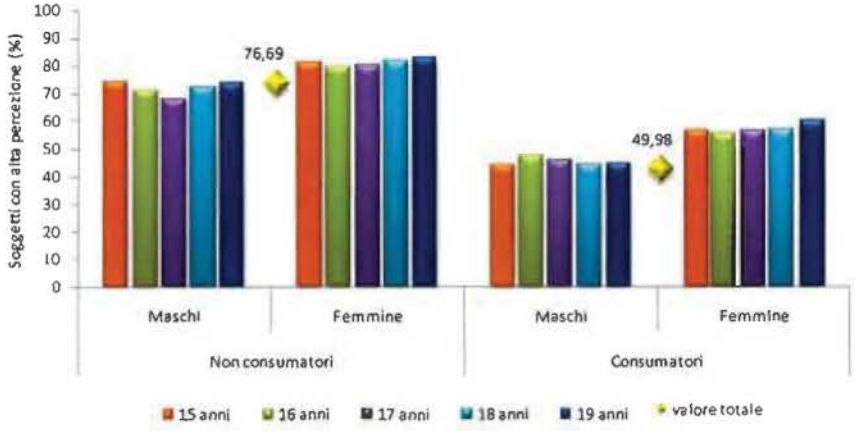
Scende la percezione del rischio per l'eroina nelle femmine: 60,0% nel 2012 al 45,2% nel 2013

Dal confronto della percezione della pericolosità tra le sostanze, emerge che la cannabis è percepita come meno dannosa per entrambi i generi ed in entrambi i gruppi di osservazione: 71,7% per i maschi e 81,1% per le femmine dei non consumatori; 45,2% per i maschi e 57,5% per le femmine dei consumatori; per quest'ultimi è in diminuzione rispetto ai dati osservati nel 2012, con intensità maggiore per i maschi (-3,8 punti percentuali) rispetto alle femmine (-1,9 punti percentuali).

La percezione di pericolosità aumenta con l'età

Dall'analisi dettagliate dei dati per genere ed età, emerge che la percezione della pericolosità dell'uso regolare di questa sostanza diminuisce all'aumentare dell'età, infatti si passa dal 75,1% dei 15enni al 68,2% dei 19enni; mentre, per le altre sostanze gli studenti 18-19enni percepiscono maggiormente la pericolosità rispetto agli studenti 15-16enni (valori attorno all'80% per i primi, valori superiori al 75% per i secondi).

Figura I.1.50: Soggetti con alta percezione della pericolosità di assunzione di cannabis, per genere ed età secondo consumatori e non consumatori. Anno 2013



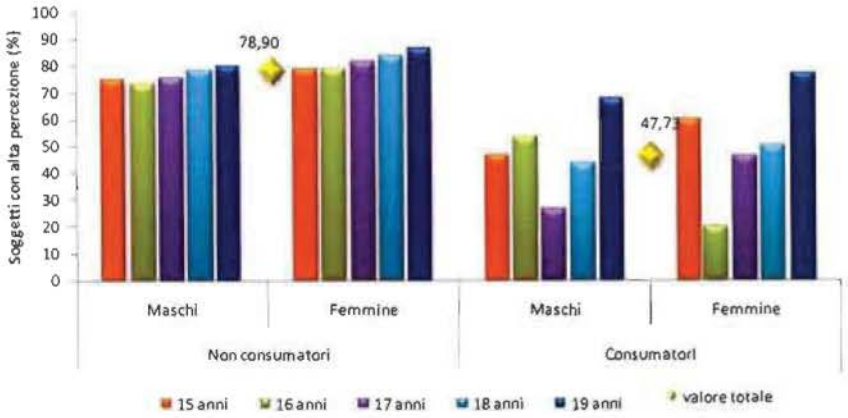
Solo il 50,0% dei consumatori di cannabis ha un'elevata percezione del rischio, contro il 76,7% dei non consumatori

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

I non consumatori di sostanze illecite percepiscono in maniera molto più forte la pericolosità di assumere cannabis rispetto ai consumatori; il 76,7% dei non consumatori percepisce come altamente pericolo l'uso della sostanza, contro il 50,0% dei consumatori.

Figura I.1.51: Soggetti con alta percezione della pericolosità di assunzione di eroina, per genere, età secondo consumatori e non consumatori. Anno 2013

Solo il 47,7% dei consumatori di eroina ha un'elevata percezione del rischio, contro il 78,9% dei non consumatori

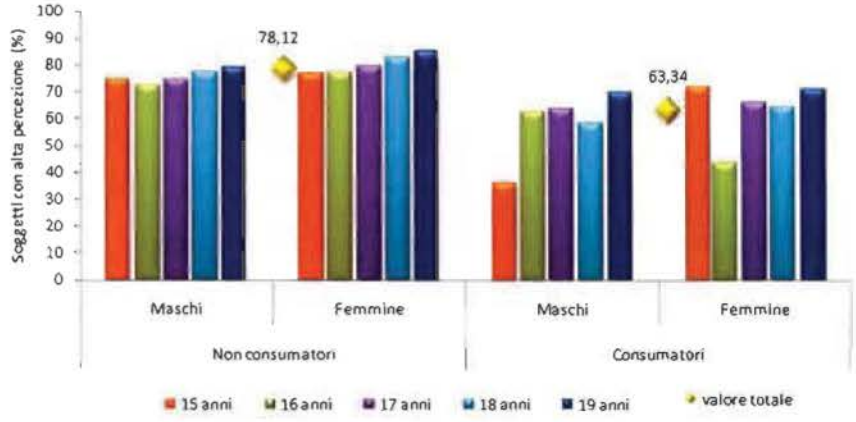


Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

A differenza di quanto osservato per la cannabis, la percezione della pericolosità nel gruppo dei non consumatori, legata all'assunzione di eroina cresce, all'aumentare dell'età dei rispondenti; nei consumatori, invece, l'andamento è molto variabile, dovuto anche alla scarsa numerosità dei consumatori.
Il 47,7% dei consumatori di eroina percepisce altamente pericoloso l'uso della sostanza (valore in forte diminuzione rispetto all'anno 2012 – 58,5%), a fronte del 78,9% dei non consumatori (Figura I.1.51). Come già osservato per l'eroina, anche la percezione della pericolosità legata all'assunzione di cocaina cresce all'aumentare dell'età dei rispondenti, con maggiore variabilità tra i consumatori. Il 63,3% dei consumatori percepisce come altamente pericoloso l'uso della sostanza, contro il 78,1% dei non consumatori (Figura I.1.52).

Figura I.1.52: Soggetti con alta percezione della pericolosità di assunzione di cocaina, per genere ed età secondo consumatori e non consumatori. Anno 2013

Solo il 63,3% dei consumatori di cocaina ha un'elevata percezione del rischio, contro il 78,1% dei non consumatori

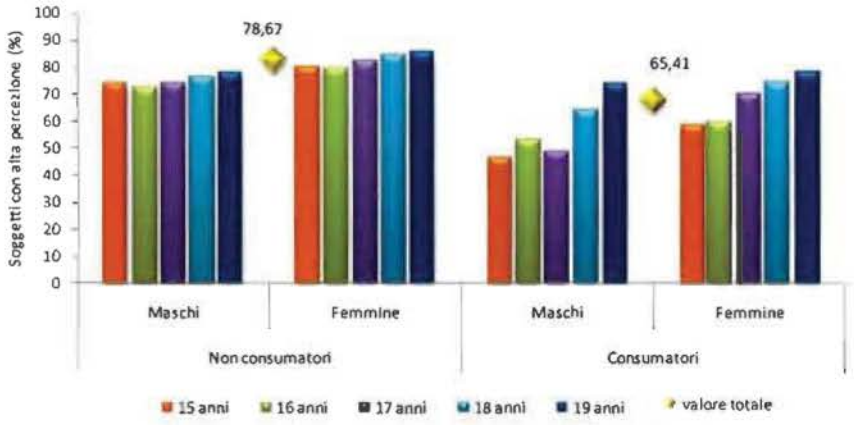


Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Anche per l'ecstasy c'è una netta differenza nella percezione della pericolosità di assumere tale sostanza tra chi ne ha fatto uso almeno una volta nella vita e chi non l'ha mai consumata. Il 65,4% dei consumatori percepisce come altamente pericoloso l'uso di ecstasy, contro il 78,7% dei non consumatori (Figura I.1.53).

Figura I.1.53: Soggetti con alta percezione della pericolosità di assunzione di ecstasy, per genere ed età secondo consumatori e non consumatori. Anno 2013

Solo il 65,4% dei consumatori di ecstasy ha un'elevata percezione del rischio, contro il 78,7% dei non consumatori



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.10 Metodologia

In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio e sul livello di adesione dello studio.

Disegno di campionamento

Tecniche di campionamento idonee a garantire l'affidabilità dei dati

La selezione del campione di popolazione è stata effettuata mediante un modello di campionamento a due stadi, in cui le unità di primo stadio sono rappresentate dalle scuole secondarie di secondo grado e le unità di secondo stadio sono rappresentate dalle classi di un intero percorso scolastico. Le distribuzioni degli istituti scolastici per regione e del campione di scuole incluse nello studio sono rappresentate nella Tabelle I.1.29 e I.1.30.
Tale procedura consente da un lato, di ottenere una struttura del campione che riproduce fedelmente quella della popolazione studentesca, e dall'altro di migliorare sensibilmente l'efficienza del campionamento.

Tabella I.1.29: Distribuzione della popolazione di riferimento di primo stadio e delle unità di campionamento di primo stadio per regione. Anno 2013 (Situazione al 03 Maggio 2013)

Regione	Totale istituti	Campione di scuole	Numero di studenti rispondenti
Abruzzo	198	18	1.109
Basilicata	118	12	487
Calabria	328	30	1.805
Campania	979	77	4.087
Emilia Romagna	369	30	1.739
Friuli Venezia Giulia	154	15	509
Lazio	674	53	2.588
Liguria	144	17	959
Lombardia	1.039	80	4.287
Marche	190	16	823
Molise	48	9	580
Piemonte/ Valle D'Aosta	447	41	2.351
Puglia	522	46	3.034
Sardegna	232	19	1.037
Sicilia	790	59	3.266
Toscana	384	32	1.473
Trentino Alto Adige	121	14	521
Umbria	105	13	985
Veneto	480	38	2.745
Totale	**7.322**	**619**	**34.385**

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.30: Distribuzione delle unità di primo stadio per regione e tipo di istituto scolastico. Anno 2013 (Situazione al 03 Maggio 2013)

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	6	4	4	4	18
Basilicata	5	2	4	1	12
Calabria	8	11	8	3	30
Campania	28	28	16	5	77
Emilia Romagna	10	10	8	2	30
Friuli Venezia Giulia	4	4	4	3	15
Lazio	22	17	8	6	53
Liguria	5	4	5	3	17
Lombardia	32	27	15	6	80
Marche	6	5	4	1	16
Molise	3	1	3	2	9
Piemonte/ Valle D'Aosta	14	13	8	6	41
Puglia	14	16	11	5	46
Sardegna	7	6	4	2	19
Sicilia	22	19	12	6	59
Toscana	11	10	8	3	32
Trentino Alto Adige	3	7	2	2	14
Umbria	3	5	4	1	13
Veneto	14	13	7	4	38
Totale	**217**	**202**	**135**	**65**	**619**

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le variabili considerate per la stratificazione delle unità di primo stadio (Regioni e tipo di istituto scolastico) sono ritenute particolarmente significative ai fini della rappresentatività dell'intera popolazione in relazione al fenomeno da indagare.
La scelta di stratificare per regione e tipo di istituto (liceo o istituto ex-magistrale, istituto tecnico, istituto professionale e istituto o liceo artistico) risponde all'esigenza di utilizzare un campione rappresentativo della popolazione scolastica per area territoriale, nell'ipotesi che le caratteristiche morfologiche

delle diverse zone e le diverse tipologie di percorso scolastico, possano influire sulla prevalenza del consumo di sostanze.
Al secondo stadio di campionamento le unità statistiche, rappresentate dagli studenti frequentanti le classi di un intero percorso scolastico, sono state selezionate mediante uno schema a grappolo, dove il grappolo è rappresentato dalla classe di appartenenza.

Strumento di indagine

Uso di protocolli europei

Nel 2013, come per il 2012, lo strumento utilizzato per la conduzione dell'indagine di popolazione studentesca SPS-DPA è stato predisposto seguendo il protocollo europeo ESPAD-2011, per garantire la confrontabilità dei risultati con gli Stati membri dell'EU, integrato ed in parte modificato al fine di meglio adattare lo strumento alla realtà italiana.

Innovazione telematica

Il questionario on-line è stato reso disponibile agli studenti selezionati per lo studio al link http:\\\espad.drugfreedu.org: è stato adottato il metodo C.A.S.I. (Computer-Aided Self-Completed Interview) che ha consentito la compilazione del questionario on-line attraverso l'accesso con identificativo individuale anonimo e non replicabile.
A ciascun istituto scolastico sono state fornite le credenziali di accesso, scaricabili dall'area riservata del portale di amministrazione. A conclusione della compilazione del questionario, le credenziali venivano alienate automaticamente dal sistema.

Vantaggi delle indagini on-line

I vantaggi derivanti dall'utilizzo di strumenti on-line per la conduzione di indagini nelle scuole sono molteplici e possono essere sintetizzati in:

1. rapidità nell'organizzazione e nella conduzione dell'indagine, venendo meno la maggior parte di problemi pratici imputabili ad una rilevazione cartacea;
2. maggiore riservatezza per il rispondente in fase di compilazione del questionario;
3. monitoraggio in tempo reale dell'andamento della rilevazione, con la possibilità immediata di sostituzione degli istituti scolastici non aderenti allo studio;
4. eliminazione degli errori di data entry insiti delle rilevazioni effettuate mediante somministrazione di questionari cartacei;
5. limitazione di eventuali errori di distrazione in fase di compilazione del questionario on-line, in virtù dell'implementazione di sistemi di controllo di coerenza delle risposte fornite;
6. disponibilità immediata del database per l'elaborazione dei dati, quindi riduzione dei tempi di analisi dei dati e stesura della reportistica.

L'attuale questionario prevede 344 domande complessive, articolate in 11 sezioni, che possono ridursi a 182 in caso di non consumo di alcuna sostanza: nella struttura del questionario on line sono stati inseriti ulteriori funzioni di filtro utili ai fini della congruenza interna delle risposte date dagli studenti che compilano il questionario.

Realizzazione dello studio

Il contingente di scuole da contattare per lo studio, sulla base del piano d'indagine, era costituito da oltre 600 istituti scolastici. Ipotizzando una percentuale di non adesione del 30%, in fase di selezione del campione di scuole da coinvolgere nello studio è stato predisposto un campione di riserva costituito circa da duecento scuole.

74,6% di adesione: dal 71,0% de nord occidentale al 77% sud e isole

Le scuole aderenti all'iniziativa, che avevano concluso la fase di rilevazione alla data del 03 Maggio 2013, ammontavano a 462, pari al 74,6% del campione di scuole pianificato, oscillando tra il 71,% di adesione nell'Italia nord occidentale all'77,0% meridionale/insulare. Per quanto riguarda l'adesione per tipo di istituto, si osserva una percentuale più elevata nell'adesione degli istituti professionali (80,7%) e degli istituti tecnici (77,7%); inferiore, invece, risulta la partecipazione dei licei ed ex-magistrali e dei licei artistici che si attesta attorno al 70% (Tabella I.1.31).

Per ciascun istituto scolastico era previsto il coinvolgimento di un intero percorso scolastico, dalla prima alla quinta classe, pari a complessivi 100 studenti circa per istituto. Secondo i dati preliminari dei questionari rilevati alla data del 03 maggio, la percentuale di studenti che hanno aderito allo studio è di circa il 75%; tale valore preliminare, tuttavia, risente dell'effetto dell'assenza in alcuni istituti, in particolar modo in quelli paritari, di percorsi completi (dal primo all'ultimo anno), incidendo per difetto sulla percentuale complessiva di adesione degli studenti.

Tabella I.1.31: Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per area geografica e tipo di istituto. Anno 2013 (Situazione al 03 Maggio 2013)

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	60,8	75,0	82,1	73,3	71,0
Italia nord-orientale	67,7	91,2	81,0	45,5	76,3
Italia centrale	66,7	78,9	70,4	76,9	72,4
Italia meridionale/insulare	77,8	73,3	84,7	69,2	77,0
Totale	**70,0**	**77,7**	**80,7**	**67,7**	**74,6**

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Percentuali minime di adesione sono state riscontrate in Trentino Alto Adige e Liguria, per quanto riguarda i licei e gli ex istituti magistrali, in Abruzzo, Basilicata e Friuli Venezia Giulia per gli istituti tecnici, in Toscana, Trentino Alto Adige, Piemonte e Valle d'Aosta per gli istituti professionali ed in Friuli Venezia Giulia, Trentino Alto Adige e Calabria per gli istituti ed i licei artistici. Per contro percentuali di partecipazione più elevate (oltre il 70,0%) si osservano in 14 regioni per gli istituti professionali, in 12 regioni sia per i licei e gli ex istituti magistrali che per gli istituti tecnici ed, infine, in 8 regioni per gli istituti artistici (Tabella I.1.32)

Qualità dei dati: 97,8% questionari validi per l'analisi sui consumi di sostanze psicotrope

L'analisi della qualità delle informazioni riferite dagli studenti partecipanti all'indagine è stata effettuata applicando alcuni criteri per l'esclusione dalle successive elaborazioni dei dati, dei questionari "non affidabili" o relativi ad età esterne al target dello studio (15-19 anni). Nello schema di seguito riportato sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi dalle successive analisi.

Nella fase iniziale dell'analisi qualità del database (step 1) sono stati esclusi dal dataset finale i questionari relativi a studenti che non avevano compilato la parte del questionario relativa ai consumi (462 questionari esclusi dalle analisi successive).

Nella seconda fase della verifica delle caratteristiche qualitative dell'archivio dei questionari sono stati esaminati il numero di questionari compilati da ciascun istituto scolastico, e sono stati esclusi per istituto i record relativi agli studenti che avevano indicato un consumo per tutte le 17 sostanze relative alla domanda 21 (197 questionari esclusi dal dataset complessivo).

Nella terza fase di scrematura sono stati individuati ed esclusi dal dataset definitivo i record corrispondenti ai questionari in cui è stata compilata la droga civetta (176 questionari esclusi del dataset complessivo).

Tabella I.1.32: Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per regione e tipo di istituto. Anno 2013 (Situazione al 03 Maggio 2013)

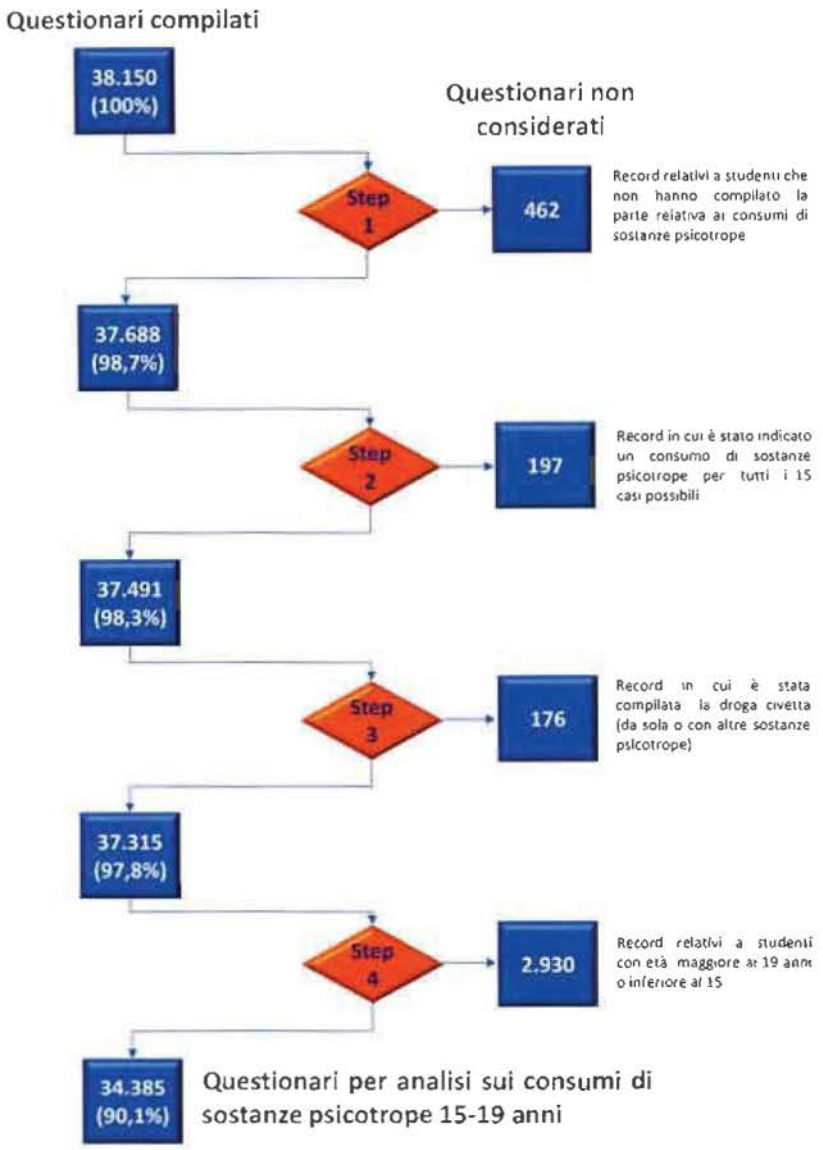
Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	100,0	25,0	100,0	75,0	77,8
Basilicata	100,0	50,0	75,0	100,0	83,3
Calabria	75,0	100,0	87,5	33,3	83,3
Campania	60,7	71,4	68,8	100,0	68,8
Emilia Romagna	70,0	100,0	75,0	50,0	80,0
Friuli Venezia Giulia	100,0	50,0	75,0	0,0	60,0
Lazio	54,5	76,5	87,5	66,7	67,9
Liguria	40,0	100,0	100,0	66,7	76,5
Lombardia	65,6	63,0	86,7	50,0	67,5
Marche	50,0	60,0	75,0	100,0	62,5
Molise	100,0	100,0	66,7	100,0	88,9
Piemonte/ Valle D'Aosta	57,1	92,3	62,5	100,0	75,6
Puglia	85,7	68,8	100,0	60,0	80,4
Sardegna	100,0	100,0	75,0	50,0	89,5
Sicilia	77,3	68,4	91,7	66,7	76,3
Toscana	81,8	90,0	37,5	66,7	71,9
Trentino Alto Adige	33,3	100,0	50,0	0,0	64,3
Umbria	100,0	80,0	100,0	100,0	92,3
Veneto	64,3	92,3	100,0	100,0	84,2
Totale	**70,0**	**77,7**	**80,7**	**67,7**	**74,6**

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Adesione per tipo di istituto:
80,7% professionali
77,7% istituti tecnici
70,0% licei ed ex-magistrali
67,7% istituti e licei artistici

Nel quarto ed ultimo step di pulitura dei dati sono stati eliminati i questionari relativi a studenti con età maggiore a 19 anni ed inferiore a 15 (2.930 record esclusi dal dataset complessivo).
Il numero questionari validi alla fine dell'analisi della qualità dei dati ammonta a 34.385, pari al 90,1% del quantitativo totale di questionari raccolti.

Figura I.1.54: Procedura di controllo qualità dei dati. Anno 2013



34.385 questionari validi per l'analisi sui consumi di sostanze psicotrope 15-19 anni

I.1.3 Le nuove droghe registrate in Italia dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Le nuove droghe di sintesi

Negli ultimi anni si è assistito ad un fenomeno del tutto nuovo che ha rivoluzionato le tendenze giovanili, e non solo, rispetto all'uso di droghe. Alle sostanze tradizionali (cannabis, cocaina, eroina, ecc.) si sono aggiunte le molecole di sintesi, quelle cioè preparate artificialmente in laboratorio.

Alcune di queste molecole derivano dalla progettazione di nuovi potenziali prodotti ad azione terapeutica, tuttavia, nessuna è mai stata progredita in fase di sviluppo farmaceutico, altre invece nascono specificatamente per l'uso come droghe. Inoltre, molto spesso non sono disponibili in letteratura dati di tossicità associati all'uso di tali sostanze. Pertanto, esiste il rischio che si manifestino effetti non noti e inattesi, inclusi effetti tossici, in seguito alla loro assunzione, effetti che, per altro, sono stati realmente riscontrati in numerosi casi di intossicazione in seguito al loro consumo. L'evoluzione del fenomeno ha

condotto all'individuazione da parte delle organizzazioni internazionali che svolgono un regolare monitoraggio dell'offerta di droghe, della comparsa sul mercato dei cosiddetti cannabinoidi e catinoni sintetici, oltre che di altre sostanze che sono risultate particolarmente pericolose per la salute dei consumatori. Anche il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, dal 2009, tiene monitorata la comparsa di tali sostanze sul territorio italiano.

Disponibilità in smart shop e su Internet

Fino al 2011, la quasi totalità delle nuove droghe sintetiche risultava disponibile in smart shop dislocati in varie città italiane. Il rapido aggiornamento delle tabelle delle sostanze stupefacenti, che ha reso tali sostanze illegali, e l'assidua attività di contrasto condotta dalle forze dell'ordine hanno attualmente ridotto significativamente la loro presenza in tali luoghi.

Tuttavia, le nuove droghe risultano ancora ampiamente disponibili sulla rete Internet attraverso la quale la loro commercializzazione avviene rapidamente e facilmente, a causa della difficoltà di monitorare e contrastare un ambiente in continuo movimento e sviluppo come il web. Per contrastare questo fenomeno, il Dipartimento Politiche Antidroga, attraverso il proprio Sistema Nazionale di Allerta Precoce, ha attivato una specifica unità di monitoraggio web per l'individuazione dei siti che commercializzano le nuove droghe e i cui risultati sono riportati nel capitolo sul Sistema di Allerta (**IV.1 Sistema Nazionale di Allerta Precoce**).

Di seguito vengono descritte le principali caratteristiche delle nuove droghe intercettate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel 2012 e i casi di intossicazione ad esse correlati.

I cannabinoidi sintetici

Cosa sono

In Europa, i primi cannabinoidi sintetici sono stati riscontrati fin dal 2008 in diverse miscele vegetali, definite anche "herbal mixture" o "herbal blend", e che venivano vendute come incensi o profumatori ambientali. I primi cannabinoidi ad essere stati individuati sono stati il JWH-018 e il JWH-073. Il fenomeno dei cannabinoidi sintetici ha iniziato ad interessare anche l'Italia nel 2010.

Da analisi condotte su diversi prodotti di tipo "herbal mixture", effettuate da diversi laboratori internazionali, è emersa l'esistenza di numerosi altri cannabinoidi sintetici oltre a quelli sopra riportati, tra cui il JWH-122, il JWH-200, il JWH-250, il JWH-251, il JWH-081, il JWH-398, il JWH-019, l'HU-210 ed il CP 47,497 inclusi i suoi analoghi con catena alchilica C6, C8 e C9. Tali molecole agiscono sui recettori CB1 mimando gli effetti della cannabis.

La loro potenza

L'attività in vitro del JWH-018 e dei suoi analoghi JWH-073 e JWH-019 risulta essere superiore a quella del Δ9-THC. Analogamente, il CP 47,497 mostra attività agonista sui recettori CB1 dalle 3 alle 28 volte superiore a quella del Δ9-THC. Per tale ragione, i consumatori spesso li consumano ritenendoli prodotti naturali alternativi alla cannabis, ma con simile attività psicotropa. Inoltre, a causa della capacità dei cannabinoidi sintetici individuati di agire come agonisti sui recettori CB1, è possibile sviluppare facilmente tolleranza a queste molecole.

Assunzione ed effetti

I cannabinoidi sintetici vengono generalmente assunti per via respiratoria attraverso il consumo di sigarette contenenti sostanza vegetale a cui vengono aggiunte tali molecole di sintesi.

Gli effetti dei cannabinoidi sintetici sono simili, quando non superiori, a quelli successivi al consumo di cannabis. L'assunzione di tali prodotti, infatti, genera, dopo soli dieci minuti, congiuntivite, aumento del battito cardiaco, xerostomia e una alterazione della percezione e dell'umore, effetti che perdurano per circa sei ore. In Germania, dal 2009, sono stati registrati casi di soggetti giunti in pronto soccorso dopo il consumo di "herbal mixture" con disturbi del sistema cardiovascolare e del sistema nervoso, quali tachicardia e temporanea perdita di conoscenza. In alcuni casi sono stati registrati effetti quali agitazione

psicomotoria, attacchi di panico e stati confusionali. Casi simili sono stati registrati in Svezia, Austria, Romania e Italia.

Intossicazioni acute in Italia dal 2010: -41 casi dai cannabinoidi sintetici -8 da catinoni -10 da metossietamina

Dal 2010, in Italia, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, attraverso le segnalazioni dei propri centri collaborativi, ha registrato 41 casi di intossicazione acuta correlata all'assunzione di cannabinoidi sintetici (dei quali, 2 nel 2012) per i quali è stato necessario l'ingresso in pronto soccorso. Nella Figura I.1.55 viene riportata la georeferenziazione dei casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici e i nomi dei prodotti consumati dai pazienti intossicati, con indicati i relativi cannabinoidi sintetici riscontrati. La maggior parte dei casi sono stati registrati nel Nord Italia e hanno visto coinvolti soggetti tra i 15 e i 55 anni nel 2012.

Figura I.1.55: Georeferenziazione dei casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici che hanno richiesto un accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010, nomi dei prodotti consumati dai pazienti e relativi cannabinoidi sintetici riscontrati nei campioni analizzati.

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce – Dipartimento Politiche Antidroga

I catinoni sintetici

Cosa sono

Un'ulteriore nuova droga registrata dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010 è rappresentata dai catinoni sintetici.

I catinoni sintetici sono analoghi strutturali del catinone vegetale (una molecola naturalmente presente nella pianta di Khat) e vengono commercializzati in compresse di vari colori/forme, in capsule, in polvere/cristalli; vengono generalmente presentati come "sali da bagno" o "fertilizzanti per piante". In tali prodotti, spesso i catinoni presenti sono molteplici e/o vengono associati ad altre sostanze psicoattive.

Quelli registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010 sono: tra i più frequenti il mefedrone (14 segnalazioni), 4-metilletcatinone (4-MEC) (11), butilone (5), metilone (5), metilendiossipirovalerone (MDPV) (4), pentedrone (4), 3-fluorometcatinone (3) e bufedrone (2).

Assunzione ed effetti

Per la loro varia modalità di presentazione, i catinoni possono essere ingeriti, sniffati/fumati o assunti per via iniettiva o rettale.

Molti catinoni sintetici sono caratterizzati da attività simpaticomimetica, correlata

prevalentemente al rilascio a livello pre-sinaptico di catecolamine e all'inibizione della ricaptazione dei neurotrasmettitori monoaminergici. Essi sono in grado di simulare gli effetti della cocaina. Gli effetti clinici più comunemente riportati sono: ansia, ridotta capacità di concentrazione e della memoria a breve-termine, irritazione della mucosa nasale, cefalea, tachicardia, ipertensione, iperidrosi, midriasi, trisma, bruxismo, allucinazioni, grave agitazione psicomotoria e aggressività. Per molti dei catinoni sintetici identificati anche sul territorio italiano non sono disponibili dati completi relativi alle caratteristiche farmacologiche, al preciso meccanismo d'azione e ai possibili effetti tossici. Tuttavia, la clinica di presentazione non è distinguibile dagli effetti acuti da MDMA o da cocaina.

Intossicazioni acute in Italia: - 8 casi di catinoni

Dal 2010, in Italia, sono stati registrati 8 casi (età compresa tra 18 e 38 anni) di intossicazione acuta da catinoni sintetici. I sintomi presentati sono stati: midriasi, ansia, panico, allucinazioni visive e uditive, agitazione psicomotoria e atteggiamento violento. In un caso l'assunzione (ingestione/sniffing) del prodotto acquistato in uno *smart-shop* come concime per piante ha determinato, oltre ad effetti sistemici, anche iperemia del cavo orale, edema della glottide e dell'ugula. Tutti i pazienti sono stati trattati in modo sintomatico e dimessi dopo 24-48 ore di osservazione. I casi sono stati registrati tra la Regione Lombardia, la Regione Veneto e la Regione Toscana. Responsabili delle intossicazioni sono stati i catinoni sintetici butilone, mefedrone, metiletcatinone e MDPV.

Figura I.1.56: Georeferenziazione dei casi di intossicazione da catinoni sintetici che hanno richiesto l'accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010 e relativi catinoni sintetici riscontrati nei campioni analizzati.

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce – Dipartimento Politiche Antidroga

La metossietamina

Cos'è

La metossietamina è un analogo della ketamina dalla quale differisce per la presenza di un sostituente 3-metossi al posto del 2-cloro sull'anello aromatico e la 2-etilammina al posto della metilamina. Analogamente alla ketamina, la metossietamina si ritiene possa agire come antagonista non competitivo dei recettori NMDA e come inibitore della ricaptazione della dopamina. Agirebbe

inoltre come agonista dei recettori dopaminergici D2, serotoninergici 5HT2, muscarinici colinergici, sigma-1, mu e kappa oppioidi.

Rispetto agli effetti della ketamina, la presenza del gruppo *N-etile* determinerebbe un maggiore e prolungato effetto tossicologico, mentre la presenza del gruppo 3-metossi al posto di 2-cloro determinerebbe un minor effetto analgesico e anestetico, nonché una più lunga emivita.

Assunzione ed effetti

La metossietamina può essere assunta per via orale, endovenosa, intramuscolare, rettale e nasale. Secondo quanto riportato online da alcuni consumatori, gli effetti possono comparire tardivamente (dopo 30-90 minuti) quando assunta per sniffing, con rischio di assunzione di dosi ripetute a breve distanza; se l'assunzione avviene invece per iniezione intramuscolare gli effetti possono comparire anche dopo pochi minuti. La durata dell'effetto è molto variabile (mediamente 5-7 ore). Per prolungare gli effetti ricercati, spesso viene co-assunta con allucinogeni (ad esempio, LSD) o amfetamine/amfetamino-simili.

Gli effetti ricercati e descritti dopo uso di metossietamina sono euforia, aumento dell'empatia, intensificazione delle esperienze sensoriali, distorsione del senso della realtà, allucinazioni visive vivide e persistenti. Alcuni consumatori riportano di aver manifestato nausea, vomito, diarrea, paranoia, ansia, confusione mentale, vertigini, distorsione del tempo, afasia, sinestesia e grave agitazione psicomotoria. A seguito di assunzione di metossietamina vengono riportati anche, quali effetti "non ricercati", deprivazione sensoriale, derealizzazione e dissociazione (genericamente descritti come esperienze "near-death").

Intossicazioni acute in Italia: -10 casi da metossietamina

Nel corso del 2012 sono stati segnalati numerosi casi di intossicazione da metossietamina. Complessivamente sono 10 (di cui uno registrato nel 2011) i casi di intossicazione da metossietamina registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce, la maggior parte dei quali (6) identificati nel Nord Italia, mentre i restanti 4 nel centro Italia, specificatamente nelle Regioni della Toscana, Lazio ed Emilia Romagna.

I principali sintomi registrati all'ingresso in pronto soccorso sono stati: grave agitazione psicomotoria associata ad allucinazioni, midriasi, tachicardia, stato confusionale, obnubilamento del sensorio.

Nella Figura I.1.57 viene riportata la georeferenziazione dei casi di intossicazione acuta correlati all'assunzione di metossietamina che hanno richiesto l'ingresso al pronto soccorso.

Figura I.1.57: Georeferenziazione dei casi di intossicazione da metossietamina che hanno richiesto l'accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel 2011-2012.

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce – Dipartimento Politiche Antidroga

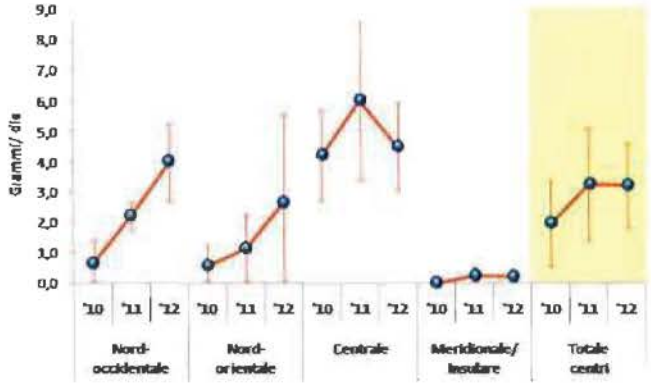
Consumi di nuove sostanze nella popolazione generale 15-64 anni

Nello studio GPS-DPA 2012, in aggiunta alle tradizionali sostanze stupefacenti, è stato esaminato il consumo di alcune nuove droghe da parte della popolazione con riferimento all'uso almeno una volta nella vita, nell'ultimo anno e nei trenta giorni antecedenti l'indagine. In particolare sono state indagate le seguenti sostanze: Smart Drugs, (tutti quei composti sia di origine naturale che sintetica che possono contenere principi attivi con presunte o accertate proprietà psicoattive), Salvia Divinorum (una pianta psicoattiva che può indurre effetti dissociativi, visioni ed allucinazioni), LSA-semi hawaiani (un allucinogeno psichedelico fortemente correlato all'LSD) e Kobret (una forma di eroina).
L'iniziazione ed il consumo di queste nuove sostanze sembra riguardare in misura maggiore le fasce d'età più giovani, in particolare gli adolescenti. Principalmente per questo motivo, lo studio GPS-DPA, effettuato nelle fasce d'età più adulte, non ha rilevato consumi significativi per queste sostanze psicotrope.

Sostanziale aumento dei consumi di ketamina solo nell'Italia settentrionale nel periodo 2011-2012

Parallelamente, lo studio AquaDrugs condotto negli ultimi tre anni, ha rilevato le concentrazioni di sostanze stupefacenti consumate dalla popolazione di 15-64 anni mediante l'analisi delle acque reflue. Oltre alle tradizionali sostanze oggetto di studio (cannabis, cocaina, ecc), sono state analizzate anche le concentrazioni di ketamina, la cui standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno. Per questa sostanza, dopo un generale aumento dei consumi registrato nel 2011 (1,96 grammi/die nel 2010 contro 3,24 grammi/die nel 2011), nell'ultimo anno il consumo resta sostanzialmente stabile, attestandosi a 3,22 grammi/die.
Consumi quasi nulli si osservano nell'Italia meridionale/insulare, a differenza di concentrazioni più elevate registrate nelle altre aree geografiche, in aumento nell'Italia settentrionale dal 2010 al 2012: per l'area nord-occidentale da 0,7 g/die nel 2010 a 4 g/die nel 2012, mentre per l'Italia nord-orientale da 0,6 g/die nel 2010 a 2,6 g/die nel 2012.

Figura I.1.58: Distribuzione dei grammi/die di KETAMINA rilevati nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.

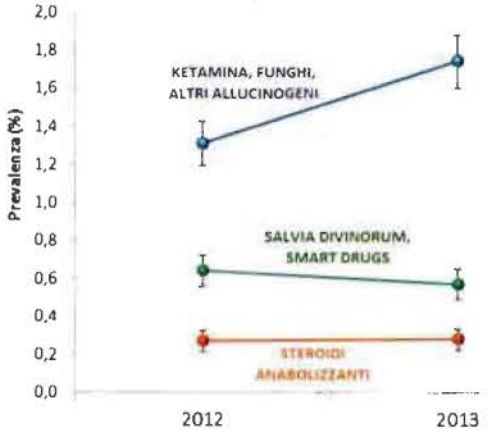


Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consumi di nuove sostanze tra gli studenti 15-19 anni: lieve aumento della ketamina tra gli studenti

Al contrario dell'indagine di popolazione generale, l'indagine SPS-DPA, condotta su un campione di studenti nella fascia d'età 15-19 anni, ha rilevato consumi di queste nuove sostanze con riferimento all'ultimo anno. Confrontando i consumi stimati nel 2013 rispetto all'anno precedente (Figura I.1.59), si registra un forte incremento dei consumi di ketamina, funghi allucinogeni ed altri allucinogeni (1,3% nel 2012 verso 1,7% nel 2013); mentre per le altre sostanze indagate, Salvia Divinorum, Smart Drugs e steroidi anabolizzanti, i consumi restano sostanzialmente invariati.

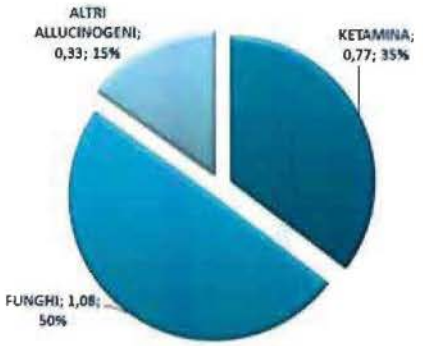
Figura I.1.59: Consumatori (prevalenza %) di nuove sostanze nella popolazione studentesca 15-19 anni almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Anni 2012-2013



Fonte: Studi SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione sullo studio SPS-DPA del 2013 (Figura I.1.60) per gli allucinogeni complessivamente si registra una prevalenza di consumo pari all'1,7%, con un maggior consumo di funghi allucinogeni (1,08%) rispetto alla ketamina e agli altri allucinogeni (0,77% e 0,33% rispettivamente).

Figura I.1.60: Consumatori (prevalenza %) di nuove sostanze nella popolazione studentesca 15-19 anni almeno una volta negli ultimi 12 mesi. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2012-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

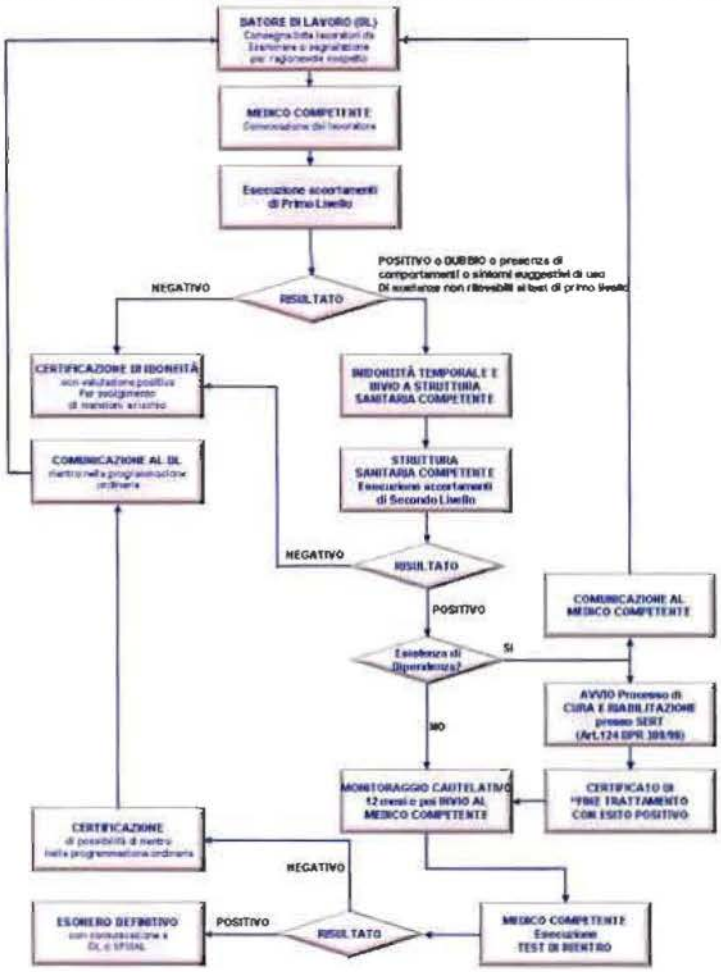
I.1.4. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio – DTLR-)

I.1.4.1. Introduzione

Nel corso del 2012 il DPA ha proseguito l'attività prevista nell'ambito del progetto DTLR (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio), migliorando ed ampliando la propria base dati nonché confrontandosi con tutti i referenti istituzionali al fine di sviluppare proposte di revisione dell'Intesa Stato-Regioni attualmente vigente .

Si riporta in fig. I.1.61 l'attuale procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio, che si presenta piuttosto articolata e con margini di miglioramento allo studio del tavolo di revisione presso il DPA.

Figura I.1.61: Procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.4.2 Risultati

91.953 soggetti esaminati: +4,4% di soggetti esaminati rispetto al 2011

I dati a disposizione del Dipartimento Politiche Antidroga, raccolti attraverso il portale DTLR sono stati forniti dalla Rete Ferroviaria Italiana (RFI) – Gruppo Ferrovie dello Stato -, da ASSTRA – Associazione Trasporti, dalla Associazione Nazionale Medici d'Azienda (A.N.M.A.), dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (S.I.M.L.I.I.), da TRENORD S.r.L., dall'Associazione Nazionale Autotrasporto Viaggiatori (ANAV) e da ENAV S.p.A. Per il 2012 i dati fanno riferimento a 91.953 soggetti sottoposti a test di I° livello (+4,4% rispetto al 2011 in cui sono stati testati 88.058 soggetti), di cui poco più del 5% di genere femminile.

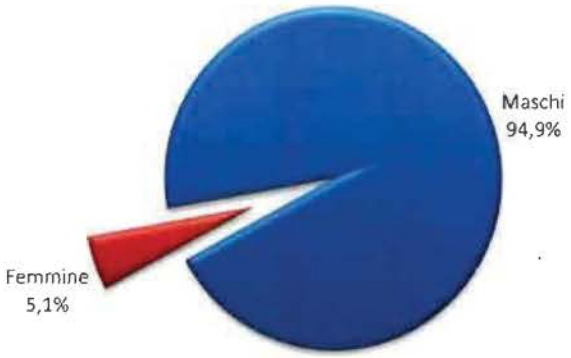
Tabella I.1.33: Denominazione e numero dei soggetti fonte di dati - Anno 2012 -

Denominazione fonte dati	Soggetti
Rete Ferroviaria Italiana – Gruppo Ferrovie dello Stato – Direzione Sanità	42.866
ASSTRA – Associazione Trasporti -	22.644
Associazione Nazionale Medici d'Azienda	12.734
Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale	8.138
TRENORD S.r.L.	1.945
ANAV – Associazione Nazionale Autotrasporto Viaggiatori -	1.819
ENAV S.p.A.	1.807
Totale soggetti sottoposti a test di I° livello	**91.953**

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Alla raccolta dati hanno partecipato circa cento centri collaborativi dei vari gruppi sopracitati che hanno aderito all'indagine promossa dal DPA .

Figura I.1.62: Popolazione esaminata per drug test di I livello – analisi per genere – Anno 2012



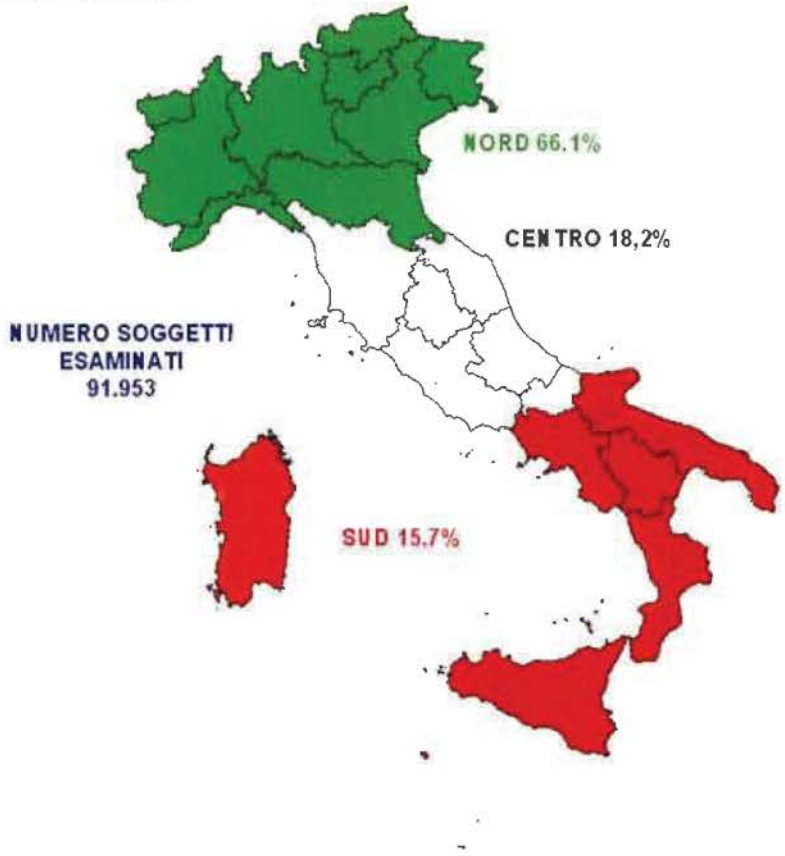
Circa il 95% del campione di genere maschile

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi per area geografica evidenzia una netta prevalenza dei test eseguiti nell'Italia settentrionale con il 66,1% dei casi, a seguire il 18,2% per il centro ed il 15,7% per Sud ed Isole; rispetto al 2011 sale il numero dei testati al nord a seguito dell'adesione di nuove aziende. Gli addetti al settore dei trasporti sono nettamente quelli più interessati dai controlli, seguiti dai mulettisti/carrellisti.

Figura I.1.63: Popolazione esaminata drug test di I livello – analisi per macro area geografica – Anno 2012 -

Diverse percentuali in base alla concentrazione dei lavoratori e all'applicazione dei drug test



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I risultati emersi dai test di primo livello (confermati in laboratorio analisi su aliquota dello stesso campione raccolto) hanno evidenziato la positività del test per lo 0,23% dei soggetti testati; ad essi si può aggiungere una quota di "autoesclusi" e ritenuti temporaneamente inidonei alla mansione che porterebbe il tasso di positività allo 0,24%.

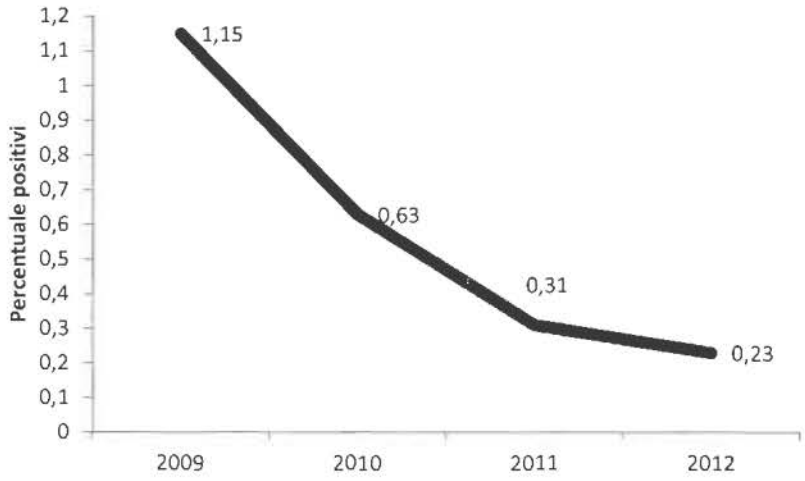
Nel 2012 0,23% di positivi ai test di primo livello: -25,8% rispetto al 2011.

Figura I.1.64: Drug test di I livello – analisi per esito (con test di conferma in laboratorio)– Anno 2012 -

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2011, anno in cui la positività riscontrata era dello 0,31%, si è riscontrato un calo del 25,8% (Figura I.1.65). Rispetto allo scorso anno la tipologia dei testati è sostanzialmente omogenea e ciò conferma il costante e positivo trend che dal 2009 al 2012 ha visto diminuire la percentuale dei positivi al I livello dell'80%, da 1,15% del 2009 all'attuale 0,23%.

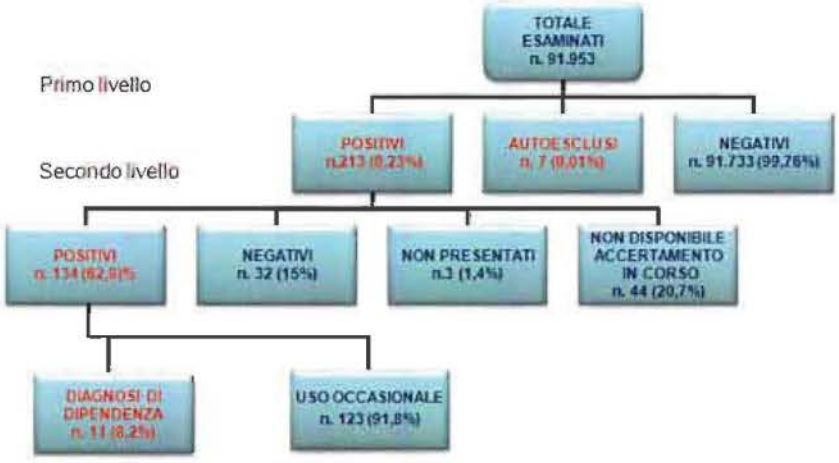
Figura I.1.65: Drug test di I livello, confronto positività 2009-2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il flusso dati 2012 è rappresentato nella figura I.1.66 in cui si riporta la numerosità dei soggetti.

Figura I.1.66: Flusso soggetti sottoposti ad accertamento – Anno 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

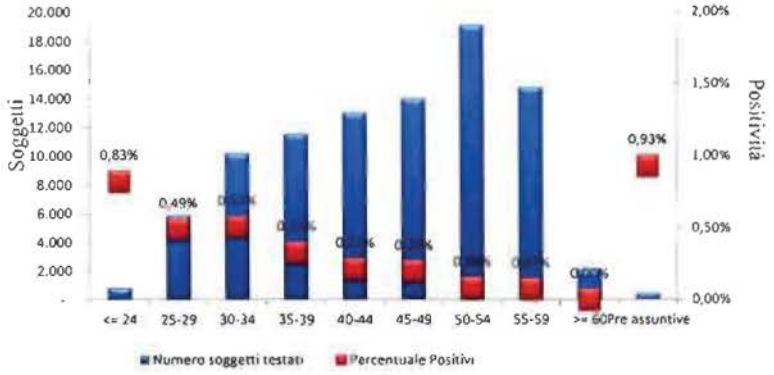
L'analisi per fascia d'età evidenzia che il campione esaminato è concentrato molto nella fascia di età 45-59 anni. All'interno delle classi di età quelle che presentano una più alta prevalenza di positività sono quelle giovanili, in particolare under 35. Rispetto all'anno 2011 si registra una generale contrazione in tutte le fasce di età e una controtendenza nella fascia under 24 (dato 2011 0,59% vs 0,83% anno 2012) ed in quella 30-34 (dato 2011 0,40% vs 0,51% anno 2012) .

Soggettivi positivi al test pre assuntivo 0,93%

Molto interessante il dato sui soggetti positivi nella visita pre assuntiva, 0,93%,

questo fenomeno probabilmente può essere associato anche all'ignoranza parziale di alcuni aspiranti lavoratori che non sanno di essere sottoposti anche a questo tipo di accertamento anche se rispetto al 2011 (1,66%) pare che la consapevolezza sia decisamente maggiore risultando un tasso non eccessivamente superiore rispetto a quello delle altre fasce comparabili, fino ai 35 anni di età.

Figura I.1.67: Drug test di I livello – analisi per fascia d'età ed esito test – Anno 2012 -

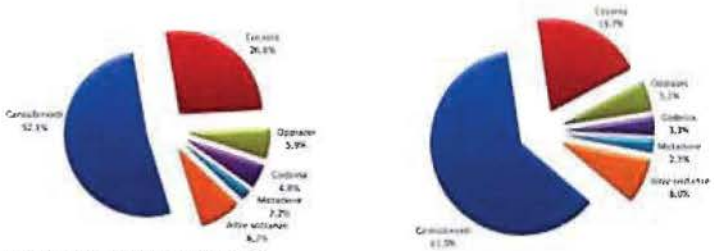


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 61,5% dei casi è stata riscontrata positività ai cannabinoidi, cocaina nel 19,7% e oppiacei nel 5,2% (Figura I.1.68). Rispetto al 2011 aumentano i cannabinoidi (dato 2011 52% vs 61,5% anno 2012), in diminuzione la cocaina, stabili gli oppiacei e le altre sostanze.

Figura I.1.68: Drug test di I livello – confronto analisi per sostanza d'abuso sui soggetti risultati positivi al test di conferma – Anni 2011 - 2012

Diminuiscono i soggetti positivi per cocaina, aumentano quelli per cannabis



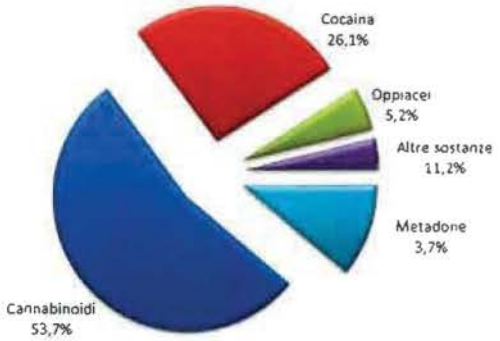
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I dati degli accertamenti di II livello per l'anno 2012 riguardano 166 soggetti (77,9% dei positivi al I livello), la parte residuale dei dati per gli accertamenti di secondo livello è in fase di accertamento dipendente dai tempi tecnici che intercorrono tra il riscontro di positività al I livello e la diagnosi finale o non si è presentato all'accertamento.

A più del 5% del campione è stata riscontrata una diagnosi di tossicodipendenza in calo rispetto al 2011 (12%), in prevalenza per cannabinoidi ed a seguire cocaina, oppiacei e metadone (Figura I.1.69). La principale diagnosi è sempre quella di consumo occasionale, quest'anno con il 57,7%.

Figura I.1.69: Accertamenti clinici di II livello – analisi per sostanza– Anno 2012

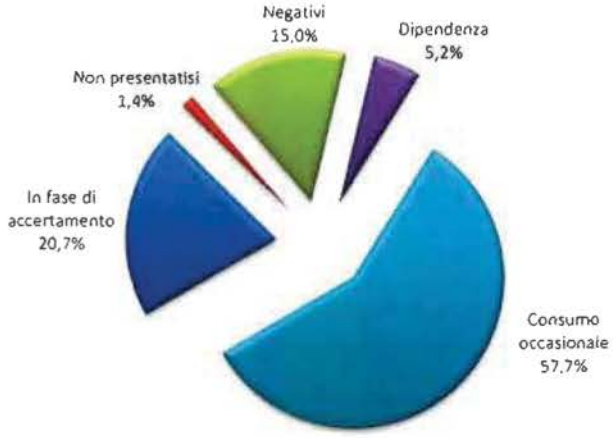
Cannabinoidi la sostanza più riscontrata, oltre il 50%



Fonte: Elaborazioni su dati DPA –

Figura I.1.70: Accertamenti clinici di II livello – analisi per diagnosi– Anno 2012

Quasi il 58% ha una diagnosi di consumo occasionale



Fonte: Elaborazioni su dati DPA –

I.1.4.3 Dati delle Forze Armate

La Direzione Generale della Sanità Militare (DIFESAN) del Ministero della Difesa sovrintende numerose attività, tra cui la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati statistici attinenti all'area delle tossicodipendenze e delle principali patologie mediche ad esse correlate.
Per quanto riguarda l'Esercito Italiano, la Marina Militare e l'Aeronautica Militare sono disponibili i dati relativi al numero di test[1] eseguiti (Tabella I.1.2), mentre per il Corpo dei Carabinieri le informazioni riguardano il numero di soggetti sottoposti ad esame (Tabella I.1.34).

[1] Un soggetto viene sottoposto, in media, dai 4 ai 7 test

Tabella I.1.34: Drug test eseguiti sulle Forze Armate. Anni 2008 - 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Esercito Italiano					
Test eseguiti	48.306	42.417	57.034	23.376	11.680
Test positivi	54	446	204	68	35
% Positivi	0,11	1,05	0,36	0,29	0,30
Marina Militare					
Test eseguiti	41.476	43.958	43.752	17.998	3.503
Test positivi	15	7	4	2	0
% Positivi	0,04	0,02	0,01	0,01	0,00
Aereonautica Militare					
Test eseguiti	64.108	70.258	82.805	77.963	23.579
Test positivi	41	27	0	29	7
% Positivi	0,06	0,04	0,00	0,04	0,03
Totale (E.I., M.M., A.M.)					
Test eseguiti	153.890	156.633	183.591	119.337	38.762
Test positivi	110	480	208	99	42
% Positivi	0,07	0,31	0,11	0,08	0,11

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa

Esercito Italiano, diminuiscono i test, stabile la positività

I controlli a campione mediante drug test sull'urina sono stati effettuati sia al personale in servizio fuori area che su quello in servizio in Patria; inoltre, viene sottoposto a test anche il personale aspirante all'arruolamento volontario.
Per un maggiore approfondimento delle attività svolte e sul programma DIFESAN si rinvia alla specifica sezione posta nella "Scheda Amministrazioni".
Nel 2012 all'interno dell'Esercito Italiano sono stati eseguiti complessivamente 11.680 test di cui 35 casi sono risultati positivi (0,30%). Dopo il picco registrato nel 2009, i test positivi hanno consolidato una significativa diminuzione.

Marina Militare, diminuiscono i test nessun positivo.

Prerequisito indispensabile per la definizione dell'idoneità all'appartenenza alla Marina Militare è la negatività al drug test sulle sostanze stupefacenti di più comune uso (oppiacei, cannabinoidi, cocaina e amfetamine), che viene effettuato obbligatoriamente in tutti i concorsi. Nel 2012 sono stati effettuati 3.503 test con nessun risultato positivo.

Aeronautica Militare, più controlli rispetto agli altri corpi armati

Per quanto riguarda l'Aeronautica Militare, vengono eseguiti controlli periodici dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti sul personale del servizio automobilistico e durante le selezioni mediche per gli arruolamenti, in cui si rileva la maggior parte dei casi di positività. Esami occasionali vengono, inoltre, eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di segnalazione ai servizi sanitari di reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'abuso di sostanze stupefacenti. I controlli vengono effettuati anche in ambito di selezione concorsuale di Forza Armata.
Nel 2012 sono stati eseguiti 23.579 test e ne sono risultati positivi 7, dato simile a quello del 2011 ed in linea con quello degli anni precedenti.

-67,5% di test effettuati nelle tre forze armate

Nel complesso delle tre forze armate nel 2012, rispetto al 2011 a fronte di una diminuzione considerevole dei test (80.575 in meno pari a -67,5%) si registra comunque una percentuale dei test positivi come quella del 2010 anno che vide quasi il quintuplo dei test .

Tabella I.1.35: Soggetti esaminati Corpo dei Carabinieri. Anni 2008 - 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Corpo dei Carabinieri					
Soggetti esaminati	1.632	638	810	4.113	476
Soggetti positivi	14	6	2	5	1
% positivi	0,86	0,94	0,25	0,12	0,21

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa

In relazione all'attività di prevenzione delle tossicodipendenze nelle Forze Armate ai sensi dell'art.1 comma 9 del T.U. delle leggi in materia di tossicodipendenze di cui al DPR 309/90, nel 2012 sono stati sottoposti a drug test 476 carabinieri e di questi un solo soggetto é risultati positivo (0,21%); notevolmente diminuiti i soggetti controllati dopo il notevole incremento dell'anno precedente .

-88,4% di soggetti testati nel Corpo dei Carabinieri

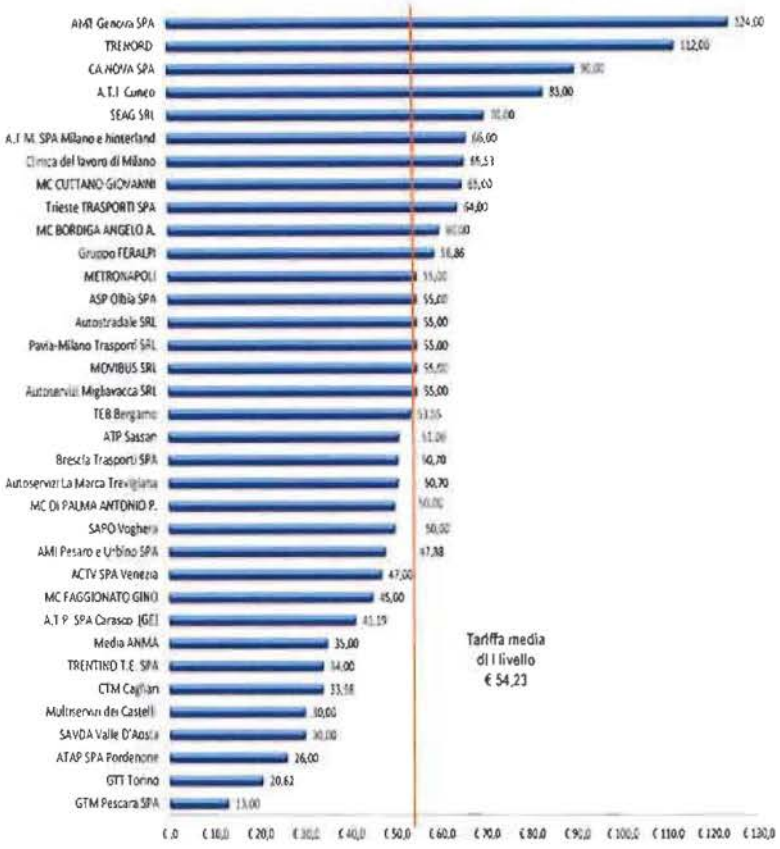
I.1.4.4 I costi del Drug Test

Aspetto assolutamente di rilevanza, in particolare per i datori di lavoro, è quello della sostenibilità finanziaria di tutte le procedure diagnostico accertative nonché amministrative connesse all'obbligo di sottoporre al drug test il personale svolgente mansioni a rischio.
I costi degli accertamenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni sono a carico dei datori di lavoro e, per le controanalisi, a carico del lavoratore che li richiede.
Le tariffe da applicare per gli accertamenti sanitari previsti dall'Accordo vigente sono quelle stabilite dai Nomenclatori Tariffari Regionali; le Aziende Sanitarie possono stabilire ulteriori costi (anche a forfait) derivanti dalle spese (contenitori, trasporti, utilizzo locali etc.) qualora non previste dai Nomenclatori.
Le tariffe per gli accertamenti da parte della struttura sanitaria competente, con esclusione degli esami di laboratorio, sono stabilite dalle Regioni e Province Autonome.
Per le aziende Il costo diretto minimo da sostenere è quello per visite mediche e accertamenti di laboratorio, specialisti e strumentali per esami di I livello (nonché la relativa certificazione) che qualora dia esito negativo, come nella quasi totalità dei casi chiude la procedura con un impatto molto meno oneroso di quanto possa essere in caso di positività.
Il Dipartimento Politiche Antidroga anche quest'anno ha sottoposto una scheda informativa sui costi diretti alle aderenti la nostra indagine che su base volontaria hanno fornito alcune utile indicazioni che di seguito si rappresentano.
Dalla figura I.1.71 si può notare quanto sia eterogenea la tariffazione indicata, da un minimo di 13 € sino ad un massimo di 124 € con un dato medio dichiarato di 54,23€ . All'indagine 2012 hanno aderito più aziende con una tariffa media di I livello leggermente maggiore rispetto alle indicazioni 2011.

notevole eterogeneità

Figura I.1.71: Variabilità della tariffa individuale per accertamenti drug test di I livello – anno 2012

Costo medio accertamenti di I livello superiore ai 50 € per persona.



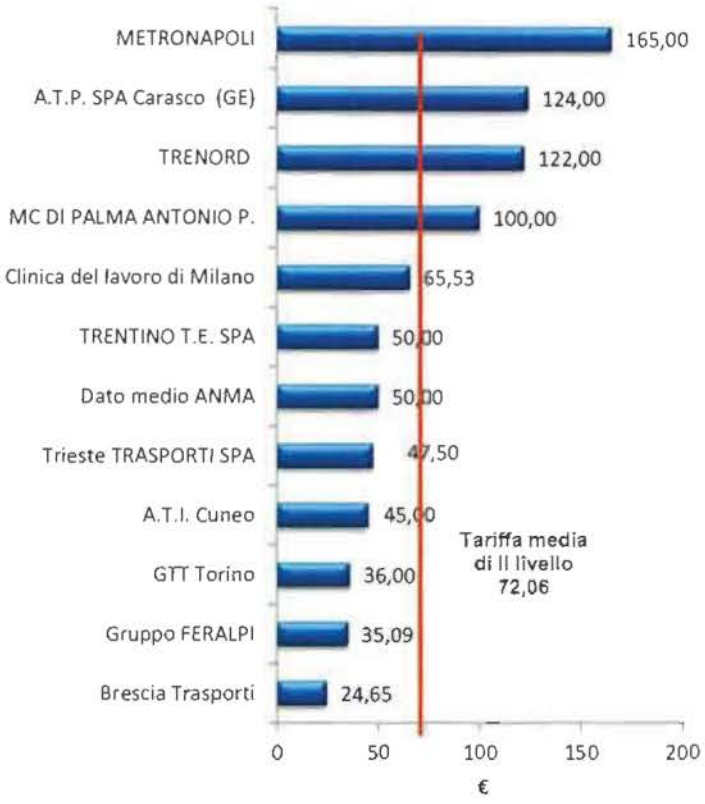
Fonte: Elaborazioni DPA

Le differenze tra i costi rilevati aumentano per gli accertamenti di secondo livello, variando tra 24,65€ e 165 € per accertamento (Figura I.1.72); seppure la forbice sia ampia il dato è più omogeneo rispetto al 2011.

E' da segnalare che per i test di II livello spesso le aziende non forniscono indicazioni in quanto non chiamate a sostenere oneri finanziari in tal senso, ciò nel caso di riscontri totalmente negativi al I livello.

Figura I.1.72: Variabilità della tariffa individuale per accertamenti drug test di II livello – anno 2012

Costo medio per accertamenti di II livello circa 72 € per persona

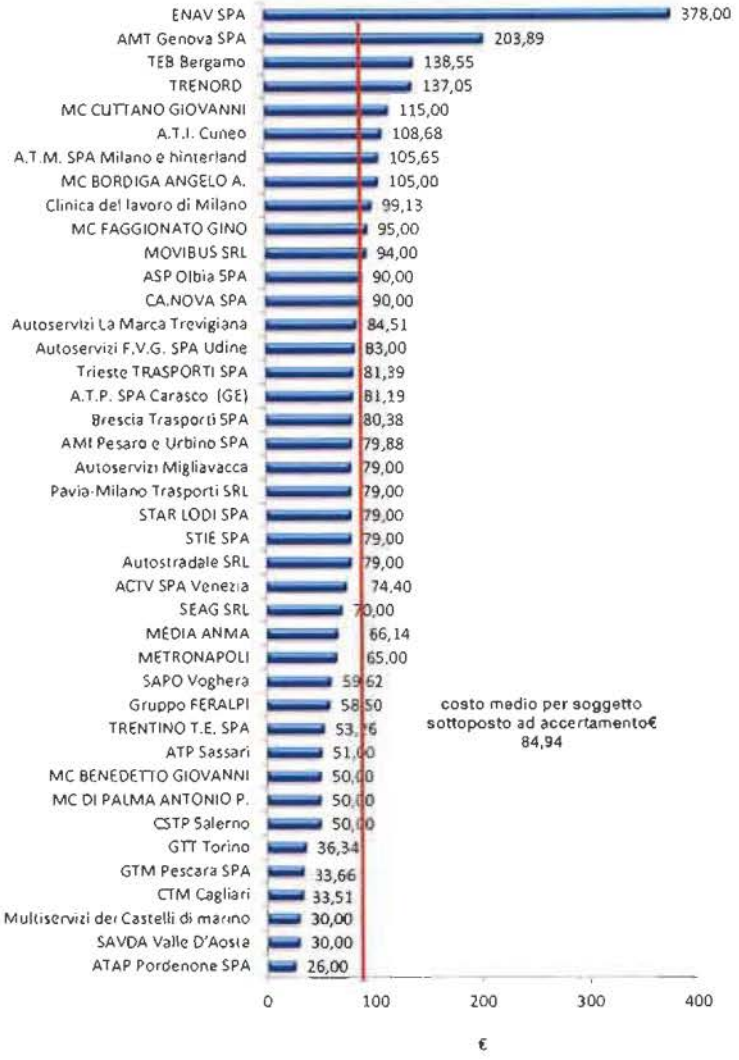


Fonte: Elaborazioni DPA

Complessivamente, il costo medio calcolato per primo e secondo livello (Figura I.1.73) a persona è pari ad € 84,94 (dato 2011 € 82,53) con un minimo di € 26,00 ed un massimo di € 378,00 per ENAV SPA che, stante la specificità della professione, effettua controlli effettuati "con metodica avanzata e di maggior livello qualitativo e ricomprende tutta la logistica correlata all'effettuazione del test nonché la gestione di ogni tipologia di eventuale contenzioso" quindi non comparabile con quelli delle altre aziende.

Figura I.1.73: Costo medio per accertamenti drug test – anno 2012

Il costo medio per soggetto è di quasi 85 €



Fonte: Elaborazioni DPA

I.1.5. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue, anno 2012

Parallelamente agli studi epidemiologici classici, il Dipartimento Politiche Antidroga con la collaborazione scientifica dell'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, recentemente, ha promosso per la comunità scientifica un metodo alternativo per la stima dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione, non più basato su fattori soggettivi ma fondato su riscontri oggettivi. Il metodo utilizza una nota caratteristica di queste sostanze: una sostanza stupefacente, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metabolita/i dal consumatore. Le escrezioni biologiche, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono essere campionate e i residui delle sostanze essere misurati. Le concentrazioni ottenute consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze stupefacenti da parte della popolazione servita dal depuratore. Il metodo consente quindi di fare un test

collettivo delle urine agli abitanti di una città. Il metodo preserva l'anonimato non essendo in grado di identificare chi ha fatto uso di sostanze, ma solo di misurare quante sostanze stupefacenti vengono collettivamente utilizzate dalla popolazione. Questa metodologia è stata applicata per la prima volta negli anni 2005 (mese di dicembre) e 2006 (mesi di marzo-aprile) nella città di Milano, tramite analisi delle acque del depuratore di Milano Nosedo.

Edizioni dello studio AquaDrugs

Nel 2010, il Dipartimento Politiche Antidroga, ha promosso uno studio pilota (AQUA DRUGS Pilota), realizzato dall'Istituto Mario Negri, i cui risultati hanno consolidato l'ipotesi di applicazione di tale approccio allo studio del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana. Nel corso di questo studio sono state identificate otto città campione; i consumi di sostanze in tali città sono stati studiati sia a livello della popolazione generale che della popolazione scolastica per una settimana, mediante campionamenti di acque reflue in ingresso ai principali depuratori urbani e ai collettori in uscita di edifici scolastici di istruzione superiore.

Nel biennio 2011-2012 il Dipartimento Politiche Antidroga ha promosso due nuove edizioni dello studio, estendendolo, rispetto al 2010, ad ulteriori 4 centri urbani di grandi dimensioni (Perugia, Pescara, Cagliari, Bari) e 5 centri urbani identificati in ambiti minori (Merano, Gorizia, Terni, Nuoro, Potenza). La mappa presentata in Figura I.1.74 fornisce la localizzazione geografica di tutti i centri selezionati che coprono l'intero territorio nazionale.

Figura I.1.74: Centri italiani selezionati per il progetto AquaDrugs. Anni 2011-2012

17 centri partecipanti allo studio AquaDrugs nel biennio 2011-2012

Fonte: Studi AquaDrugs 2011-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Metodologia di rilevazione e sostanze analizzate

Ai fini dello svolgimento dello studio a livello nazionale, per ciascun centro urbano selezionato sono stati individuati i depuratori municipali più opportuni per l'effettuazione di campionamenti rappresentativi. Inoltre, per ciascuna città, è stato identificato il periodo temporale più adatto per la realizzazione dei campionamenti. In particolare, sono stati prelevati campioni compositi delle 24 ore di acque reflue in ingresso a ciascun depuratore municipale selezionato, per sette giorni consecutivi, mentre, in corrispondenza di ciascuna scuola, sono stati prelevati campioni compositi delle acque reflue in orario scolastico, per cinque o sei giorni consecutivi. I campioni sono stati congelati immediatamente dopo il prelievo per prevenire la degradazione delle sostanze da misurare e sono stati trasportati congelati fino all'Istituto Mario Negri dove è avvenuta l'analisi. L'analisi dei campioni in laboratorio ha permesso di misurare le concentrazioni dei residui specifici per ciascuna delle principali sostanze stupefacenti. In particolare sono stati misurati i livelli di benzoilecgonina (BE) per la cocaina, del

metabolita THC-COOH per la cannabis, dei metaboliti morfina e 6-acetilmorfina per l'eroina e delle sostanze parentali per amfetamina, metamfetamina, e MDMA (ecstasy).
Le diverse sostanze sono state misurate mediante tecniche di spettrometria di massa (HPLC-MS/MS), e la concentrazione dei residui target ha consentito di risalire ai quantitativi e alle dosi mediamente consumate da parte della popolazione.

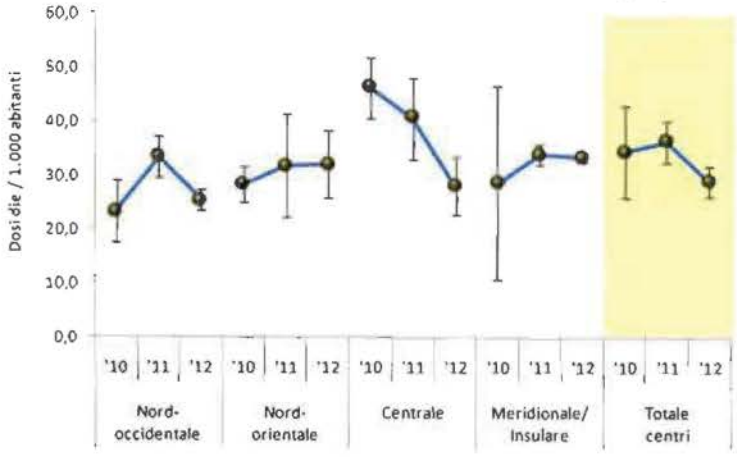
Confronto tra le rilevazioni del 2010, 2011 e 2012

Per operare un confronto diretto tra i consumi rilevati, sono state calcolate le dosi totali che sono state poi normalizzate per il numero di abitanti afferenti a ciascun depuratore analizzato. Sono stati quindi riportati i valori medi settimanali delle dosi/giorno/1.000 abitanti, ad eccezione della ketamina, per la quale, considerate le esigue concentrazioni riscontrate, la standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno. Nelle figure seguenti sono rappresentati i confronti tra i consumi ottenuti nelle campagne di rilevazione degli ultimi tre anni (2010-2012), differenziando gli otto centri urbani in comune secondo l'area geografica di appartenenza.

Nel 2012 il consumo più consistente di cannabis, mediamente circa 33,3 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti (Figura I.1.75), è stato rilevato nell'Italia meridionale/insulare, in aumento rispetto al dato medio riscontrato nel 2010 (28,5 dosi/die/1.000 ab.), ma in linea con il dato del 2011 (33,8 dosi/die/1.000 ab.). In generale, nei 17 centri urbani oggetto di rilevazione, si osserva una contrazione dei consumi di cannabis nel 2012 rispetto allo stesso periodo di rilevazione del 2011 e del 2010. Andamenti differenziati si osservano nelle varie aree geografiche, con tendenza all'incremento dei consumi nell'Italia settentrionale e meridionale/insulare tra 2010 e 2012, a fronte di una consistente contrazione dei consumi rilevata nell'area del centro Italia (46,2 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2010 contro 28,1 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2012).

Generale contrazione dei consumi di cannabis nell'ultimo anno rilevabile nelle acque reflue

Figura I.1.75: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di CANNABIS rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



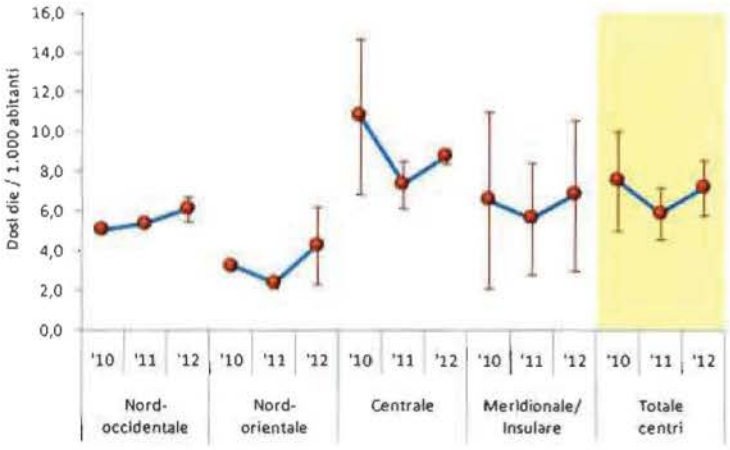
Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Per quanto riguarda la cocaina (Figura I.1.76), dopo un generale calo dei consumi registrato nel 2011 rispetto alla rilevazione del 2010 (7,6 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2010 contro 5,9 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2011), nell'ultimo anno il consumo di cocaina subisce una variazione, attestandosi ai livelli del 2010 pari a circa 7,2 dosi giornaliere per 1.000 residenti negli otto centri oggetto di studio. Rispetto alle aree geografiche, oscillazioni marcate nel triennio si osservano nell'area nord-orientale (3,2 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 vs

2,4 dosi/die/1.000 ab. nel 2011 vs 4,3 dosi/die/1.000 ab. nel 2012) e nell'area centrale (10,8 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 vs 7,4 dosi/die/1.000 ab. nel 2011 vs 8,8 dosi/die/1.000 ab. nel 2012).

Figura I.1.76: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di COCAINA rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.

Oscillazioni dei consumi di cocaina nell'ultimo triennio

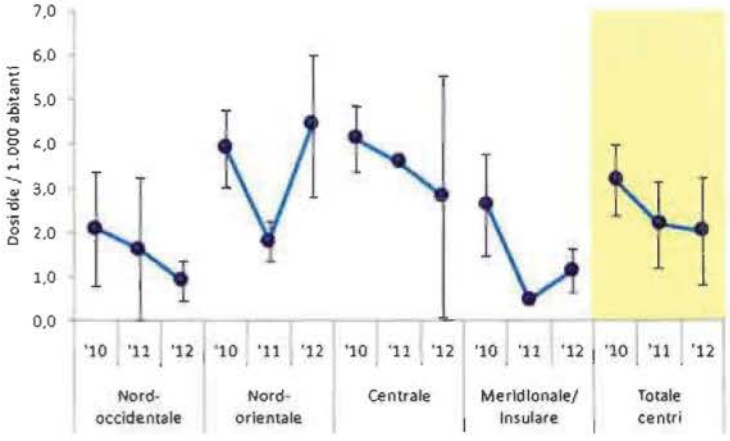


Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consumi più contenuti si osservano per l'eroina rispetto alle precedenti sostanze (Figura I.1.77), con concentrazioni medie osservate nel 2011 pari a circa 2 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti, in forte contrazione rispetto al dato registrato nel 2010 (3,2 dosi/die/1.000 ab.). Nel 2012, invece, il consumo di eroina rimane sostanzialmente stabile, nonostante nell'area nord-orientale si osserva una forte variabilità nel triennio considerato (3,9 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2010 contro 1,8 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2011 contro 4,4 dosi giornaliere per 1.000 residenti nel 2012) .

Figura I.1.77: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di EROINA rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.

Continua diminuzione dei consumi a livello Nazionale dell'eroina con tendenza all'aumento solo nell'Italia nord-orientale



Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

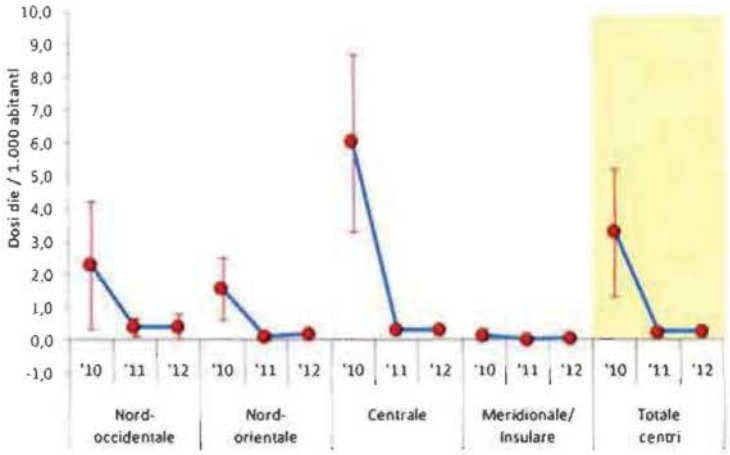
Una consistente contrazione nei consumi di metamfetamine si osserva nel 2011 rispetto alla rilevazione dell'anno precedente (Figura I.1.78), con concentrazioni quasi nulle di residui riscontrati nei campioni analizzati, ad indicazione di un possibile "abbandono" dell'uso della sostanza da parte dei consumatori, da

ricercare eventualmente nel passaggio all'uso di altre sostanze. La contrazione maggiore si osserva nell'Italia centrale, con concentrazioni medie pari a 6 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2010 contro 0,3 dosi/die/1.000 abitanti nel 2011). Nel 2012, infatti, i consumi di questa sostanza non subiscono sostanziali variazioni in tutti i centri oggetto di studio, mantenendosi agli stessi livelli del 2011.

Figura I.1.78: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di METAMFETAMINE rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.

Diminuzione dal 2010 dei consumi di metamfetamine

Nel 2012 i consumi non subiscono variazioni rispetto al 2011

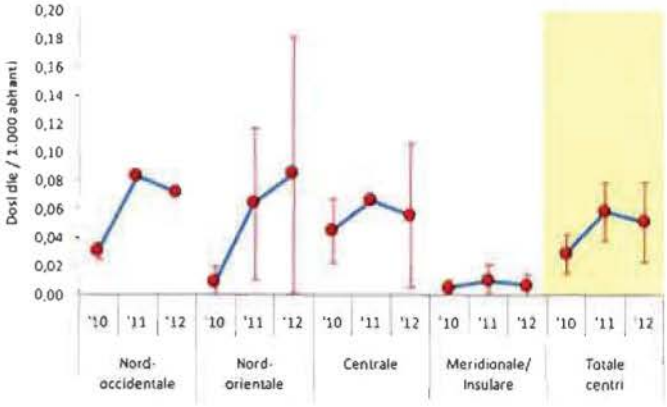


Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Tra le sostanze ricercate nelle acque reflue, sono state rilevate esigue concentrazioni di MDMA, più comunemente nota come Ecstasy (Figura I.1.79). In generale, dopo un lieve aumento riscontrato nel 2011 (0,03 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2010 contro 0,06 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti nel 2011), nel 2012 si osserva una sostanziale stabilità (0,05 dosi/die/1.000 abitanti). Una tendenza opposta a tutte le altre aree geografiche si osserva nell'Italia nord-orientale, caratterizzata da un trend in aumento delle concentrazioni di MDMA nei tre anni di rilevazione (da 0,01 dosi/die/1.000 ab. nel 2010 a 0,08 dosi/die/1.000 residenti).

Figura I.1.55: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di MDMA (ECSTASY) rilevate nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.

Stabilità dei consumi di MDMA (ecstasy) nell'ultimo anno rispetto al 2011

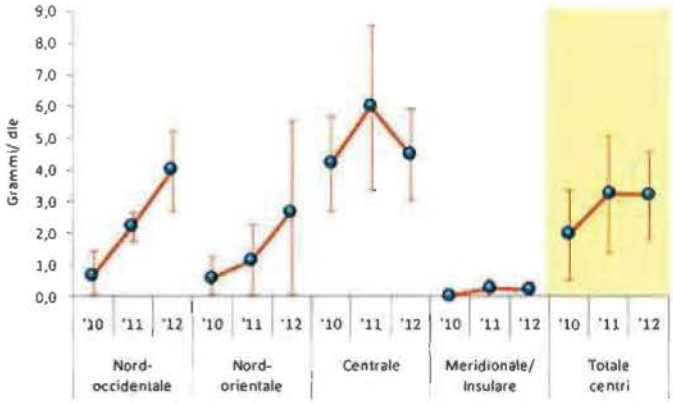


Fonte: Studi AquaDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Per quanto riguarda la ketamina, la cui standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno, dopo un generale aumento dei consumi registrato nel 2011 (1,96 grammi/die nel 2010 contro 3,24 grammi/die nel 2011), nell'ultimo anno il consumo resta sostanzialmente stabile, attestandosi a 3,22 grammi/die (Figura I.1.80).
Consumi quasi nulli si osservano nell'Italia meridionale/insulare, a differenza di concentrazioni più elevate registrate nelle altre aree geografiche, in aumento nell'Italia settentrionale dal 2010 al 2012: per l'area nord-occidentale da 0,7 g/die nel 2010 a 4 g/die nel 2012, mentre per l'Italia nord-orientale da 0,6 g/die nel 2010 a 2,6 g/die nel 2012.

Lieve aumento dei consumi di ketamina solo nell'Italia settentrionale nel periodo 2011-2012

Figura I.1.56: Distribuzione dei grammi/die di KETAMINA rilevati nel triennio 2010-2012 e corrispondenti intervalli di confidenza, per area geografica.



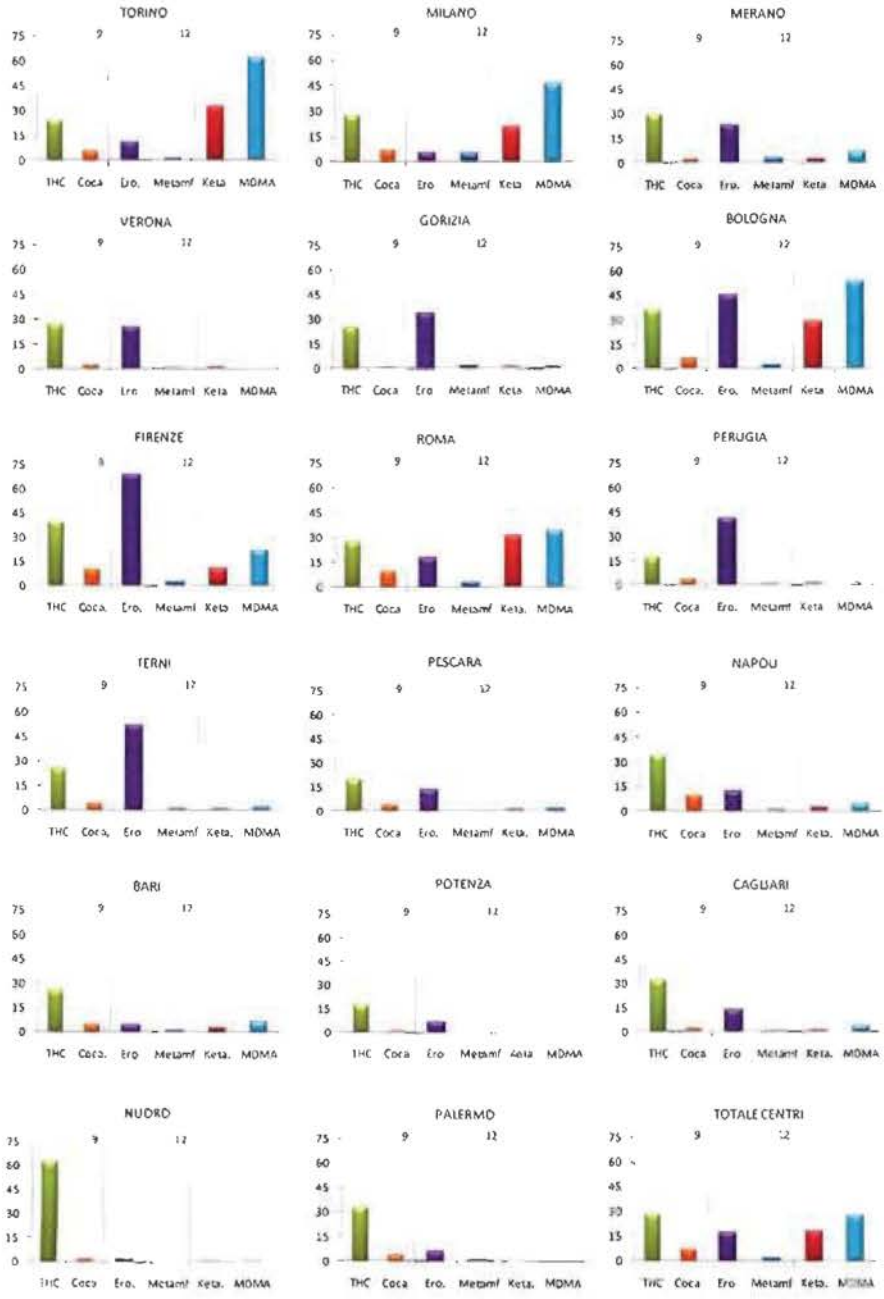
Fonte: Studi AqueDrugs 2010-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro

Con riferimento alla campagna di rilevazione 2012, nella Figura I.1.81 sono rappresentati i relativi profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti per ciascun centro e nel totale. Al fine della rappresentazione congiunta di tutte le sostanze per centro di rilevazione, garantendo nel contempo una visualizzazione efficace della differenziazione dei consumi, nello stesso grafico sono state rappresentate differenti scale di misura dei consumi di sostanze. Nel dettaglio, per i consumi di cannabis (THC) e cocaina è stata adottata la scala riferita al numero medio di dosi al giorno per 1.000 residenti (da 0 a 75 dosi/die per 1.000 abitanti), per l'eroina e le metamfetamine è stata utilizzata una scala con la stessa unità di misura ma con un intervallo inferiore (da 0 a 9 dosi/die per 1.000 residenti), infine per l'ecstasy e la ketamina è stata scelta l'unità di misura del numero di grammi al giorno, più rappresentativa delle dosi per queste sostanze, con intervallo di valori da 0 a 12 grammi/die).
Dal prospetto di sintesi emerge che, oltre alla presenza di cannabis comune a tutti i 17 centri indagati, i centri appartenenti all'area geografica dell'Italia nord-orientale (Verona, Bologna, Merano, Gorizia) e centrale (Roma, Firenze, Perugia, Terni) sono caratterizzati da un'alta concentrazione di eroina, decisamente minore nei centri urbani delle altre aree geografiche.
Il consumo di ketamina sembra interessare maggiormente l'Italia settentrionale e l'area centrale, con Torino capofila (5,1 grammi/die) seguito da Roma (4,9 grammi/die), Bologna (4,4 grammi/die) e Milano (3,2 grammi/die). Contrariamente, concentrazioni pressoché nulle si osservano invece nelle città dell'Italia meridionale/insulare (Napoli, Cagliari, Pescara, Bari, Potenza, Nuoro e Palermo).
Consumi più elevati di cocaina si rilevano a Firenze, Napoli e Roma (circa 9 dosi/giorno/1.000 abitanti), seguite da Milano, Torino, e Bologna (5-6 dosi/giorno/1.000 residenti).

Consumi di ecstasy più elevati si osservano nelle città di Torino (9,6 grammi/die), Milano (7,1 grammi/die) e Bologna (8,4 grammi/die), seguite da Roma e Firenze con concentrazioni dai 3 ai 5 grammi/die.

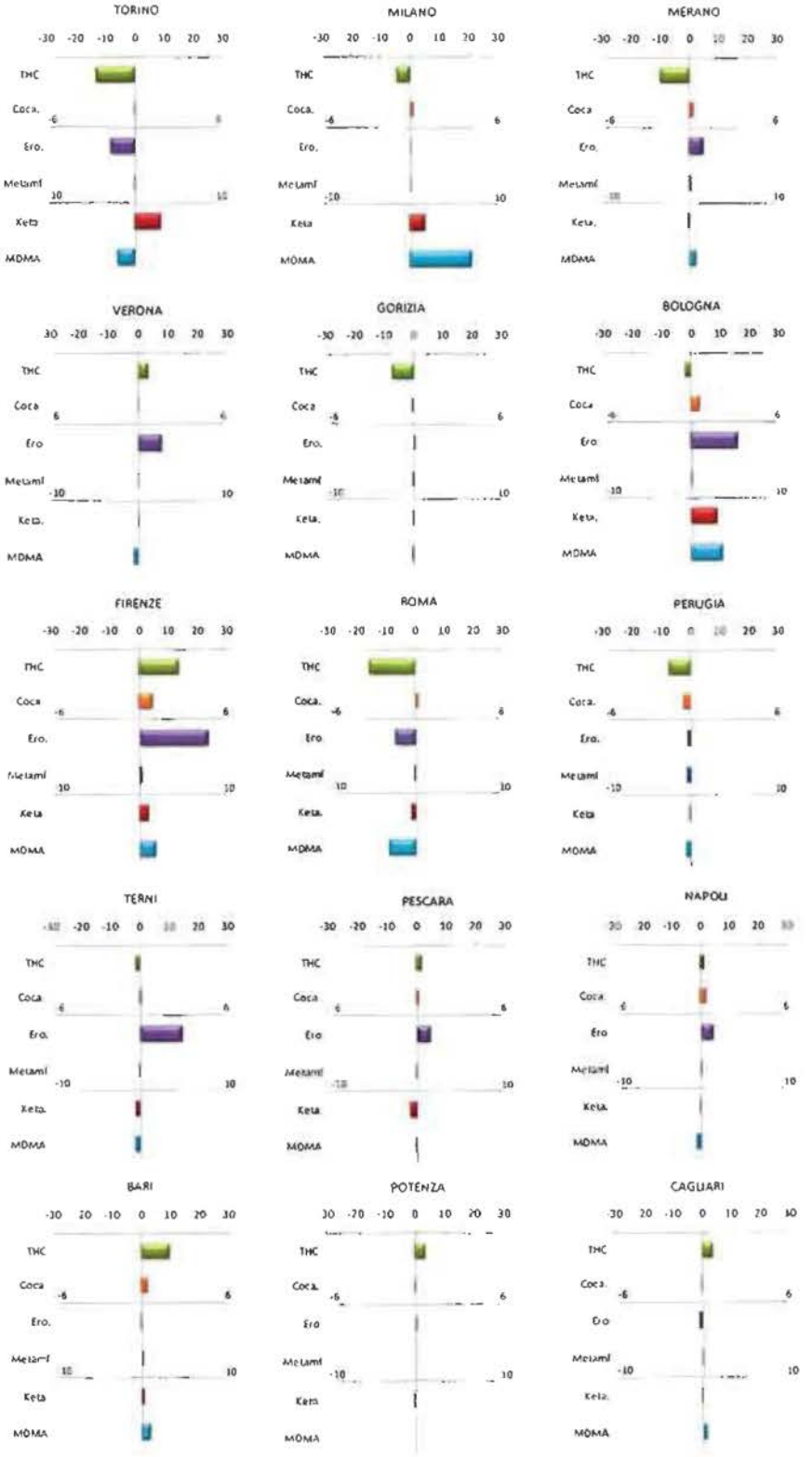
Figura I.1.81: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti stimate mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per la campagna 2012, per tipo di centro.



Fonte: Studio AquaDrugs 2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

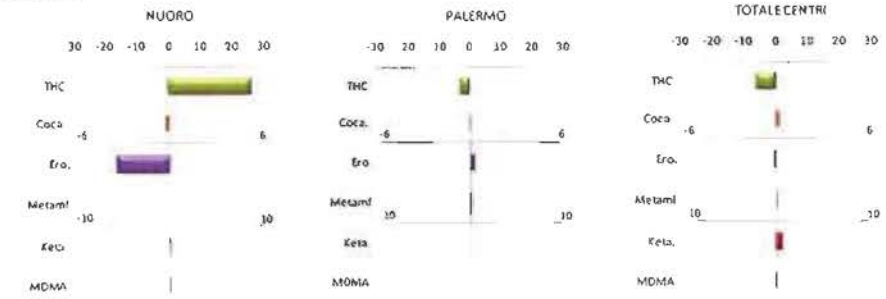
Con riferimento alle campagne di rilevazione degli ultimi due anni, in concordanza con quanto mostrato nella figura precedente, in Figura I.1.82 sono rappresentati gli scostamenti, in valore assoluto, dei consumi di sostanze stupefacenti rilevati nel 2011 e nel 2012, per ciascun centro e nel totale.

Figura I.1.57: Scostamento dei consumi di sostanze stupefacenti stimato mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per le campagne 2011-2012, per tipo di centro.



continua

continua



Fonte: Studi AqueDrugs 2011-2012 – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Scostamenti dei consumi di sostanze stupefacenti tra il 2011 ed il 2012

Dal prospetto emerge che, per quanto riguarda la cannabis, l'incremento maggiore si osserva nella città di Nuoro, +25,7 dosi/giorno/1.000 abitanti rispetto al 2011, seguita da Firenze (+13,6 dosi/giorno/1.000 abitanti nel 2012). Al contrario, i centri che subiscono contrazioni maggiori sono Roma (-15,8 dosi/giorno/1.000 abitanti), Torino (-13 dosi/giorno/1.000 abitanti) e Merano (-9,7 dosi/giorno/1.000 abitanti). In generale, osservando il totale dei centri, il consumo di cannabis subisce una contrazione pari a 6,1 dosi/giorno/1.000 abitanti rispetto alla campagna di rilevazione del 2011.

Complessivamente, per tutte le altre sostanze non si osservano notevoli variazioni rispetto al 2011, tranne che per alcuni centri. In particolare, nella città di Firenze si rileva un aumento di tutte le sostanze indagate, con scostamenti anche elevati (+13,6 dosi/giorno/1.000 abitanti per la cannabis, +4,9 dosi/giorno/1.000 abitanti per l'eroina, +4,6 dosi/giorno/1.000 abitanti per la cocaina).

Per quanto riguarda le metamfetamine, lo scostamento maggiore si osserva nella città di Perugia (-0,28 dosi/giorno/1.000 abitanti, anche se in generale la differenza tra le due campagne di rilevazione per questa sostanza risulta minima.

Il consumo di ketamina sembra interessare maggiormente l'Italia settentrionale, dove si registrano aumenti dei consumi nel 2012, con Torino capofila (+3 grammi/die) seguito da Bologna (+2,9 grammi/die), e Milano (+1,7 grammi/die).

Consumi di ecstasy più elevati rispetto al 2011 si osservano nelle città di Milano (+7,1 grammi/die) e Bologna (+3,6 grammi/die); al contrario, la città in cui si osserva una contrazione più marcata dei consumi di ecstasy risulta Roma (-3,1 grammi/die).

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.2.

SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO

I.2.1. Prevalenza da fonti sanitarie

I.2.1.1. Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento per uso di oppiacei e cocaina

I.2.2. Prevalenza da fonti non sanitarie

I.2.2.1. Stime di prevalenza di utilizzatori di cocaina e cannabis

PAGINA BIANCA

I.2. SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO

PDU – Problem Drug Users

Oltre agli indicatori sul consumo di stupefacenti nella popolazione generale e scolastica, che appartengono al set di indicatori per il monitoraggio del fenomeno delle tossicodipendenze da parte dell'Osservatorio Europeo di Lisbona, particolare importanza viene dedicata anche ai consumatori di sostanze che, in relazione al loro stato di salute, avrebbero necessità di affidarsi alle cure del servizio sanitario, parte dei quali iniziano o hanno iniziato un percorso terapeutico - riabilitativo, altri invece sono ancora sconosciuti ai servizi di cura. Tale contingente di persone viene identificato a livello europeo con l'acronimo PDU – Problem Drug Users – e rappresenta un'altro degli indicatori chiave oggetto di monitoraggio da parte dell'Osservatorio Europeo.

Soggetti in trattamento: solo una parte del problema

Nel corso degli anni i gruppi di esperti dell'Osservatorio Europeo di Lisbona hanno condiviso una definizione di uso problematico di sostanze psicoattive[1] definendo anche le metodologie di stima del totale della popolazione che presenta tali caratteristiche. Le metodologie sviluppate, sfruttando al massimo l'informazione acquisita sulla quota di utilizzatori che vengono intercettati dai servizi di trattamento o da altre agenzie preposte al contrasto o alla riabilitazione in un determinato arco temporale, permettono di quantificare l'entità numerica dei soggetti utilizzatori problematici, già conosciuti o totalmente sconosciuti, che non sono stati censiti nel periodo di tempo considerato. Tutte le metodologie di stima proposte cercano di sfruttare al meglio l'informazione disponibile e si adattano al livello di dettaglio con cui tale informazione viene rilasciata (aggregata o a livello analitico), che provenga da più fonti o da una soltanto, modellando matematicamente il processo di generazione dei dati disponibili.[2]

Nuove metodologie di stima

Le tendenze attuali del mercato e dell'uso hanno suggerito di riconsiderare la definizione e i metodi di stima, nati quando l'uso frequente di sostanze che evolveva in bisogno di trattamento era soprattutto legata all'uso di alcune sostanze specifiche ed il policonsumo era praticamente assente. Il gruppo di esperti, che lavorano con l'Osservatorio Europeo sull'indicatore PDU, non ha ancora raggiunto un consenso su una nuova definizione, ma concorda sulla necessità di non restringere la definizione a tipologie specifiche di sostanze e basarla soprattutto sugli stili di vita e sulla frequenza di uso nell'ultimo anno[3]. Anche i metodi di stima saranno rivisti e integrati e si concorda, in particolare, sul fatto che i metodi di cattura-ricattura da fonti diverse, che hanno dato ottimi risultati per la stima dei consumatori di eroina e oppiacei con bisogno di trattamento, non sono affidabili per la stima dei consumatori di cocaina e stimolanti, né, tanto meno, di cannabis. Per gli stessi motivi l'utilizzo del metodo dell'indicatore multiplo non è più adeguato per il consumo di altre sostanze differenti dagli oppiacei. A livello internazionale, si presentano sempre più spesso applicazioni di metodi di cattura-ricattura da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato o quelli basati sull'analisi dei tempi tra catture consecutive[4].

Fonti informative

L'applicazione di tali metodi sui flussi informativi nazionali si presta con particolare affinità ai dati rilevati dal Ministero dell'Interno ed in particolare dal Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le

---

[1] Per uso problematico di sostanze, nella classica definizione in corso di revisione, è da intendersi il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine.

[2] Per una descrizione dei diversi metodi si vedano le linee guida europee all'indirizzo http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html

[3] Occorre tener presente che ogni anno vengono introdotte sul mercato nuove sostanze, principalmente chimiche, i cui effetti non sono noti e che vengono poi analizzate e inserite via via nelle tabelle delle sostanze controllate.

[4] Si veda ad esempio: Mascioli F. e Rossi C. (2008). *Capture-recapture methods to estimate prevalence indicators for evaluation of drug policies*. Bulletin on Narcotic Drugs, 1, Issue LX, 5-25.

risorse strumentali e finanziarie, relativi alle segnalazioni ex-art. 75 DPR 309/90 per possesso di stupefacenti ad uso personale, in particolare cannabis e cocaina. Per il calcolo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di assistenza per uso di oppiacei, i dati sono attinti dal flusso informativo del Ministero della Salute, relativi all'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze e dalle Amministrazioni Regionali e Provinciali, che attraverso gli osservatori regionali hanno fornito le stime del coefficiente moltiplicatore dell'utenza con bisogno di trattamento per oppiacei, derivante dall'applicazione del metodo cattura-ricattura da fonti diverse applicato a livello locale: flusso utenti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) e flusso dei ricoveri ospedalieri avvenuti in regime ordinario o diurno (Schede di Dimissione Ospedaliere – SDO).

Tabella I.2.1: Stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per tipo di sostanza. Anni 2011-2012

Sintesi dei soggetti con bisogno di trattamento

Sostanze	Anno 2011		Anno 2012		Fonti
	Soggetti	Prevalenza x 1.000 ab	Soggetti	Prevalenza x 1.000 ab	
Eroina	193.000	4,8	174.000	4,5	Ministero Salute
Cocaina	108.800(1)	2,7	105.500(2)	2.6	Ministero Interno
Cannabis	166.000(1)	4,2	159.000(2)	4,0	Ministero Interno
Totale	467.800	11,7	438.500	11,0	

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno
(1) Flusso dati Ministero Interno anno 2011 (2) Flusso dati Ministero Interno anno 2012

Flusso informativo SIND

Utilizzando le differenti metodologie di stima descritte in precedenza secondo le differenti sostanze d'abuso, in Tabella I.2.1. sono sintetizzati i valori dei contingenti di soggetti con bisogno di trattamento, maggiormente dettagliati nei successivi paragrafi. Il valore della stima del moltiplicatore, ottenuto secondo i criteri indicati nel paragrafo I.2.1.1, viene applicato all'utenza in trattamento per uso primario di oppiacei presso i servizi per le dipendenze. Come indicato nel capitolo I.3. del 2012 (su dati 2011) è stato introdotto il nuovo flusso informativo sull'utenza assistita presso i servizi per le dipendenze (SIND), basato su informazioni individuali per singolo assistito e non più su dati aggregati come in precedenza. L'introduzione del nuovo flusso informativo ha creato quindi una discontinuità con il passato, che da un lato consente una rilevazione più accurata dell'utenza assistita dai servizi riducendo il problema dei doppi conteggi di un soggetto assistito in più servizi, dall'altro lato influenza anche l'indicatore PDU dei soggetti con bisogno di trattamento per uso primario di oppiacei.
Nel contempo anche le stime calcolate sui dati provenienti dal Ministero dell'Interno, in seguito ai ritardi di notifica, non sono aggiornate al 2012, ma al 2010, sebbene siano stati introdotti criteri di correzione per rendere le stime più affidabili. Stante questi presupposti, i dati stimati per l'anno 2012 sull'indicatore PDU, evidenziano una tendenza alla contrazione dei soggetti con bisogno di trattamento per uso di sostanze stupefacenti.

I.2.1. Prevalenza da fonti sanitarie

I.2.1.1 Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento per uso di oppiacei

Per stimare la popolazione dei possibili utenti in trattamento per uso regolare, di lunga durata o iniettivo di oppiacei, in virtù della caratteristica di maggior omogeneità di questa popolazione di soggetti rispetto ai soggetti assuntori di altre sostanze illecite, è stato utilizzato il metodo del moltiplicatore semplice riportato nelle linee guida dell'Osservatorio Europeo.

Il valore del moltiplicatore è ottenuto combinando i valori a livello locale, stimati nel 2012, per le regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria (ASL di Cosenza e ASL di Reggio Calabria), Puglia (ASL di Bari), Sicilia (ASL di Palermo, ASL di Siracusa, ASL di Enna e ASL di Ragusa), Veneto (ASL di Verona) e l'area metropolitana di Bologna; undici stime locali disponibili.

174.000 tossicodipendenti stimati in Italia per uso di oppiacei, 4,5 per mille (15-64 anni)

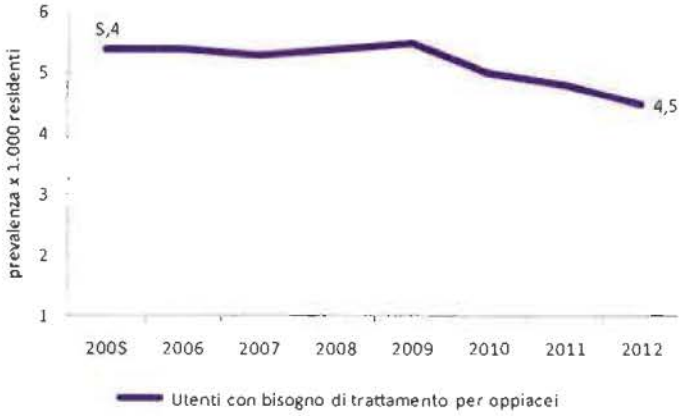
Per il 2012 si stimano in Italia circa 174.000 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per uso primario di oppiacei, corrispondenti a una prevalenza di 4,5 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Gli intervalli di confidenza al 95%, stimati con il metodo bootstrap e dovuti solo alle fluttuazioni statistiche, hanno ampiezza complessiva di circa 53.000 soggetti, variando quindi da un minimo di circa 147.000 soggetti ad un massimo di circa 200.000 soggetti circa.

Rispetto al 2011, la stima della popolazione con bisogno di trattamento per uso primario di oppiacei è diminuita di circa 20.000 unità, principalmente dovuto all'aggiornamento dei sistemi informativi legati alla raccolta dati, come indicato in precedenza.

L'andamento temporale delle stime di prevalenza conferma una sostanziale stabilità dal 2005 al 2009, del contingente di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei, con una tendenza alla diminuzione nell'ultimo triennio, in parte imputabile alla maggior intercettazione dei soggetti con bisogno di assistenza dalle strutture del servizio sanitario nazionale (Figura I.2.1), ed in parte imputabile all'introduzione del nuovo sistema informativo.

Figura I.2.1: Prevalenze stimate per mille residenti di età 15-64. Anni 2005-2012



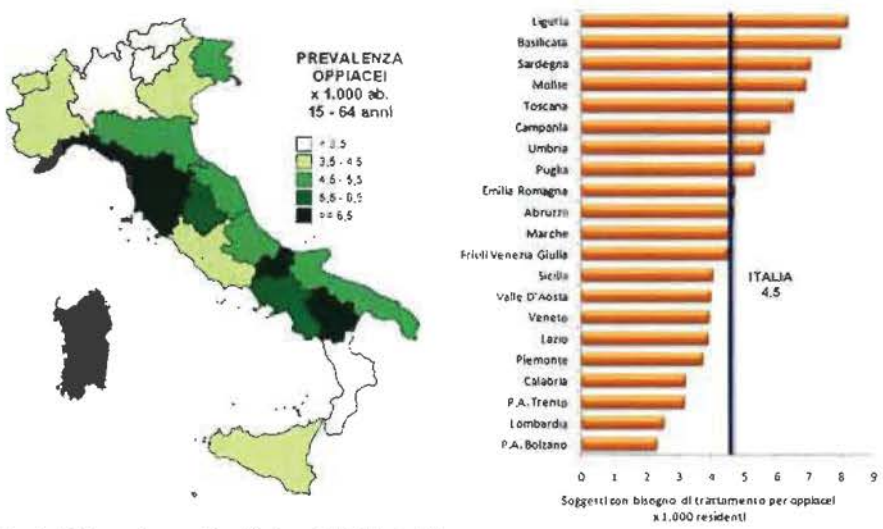
Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Forti differenziazioni tra regioni

L'analisi delle stime a livello regionale (Figura I.2.2), evidenzia che le aree in cui si calcola la prevalenza più elevata sono la Liguria (8,2 casi per mille residenti), la Basilicata (8,0 casi per mille residenti) e la Sardegna (7,1 casi per mille residenti). Le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa sono la Provincia Autonoma di Bolzano (2,3 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni), la

Lombardia (2,6 casi per mille residenti) e la Provincia Autonoma di Trento (3,2 casi per mille residenti).

Figura I.2.2: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2012



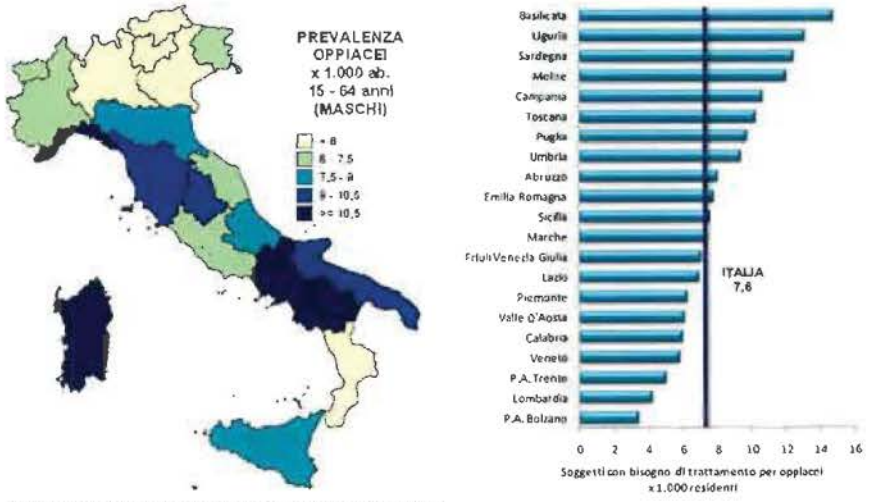
Bisogno di trattamento per oppiacei
Le regioni più colpite: Liguria, Basilicata e Sardegna

Le regioni meno colpite sono: PA Bolzano, Lombardia, P.A. Trento

Fonte: Elaborazione su flussi informativi Ministeriali

Per quanto riguarda le stime dei soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei per genere, si osservano valori sensibilmente più elevati per i maschi rispetto alle femmine (7,6 vs 1,4 soggetti ogni 1.000 residenti 15-64 anni), con differenze nei due profili della distribuzione delle prevalenze regionali. Tra le regioni con maggior popolazione maschile che avrebbe necessità di trattamento, figurano la Basilicata, la Liguria, e la Sardegna, mentre tra le regioni in cui il fenomeno è meno interessato, compaiono le stesse indicate per il profilo complessivo, in considerazione della maggior consistenza di utenti di genere maschile che prevale su quella femminile (Figura I.2.3).

Figura I.2.3: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti maschi con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2012



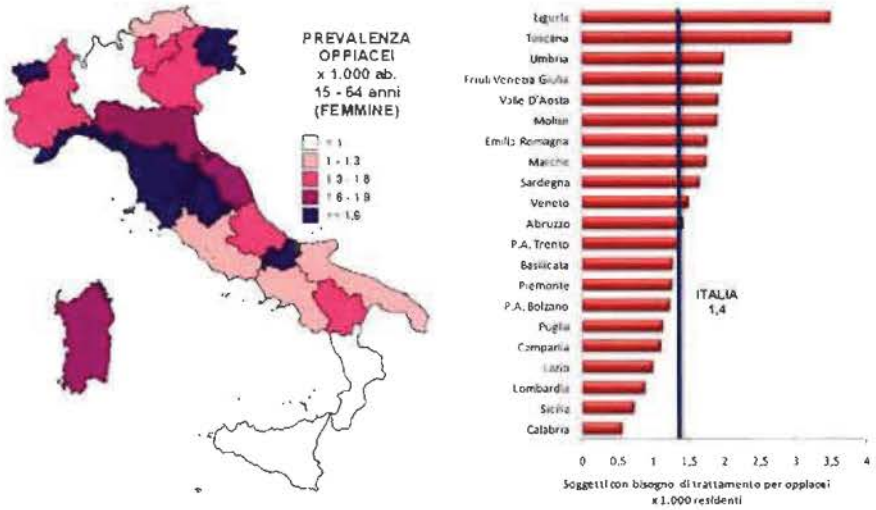
Bisogno di trattamento specifico per oppiacei nei maschi (15-64 anni): Basilicata, Liguria, Sardegna

Le regioni meno colpite sono: PA Bolzano, Lombardia, P.A. Trento

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

La distribuzione della popolazione femminile con bisogno di trattamento per oppiacei (Figura I.2.4), evidenzia un maggior consumo di oppiacei tra la popolazione femminile in Liguria, tale da stimare un bisogno di assistenza del 3,5 persone ogni 1.000 residenti di età 15-64 anni. Ai vertici della graduatoria figurano anche le Regioni Toscana, Umbria e Friuli Venezia Giulia; mentre le Regioni meridionali (Calabria, Sicilia, Campania e Puglia), la Lombardia ed il Lazio sembrano essere meno interessate dal fenomeno nella popolazione femminile.

Figura I.2.4: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di donne con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2012



Bisogno di trattamento per oppiacei nelle donne (15-64 anni) Le regioni più colpite: Liguria, Toscana e Umbria

Le regioni meno colpite risultano: Calabria, Sicilia e Lombardia

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Tabella I.2.2: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per eroina secondo il genere. Anno 2012

Regione	Maschi	Femmine	Totale
Abruzzo	8,0	1,4	4,7
Basilicata	14,7	1,3	8,0
Calabria	5,9	0,6	3,2
Campania	10,6	1,1	5,8
Emilia Romagna	7,8	1,8	4,8
Friuli Venezia Giulia	7,1	2,0	4,5
Lazio	6,9	1,0	3,9
Liguria	13,1	3,5	8,2
Lombardia	4,2	0,9	2,6
Marche	7,4	1,8	4,6
Molise	12,0	1,9	6,9
P.A. Bolzano	3,4	1,2	2,3
P.A. Trento	5,0	1,4	3,2
Piemonte	6,3	1,3	3,7
Puglia	9,7	1,1	5,3
Sardegna	12,5	1,7	7,1
Sicilia	7,6	0,7	4,1
Toscana	10,2	3,0	6,5
Umbria	9,4	2,0	5,6
Valle D'Aosta	6,1	1,9	4,0
Veneto	5,8	1,5	4,0
Totale	**7,6**	**1,4**	**4,5**

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Criticità metodo cattura-ricattura a 2 fonti

Come descritto in precedenza, la metodologia utilizzata fin'ora per la stima dell'utenza con bisogno di trattamento per oppiacei è denominata cattura-ricattura. In particolare è stato utilizzato il modello cattura-ricattura a due fonti informative, impiegando il flusso di utenti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) ed il flusso dei ricoveri ospedalieri avvenuti in regime ordinario o diurno (Schede di Dimissione Ospedaliere – SDO). Secondo la letteratura, le assunzioni sottostanti tale metodologia sono le seguenti: (a) la popolazione oggetto di studio viene definita "chiusa", in altri termini nessun cambiamento è possibile durante il periodo di studio; (b) ciascuna lista deve essere omogenea, in altre parole le probabilità di cattura sono identiche per tutti gli individui della popolazione; ed infine (c) le liste devono essere mutualmente indipendenti.

Applicando il metodo cattura-ricattura a due fonti spesso l'assunzione (c) risulta violata, portando così a stime con validità discutibile[5]. In particolare, se gli utenti in carico presso i Ser.T. per sostanza primaria d'uso oppiacei avessero una probabilità maggiore di essere ricoverati presso le strutture ospedaliere, la stima risultante dal modello cattura-ricattura a due fonti sarebbe sovrastimata. Pertanto, se sussiste una qualsiasi dipendenza tra le fonti di dati analizzate, la stima dell'indicatore PDU con questa metodologia potrebbe essere imprecisa. Purtroppo, le relazioni tra i flussi di dati spesso non sono note a priori, perciò la validità delle stime ottenute mediante il metodo cattura-ricattura a due fonti sono spesso discutibili.

A tale proposito, per ovviare a questa problematicità, è possibile applicare la stima del metodo cattura-ricattura a tre o più fonti informative. In questo modo le informazioni presenti nel flusso aggiuntivo utilizzato possono essere impiegate per esaminare eventuali relazioni tra le fonti di dati, e se queste risultano presenti, la stima della dimensione totale della popolazione nascosta può essere corretta di conseguenza.

Metodo cattura-ricattura a 3 fonti

Al fine di correggere e confrontare la stima dell'utenza con bisogno di trattamento per oppiacei calcolata mediante il metodo cattura-ricattura a due fonti informative, è stato applicato il modello cattura-ricattura a tre fonti utilizzando i dati provenienti da un servizio per le tossicodipendenze campione partecipante alla raccolta dati. Il flusso informativo aggiuntivo impiegato per la stima è relativo agli accessi al pronto soccorso che non hanno esitato in ricovero (soggetti di età compresa tra i 15 ed i 64 anni compiuti) e che presentano almeno un codice ICD-9-CM 2007 per uso di oppiacei in diagnosi principale o secondaria.

Con le informazioni raccolte dall'incrocio dei tre flussi informativi è possibile inserire nel modello eventuali interazioni esistenti. Utilizzando questa metodologia, la stima del numero di utilizzatori di oppiacei non intercettati dai servizi di trattamento o da altre agenzie preposte al contrasto o alla riabilitazione è risultata pari a circa 330 tossicodipendenti, portando ad un valore totale stimato di utilizzatori problematici di oppiacei pari a circa 1.070 soggetti. Al contrario, il modello cattura-ricattura a due fonti stima 380 utilizzatori di oppiacei non intercettati dai servizi, con un totale di utilizzatori problematici di oppiacei pari a circa 1.120 soggetti.

---

[5] European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Methodological Guidelines to Estimate the Prevalence of Problem Drug Use on the Local Level*. Lisbon: EMCDDA, December 1999.

Criticità del modello cattura-ricattura a 3 fonti

Questa metodologia è stata applicata con successo in molti studi condotti a livello Europeo, ad esempio nel Regno Unito[6-7], in Spagna[8] ed in Francia[9]. Come riportato in uno studio inglese[7], e come precedentemente descritto, il modello cattura-ricattura a due fonti è semplice da applicare, non richiede molte informazioni ed è facile desumere se e quali assunzioni sono violate (ad esempio, la non indipendenza dei campioni esaminati). Tuttavia, questo modello introduce errori (bias) nel calcolo delle stime della popolazione nascosta. D'altra parte, i modelli più sofisticati che utilizzano più di due campioni (ad esempio cattura-ricattura a tre fonti) possono fornire una migliore rappresentazione della popolazione nascosta ma richiedono più informazioni. Tali modelli possono, tuttavia, fornire stime della popolazione nascosta instabili, in quanto piccoli cambiamenti nel modello possono provocare ampie fluttuazioni nelle stime (intervalli di confidenza ampi).

Vari metodi per la stima della prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti vengono descritti nella letteratura scientifica. È importante sapere che non esiste un metodo "migliore" tra quelli descritti, in quanto la metodologia più attendibile da utilizzare dipende dal tipo di informazioni di cui si dispone e dalla qualità dei flussi informativi utilizzati per la stima. È chiaro che la stima della prevalenza del consumo di droga non può essere affrontata esaminando un numero ristretto di fonti di dati o utilizzando un'unica metodologia.

I.2.2. Prevalenza da fonti non sanitarie

I.2.2.1 Stime di prevalenza di utilizzatori di cocaina e cannabis

Modello di Poisson troncato

Come detto i metodi di cattura-ricattura da fonti diverse, che hanno dato ottimi risultati per la stima dei consumatori di eroina e oppiacei con bisogno di trattamento, non sono affidabili per la stima dei consumatori di cocaina e stimolanti, né, tanto meno, di cannabis pertanto a livello internazionale, si presentano sempre più spesso applicazioni di metodi di cattura-ricattura da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato .

Con questo metodo è, però, possibile avere stime di popolazioni che possono essere prese come proxy di quella di interesse.

Per stimare le popolazioni di consumatori di cocaina e di cannabis, è stato utilizzato l'archivio del Ministero dell'Interno ed in particolare dal Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie, relativi alle segnalazioni ex-art. 75 DPR 309/90 per possesso di stupefacenti ad uso personale, in particolare cannabis e cocaina.

Le stime della popolazione sono state ottenute utilizzato il modello di Poisson troncato e calcolando gli stimatori di Horvitz Thompson, Chao e Zelterman e i relativi intervalli di confidenza.

La popolazione di riferimento è costituita da due sottopopolazioni: gli individui segnalati per la prima volta nell'anno preso in considerazione, gruppo "Nuovi segnalati" e quelli già segnalati in anni precedenti (recidivi), gruppo "Già segnalati". L'esiguo numero di ricatture, non permette di ottenere stime affidabili

---

[6] Hay, G., and McKeganey, N. (1996) *Estimating the prevalence of drug misuse in Dundee, Scotland: An application of capture-recapture methods*. Journal of Epidemiology and Community Health, 50:469-472

[7] Frischer, M. (1992) *Estimated prevalence of injecting drug-use in Glasgow*. British Journal of Addiction, 87:235-243.

[8] Domingo-Salvany, A., Hartnoll, R. L., Maguire, A., et al. (1995) *Use of Capture-Recapture to Estimate the Prevalence of Opiate Addiction in Barcelona, Spain, 1989*. American Journal of Epidemiology, 141:567-574.

[9] Bello, P.-Y., and Chêne, G. (1997) A capture-recapture study to estimate the size of the addict population in Toulouse, France In EMCDDA Scientific Monograph Series, Number 1, *Estimating the prevalence of problem drug use in Europe*. EMCDDA, Lisbon

per i consumatori di sostanze diverse dalla cannabis e dalla cocaina. Inoltre, il numero esiguo di ricatture per la popolazione femminile, non permette di effettuare una analisi di genere per cui si procede con la stima della popolazione totale. Occorre tener presente che la popolazione che si va a stimare non è la popolazione totale dei consumatori di una certa sostanza, ma solo quelli che sono a rischio di essere segnalati ai sensi dell'art.75 che, in base a valutazioni precedenti sui luoghi di segnalazione[10], si stima siano circa il 38% della popolazione totale per la cannabis e ancora meno (circa il 30%) per la cocaina.
Per entrambe le sottopolazioni dei consumatori, Nuovi e Già segnalati, sono state calcolate, quindi, le stime stratificate per ripartizione geografica di segnalazione e sostanza di uso primaria, cannabis o cocaina, per l'anno 2010.
Per le caratteristiche proprie delle due popolazioni, è possibile utilizzare le stime della dimensione del fenomeno relativo alle segnalazioni, al fine di evidenziare aspetti diversi. In particolare, la popolazione dei soggetti già segnalati può essere assunta come popolazione che stima l'uso di sostanze con bisogno di trattamento, mentre la popolazione dei nuovi segnalati può essere utilizzata, unitamente all'informazione sull'età di primo uso, per stimare l'incidenza, sebbene la prevalenza nelle classi di età più giovani si possa già considerare una stima di incidenza.
Come si può osservare, l'introduzione nelle analisi della ripartizione geografica di segnalazione, produce un valore maggiore della stima relativa alla numerosità del totale della popolazione di interesse, rispetto alla stima nazionale ottenuta senza stratificare per ripartizione geografica. Questa è una caratteristica del metodo ed evidenzia come tutte queste stime siano in realtà dei valori sottostimati, dato che non si possono introdurre informazioni importanti come il sesso e l'età, che aumenterebbe la numerosità stimata della popolazione di consumatori.

Tabella I.2.3: Stime di Zelterman per la numerosità delle popolazioni di consumatori di cannabis, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2010.

Area geografica	Totale segnalati	Consumatori Cannabis (Zelterman)		
		Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)
Nuovi segnalati				
Italia nord/orientale	3.138	60.057	46.724	73.390
Italia nord/ occidentale	5.210	125.686	101.497	149.874
Italia centrale	4.763	174.520	131.519	217.521
Italia meridionale e insulare	8.811	110.024	98.099	121.949
Totale	21.922	470.287	377.839	562.734
Stima senza ripartizione	21.922	395.313	363.035	427.591
Già segnalati in anni precedenti				
Italia nord/orientale	848	8.568	5.853	11.283
Italia nord/ occidentale	1.567	22.745	16.474	29.016
Italia centrale	954	15.174	9.577	20.771
Italia meridionale e insulare	3.739	20.561	18.193	22.930
Totale	7.108	67.048	50.097	84.000
Stima senza ripartizione	7.108	54.177	48.955	59.399

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

[10] Si veda la presentazione all'indirizzo: http://www.urbandrugpolicy.com/en/catalogue/detail/6/175/-

Si aggiunge, inoltre, che i dati risentono molto del ritardo di notifica: le segnalazioni nel periodo 2011-2012 non sono complete quindi consideriamo il 2010 come l'anno più attendibile ipotizzando che in quell'anno il totale indicato debba essere incrementato del 5% per arrivare al numero di segnalazioni reale. Ne deriva che anche le stime finali andranno aumentate del 5%.

Se si correggono le stime degli utilizzatori di cannabis utilizzando l'informazione sulla proporzione di popolazione a rischio di segnalazione (38%) e del ritardo di notifica (5%), si ottiene, a livello nazionale un totale consumatori già segnalati in anni precedenti che, prendendo il valor medio tra i risultati ottenuti applicando le tre metodologie proposte si attesta a 189.000 soggetti circa, con una variabilità delle stime che oscilla da un minimo di 143.000 ad un massimo 234.000 consumatori. Considerando che questi sono i soggetti che vengono segnalati da più anni, è possibile considerare questa popolazione come relativa a soggetti utilizzatori di cannabis con bisogno di trattamento. C'è da ricordare che un numero non trascurabile utilizza, oltre alla cannabis, anche altre sostanze.

Stima dei consumatori di cannabis con bisogno di trattamento: circa 189.000 soggetti 15-64 anni

Tabella I.2.4: Stime di Horvitz-Thompson, Zelterman e Chao per la numerosità delle popolazioni di consumatori di CANNABIS, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza. Anno 2010.

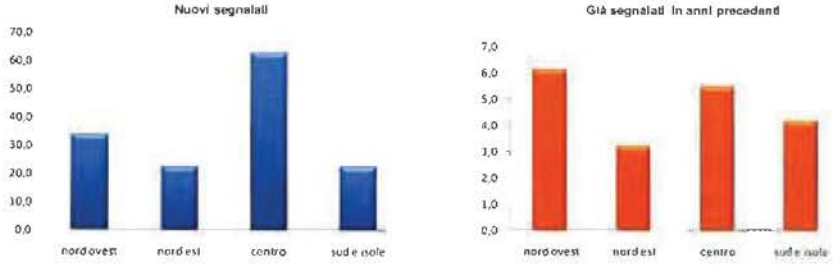
	Consumatori Cannabis				
	segnalati	Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)	Stima corretta
Nuovi segnalati					
Horviz Thompson	21.922	481.244	390.043	572.445	1.329.754
Zelterman	21.922	470.287	377.839	562.734	1.299.476
Chao	21.922	470.486	380.876	560.096	1.300.027
Già segnalati in anni precedenti					
Horviz Thompson	7.108	70.596	54.116	87.076	195.068
Zelterman	7.108	67.048	50.097	84.000	185.265
Chao	7.108	67.198	51.330	83.065	185.678

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Considerando i consumatori di cannabis nel 2010 nel complesso del territorio nazionale è stata stimata una prevalenza di 33,03 nuovi soggetti segnalati per 1.000 residenti di età 15 – 64 anni, e di 4,8 soggetti già segnalati ogni mille residenti di età 15 – 64 anni

Stime di prevalenza dei soggetti segnalati ai sensi dell'art.75 per cannabis

Figura I.2.5: Stima di "Nuovi" consumatori e consumatori "Già segnalati" di Cannabis (media di Stime di Horvitz-Thompson, Zelterman e Chao), per ripartizione geografica. (casi x 1.000 abitanti di età 10-64 anni). Anno 2010.



Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

L'Italia centrale presenta la prevalenza maggiore, con valore pari a 62,6 per mille residenti, nel gruppo "Nuovi" e di 5,48 nel gruppo "Già segnalati", (Figura I.2.5) in quest'ultimo gruppo la prevalenza maggiore è assegnata al nord ovest con una prevalenza di 6,11 per mille.

Si stima una maggior prevalenza tra i consumatori di cannabis del nord ovest e centro

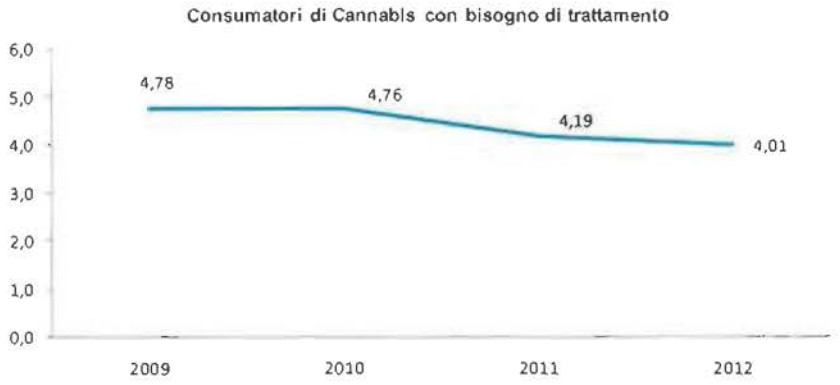
Attraverso il trend delle segnalazioni è possibile stimare anche per il 2011 e il 2012 le popolazioni dei "Nuovi" consumatori e consumatori "Già segnalati". Come detto, correggendo le popolazioni dei segnalati in base al ritardi di notifica e al tasso di segnalazione (per la cannabis 38%) si può stimare anche per il 2011 e 2012 la popolazione dei consumatori di cannabis con bisogno di trattamento e le relative prevalenze su mille abitanti. Poiché si tratta di popolazioni stimate sulla base di un trend di segnalazioni si riportano solo i totali nazionali non ripartiti per area geografica.

Tabella I.2.5: Segnalazioni stimate, Medie di stimatori (Horvitz Thompson, Zeltermann Chao) per la numerosità della popolazione di consumatori di Cannabis e relativi intervalli di confidenza. Anni 2011 e 2012

Totale Italia	Segnalati	Consumatori Cannabis (Media corretta stimatori)			Prevalenza Per mille
		Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)	
Stima Nuovi segnalati					
2011	21.430	919.658	771.728	1.067.588	23,1
2012	19.552	655.914	562.510	749.319	16,5
Stima Già segnalati in anni precedenti					
2011	6.945	165.964	128.807	203.121	4,19
2012	6.493	159.045	117.163	200.927	4,01

Con tali valori è possibile verificare come vari dal 2009 al 2012 la prevalenza dei consumatori di cannabis: se ne denota una diminuzione, seppur lieve sia dei consumatori in valore assoluto che delle prevalenze rispetto alla popolazione.

Figura I.2.6: Trend della prevalenza dei consumatori di Cannabis con bisogno di trattamento (casi x 1.000 abitanti di età 10-64 anni). Anni 2009-2012.



Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Analogamente a quanto fatto per la cannabis, partendo dai soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75 per cocaina e differenziando le due popolazioni in "Nuovi" o "Già segnati" è possibile utilizzare la popolazione dei "Già segnalati" per stimare gli utilizzatori di cocaina con bisogno di trattamento mentre la popolazione dei nuovi segnalati può essere utilizzata per stimare l'incidenza.

Tabella I.2.6: Stime di Zelterman per la numerosità delle popolazioni di consumatori di Cocaina, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2010.

Area geografica	Totale segnalati	Consumatori Cocaina (Zelterman) Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)
Nuovi segnalati				
Italia nord/orientale	582	15.398	6.129	24.668
Italia nord/ occidentale	1.230	34.388	19.764	49.012
Italia centrale	939	48.986	16.677	81.295
Italia meridionale e insulare	1.213	40.874	21.714	60.035
Totale	3.964	139.647	64.284	215.009
Stima senza ripartizione	3.964	130.954	97.322	164.587
Già segnalati in anni precedenti				
Italia nord/orientale	225	2.303	878	3.728
Italia nord/ occidentale	567	6.434	3.804	9.064
Italia centrale	240	7.201	28	14.374
Italia meridionale e insulare	641	15.805	7.042	24.569
Totale	1.673	31.743	11.751	51.735
Stima senza ripartizione	1.673	26.414	19.082	33.746

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Stima dei consumatori di cocaina con bisogno di trattamento: 112.000 soggetti 15-64 anni

Anche per la cocaina è possibile utilizzare il moltiplicatore, sicuramente prudenziale (rischio di segnalazione 30%, ritardo di notifica 5%), per correggere le stime dei consumatori segnalati. Calcolando la media delle stime ottenute con i metodi di Horviz Thompson, Zelterman e Chao, si ottiene la misura dei consumatori di cocaina con bisogno di trattamento pari a circa 112.000 soggetti di età 15-64 anni, con una variabilità individuata dagli intervalli di confidenza oscillante tra i 43.000 e 181.000 soggetti.

Tabella I.2.7: Stime di Horvitz- Thompson, Zelterman e Chao per la numerosità delle popolazioni di consumatori di Cocaina, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza. Anno 2010.

	segnalati	Consumatori Cocaina Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)	Stima corretta
Nuovi segnalati					
Horviz Thompson	3.964	141.628	66.943	216.314	495.700
Zelterman	3.964	139.647	64.284	215.009	488.763
Chao	3.964	139.666	65.839	213.494	488.833
Già segnalati in anni precedenti					
Horviz Thompson	1.673	32.579	12.900	52.258	114.028
Zelterman	1.673	31.743	11.751	51.735	111.101
Chao	1.673	31.761	12.482	51.039	111.162

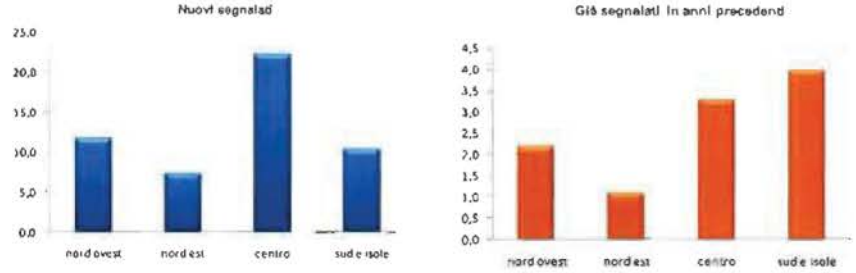
Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Stime di prevalenza dei soggetti segnalati per cocaina

Considerando i consumatori di cocaina nel complesso del territorio nazionale nel 2010 è stata stimata una prevalenza di 12,4 nuovi soggetti segnalati per 1.000 residenti di età 15 – 64 anni, e di 2,8 soggetti già segnalati ogni mille residenti di età 15 – 64 anni.

L'Italia centrale mostra la prevalenza maggiore tra i nuovi soggetti, con prevalenza pari a 22,2 per mille mentre nel gruppo dei "Già segnalati" sono il sud e le isole (prevalenza pari a 3,99 per 1.000 residenti nella fascia di età 15-64) e solo dopo il centro (prevalenza 3,28 per 1.000 residenti nella fascia di età 15-64) ad avere la prevalenza maggiore (Figura I.2.5).

Figura I.2.7: Stima di "Nuovi" consumatori e consumatori "Già segnalati" di Cocaina (media di Stime di Horvitz-Thompson, Zelterman e Chao), per ripartizione geografica. (casi x 1.000 abitanti di età 10-64 anni). Anno 2010.



Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

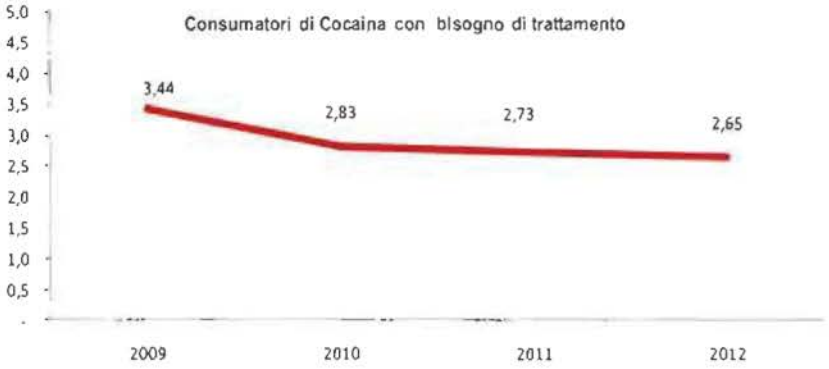
Anche per la cocaina, attraverso il trend delle segnalazioni, è possibile stimare per il 2011 e il 2012 le popolazioni dei "Nuovi" e "Già segnalati". Come detto, correggendo le popolazioni dei segnalati in base al ritardi di notifica e al tasso di segnalazione (30% e 5%) si può stimare la popolazione dei consumatori di cocaina con bisogno di trattamento nel 2011 e 2012 e le relative prevalenze su mille abitanti. Poiché si tratta di popolazioni stimate sulla base di un trend di segnalazioni si riportano solo i totali nazionali non ripartiti per area geografica.

Tabella I.2.8: Segnalazioni stimate, Medie di stimatori (Horvitz Thompson, Zeltermann Chao) per la numerosità della popolazione di consumatori di Cocaina, e relativi intervalli di confidenza. Anni 2011 e 2012.

Totale Italia	Segnalati	Consumatori Cocaina (Media corretta stimatori)			Prevalenza Per mille
		Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)	
Stima nuovi segnalati					
2011	4.776	536.142	290.329	781.955	13,5
2012	5.096	499.011	291.129	706.892	12,5
Stima già segnalati in anni precedenti					
2011	2.112	108.784	61.031	156.537	2,73
2012	2.373	105.439	65.326	145.552	2,65

Con tali valori è possibile verificare come vari dal 2009 al 2012 la prevalenza dei consumatori di cocaina: se ne denota una diminuzione, seppur lieve sia dei consumatori in valore assoluto che delle prevalenze rispetto alla popolazione.

Figura I.2.8: Trend della prevalenza dei consumatori di Cocaina con bisogno di trattamento (casi x 1.000 abitanti di età 10-64 anni). Anni 2009-2012.



Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.3.

SOGGETTI IN TRATTAMENTO

I.3.1. Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)

I.3.2. Caratteristiche degli utenti in trattamento

I.3.2.1. Caratteristiche demografiche

I.3.2.2. Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

PAGINA BIANCA

I.3. SOGGETTI IN TRATTAMENTO

Premesse

Tra gli indicatori epidemiologici per il monitoraggio del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope previsti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, rientra anche l'indicatore della domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator). L'indicatore descrive il profilo delle caratteristiche dei soggetti, che in relazione al loro consumo di sostanze si rivolgono alle strutture sanitarie (servizi per le tossicodipendenze e strutture ospedaliere).
In Italia tale indicatore viene monitorato parzialmente attraverso il flusso informativo previsto dal DPR 309/90 relativo alle attività erogate dai servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.), che raccoglie informazioni aggregate sull'utenza afferente ai servizi, sulle patologie infettive droga-correlate e sulle tipologie di trattamenti erogati dalle unità operative (D.M. 20 settembre 1997).
Con Decreto Ministeriale del 11 giugno 2010 è stato approvato il nuovo flusso informativo sulle dipendenze (SIND) che prevede la raccolta delle informazioni sull'utenza e sulle attività ad essi collegati mediante la rilevazione dei dati anonimi per singolo individuo.
Oltre alle informazioni sull'utenza assistita dai servizi territoriali, attraverso il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), il Ministero della Salute raccoglie dati anagrafici e clinici sui ricoveri ospedalieri erogati dalle strutture ospedaliere, e tra questi figurano anche i ricoveri di soggetti assuntori di sostanze stupefacenti, i cui risultati sono rappresentati nella seconda parte del capitolo.

Fonti informative

Il profilo informativo descritto in questo capitolo è stato predisposto utilizzando flussi provenienti dal Ministero della Salute il quale, attraverso le Regioni e le Province Autonome, acquisisce i dati dai servizi sanitari locali relativi sia all'assistenza dei pazienti presso i servizi territoriali sia presso le strutture ospedaliere.
Il flusso informativo SIND è entrato a regime a decorrere dal primo gennaio 2012, tuttavia allo stato attuale non tutti i servizi hanno inviato i flussi informativi secondo le disposizioni del DM 11 giugno 2010.
I dati di seguito illustrati non rappresentano quindi l'intero collettivo di utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze presenti sull'intero territorio nazionale, bensì una stima, in relazione all'applicazione dell'ipotesi di una domanda di assistenza nel 2012 pari a quella dell'anno precedente per i servizi che nell'anno in corso non hanno adempiuto al debito informativo nei confronti del Ministero della Salute.

I.3.1. Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)

Il decreto SIND

Con Decreto del Ministero della Salute 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" è stato approvato il nuovo flusso informativo su dati individuali, riguardanti i soggetti assistiti dai servizi per le dipendenze delle Regioni e delle Province Autonome.

Finalità della rilevazione dei dati individuali sull'utenza

Secondo le indicazioni riportate nel D.M. 11 giugno 2010, art. 1, comma 1, il sistema informativo nazionale dipendenze, persegue le seguenti finalità:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;

- redazione della Relazione al Parlamento ai sensi dell'art. 131 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e degli altri rapporti epidemiologici esclusivamente composti da dati aggregati derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo, delle Nazioni Unite – Annual Report Questionnaire;
- adeguamento della raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze.

Oggetto di rilevazione del flusso informativo SIND è il singolo assistito

L'oggetto di rilevazione del sistema informativo è il singolo soggetto per il quale sono soddisfatti i seguenti requisiti:

1. accesso al servizio (Ser.T.) o carcere, **e**
2. accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi medica eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze psicotrope (escluso alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera, **e**
3. erogazione di almeno due prestazioni dei gruppi omogenei (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

Secondo tali indicazioni, sono quindi esclusi dal flusso, quei i soggetti in contatto con il servizio, ai quali non siano state erogate prestazioni nell'arco del periodo di riferimento, i soggetti per i quali non sia stata indicata una diagnosi di uso di sostanze stupefacenti e gli utenti assistiti per uso primario di alcool o tabacco o con dipendenza primaria da comportamenti addittivi.

Entrata in vigore del Decreto Ministeriale SIND

Il sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), secondo le indicazioni del Decreto, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012, decadendo di conseguenza la validità del precedente Decreto del 20 settembre 1997. Entro tale termine, quindi, le Regioni e le Province Autonome devono essere provviste di un sistema informativo per la raccolta dei dati individuali dell'utenza assistita dai servizi a partire dalle attività erogate nel 2011.

Analogamente al flusso informativo di dati aggregati (schede ANN e SER), anche il flusso SIND prevede la raccolta di informazioni relative all'anagrafica delle strutture, al personale in servizio presso i servizi per le tossicodipendenze, informazioni circa le attività erogate dai servizi stessi per l'assistenza a tossicodipendenti ed infine i dati anonimi relativi al monitoraggio dell'HIV.

In particolare, il database sulle attività è composto da sei archivi riguardanti le informazioni di seguito riportate:

Gli archivi SIND

- ANAGRAFICA SOGGETTO – contiene i dati anagrafici, occupazione, condizione abitativa, sostanza d'uso, età di primo uso della sostanza e età di primo trattamento dell'utente oggetto della rilevazione per il SIND;
- ESAMI SOSTENUTI – contiene i dati relativi agli esami sostenuti e refertati all'utente oggetto della rilevazione SIND. Per refertato si intende l'esistenza per l'esame di un referto di laboratorio analisi o la trascrizione di un referto di cui l'operatore ha preso visione;
- PATOLOGIE CONCOMITANTI – contiene i dati relativi alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente oggetto della rilevazione SIND, attive nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale;
- DATI CONTATTO – contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell'utente oggetto della rilevazione SIND, all'interno della quale vengono erogate una serie di prestazioni raggruppate in gruppi omogenei;
- SOSTANZE D'USO – contiene i dati relativi alle sostanze d'uso/comportamenti per cui per l'utente oggetto della rilevazione SIND è stato attivato il programma di assistenza;
- GRUPPO PRESTAZIONI OMOGENEE – contiene, per ogni sede di erogazione delle prestazioni (SerT, carcere, comunità), i dati attinenti ai gruppi di prestazioni omogenee relative al contatto aperto.

Trasmissione dati da parte delle Regioni e PP.AA.

Alla data del 24 maggio 2013, l'adeguamento delle Regioni al nuovo flusso informativo non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi parzialmente o totalmente utilizzato, scoperto il debito informativo per alcune Regioni e Province Autonome.
Nella Tabella 1.3.1 è rappresentato il prospetto di sintesi sulla trasmissione del flusso SIND, da parte delle Regioni e delle Province Autonome nel 2012 (su dati 2011) e alla data del 24 maggio 2013 (su dati 2012).

Tabella 1.3.1: Trasmissione archivi SIND da servizi per le dipendenze secondo il D.M. 11 giugno 2010. Anno 2011-2012

	Flusso SIND Anno 2011	Flusso SIND Anno 2012
Abruzzo	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Basilicata	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Calabria	Dati non pervenuti	Trasmissione parziale
Campania	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Emilia Romagna	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Friuli Venezia Giulia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Lazio	Trasmissione parziale	Trasmissione parziale
Liguria	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Lombardia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Marche	Dati non pervenuti	Dati non pervenuti
Molise	Dati non pervenuti	Dati non pervenuti
PA Bolzano	Trasmissione completa	Trasmissione completa
PA Trento	Trasmissione completa	Dati non pervenuti
Piemonte	Trasmissione parziale	Dati non pervenuti
Puglia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Sardegna	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Sicilia	Trasmissione completa	Trasmissione parziale
Toscana	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Umbria	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Valle d'Aosta	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Veneto	Trasmissione completa	Trasmissione completa

Fonte: Ministero della Salute

I.3.2. Caratteristiche degli utenti in trattamento

Tabella I.3.2: Utenti in carico nei Servizi secondo il tipo di trattamento. Anni 2011-2012

Regioni e P.P.A.A.	Utenza 2012			Totale 2011
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Totale	
Abruzzo[1]	643	3.351	3.994	5.762
Basilicata[1]	199	1.205	1.404	1.695
Calabria[2]	938	2.713	3.651	3.651
Campania[1]	2.052	13.885	15.937	18.764
Emilia Romagna[1]	1.919	11.116	13.035	13.470
Friuli Venezia Giulia[1]	636	2.537	3.173	3.371
Lazio[3]	3.725	11.428	15.153	12.456
Liguria[1]	1.028	(*)6.082	7.110	7.262
Lombardia[1]	3.313	14.875	18.188	20.623
Marche[2]	1.003	3.990	4.993	4.993
Molise[2]	267	881	1.148	1.148
Piemonte[1]	1.378	8.369	9.747	11.462
Prov. Aut. Bolzano[1]	88	637	725	755
Prov. Aut. Trento[2]	96	972	1.068	1.068
Puglia[1]	3.179	12.006	15.185	13.180
Sardegna[3]	646	4.840	5.486	6.492
Sicilia[1]	2.577	8.364	10.941	14.555
Toscana[1]	4.367	13.581	17.948	14.314
Umbria[1]	416	2.667	3.083	2.556
Valle d'Aosta[1]	26	247	273	358
Veneto[1]	(*)1.673	(***)10.186	11.859	14.276
Totale	30.169	133.932	164.101	172.211

(1) Dati flusso SIND

(2) Dati schede ANN 2011

(3) Dati aggregati flusso SIND e schede ANN 2011

(*) di cui 100 utenti con genere non noto

(**) di cui 8 utenti con genere non noto

(***) di cui 628 utenti con genere non noto

Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

I.3.2.1 Caratteristiche demografiche

Superiore al 90% l'indice di copertura dell'indagine del flusso informativo del Ministero della Salute

Le informazioni pervenute dal Ministero della Salute, relative ai flussi informativi inviati dai Servizi per le tossicodipendenze regionali e dalle Amministrazioni regionali, integrate con i dati 2011 per le Regioni e Provincie Autonome che non hanno inviato il flusso SIND o lo hanno inviato parzialmente, forniscono un grado di copertura superiore al 90%. Secondo i criteri metodologici descritti in precedenza, la stima della popolazione tossicodipendente assistita nel 2012 risulta pari a 164.101 soggetti.

Di questo contingente di utenza l'89,0% proviene dal nuovo flusso informativo SIND ed il restante 11,0% è stato stimato sulla base dei dati 2011.

Tabella I.3.3: Caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2011-2012

Caratteristiche	2011		2012		Δ %	Diff %
	N	%	N	%		
Tipo di contatto						
Nuovi utenti	33.679	19,6	30.169	18,4	-10,4	-1,2
Utenti già noti	138.532	80,4	133.932	81,6	-3,3	1,2
Totale	172.211	100,0	164.101	100,0	-4,7	-
Genere						
Nuovi utenti Maschi	29.162	86,6	25.420	84,5	-12,8	-2,0
Nuove utenti Femmine	4.517	13,4	4.649	15,5	2,9	2,0
Totale	33.679	100,0	30.069	100,0	-10,7	-
Tasso nuovi utenti per genere						
% Nuovi maschi	19,6		18,3			-1,3
% Nuove femmine	19,3		19,3			0,0
Tasso di prevalenza						
Nuovi utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	0,8		0,8			0,0
Utenti già noti x 1.000 residenti (15-64 anni)	3,5		3,5			0,0
Totale utenti x 1.000 residenti 15-64 anni)	4,3		4,2			-0,1
Età media						
Nuovi utenti	31,6		34,4			2,8
Utenti già noti	35,7		39,4			3,7
Totale	34,9		38,5			3,6

Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

164.101 persone tossicodipendenti in trattamento nel 2012

diminuzione di 1,2 punti percentuali dei nuovi utenti

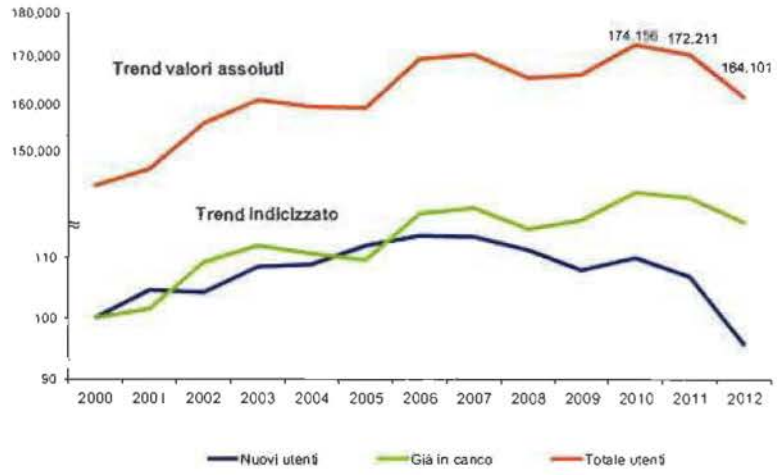
aumenta l'età media degli utenti da 34,9 a 38,5

Dal 2000 al 2006 si è assistito ad un costante aumento delle nuove persone tossicodipendenti (casi incidenti) assistite dalla rete dei servizi pubblici del servizio sanitario nazionale, passando da 31.510 utenti nel 2000 a 35.766 nel 2006; nel triennio successivo (2007-2009) si osserva una fase di calo (35.731 nel 2007, 35.020 nel 2008 infine 33.983 nel 2009) per aumentare nel 2010 a 34.625 riportandosi ai valori osservati nel 2004 (Figura I.3.1). Nell'ultimo biennio si osserva una tendenza alla diminuzione di nuovi utenti in carico passando da 34.625 utenti nel 2010 a 30.169 nel 2012. Tale andamento, osservabile anche per l'utenza già nota ai servizi, in parte è giustificata dai criteri di stima utilizzati, in parte dai differenti flussi informativi considerati ed, infine, dal minor grado di copertura del flusso informativo.

Diminuzione dei nuovi utenti nell'ultimo anno

La prevalenza di utenza dei servizi rispetto alla popolazione residente (utenti per 1.000 residenti) conferma il maggior ricorso ai servizi sanitari da parte dei maschi rispetto alle femmine (7,3 vs 1,2 utenti per 1.000 residenti), differenza particolarmente pronunciata per la nuova utenza (maschi 1,3 per 1.000 residenti, femmine 0,2 per 1.000 residenti).

Figura I.3.1: Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto - Valori assoluti e valori indicizzati (Anno base 2000 = 100) . Anni 2000 - 2012

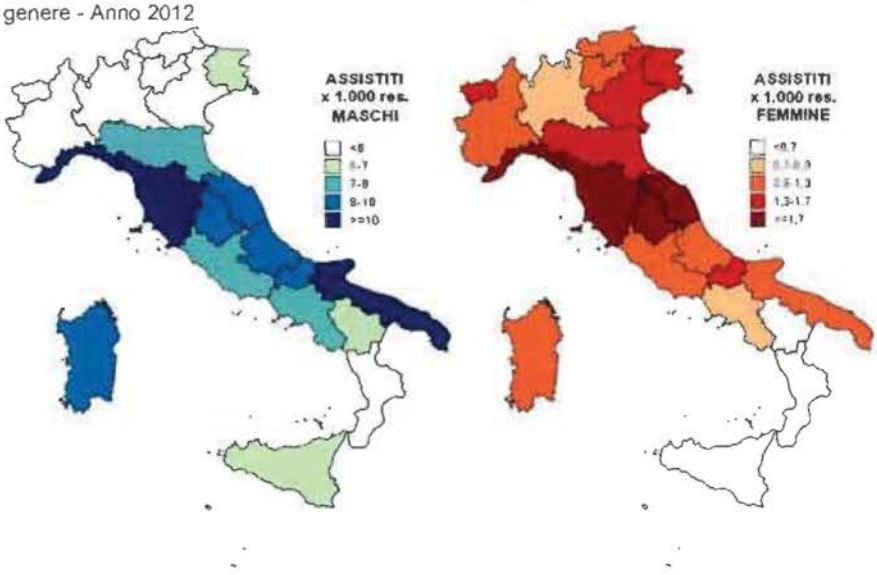


Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

L'85,2% dell'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è di genere maschile, con un rapporto di 5,8 maschi per utente femmina (più bassa tra i nuovi utenti ai servizi rispetto agli utenti già in carico 5,5 vs 5,8).

Maggiore prevalenza di utenti maschi (85,2%)

Figura I.3.2: Utenti per 1.000 residenti secondo la regione a cui afferisce la struttura, per genere - Anno 2012



Minor presenza del genere femminile nelle regioni del sud

Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

La distribuzione a livello regionale della prevalenza di utenti tossicodipendenti (per 1.000 soggetti residenti) assume profili differenziati rispetto al genere degli assistiti: per i maschi si osservano prevalenze di bassa entità rispetto alla media nazionale in Trentino Alto Adige (P.A. Bolzano 3,4 e P.A. Trento 5,0), Lombardia (4,9), Valle d'Aosta (5,1), Calabria (5,2), Veneto (5,7) e Piemonte (5,9); mentre valori massimi si osservano in Toscana (12,1) e in Liguria (11,9). Il fenomeno nella popolazione femminile sembra meno sviluppato in Calabria, Basilicata, Sicilia, Campania, Lombardia e Lazio con valori da 0,5 a 1,0 (donne

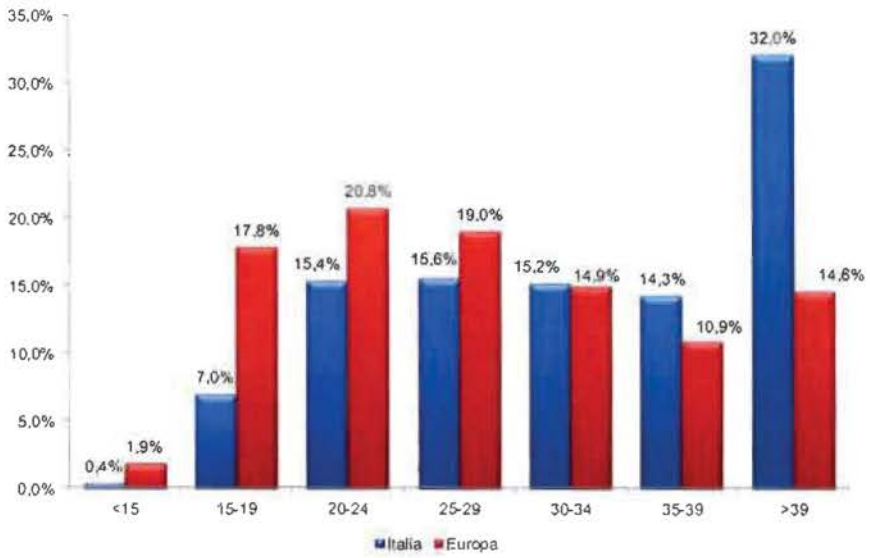
ogni 1.000 residenti), mentre si ha una maggiore diffusione del fenomeno in Liguria (3,0) e Toscana (3,4).

Nuovi casi europei più giovani rispetto agli italiani

I profili della nuova utenza per classi di età, analogamente all'utenza complessiva, si differenziano notevolmente in relazione al contesto geografico di osservazione: i casi incidenti a livello europeo sono mediamente più giovani rispetto agli italiani. Questa differenza può essere in parte dovuta alla definizione che si utilizza per identificare la "nuova utenza": nel caso italiano spesso questo termine indica i soggetti che afferiscono per la prima volta ad una struttura, con la conseguente sovrastima del contingente e della relativa età. Questa distorsione dipende in parte anche dall'applicazione ancora parziale del SIND da parte di alcune regioni.

Figura I.3.3: Percentuale Nuovi utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per classi di età, in Italia (dati 2012) ed in Europa (dati 2010)

Record italiano per utenti in trattamento con età > 35 anni: tendenza alla cronicizzazione



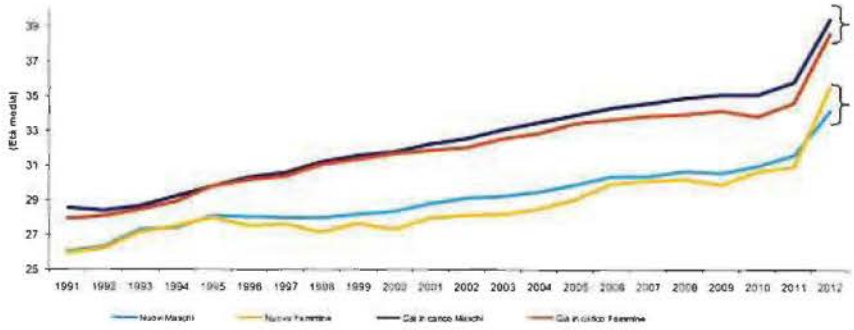
Fonte: Flusso SIND e schede ANN- Ministero della Salute; Bollettino Statistico EMCDDA 2012

Aumento dell'età media di primo accesso ai servizi: da 26 (1991) a 31,6 maschi e 31,0 per le femmine (2011)

Negli ultimi vent'anni l'età media dell'utenza sta progressivamente aumentando sia tra i nuovi utenti che tra quelli già noti, passando in quest'ultimo gruppo da 26 anni per entrambi i generi a 31,0 anni per le femmine e 31,6 anni per i maschi nel 2011. Anche per l'utenza già nota ai servizi il trend dell'età media risulta in continua crescita, con una propensione differente tra i maschi e le femmine, più pronunciate nei primi rispetto alle femmine.

Nell'ultimo anno, tuttavia, l'andamento rappresentato in Figura I.3.4 evidenzia un brusco aumento dell'età media per tutta l'utenza assistita dai servizi (nuovi utenti, utenti già noti, maschi e femmine). Tale risultato non è imputabile a fattori inerenti il fenomeno, quanto all'introduzione del nuovo flusso informativo. Rispetto alle schede ministeriali di dati aggregati (DM 20 Settembre 1997) che prevedevano la rilevazione dell'utenza per classi d'età quinquennali fino a 39 anni e poi per classe di età aperte (oltre 39 anni), il flusso SIND permette la rilevazione esatta dell'età, quindi i criteri di stima utilizzati in precedenza hanno sofferto di un fattore di stima eccessivamente per difetto, contrariamente alle informazioni attualmente disponibili che consentono una stima più accurata dell'età media dell'utenza assistita.

Figura I.3.4: Età media degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto e il genere. Anni 1991 - 2012



Fonte: Flusso SIND e schede ANN- Ministero della salute

I.3.2.2 Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

Per il 30,5% degli utenti non è stata rilevata la sostanza d'abuso principale

Dalle informazioni pervenute al Ministero della Salute, tra le persone complessivamente assistite nel 2012 dai Servizi per le tossicodipendenze territoriali, per il 30,5% (quasi un terzo dell'utenza complessiva) non è stata rilevata la sostanza d'abuso primaria. Di conseguenza, per rendere possibili i confronti con i dati rilevati nel 2011 e con il profilo Europeo del fenomeno, le percentuali sono state calcolate considerando esclusivamente gli assistiti per i quali è nota la sostanza d'uso primario. Fra gli utenti in trattamento nel 2012 il 74,4% è stato assistito per uso primario di oppioidi, seguiti da cocaina (14,8%) e cannabinoidi (8,7%). Rispetto al 2011, si osserva un incremento di 3,8 punti percentuali della diagnosi tossicologica a favore di oppioidi, parallelamente ad un decremento di cocaina e di cannabinoidi rispettivamente di 0,9 e 0,4 punti percentuali.

Tabella I.3.4: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso primario da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2011 - 2012

Sostanze d'abuso primario	2011		2012		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Oppioidi	117.375	70,6	84.938	74,4	-27,6	3,8
Cocaina	26.112	15,7	16.939	14,8	-35,1	-0,9
Cannabinoidi	15.157	9,1	9.921	8,7	-34,5	-0,4
Stimolanti	620	0,4	274	0,2	-55,8	-0,2
Allucinogeni	88	0,1	73	0,1	-17,0	0,0
Psicofarmaci	1.039	0,6	657	0,6	-36,8	0,0
Altre droghe	5.853	3,5	1.325	1,2	-77,4	-2,3
Sostanza non nota	5.967	-	49.974(*)	-	-	-

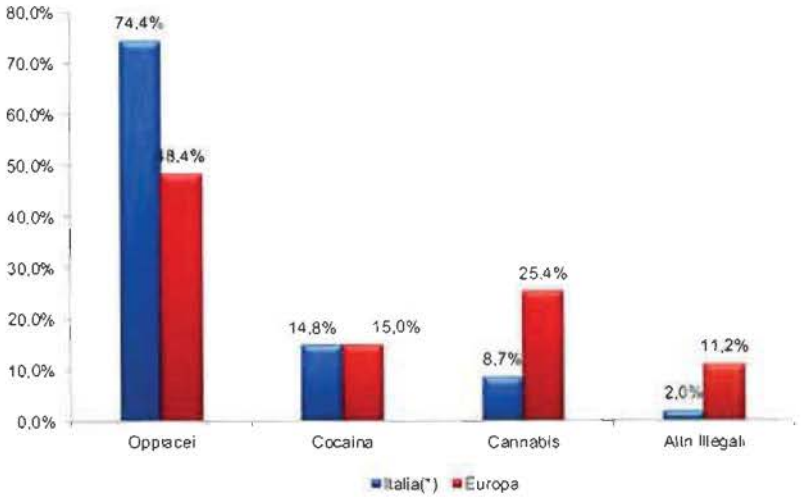
Sostanze primarie maggiormente utilizzate dagli utenti in trattamento: 74,4% oppiacei, 14,8% cocaina, 8,7% cannabis

(*) Di cui 7.278 soggetti anonimi

Fonte: Flusso SIND e schede ANN- Ministero della salute

Rispetto al profilo europeo si osserva un maggior consumo dichiarato di oppiacei, a fronte di livelli simili per la cocaina, e sensibilmente inferiori di cannabis ed altre sostanze, in prevalenza di tipo sintetico (Figura I.3.5).

Figura I.3.5: Utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza d'abuso primaria in Italia (dati 2012) ed Europa (dati 2010)



(*)Percentuale calcolata rispetto al totale di coloro che hanno dichiarato la sostanza di uso primario.

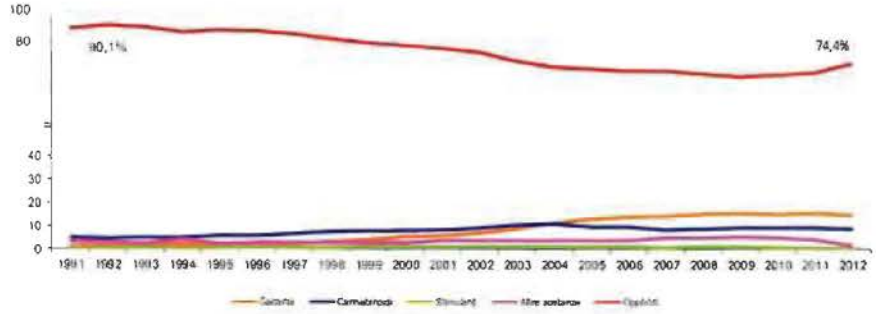
Fonte: Flusso SIND e schede ANN- Ministero della Salute; Bollettino Statistico EMCDDA 2012

Utenti in trattamento per uso di oppiacei: dopo un quinquennio di stabilizzazione passano da circa il 70% al 74,4%

Pur mantenendosi a livelli elevati, la percentuale di assistiti in trattamento per uso primario di oppiacei ha seguito un andamento progressivamente decrescente dal 1991 al 2005 (passando da circa il 90% a 68,9%) per stabilizzarsi su valori attorno al 70% nel quinquennio successivo e passando al 74,4% nel 2012 per effetto dell'introduzione del sistema informativo SIND. Parallelamente all'aumento degli utenti con uso di oppiacei come sostanza primaria, si osserva un lieve decremento degli utenti con consumo di cocaina rispetto al 2011.

Diminuzione degli utenti in trattamento per uso di cocaina

Figura I.3.6: Distribuzione (%) degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza primaria. Anni 1991 – 2012



Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della salute

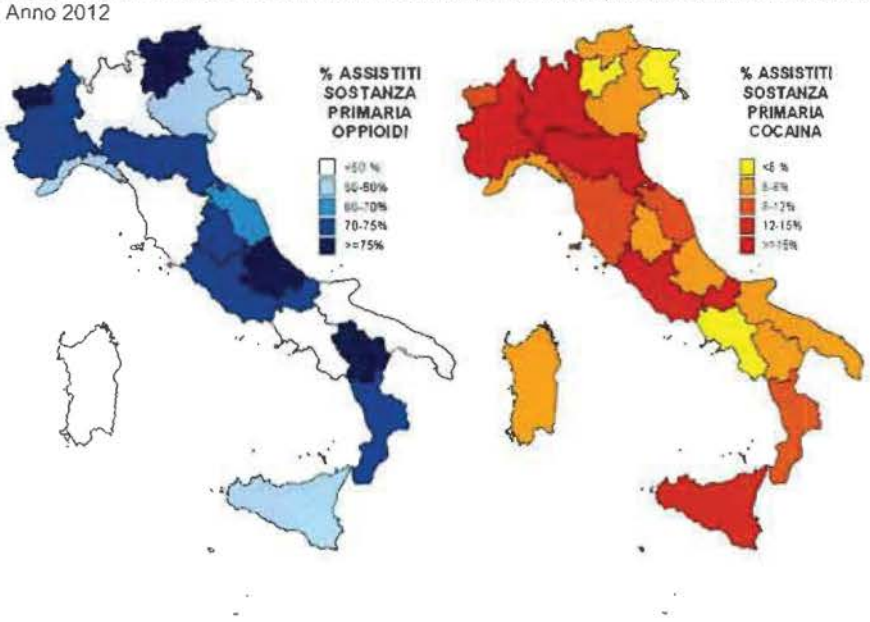
Utenti in trattamento per uso primario di oppiacei

La distribuzione regionale dell'utenza secondo l'uso primario di oppiacei, evidenzia che le regioni con una minore percentuale di utenti per uso primario di queste sostanze stupefacenti sono Campania (24,1%), Puglia (36,0%) e Lombardia (38,9%), mentre le regioni con più alta percentuale di utenti per uso primario di oppiacei sono Trentino Alto Adige (P. A. di Trento 88,7% e P.A. di Bolzano 75,3%), Valle D'Aosta (85,7%), Abruzzo (77,2%) e Basilicata (75,6%).

Per quanto riguarda l'analisi regionale per uso primario di cocaina le regioni con la percentuale più bassa sono Campania (2,2%), Friuli Venezia Giulia (4,7%) e P.A. di Trento (4,8%), mentre le regioni con la più alta percentuale per uso primario di cocaina sono Lombardia (19,1%) ed Emilia Romagna (15,6%).

Utenti in trattamento per uso primario di cocaina

Figura I.3.7: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria di eroina e cocaina. Anno 2012



Regioni con % > di utenti per eroina (sul totale in carico ai Ser.T.): Trentino Alto Adige, Valle d'Aosta, Abruzzo, Basilicata

Regioni con % > utenti per cocaina: Lombardia, Emilia Romagna

Fonte: Flusso SIND e schede ANN- Ministero della salute

Come si vedrà più avanti, il consumo di cannabis e cocaina oltre a destare un continuo e crescente interesse da parte degli assistiti come uso primario, costituisce anche la preferenza da parte degli assistiti che ne fanno un uso secondario.

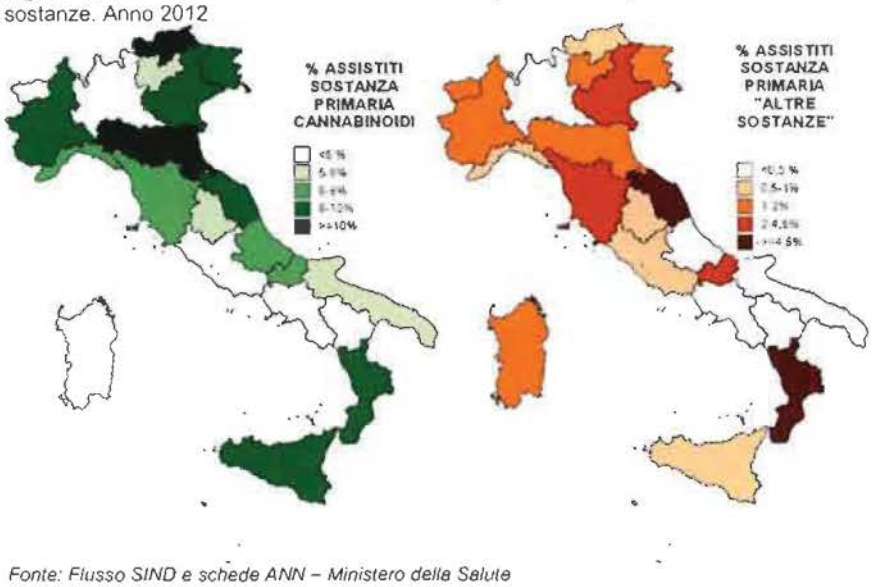
La distribuzione a livello regionale per uso primario di cannabis, evidenzia che, le regioni con una minore percentuale di utenti sono Campania (0,9%), Lombardia (3,1%), Sardegna (3,1%), Basilicata (4,3%), Valle D'Aosta (4,4%) e Lazio (4,6%), mentre le regioni con più alta percentuale di utenti per uso primario di cannabis sono P.A. di Bolzano (16,8%) e Emilia Romagna (10,4%).

Utenti in trattamento per uso primario di cannabis

La percentuale di utenza assistita per uso primario di altre droghe è meno concentrata nelle regioni Campania (0,1%), Lombardia e Puglia (0,3%), Abruzzo (0,45%) e Basilicata (0,50%) mentre le regioni con la più alta percentuale per uso primario di altre droghe sono Calabria (5,0%) e Marche (4,8%).

Utenti in trattamento per uso primario di altre sostanze

Figura I.3.8: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria cannabis e altre sostanze. Anno 2012



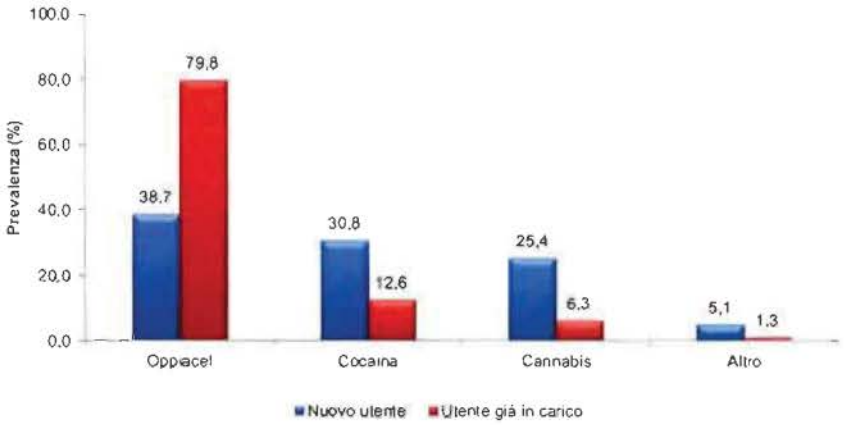
Regioni con % > utenti per cannabis: P. A. Bolzano, Emilia Romagna

Regioni con % > utenti per altre sostanze: Calabria, Marche

Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

Relativamente a questo profilo è utile ricordare che i soggetti che usano queste sostanze difficilmente arrivano ai Servizi per le tossicodipendenze. Quindi, questa percentuale riguarda solo una piccola parte di persone che in realtà utilizzano tali droghe e sono quelle che, probabilmente per gravi complicanze, arrivano ai servizi.

Figura I.3.9: Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo la sostanza d'abuso prevalente. Anno 2012



Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della salute

Particolarmente interessante risulta il profilo del consumo primario di sostanze secondo il tipo di utente. Tra i soggetti assistiti dai Ser.T. in periodi precedenti al 2012, la quota di utenti in trattamento per abuso di oppiacei risulta pari al 79,8%, contro percentuali nettamente più basse sia tra gli utilizzatori di cocaina (12,6%) che di cannabis (6,3%). Anche tra i casi incidenti assume rilevanza la quota di soggetti consumatori problematici di oppiacei seppur con una percentuale nettamente inferiore a quella registrata negli utenti già assistiti (38,7% vs 79,8%); la percentuale di soggetti in trattamento per consumo di cocaina e cannabis, al

contrario dell'utenza già in carico, risulta superiore, rispettivamente, di 18,2 e 19,1 punti percentuali (Figura I.3.9).

Nel 2012 le sostanze d'abuso secondarie più utilizzate risultano essere la cocaina e la cannabis con una percentuale rispettivamente del 30,5% e del 28,5%, in linea con l'anno precedente. Rispetto al 2011, è stato osservato un aumento del consumo secondario di oppiacei (8,3% nell'anno 2011 vs 11,9% nell'anno 2012) e di alcool (14,1% nell'anno 2011 vs 17,9% nell'anno 2012) in parte giustificato dal cambiamento del flusso informativo.

Tabella I.3.5: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso secondario da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2011 - 2012

Sostanze d'abuso secondario	2011		2012		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Oppioidi	10.190	8,3	10.767	11,9	5,7	3,6
Cocaina	37.828	30,9	27.734	30,5	-26,7	-0,4
Cannabinoidi	37.288	30,5	25.863	28,5	-30,6	-2,0
Stimolanti	3.633	3,0	4.269	4,7	17,5	1,7
Allucinogeni	1.022	0,8	1.604	1,8	63,8	1,0
Psicofarmaci	8.632	7,1	2.884	3,2	-66,6	-3,9
Alcol	17.260	14,1	16.263	17,9	-5,8	3,8
Altre droghe	6.422	5,3	1.392	1,5	-78,3	-3,8

Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

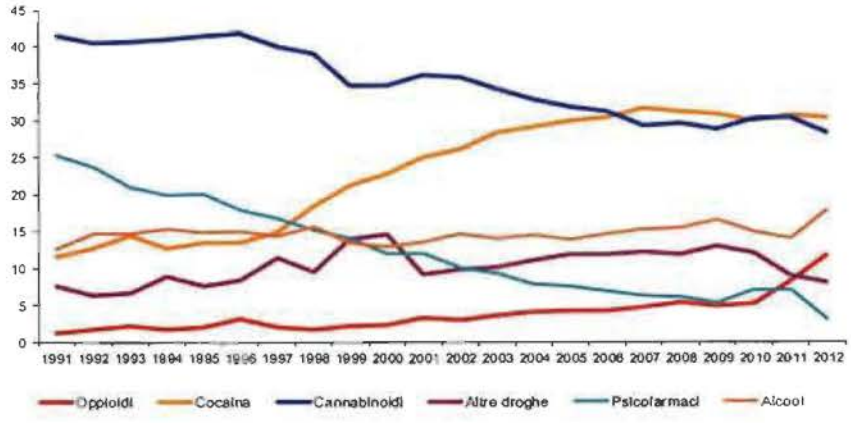
Aumento di oppiacei, stimolanti, allucinogeni, alcool come sostanze secondarie

Diminuzione di cocaina, cannabinoidi psicofarmaci e altre droghe

Fin dal 1997 si è potuto notare un incremento relativo degli utenti con uso di cocaina come sostanza d'abuso secondaria che è passata dal 15% al 32% nel 2007, rimanendo stabile fino al 2009, per diminuire lievemente nel triennio successivo, arrivando al 30,5% nel 2012.

Tra gli utenti in trattamento trend in crescita per uso di oppiacei ed alcool come sostanza secondaria

Figura I.3.10: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza secondaria. Anni 1991 - 2012



Diminuzione dell'uso di psicofarmaci e altre droghe associato alla sostanza primaria

Dal 2007 la sostanza secondaria più usata è la cocaina

Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

L'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa ed in particolare per gli oppiacei evidenzia una lieve diminuzione nell'ultimo anno (60,2% nel 2011 vs. 57,1% nel 2012).

Tabella I.3.6: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso iniettivo da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anno 2010 - 2012

Assunzione per via iniettiva della sostanza	2011		2012		Δ%	Diff%
	N	%	N	%		
Oppioidi	70.630	60,2	48.519	57,1	-31,3	-3,1
Cocaina	3.303	12,6	1.318	7,8	-60,1	-4,8
Cannabinoidi	0	0,0	18	0,2	-	0,2
Stimolanti	3	0,5	4	1,5	33,3	1,0
Allucinogeni	0	0,0	5	6,8	-	6,8
Psicofarmaci	200	19,2	27	4,1	-86,5	-15,1
Altre [illegible] oghe	38	0,6	39	2,9	2,6	2,3
Sostanza non nota	0	-	9	-	-	-

Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

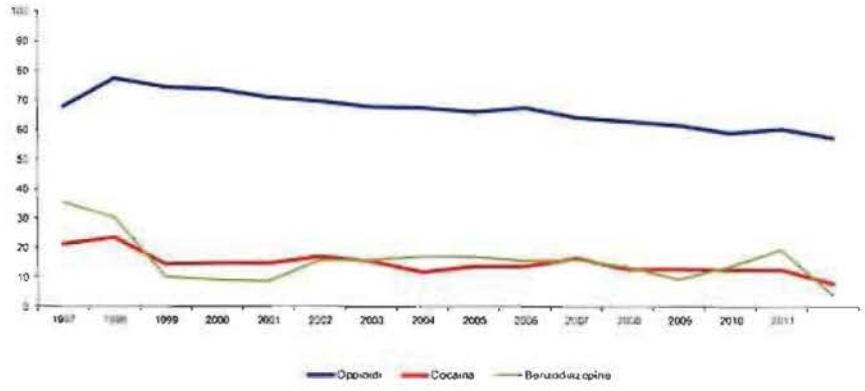
Diminuzione dell'uso iniettivo degli oppiacei e della cocaina

Questa leggera flessione delle persone che hanno dichiarato un uso iniettivo della sostanza primaria nel corso del decennio precedente al 2012 si accompagna probabilmente ad un aumento percentuale di persone che hanno utilizzato droghe come la cannabis, la cocaina e le amfetamine, assunte per vie diverse da quella iniettiva, e per i timori suscitati dal fenomeno AIDS. Nell'ultimo periodo, inoltre, si è modificato anche il profilo di consumo con una tendenza ad utilizzare l'eroina anche per via non iniettiva. Riguardo all'uso iniettivo della cocaina si osserva un trend sostanzialmente stabile, pur con una certa variabilità, attorno al 13% nel 2011 dopo un inizio del decennio in cui tale pratica veniva utilizzata da oltre il 20% dei consumatori di cocaina come sostanza prevalente.

In diminuzione l'uso iniettivo delle sostanze primarie

Inversione di tendenza dell'uso iniettivo di benzodiazepine che, dopo un biennio di crescita, passa dal 19,2% nel 2011 al 4,1% nel 2012, in parte imputabile al flusso informativo.

Figura I.3.11: Andamento dell'uso iniettivo per tipo di sostanza. Anni 1997 - 2012



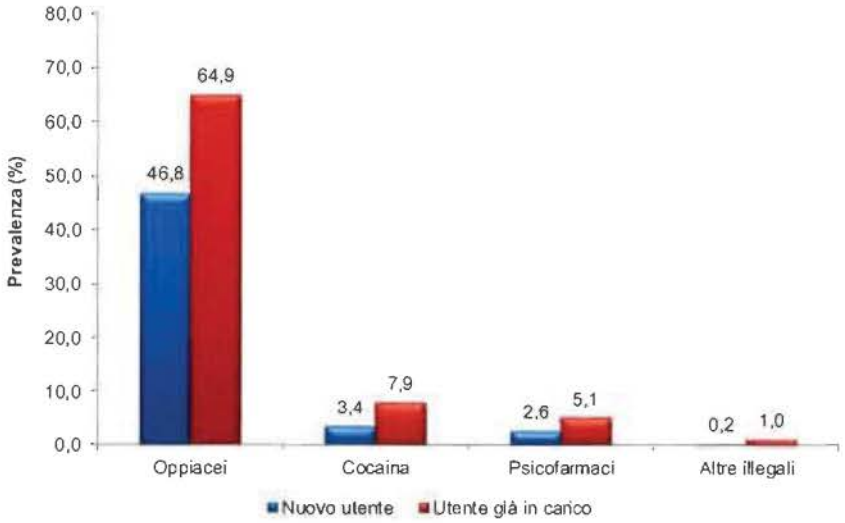
Diminuzione dell'uso iniettivo dell'eroina, di cocaina e delle benzodiazepine

Fonte: Flusso SIND – Ministero della Salute

Anche la modalità di assunzione della sostanza primaria, in particolare l'uso iniettivo, si differenzia tra i casi incidenti e i casi già noti da anni precedenti (Figura I.3.12): si osserva che l'uso per via parenterale della sostanza primaria è maggiore nel secondo gruppo (52,6%), nel quale si hanno quote del 64,9% tra i consumatori di oppiacei, del 7,9% tra i cocainomani e del'5,1% tra i consumatori di psicofarmaci. Tra i nuovi utenti, invece, ricorrono alla via iniettiva complessivamente il 18,5% degli assistiti, in particolare il 46,8% dei consumatori

di oppiacei ed il 3,4% di cocaina.

Figura I.3.12: Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo l'uso iniettivo della sostanza primaria (percentuale uso iniettivo sostanza primaria su totale uso sostanza). Anno 2012



Fonte: Flusso SIND - Ministero della Salute.

Come diretta conseguenza del diverso comportamento iniettivo della sostanza primaria, si osserva anche una differenza per le altre modalità di consumo delle sostanze: nel 48,8% dei nuovi assistiti la sostanza primaria viene fumata o inalata mediante vaporizzazione ed in un ulteriore 23,9% viene sniffata; tali percentuali si riducono tra gli assistiti da periodi precedenti (nel 26,1% dei casi la sostanza viene fumata o inalata e nel 14,1% viene sniffata).

Rispetto al 2011 si osserva un aumento nell'età del primo uso dichiarato dagli utenti assistiti per uso di cannabis (16 anni nel 2011 vs 17 anni nel 2012). Riguardo, invece, l'età di primo trattamento nel 2012 si è riscontrato una riduzione in tutti i consumatori di cocaina (32 anni nel 2011 vs 31 anni nel 2012), di eroina (29 anni nel 2011 vs 27 anni nel 2012) e della cannabis (24 anni nel 2011 vs 23 anni nel 2012.

Età di inizio: diverse età in base alla sostanza
eroina 21 anni
cocaina 22 anni
cannabis 17 anni

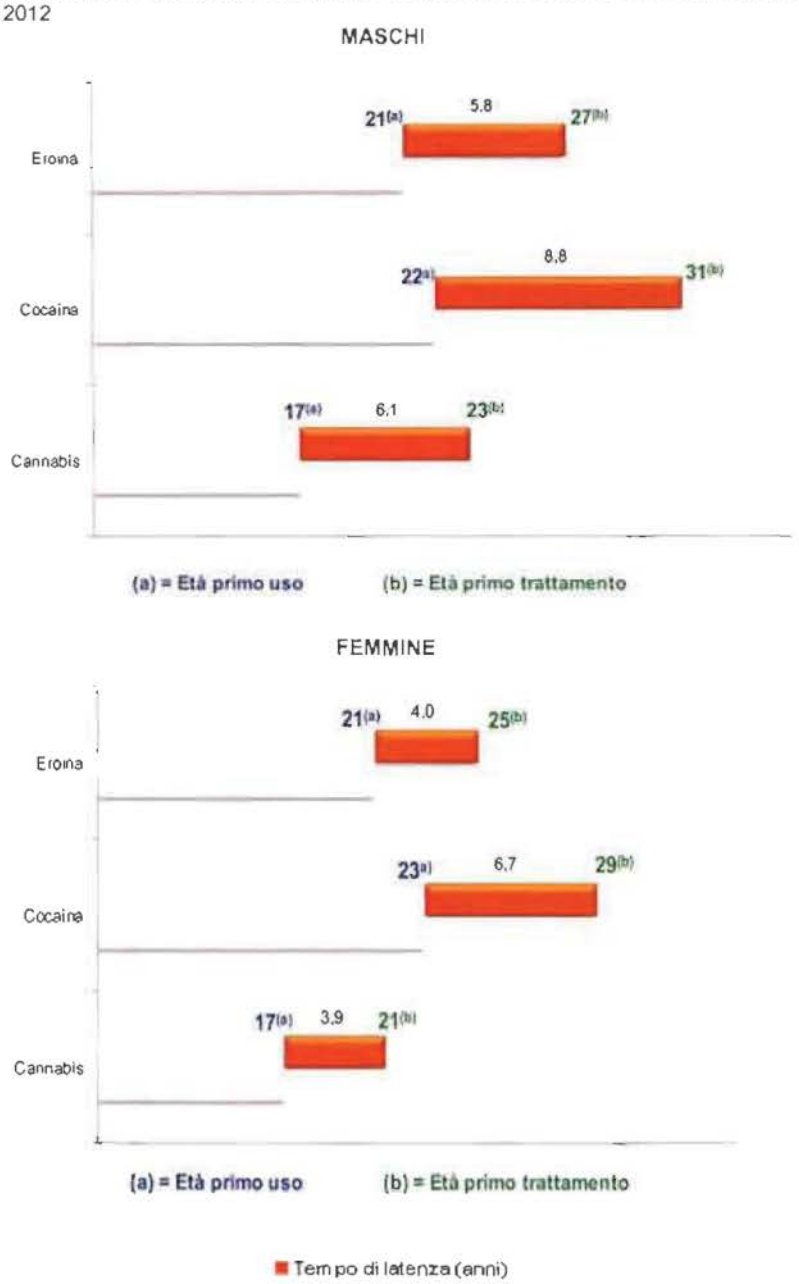
Diretta conseguenza della riduzione dell'età di primo trattamento, diversamente dall'età media di prima assunzione (ad eccezione della cannabis), è la variazione del tempo di latenza, definito come il periodo che intercorre tra il momento di primo utilizzo della sostanza e la prima richiesta di trattamento (per problemi derivanti dall'uso di quella determinata sostanza), che assume valore pari a 6,1 anni nel campione totale (6,4 anni nei maschi e 4,3 anni nelle femmine).

Primo trattamento: più precocità nell'uso per la cannabis (23 anni) cocaina (31 anni) eroina (27 anni)

L'analisi per sostanza primaria d'abuso presenta valori del tempo di latenza superiori negli assuntori di cocaina piuttosto che in quelli di eroina e cannabis: in particolare si registrano 5,5 anni per quanto riguarda gli assuntori di oppiacei (7,7 anni nel 2011), 8,5 anni per gli assuntori di cocaina (10,8 anni nel 2011) e 5,7 anni per gli assuntori di cannabis (7,3 anni nel 2011). Tali valori variano lievemente se si effettua un'analisi per genere, ma complessivamente per tutte e tre le sostanze stupefacenti il tempo di latenza delle donne risulta inferiore rispetto a quello dei maschi. A conferma di ciò, si nota che per quanto riguarda l'età di primo trattamento esso risulta più precoce nelle femmine, a fronte di un età di primo uso analoga a quella dei maschi.

Tempi di latenza fra inizio d'uso e primo accesso ai servizi: eroina 5,5 anni cocaina 8,5 anni cannabis 5,7 anni

Figura I.3.13: Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza, per genere. Anno 2012



Fonte: Flusso SIND – Ministero della Salute

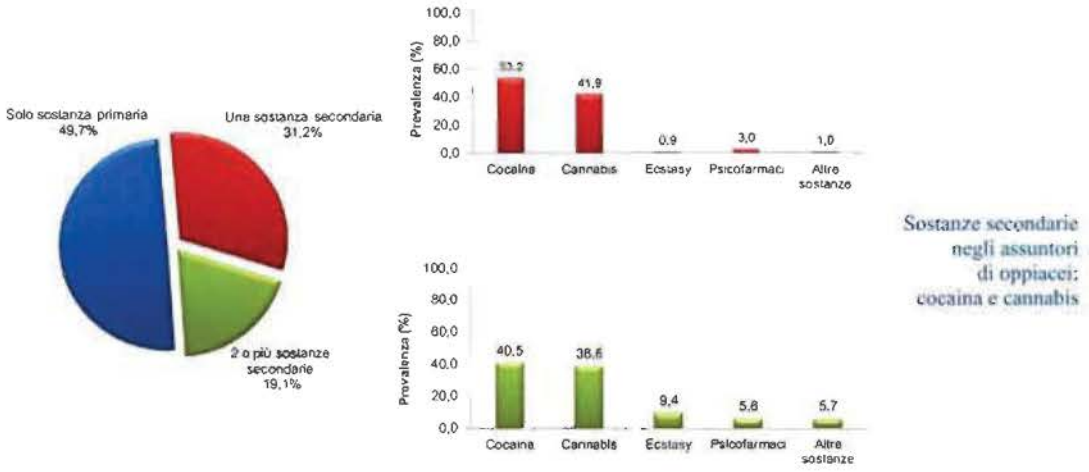
Tempi di latenza variabili

I tempi di latenza possono essere molto variabili da sostanza a sostanza e nel calcolo risentono anche dell'età della popolazione oggetto dell'indagine in quanto vi è una tendenza, confermata da varie osservazioni, ad utilizzare la sostanza in età più precoci.

Tra coloro che usano oppiacei come sostanza primaria si osserva una sostanziale differenza tra uso esclusivo di questa sostanza e associazione con un'altra: nel primo caso, infatti, la percentuale è pari al 49,7%, mentre nel secondo caso risulta essere uguale al 31,2%, di cui il 53,2% dei casi è rappresentato da utenti che fanno uso anche di cocaina, nel 41,9% di cannabis e nel 3,0% di psicofarmaci;

infine, vi è un 19,1% di utenti che fa uso di due o più sostanze oltre l'eroina. In quest'ultimo gruppo di soggetti rispetto al primo gruppo, diminuisce la percentuale di coloro che assumono cocaina e cannabis a fronte di un aumento di ecstasy, psicofarmaci ed altre sostanze illegali (Figura I.3.14).

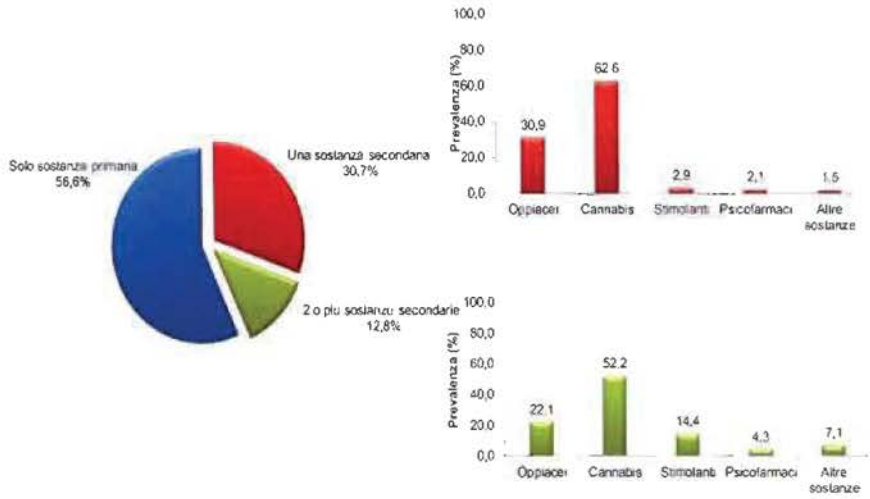
Figura I.3.14: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **oppiacei** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie. Anno 2012



Fonte: Flusso SIND – Ministero della Salute

Tra coloro che usano cocaina come sostanza primaria la maggioranza dell'utenza risulta fare uso solo di questa sostanza (56,6%), il 30,7% anche di un'altra sostanza, in prevalenza cannabis ed oppiacei, mentre un 12,8% risulta utilizzare due o più sostanze oltre a quella primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti, rispetto al precedente, aumenta la percentuale di consumo di ecstasy al contrario della percentuale di cannabis ed oppiacei (Figura I.3.15).

Figura I.3.15: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cocaina** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie. Anno 2012



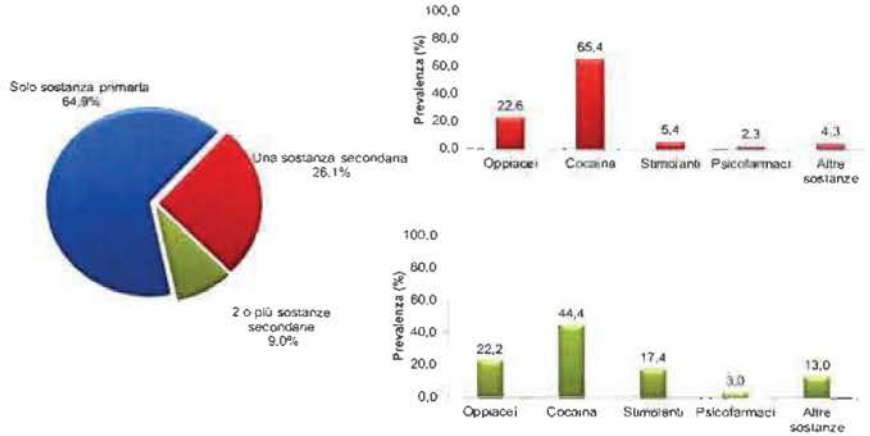
Sostanze secondarie negli assuntori di cocaina: cannabis ed oppiacei

Fonte: Flusso SIND – Ministero della Salute

Da ultimo, tra coloro che usano cannabis come sostanza primaria si osserva un ulteriore aumento della percentuale di uso di quella sola sostanza (64,9%), rispetto al 26,1% che fa anche uso di un'altra sostanza, in prevalenza cocaina ed oppiacei, mentre un 9,0% che consuma due o più sostanze oltre a quella primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti si registra un aumento del consumo di ecstasy e una diminuzione nel consumo di cocaina ed oppiacei (Figura I.3.16).

Figura I.3.16: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cannabis** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2012

Sostanze secondarie negli assuntori di cannabis: cocaina ed oppiacei



Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

Condizione lavorativa

L'analisi delle caratteristiche del campione di individui permette di tracciare il profilo dei soggetti in carico ai servizi per uso di sostanze psicotrope relativamente alla condizione lavorativa.

Dall'analisi emerge che più di un terzo dell'utenza complessiva (34,3%) è disoccupato, il 52,8% svolge attività lavorativa di vario tipo e in varie modalità (occasionale, continuativa, etc.), mentre circa il 3,9% è economicamente non attivo.

Il 52,8% degli utenti Ser.T. risulta variamente occupato; il 34,3% è disoccupato Maggiore disoccupazione nelle femmine (38,4%)

La condizione occupazionale appare più critica tra le utenti femmine con il 38,4% disoccupate, contro una quota del 33,5% rilevata nel collettivo maschile.

Tabella I.3.7: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il grado di occupazione, per genere e tipologia di utente. Anno 2012

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti			Totale		
Occupazione	**M**	**F**	**Tot**	**M**	**F**	**Tot**	**M**	**F**	**Tot**
occupato stabilmente/ saltuariamente	49,2	40,7	47,8	55,9	42,0	53,7	54,8	41,8	52,8
disoccupato	33,4	30,5	32,9	33,5	40,1	34,5	33,5	38,4	34,3
studente	8,4	14,0	9,3	2,8	6,7	3,4	3,7	8,0	4,3
casalinga	0,2	4,6	0,9	0,1	3,3	0,6	0,1	3,6	0,7
economicamente non attivo *	3,5	6,5	4,0	3,6	5,3	3,9	3,6	5,5	3,9
altro	5,2	3,7	5,0	4,1	2,6	3,8	4,2	2,8	4,0

* soggetto che è pensionato, invalido, etc.

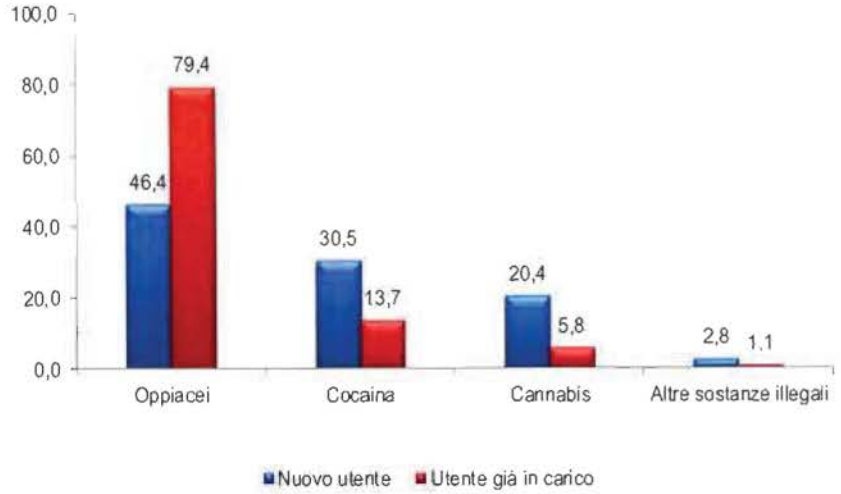
Fonte: Flusso SIND – Ministero della Salute

Si osserva una lieve differenza della gravità della problematica occupazionale distinguendo l'utenza in base alla presenza nel servizio, con un indice di disoccupazione pari al 32,9% per i nuovi utenti e al 34,5% per quelli già in carico; al contrario emerge una differenza più marcata dal confronto per genere, in cui le femmine, nuove o già in carico, presentano una percentuale di disoccupazione superiore ai maschi (38,4% vs 33,5%). Riguardo invece l'indice di occupazione, confrontando i due gruppi di utenti, si nota un valore più elevato negli utenti già assistiti (53,7% vs 47,8%), al contrario di coloro che sono ancora impegnati nello studio che tra i nuovi utenti sono pari all'9,3%, mentre tra quelli già in carico ai Ser.T. al 3,4%.

Per quanto riguarda la sostanza di abuso indicata come "primaria", confrontando le percentuali degli utilizzatori di oppiacei tra coloro che sono disoccupati e il collettivo totale si osservava un valore di poco superiore nel primo gruppo rispetto al secondo (75,2% nei disoccupati vs il 74,4% nel totale); situazione analoga si presenta considerando coloro che sono disoccupati e assumono cocaina, con il 15,9% dei soggetti disoccupati rispetto al 14,8% del totale complessivo. Per quanto riguarda la cannabis si rileva, invece, una percentuale minore in coloro che sono senza occupazione rispetto al campione totale (7,7 % vs 8,7%).

Tra gli utenti disoccupati, sensibili differenze si osservano tra i nuovi utenti consumatori di oppiacei e quelli già noti ai servizi per l'uso di tale sostanza (46,4% vs 79,4%); viceversa, coloro che consumano cocaina e cannabis e sono già noti ai servizi hanno una percentuale nettamente inferiore di quella registrata nei nuovi utenti (rispettivamente -16,8 e -14,6 punti percentuali) (Figura I.3.17).

Figura I.3.17: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2012



Fonte: Flusso SIND– Ministero della Salute

Tabella I.3.8: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2011 e 2012

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Sostanza	**2011**	**2012**	**Diff. %**	**2011**	**2012**	**Diff. %**
Oppiacei	47,5	46,4	-1,1	78,4	79,4	1,0
Cocaina	32,3	30,5	-1,8	15,8	13,7	-2,1
Cannabis	18,5	20,4	1,9	4,9	5,8	0,9
Altre sostanze illegali	1,6	2,8	1,2	1	1,1	0,1

Fonte: Flusso SIND– Ministero della Salute

Aumento dal 2011 del consumo di cannabis e di altre sostanze illegali tra i nuovi utenti e di oppiacei e cannabis in quelli già in carico

Assenza di fissa dimora

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

Tra i soggetti degli archivi analizzati l'88,4% ha dichiarato di avere una residenza stabile contro il 3,9% che, invece, risulta essere senza fissa dimora. I dati a disposizione mostrano inoltre una proporzione maggiore di soggetti senza fissa dimora di sesso maschile rispetto a quello femminile (86,8 % contro 13,2%), e di una elevata maggioranza di utenti già in carico rispetto ai nuovi (75,2% contro 24,8%).

Una dettagliata analisi rispetto al genere e al tipo di utenza mostra che l'83,6% della nuova utenza e l'89,4% di quella già ai Ser.T. hanno una residenza stabile, con percentuale maggiore tra le femmine rispetto ai maschi indipendentemente dal tipo utente. La percentuale di soggetti che vive in struttura (carcere, ospedale, comunità, etc.) è invece più elevata tra i nuovi soggetti rispetto a coloro che sono già in assistenza (10,9% vs 7,0%), analogamente a coloro che risultano senza fissa dimora la cui percentuale è pari al 5,5% tra gli utenti nuovi e 3,5% tra quelli già in carico (Tabella I.3.9).

Tabella I.3.9: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il luogo di residenza, per genere e tipologia di utente. Anno 2012

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Luogo di residenza	**M**	**F**	**Totale**	**M**	**F**	**Totale**
Residenza fissa	82,1	91,5	83,6	88,9	92,3	89,4
In struttura *	12,1	4,2	10.9	7,5	4,5	7,0
Senza fissa dimora	5,7	4,3	5,5	3,6	3,2	3,5

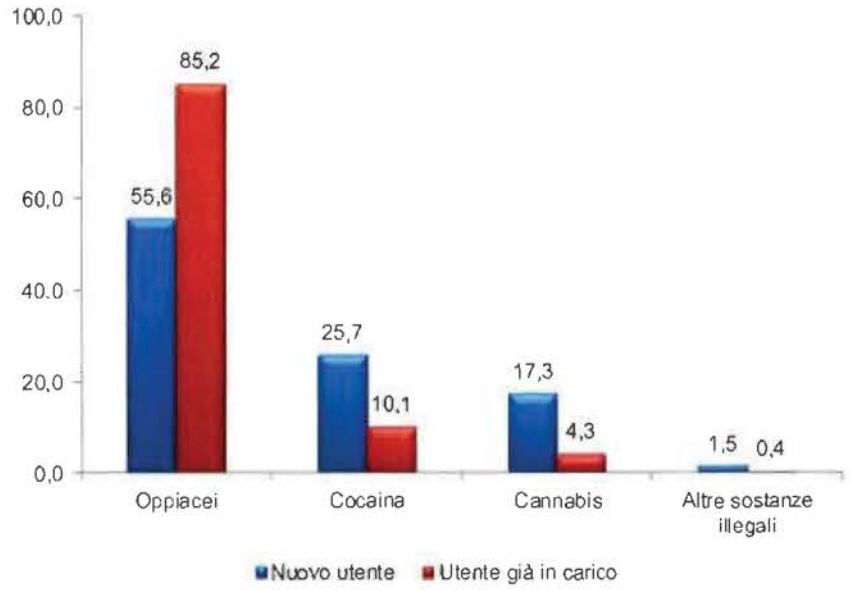
* carcere, ospedale, comunità, etc.

Fonte: Flusso SIND– Ministero della Salute

In percentuale maggiore sono utilizzatori di oppiacei

Disaggregando queste informazioni rispetto alla tipologia di utenti, si vede che la presa in carico dai Ser.T. degli utilizzatori di oppiacei senza fissa dimora è inferiore tra i nuovi utenti rispetto ai soggetti già in carico (55,6% contro l'85,2%), viceversa quella di cocaina (25,7% contro 10,1%) (Figura I.3.18).

Figura I.3.18: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2012



Fonte: Flusso SIND– Ministero della Salute

Diminuzione dal 2011 del consumo di oppiacei ed aumento della cocaina e della cannabis nei nuovi utent

Tabella I.3.10: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2011 e 2012

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Sostanza	**2011**	**2012**	**Diff. delle %**	**2011**	**2012**	**Diff. delle %**
Oppiacei	63.6	55,6	-8,0	85,9	85,2	-0,7
Cocaina	23,2	25,7	+2,5	10.6	10,1	-0,5
Cannabis	12,0	17,3	+5,3	2,4	4,3	+1,9
Altre sostanze illegali	1,2	1,5	+0,3	1,1	0,4	-0,7

Fonte: Flusso SIND– Ministero della Salute

CAPITOLO I.4

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

I.4.1.1 Diffusione HIV e AIDS

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

I.4.2.1 Ricoveri droga correlati

I.4.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

I.4.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

I.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

I.4.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2011)

I.4.3. Dati malattie infettive 2012 (Flusso SIND)

I.4.3.1 Diffusione HIV e AIDS

I.4.3.2 Diffusione di Epatite virale B

I.4.3.3 Diffusione di Epatite virale C

I.4.4. Incidenti stradali droga correlati

I.4.4.1 Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.

I.4.5. Mortalità acuta droga correlata

I.4.6. Mortalità tra i consumatori di droga

PAGINA BIANCA

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

Nota tecnica introduttiva

Con l'introduzione del decreto SIND dell'11 Giugno 2010, che ha sostituito il precedente flusso di dati aggregati D.M. del 20/09/1997, l'invio delle informazioni da parte delle Regioni al Ministero della Salute e il successivo trasferimento al DPA sui test per infezione da HIV, epatite virale B ed epatite virale C per l'anno 2012, ha subito una serie di problemi e difficoltà tecniche (tipiche dell'avvio dei nuovi sistemi informativi complessi) che ha comportato una forte riduzione del numero di dati validi per le elaborazioni per la maggior parte delle Regioni e Province Autonome (Tabella I.4.1), rendendo di conseguenza inattendibili con i nuovi dati 2012 la rappresentazione aggiornata di un profilo nazionale dei risultati relativi a tale aspetto del fenomeno. Il Dipartimento Politiche Antidroga a tal fine, ritiene pertanto opportuno non pubblicare i risultati delle elaborazioni condotte sui dati 2012 provenienti dal flusso SIND, non essendo ancora consolidato e controllato la qualità; riproponendo pertanto i dati riferiti al periodo precedente 2011. Per comprendere meglio il problema che si è presentato viene riportata in seguito una tabella esemplificatrice in cui si può evincere il grado del problema dei dati mancanti (Tabella I.4.1). Nell'80% circa degli utenti in carico ai servizi (164.101 soggetti) mancavano i dati relativi alla condizione sierologica per l'epatite B e C rendendo, quindi impossibile le elaborazioni.

Tabella I.4.1: Percentuale di utenti in carico ai Ser.T. per i quali Non sono stati inviati dati su test HBV e HCV per Regione. Anno 2012

Regioni e PP.AA.	Totale Utenti in Carico	Soggetti con info mancanti per HBV		Soggetti con info mancanti per HCV	
		N	%	N	%
Abruzzo	3.994	3.050	76,4	3.043	76,2
Basilicata	1.404	1.072	76,4	1.037	73,9
Calabria	3.651	3.574	97,9	3.573	97,9
Campania	15.937	15.904	99,8	15.793	99,1
Emilia Romagna	13.035	4.460	34,2	4.421	33,9
F.V.G.	3.173	2.825	89	2.828	89,1
Lazio	15.153	14.793	97,6	14.773	97,5
Liguria	7.110	5.248	73,8	5.543	78,0
Lombardia	18.188	6.309	34,7	7.398	40,7
Marche	4.993	4.993	100	4.993	100,0
Molise	1.148	1.056	92	1.053	91,7
Piemonte	9.747	9.747	100	9.747	100,0
P.A. Bolzano	725	725	100	725	100,0
P.A. Trento	1.068	1.068	100	1.068	100,0
Puglia	15.185	15.134	99,7	15.053	99,1
Sardegna	5.486	5.486	100	5.486	100,0
Sicilia	10.941	9.101	83,2	9.222	84,3
Toscana	17.948	16.775	93,5	16.777	93,5

continua

continua

Regioni e PP.AA.	Totale Utenti in Carico	Soggetti con info mancanti per HBV		Soggetti con info mancanti per HCV	
		N	%	N	%
Umbria	3.083	1.544	50,1	1.632	52,9
Valle d'Aosta	273	208	76,2	205	75,1
Veneto	11.859	8.308	70,1	8.364	70,5
Totale	164.101	131.380	80,1	132.734	80,9

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I dati relativi ai test per HIV presentano, inoltre, anche un altro problema relativo alla privacy, in quanto, per mantenere tale condizione, il trasferimento di uno specifico archivio non contenete alcun riferimento in grado di identificare, anche indirettamente, il singolo assistito perdendo quindi l'anonimato. Questo comporta che non è possibile l'individuazione delle persone alle quali il test è stato somministrato più volte all'anno di riferimento (riportate più volte all'interno dell'archivio) che andrebbe a generare conteggi multipli.
Tale aspetto risulta particolarmente importante nell'ambito delle analisi del numero di soggetti per i quali dispone l'informazione sull'esecuzione del test rispetto al contingente complessivo di persone assistite dai servizi, relativamente all'impossibilità del calcolo dell'indicatore. Infatti, potendo essere erroneamente un soggetto contato più volte, può verificarsi la condizione che il numero di soggetti con informazioni sull'esecuzione del test sia superiore al totale assistiti.

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

L'uso di sostanze stupefacenti comporta gravi danni per la salute sia in ambito neuropsichico che internistico/ infettivologico

L'assunzione di sostanze psicotrope ed altri comportamenti devianti possono produrre gravi implicazioni e pericolose conseguenze per la salute. Questa sezione è dedicata all'analisi delle principali tipologie di patologie o implicazioni per la salute conseguenti all'assunzione di sostanze illecite, osservate nell'ambito del trattamento dei soggetti che afferiscono ai servizi territoriali, ai presidi ospedalieri o in seguito ad eventi traumatici che comportano invalidità provvisoria o permanente e, nei casi più gravi, il decesso della persona.
Le modalità di assunzione delle sostanze psicoattive e lo, nonché il tipo di stile di vita condotto dalla generalità degli assuntori regolari, comportano elevati rischi di malattie infettive.
Tale argomento viene trattato nella prima parte del capitolo, attingendo i dati dal flusso informativo inviato dai servizi per le tossicodipendenze al Ministero della Salute, ed in parte dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), relativamente ai ricoveri erogati dai presidi ospedalieri riguardanti pazienti con patologie droga correlate.

Incidenti stradali alcol e droga correlati

Una sezione specifica viene dedicata ad altre patologie droga correlate che hanno determinato il ricovero dei soggetti nel triennio 2007-2009 o rilevate nell'ambito del trattamento ambulatoriale degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze, seguita da un paragrafo riservato agli incidenti stradali con il coinvolgimento di conducenti sotto l'effetto di sostanze psicoattive, oggetto di specifica pubblicazione dell'ACI e dell'ISTAT.

Decessi per effetti acuti

L'ultima parte del capitolo tratta la mortalità acuta droga correlata, oggetto di rilevazione da parte della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, e la mortalità dei consumatori di sostanze psicoattive conseguente al ricovero dei soggetti nelle strutture ospedaliere.

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

Patologie infettive correlate: in forma di HIV, HBV, HCV, TBC, MST

Anche la prevalenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze psicoattive illegali rientra tra gli indicatori chiave individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze.
L'attenzione a livello europeo viene dedicata in particolare agli assuntori di sostanze per via iniettiva (IDU), in relazione all'elevato rischio di incorrere in malattie infettive, HIV ed epatiti virali.
A livello nazionale l'analisi è condotta sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati. I dati dell'utenza in trattamento nei servizi sono stati elaborati sulla base del flusso aggregato fornito dal Ministero della Salute tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06. I dati aggregati, tuttavia, non consentono un'analisi dettagliata della diffusione delle malattie infettive tra l'utenza che fa uso iniettivo delle sostanze psicoattive.

Trasmissione dati 2011

Trasmissione dati da parte delle Regioni e PP.AA

In relazione alla nota tecnica introduttiva, gli indicatori sulle malattie infettive (HIV, HBV e HCV) nel 2011, sono stati calcolati utilizzando le informazioni pervenute dal Ministero della Salute mediante i flussi previsti dal D.M. 20 Settembre 1997 e dal D.M 11 giugno 2010. Alla data del 18 maggio 2012, l'adeguamento delle Regioni al flusso informativo, come fatto presente per gli utenti in trattamento, non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi ancora in vigore il precedente flusso di dati aggregati, utilizzato anche da numerose Regioni e Province Autonome, che hanno implementato il flusso SIND, al fine di poter operare confronti di coerenza dei dati provenienti dai due flussi informativi. Nella tabella I.4.1 è rappresentato il prospetto di sintesi sulla trasmissione del flusso SIND o ANN 04, 05 e 06, del Ministero della Salute alla data del 18 maggio 2012. Per alcune Regioni non è stato possibile effettuare l'analisi sulle malattie infettive HIV, HBV e HCV per problemi o di invio parziale del flusso o di mancanza di trasmissione dei flussi. In sintesi, per l'analisi sulle malattie infettive sono pervenuti i flussi di dati:

- flusso SIND e dati aggregati ANN 04, 05 e 06: Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto;
- solo flusso SIND: Emilia – Romagna e Lombardia;
- solo flusso ANN 04, 05 e 06: Calabria, Marche, Molise, Sardegna e Toscana;
- flusso SIND parziali: Piemonte e Lazio; indicatori non calcolabili
- nessun flusso trasmesso: Liguria
- flusso SIND solo per le malattie infettive HBV e HCV: Umbria

Tabella I.4.2: Trasmissione flussi informativi per le dipendenze. Anni 2010 e 2011

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Abruzzo	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Basilicata	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Calabria	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Campania	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Emilia - Romagna	flusso informativo SIND	indicatori calcolabili

continua

continua

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Friuli Venezia Giulia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Lazio	flusso informativo ANN e SIND parziali	indicatori non calcolabili
Liguria	flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)	indicatori non calcolabili
Lombardia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Marche	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Molise	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Bolzano	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Trento	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Piemonte	flusso informativo SIND parziale	indicatori non calcolabili
Puglia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Sardegna	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Toscana	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Umbria	flusso informativo SIND parziale	indicatori calcolabili
Valle d'Aosta	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Veneto	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

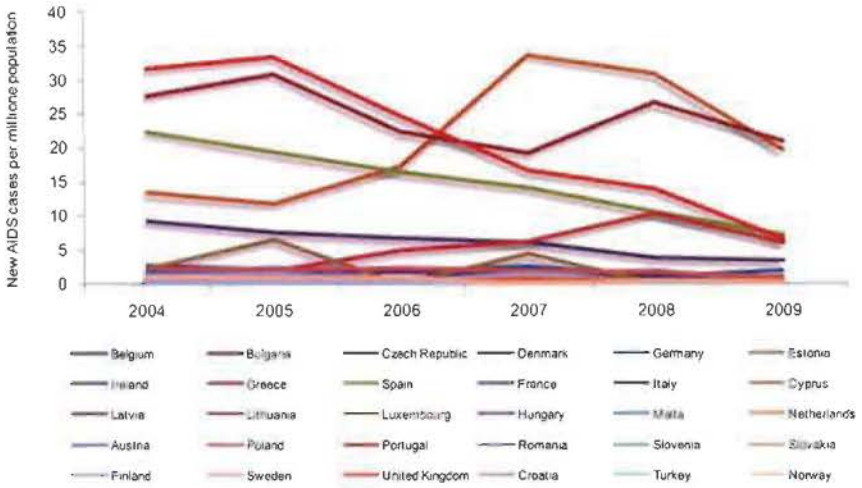
I.4.1.1 Diffusione di HIV e AIDS

In forte diminuzione l'incidenza dei casi di AIDS nei tossicodipendenti italiani

L'incidenza dell'infezione da HIV, diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2009, indica che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo nell'Unione Europea, dopo il picco raggiunto nel 2001 – 2002 e dovuto alle epidemie scoppiate in Estonia, Lettonia e Lituania. Questo andamento è dovuto in parte all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione universale, di trattamento e di prevenzione delle patologie correlate, comprese le terapie sostitutive e i programmi di scambio di aghi e di siringhe; secondo alcuni paesi incidono anche altri fattori quali il calo del consumo per via parenterale, come verificato anche in Italia.

Le informazioni sull'incidenza dell'AIDS sono importanti per dimostrare i nuovi casi di malattia sintomatica, e per fornire indicazioni sulla diffusione e sull'efficacia della terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART). A livello europeo la presenza di elevati tassi di incidenza dell'AIDS in alcuni paesi può far pensare che molti tossicodipendenti, che abitualmente assumono le sostanze per via iniettiva e sono affetti da HIV, non ricevano la terapia HAART nella fase precoce dell'infezione.
Attualmente, la Lettonia è il paese con la più alta incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale con 20,8 nuovi casi stimati ogni milione di abitanti nel 2009. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Estonia, Spagna; Portogallo e Lituania; in Italia dopo i valori molto elevati ad inizio periodo, il contrasto alla diffusione dell'infezione da HIV ha consentito di ridurre notevolmente i nuovi casi di AIDS (Figura I.4.1).

Figura I.4.1: Tasso di incidenza (casi x 1.000.000 ab.) di casi AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via iniettiva nei Stai membri della EU. Anni 2004 - 2009



Fonte: Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2010

Netto calo dei casi di AIDS secondari a uso endovenoso di stupefacenti.

A livello nazionale, l'andamento delle diagnosi per AIDS è monitorato dal Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità; dai dati pubblicati è possibile osservare che i casi di AIDS per modalità di trasmissione in Italia hanno subito una certa variazione. In particolare, l'acquisizione per modalità iniettiva, che rappresentava il 62,3% dei casi prima del 1999, nel 2010 si è ridotta al 21,1%, mentre la trasmissione per via sessuale è in progressivo e costante aumento nello stesso periodo temporale (omo/bisessuali da 15,6% a 24,4%; eterosessuali da 15,9% a 45,1%).

Tabella I.4.3: Andamento dei casi di AIDS diagnosticati per modalità di trasmissione fino al 2010 (valori assoluti e percentuali).

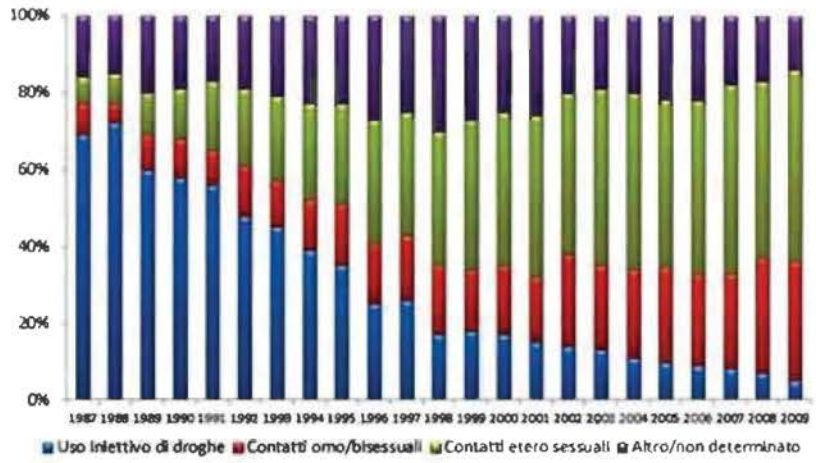
Modalità di trasmissione		Anno di diagnosi									
		<1999	1999-00	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	Totale	Maschi	Femmine
Contatti omo/bisessuali	n.	6 749	729	614	638	618	603	450	10.401	10.401	0
	%	15.6	17,9	17,2	19	20,9	22.4	24,4	16,8	21,7	0
Uso iniettivo di droghe	n.	27.037	1 662	1.310	1 109	816	684	390	32.990	28.261	6.729
	%	62.3	40,8	36,7	33,1	27,7	24,7	21 1	53,3	54 7	48.6
Uso iniettivo di droghe - contatti omosessuali	n.	867	21	26	16	23	21	13	989	969	0
	%	2	0,5	0,7	0,5	0,8	0.8	0,7	1,6	2,1	0
Emofilico	n.	319	8	9	3	5	1	0	345	335	10
	%	0,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0	0	0,6	0,7	0,1
Trasfuso	n.	388	22	8	10	4	4	3	439	249	190
	%	0,9	0,5	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	0,7	0,5	1,4
Contatti eterosessuali	n.	6 888	1 394	1.385	1.347	1.281	1.203	833	14.311	8.121	6.190
	%	15,9	34,3	38,3	40 2	43,4	44,8	45,1	23,1	16,9	44.7
Altro/non determinato	n.	1 125	233	234	226	202	191	158	2.369	1 650	719
	%	2,6	5,7	6,6	6,7	6.8	7,1	8,6	3,8	3,4	5,2
Totale	n.	43.373	4.069	3.566	3.351	2.951	2.687	1.847	61.844	48.006	13.838

Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Anche l'andamento dei nuovi casi di infezione da HIV riporta netto calo per la modalità di acquisizione attraverso l'uso iniettivo di droghe e un aumento dei casi per via sessuale

Figura I.4.2: Andamento dei casi di infezione da HIV diagnosticati per modalità di trasmissione dal 1987 al 2009 (valori percentuali).

Riduzione delle nuove infezioni da HIV per via iniettiva



Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Questo fenomeno, noto già tempo, non deve comunque abbassare il livello di guardia e giustificare la riduzione del testing nei soggetti tossicodipendenti in quanto comunque esposti al rischio di infezione per HIV anche per via sessuale.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

I dati presentati in Tabella I.4.4 relativi al test sierologico per HIV evidenziano una tendenza, ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 0,7 punti percentuali (70,2% nel 2010 vs. 69,5% nel 2011), pur considerando il dato 2011 parziale in relazione all'impossibilità di calcolare l'indicatore per le regioni Lazio, Liguria, Piemonte e Umbria.

No testing HIV: 69,5% diminuzione di 0,7 punti percentuali

Tabella I.4.4: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HIV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.	ANNO 2010							ANNO 2011						
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati			Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%	Diff.
[1]Abruzzo	4.740	177	735	912	19,2	3 828	80,8	5 762	177	781	958	16,6	4.804	83,4	+2,6
[1]Basilicata	1 592	65	430	495	31,1	1.097	68,9	1.695	60	411	471	27,8	1.224	72,2	+3,3
[1]Calabria	4.145	304	1.330	1 634	39,4	2 511	60,6	3.651	189	1.097	1.286	35,2	2.365	64,8	+4,2
[1]Campania	17 878	1 762	6.602	8 364	46,8	9.514	53,2	18.784	1.915	6 951	8.866	47,3	9.898	52,7	-0,5
[2]Emilia Romagna	12.498	559	2 342	2.901	23,2	9 597	76,8	13.470	19	7 266	7 285	54,1	6.185	45,9	-30,9
[1]F V G.	3 671	335	1.399	1 734	47,2	1 937	52,8	3.371	175	1.208	1 383	41,0	1 988	59,0	+6,2

continua

continua

Regioni e PP.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%	Diff.
(3)Lazio	15 424	1 332	5.571	6.903	44,8	8 521	55,2	n c	n c	n.c.	n c.	n.c.	n.c.	n.c.	n c
(4)Liguria	7.262	134	1 001	1 135	15,6	6.127	84,4	n.p	n p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
(2)Lombardia	23 625	677	2 320	2.997	12,7	20.628	87,3	20.623	1 378	3.115	4 493	21,8	16.130	78,2	-9,1
(1)Marche	5.679	373	1 947	2 320	40,9	3.359	59,1	4.993	292	1.709	2 001	40,1	2 992	59,9	+0,8
(1)Molise	1.202	181	257	438	36,4	764	63,6	1 148	134	264	398	34,7	750	65,3	+1,7
(1)P.A. Bolzano	760	0	24	24	3,2	736	96,8	755	0	0	0	0,0	755	100	+3,2
(1)P.A. Trento	1 127	35	586	621	55,1	506	44,9	1.068	17	593	610	57,1	458	42,9	-2,0
(2)Piemonte	11 462	621	4.015	4 636	40,4	6 826	59,6	n.c.	n c	n.c	n.c	n.c.	n c	n.c.	n c.
(1)Puglia	11 545	811	4.010	4 821	41,8	6.724	58,2	13.180	810	3 937	4.747	36,0	8.433	64,0	+5,6
(1)Sardegna	5 911	100	689	789	13,3	5.122	86,7	6.492	224	1.012	1.236	19,0	5.256	81,0	-5,7
(1)Sicilia	13.416	1 024	2 776	3 800	28,3	9.616	71,7	14.555	750	1.999	2.749	18,9	11.606	81,1	+9,4
(1)Toscana	13 965	377	1 777	2 154	15,4	11.811	84,6	14.314	305	1.617	1.922	13,4	12 392	86,6	+2,0
(2)Umbria	3.555	73	574	647	18,2	2 908	81,8	-	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
(1)Valle d'Aosta	366	15	121	136	37,2	230	62,8	358	22	112	134	37,4	224	62,6	-0,2
(1)Veneto	14 333	905	3 585	4.490	31,3	9 843	68,7	14.276	687	3.065	3 752	26,3	10 524	73,7	+5,0
Totale	174.156	9 860	42.091	51 951	29,8	122 20	70,2	138.475	7 154	35 137	42.291	30,5	96.184	69,5	-0,7

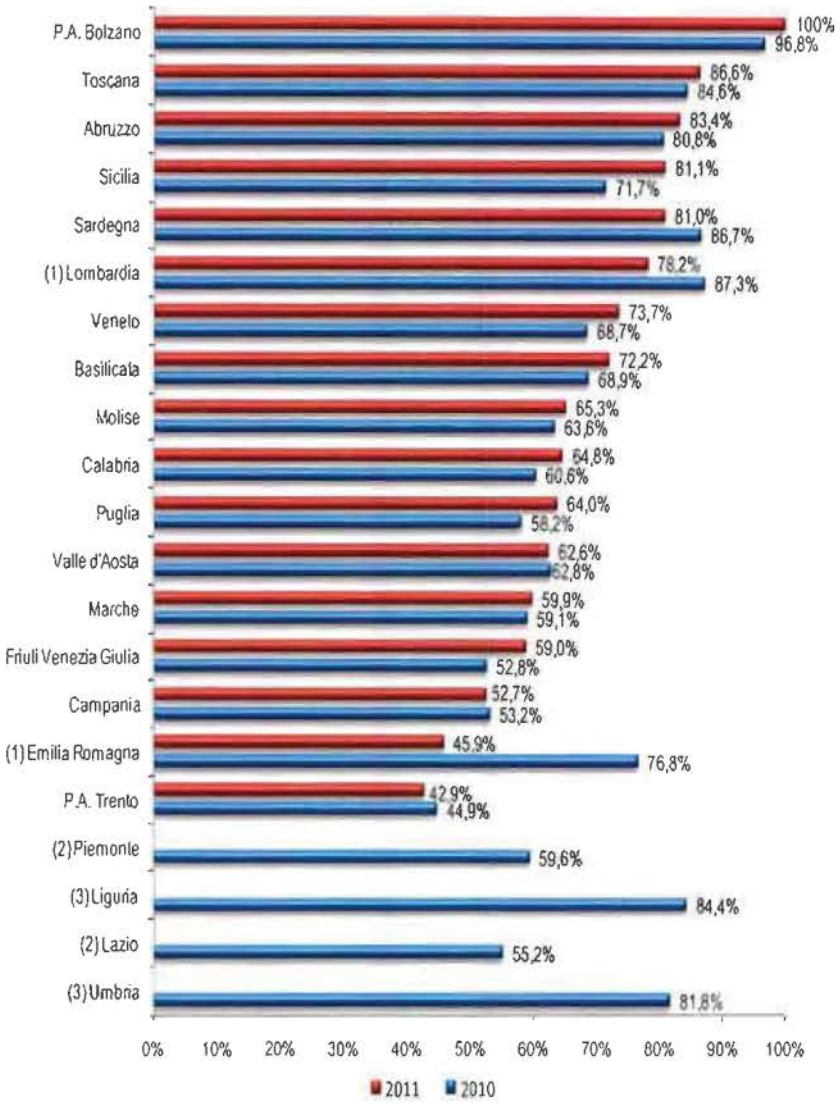
n.p.= dato richiesto ma non pervenuto
n.c.= non calcolabile
U.C.= Utenti in carico
N.U.= Nuovi Utenti
G.C. =Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)
(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)
(3) Flusso informativo SID parziale (indicatore non calcolabile)
(4) Flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, la contrazione del numero di soggetti non testati si osserva per la Regione Emilia – Romagna (76,8% nel 2010 vs. 45,9% nel 2011) e per la Lombardia con una diminuzione di 9,1 punti percentuali di utenti non testati (87,3% nel 2010 vs. 78,2% nel 2011). Si osserva, tuttavia, che tale forte tendenza si osserva per le uniche regioni che hanno fornito le informazioni mediante il nuovo flusso informativo SIND.

Figura I.4.3: Percentuale di utenti **Non Testati a** test HIV per Regione. Anno 2010 - 2011



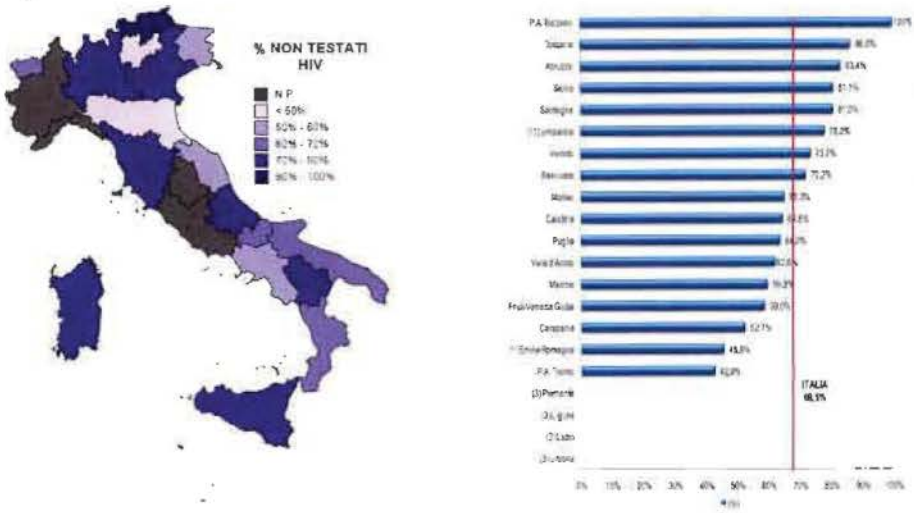
Diminuzione soggetti non testati: -30,9 punti percentuali in Emilia - Romagna -9,1 punti percentuali in Lombardia

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Sulla base dei dati pervenuti nel 2011, che hanno consentito di calcolare l'indicatore di % di non testing, la distribuzione regionale evidenzia una maggior tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamento a test per la malattia infettiva HIV, per la Provincia Autonoma di Bolzano (100%), la Regione Toscana (86,6%), Abruzzo (83,4%), Sicilia (81,1%), Sardegna (circa l'81,1%) e Lombardia (78,2%) (dato calcolato dal flusso SIND). Per contro, le regioni con una più bassa percentuale di soggetti non testati risultano essere la Provincia Autonoma di Trento (42,9%), la Regione Emilia - Romagna (45,9%) (dato calcolato dal flusso SIND), Campania (52,7%), Friuli Venezia Giulia (59,0%) e Marche (59,9%).

Figura I.4.4: Percentuale di utenti **Non Testati a** test HIV per Regione. Anno 2011



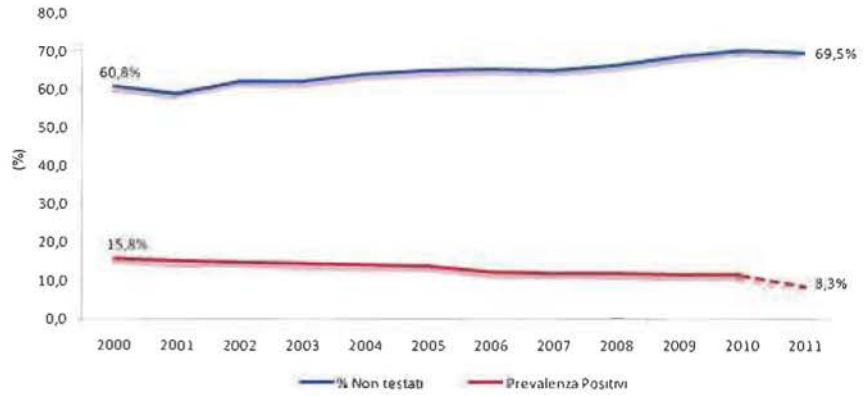
Regioni con maggior % di non testati: P.A. Bolzano, Toscana, Abruzzo, Sicilia, Sardegna e Lombardia

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi dodici anni, relativamente alla presenza dell'infezione da HIV, la percentuale dei soggetti non testati è aumentata di 8,4 punti percentuali passando dal 60,8% rilevato nel 2000 al 69,5% osservato nel 2011.
Il tasso di prevalenza dell'infezione nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto passando dal 15,8% circa del 2000 al valore stimato per il 2011 pari all'8,3%; va ricordato che per le regioni Piemonte e Lazio le informazioni pervenute dal Ministero della Salute, essendo parziali,non hanno reso possibile il calcolo degli indicatori, mentre per le Regioni Umbria e Liguria l'indicatore non è stato calcolato in relazione alla mancata trasmissione dei dati sia tramite flusso SIND che flusso ANN.

Figura I.4.5: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HIV. Anni 2000 - 2011

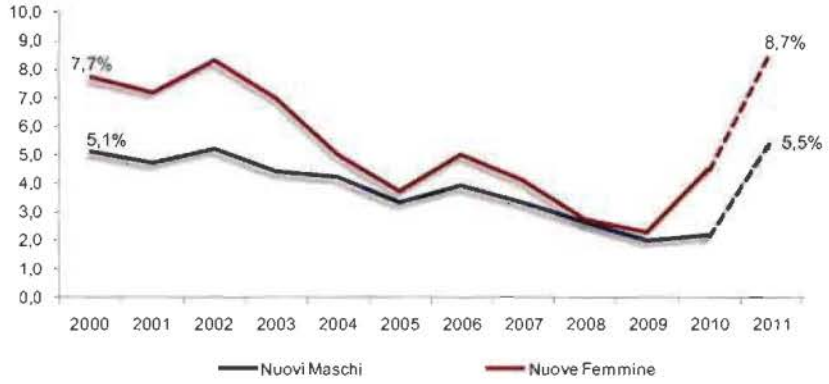


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

L'andamento della prevalenza HIV positivi osservato dal 2000 ad oggi, evidenzia un aumento stimato di 1 punto percentuale per la nuova utenza femminile (7,7% nel 2000 vs. 8,7% nel 2011), accompagnato da un aumento meno sensibile dalla

nuova utenza maschile (0,4 punti percentuali).

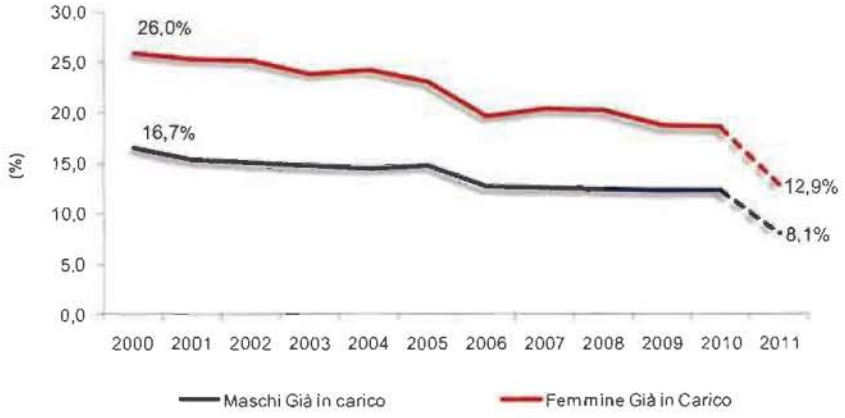
Figura I.4.6: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Per quanto riguarda l'utenza già nota ai servizi, si osserva un tendenziale decremento della prevalenza HIV positivi per l'utenza femminile pari ad una stima di circa 14 punti percentuali (26,0 nel 2000 vs. 12,9% nel 2011); se pur in maniera più lieve, anche per l'utenza maschile si rileva lo stesso andamento con una tendenziale contrazione stimata in 8,6 punti percentuali (16,7% nel 2000 vs. 8,1% nel 2011).

Figura I.4.7: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

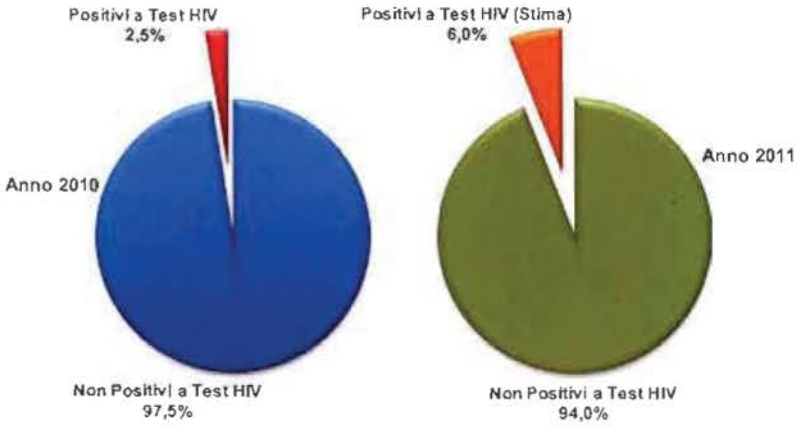
Nel complesso quindi, anche nel 2011, come già osservato nel 2010, viene confermata la tendenza all'aumento di nuovi utenti HIV positivi a fronte di una

Tabella I.4.5: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HIV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	2,2	5,5	3,3
Femmine	4,5	8,7	4,2
Totale	2,5	6,0	3.5
Utenti Già in carico			
Maschi	12,3	8,1	-4,2
Femmine	18,6	12,9	-5,7
Totale	13,3	8,8	-4,5
Totale			
Maschi	10,6	7,7	-2,9
Femmine	16,4	12,2	-4,2
Totale	11,5	8,3	-3,2

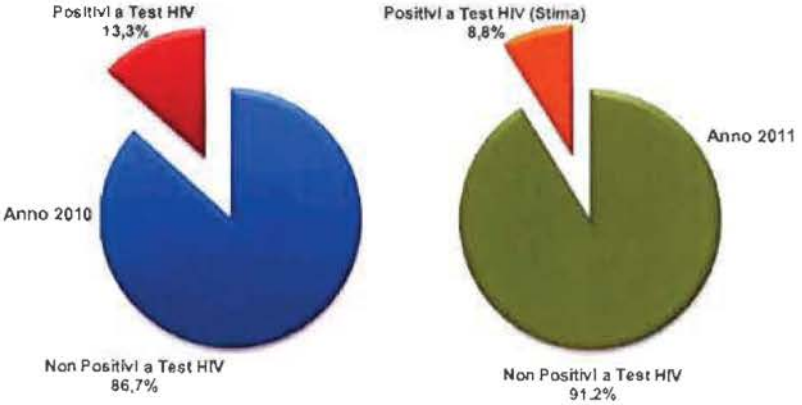
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.8: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



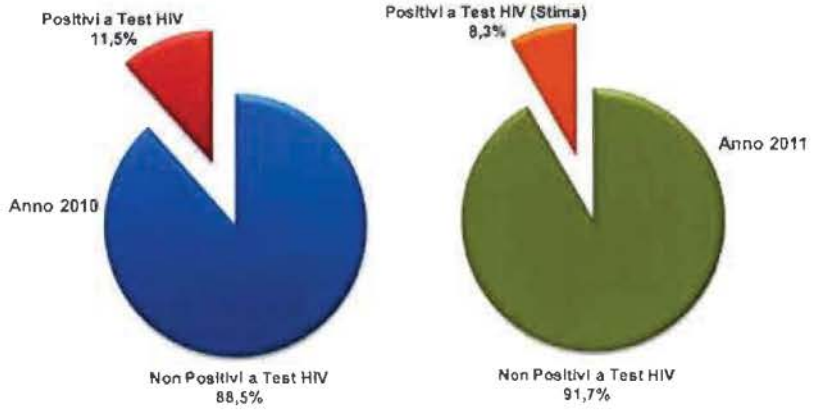
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.9: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

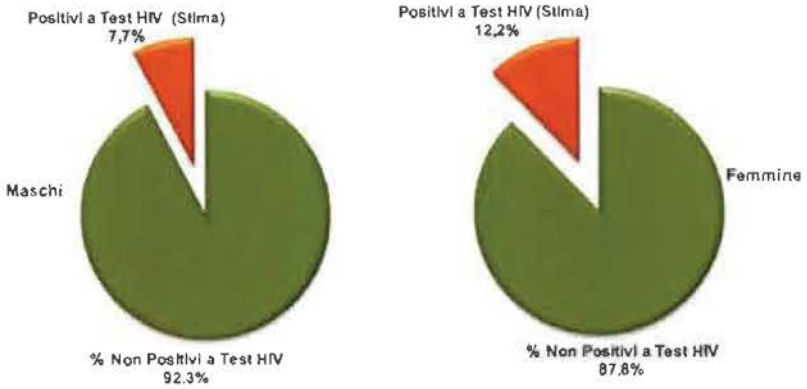
Figura I.4.10: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico): 2010: 11,5% Stima 2011: 8,3%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.11: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011

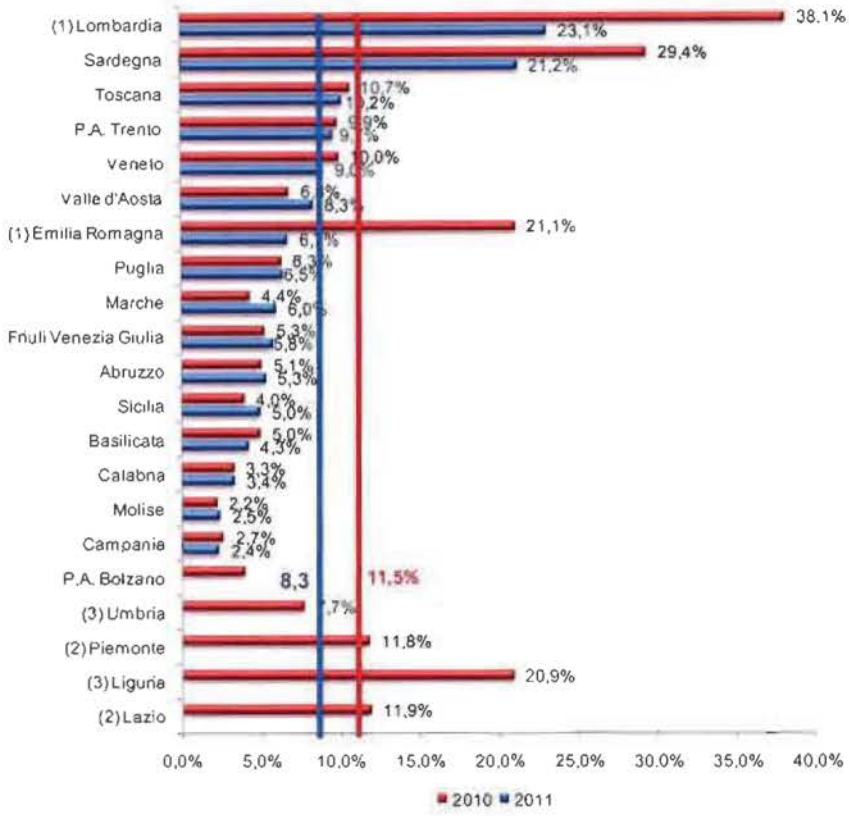


Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico): Stima 2011-Maschi : 7,7% Stima 2011-Femmine: 12,2%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Le distribuzioni delle prevalenze di sieropositivi 2010 e 2011 per Regione evidenzia una sensibile contrazione non solo in corrispondenza delle Regioni che hanno trasmesso i dati con il flusso SIND, anche per la Regione Sardegna (29,4% nel 2010 vs. 21,2% nel 2011) e con valori più contenuti anche per le Regioni Toscana (10,7% nel 2010 vs. 10,2% nel 2011), Provincia Autonoma Trento (9,9% nel 2010 vs. 9,7% nel 2011), Veneto (10,0% nel 2010 vs. 9,0% nel 2011) e Campania (2,7% nel 2010 vs. 2,4% nel 2011).

Figura I.4.12: Prevalenza utenti HIV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011



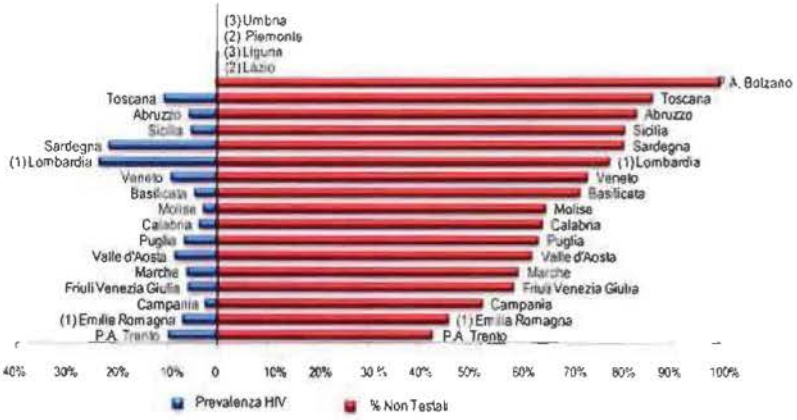
Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2011: Lombardia, Sardegna, Toscana, P.A. Trento e Veneto

Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2010: Lombardia, Sardegna, Emilia – Romagna, Liguria e Lazio

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.13: Percentuale di utenti **Non testati** e Prevalenza di utenti HIV positivi. Anno 2011



Relazione tra prevalenza HIV e % degli utenti non testati

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) di AIDS conclamato o di sieropositività per HIV sono 4,9% (pari a 1.148 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

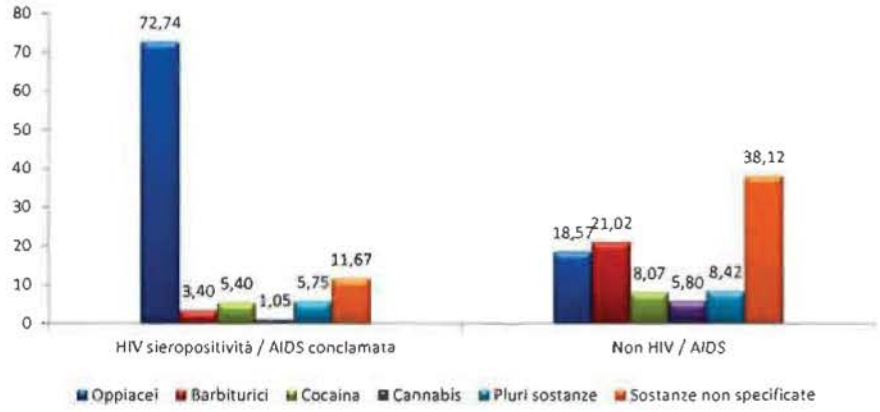
AIDS e infezioni da HIV

In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio 2007 - 2011, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o asintomatica, si osserva una percentuale più elevata di maschi (73,7% vs 26,3%,5 delle femmine) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (0,78% vs il 12,2%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Meno urgenze più ricoveri ordinari

L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi relative anche a condizione di infezione da HIV o di AIDS si rileva una percentuale più bassa di ricoveri a carattere urgente (circa il 53,6% vs 65,8%) e di situazioni di regime ordinario (circa 88,0% vs 92,5%).

Figura I.4.14: Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2011



il binomio uso iniettivo di eroina/HIV

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.14) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (72,7% vs il 18,6%).

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto all'infezione da HIV sia a livello europeo che a livello nazionale. Negli Stati membri della EU la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora maggiore rispetto all'HCV, in controtendenza rispetto alla diffusione del virus in Italia, sebbene il dato nazionale si riferisca a tutta la popolazione tossicodipendente e non alla sola IDU. Per il 2004 - 2009, 4 dei 13 paesi che hanno fornito dati sugli Injecting Drug User (IDU) hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBC superiori al 5%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

No testing HBV: 78,9% aumento di 0,8 punti percentuali

Anche relativamente alla presenza da epatite B, come per l'HIV, si osserva una tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamenti a test sierologico HBV. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono aumentati di 0,8 punti

percentuali (78,1% nel 2010 vs. 78,9% nel 2011).

Tabella I.4.6: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HBV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%	Diff.
(1)Abruzzo	4 740	192	664	856	18,1	3.884	81,9	5.762	163	261	424	7,4	5.338	92,6	+10,7
(1)Basilicata	1 592	95	362	457	28,7	1 135	71,3	1.695	58	286	344	20,3	1.351	79,7	+8,4
(1)Calabria	4 145	324	861	1.185	28,6	2 960	71,4	3 651	292	675	967	26,5	2 684	73,5	+2,1
(1)Campania	17.878	1 942	5 982	7 924	44,3	9.954	55,7	18 764	2.089	5 407	7 496	39,9	11.268	60,1	+4,4
(2)Emilia Romagna	12 498	602	1 343	1.945	15,6	10.553	84,4	13 470	382	3.906	4.288	31,8	9.182	68,2	-16,2
(1)F V G	3 671	316	433	749	20,4	2 922	79,6	3.371	247	394	641	19,0	2 730	81,0	+1,4
(2)Lazio	15 424	1.452	2.898	4 350	28,2	11.074	71,8	n c	n c	n c	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c
(3)Liguria	7 262	208	615	823	11,3	6 439	88,7	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n p	n.p	n p
(2)Lombardia	23.625	809	1 518	2.327	9,8	21 298	90,2	20 623	886	1.861	2 747	13,3	17.876	86,7	-3,5
(1)Marche	5.679	399	1.264	1.663	29,3	4.016	70,7	4.993	323	1 193	1 516	30,4	3.477	69,6	-1,1
(1)Molise	1 202	193	292	485	40,3	717	59,7	1 148	143	113	256	22,3	892	77,7	+18,0
(1)P.A. Bolzano	760	0	18	18	2,4	742	97,6	755	0	0	0	0,0	755	100	+2,4
(1)P A Trento	1 127	37	320	357	31,7	770	68,3	1 068	14	317	331	31,0	737	69,0	+0,7
(3)Piemonte	11.462	853	1 677	2.530	22,1	8 932	77,9	n c	n c	n.c.	n.c.	n c.	n.c	n c	n c.
(1)Puglia	11.545	872	3 259	4 131	35,8	7.414	64,2	13.180	853	3 022	3 875	29,4	9.305	70,6	+6,4
(1)Sardegna	5.911	104	419	523	8,8	5 388	91,2	6.492	276	625	901	13,9	5.591	86,1	-5,1
(1)Sicilia	13 416	994	1.657	2 651	19,8	10 765	80,2	14.555	896	1 072	1 968	13,5	12 587	86,5	+6,3
(1)Toscana	13.965	448	961	1 409	10,1	12 556	89,9	14 314	379	752	1.131	7,9	13 183	92,1	+2,2
(2)Umbria	3 555	122	364	486	13,7	3 069	86,3	2.556	18	228	246	9,6	2 310	90,4	+4,1
(1)Valle d'Aosta	366	20	63	83	22,7	283	77,3	356	22	72	94	26,3	264	73,7	-3,6
(1)Veneto	14 333	1 134	2.085	3 219	22,5	11.114	77,5	14 276	807	1 695	2.502	17,5	11.774	82,5	+5,0
Totale	174.156	11.116	27.055	38.171	21,9	135 985	78,1	141 031	7.848	21 879	29.727	21,1	111.304	78,9	+0,8

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto
n.c.= non calcolabile
U.C.= Utenti in carico
N.U.= Nuovi Utenti
G.C. =Già in carico

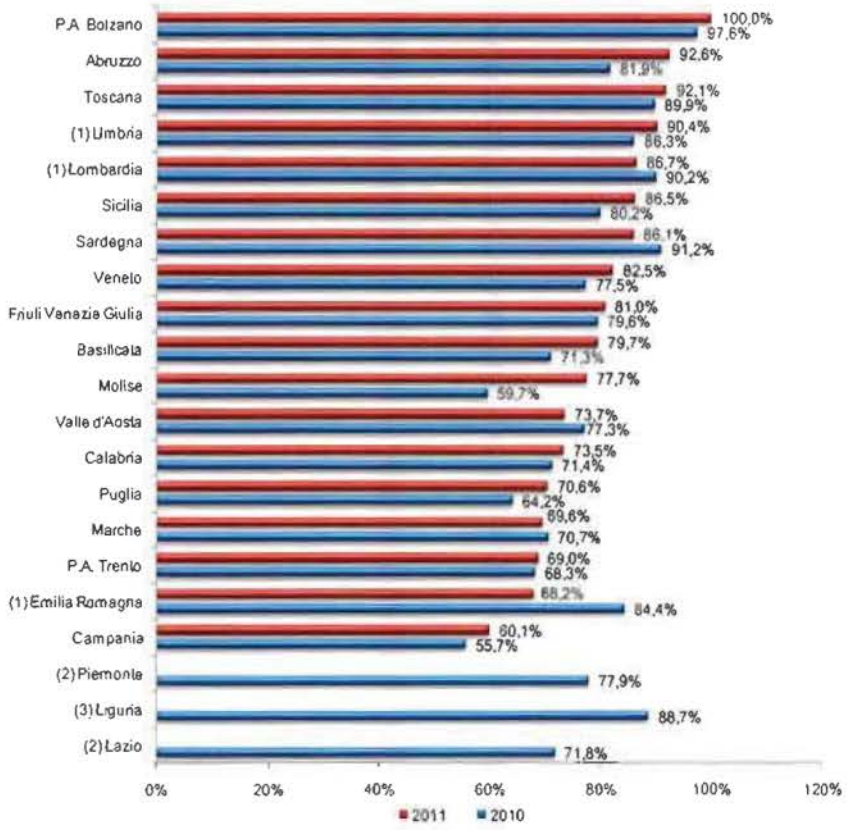
(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)
(2) Flusso SIND
(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione pari a 16,2 punti percentuali dei soggetti non testati per la Regione Emilia – Romagna (84,4% nel 2010 vs. 68,2% nel 2011), segue la Sardegna con una diminuzione di 5,1 punti percentuali di utenti non testati (92,1% nel 2010 vs. 86,1% nel 2011 ed infine l'Umbria con un decremento di 1,1 punti percentuali (70,7% nel 2010 vs. 69,6% nel 2011). Per contro, le regioni che hanno un aumento di soggetti non testati all'epatite B sono il Molise con un incremento di soggetti non testati pari a 18 punti percentuali (59,7% nel 2010 vs. 77,7% nel 2011), l'Abruzzo con un aumento di 10,7 punti percentuali (81,9% nel 2010 vs. 92,6% nel 2011) e la

Regione Basilicata con un aumento di 8,4 punti percentuali (71,3% nel 2010 vs. 79,7% nel 2011.

Figura I.4.15: Percentuale di utenti **Non testati** nell'anno di riferimento, per Regione. Anni 2010 e 2011



Diminuzione utenti non testati: -16,2% punti percentuali Emilia – Romagna; -5,1 punti percentuali Sardegna

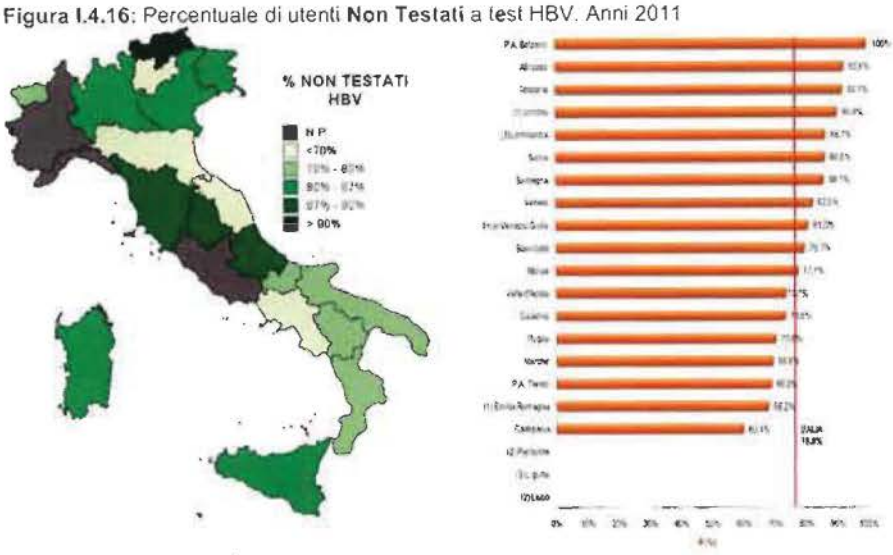
Aumento utenti non testati: +18,0 punti percentuali Molise; +10,7 punti percentuali Abruzzo; +8,4 punti percentuali Basilicata

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3)Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La distribuzione a livello territoriale delle percentuali di No testing evidenzia che, le regioni con maggior tendenza a tale comportamento, sono la Provincia Autonoma di Bolzano (100%), l'Abruzzo (92,6%), la Toscana (92,1%), l'Umbria (90,4%) e la Lombardia (86,7%). Per contro le regioni con una più bassa percentuale di soggetti non testati risultano essere, la Campania (60,1%), l'Emilia Romagna (68,2%) e la Provincia Autonoma di Trento (69,0).

Figura I.4.16: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HBV. Anni 2011



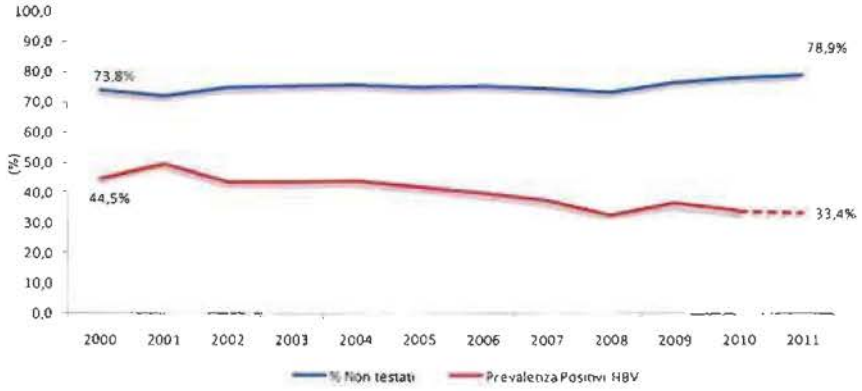
Regioni con meno soggetti testati: P.A. Bolzano, Abruzzo, Umbria e Lombardia

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3)Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi 12 anni, la percentuale di soggetti non testati è aumentato di circa 5 punti percentuali (73,8% nel 2000 vs. stima del 78,9% nel 2011). Per quanto riguarda il tasso di prevalenza di positivi dell'epatite B nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto di circa 11 punti percentuali (44,5% nel 2000 vs. stima del 33,4% nel 2011).

Figura I.4.17: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HBV. Anni 2000 - 2011

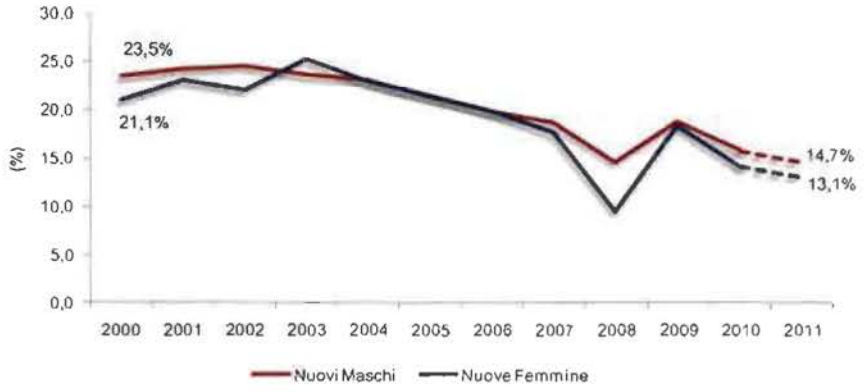


Aumento di circa 5 punti percentuali No testing

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Gli andamenti della prevalenza di positivi della nuova utenza per genere non evidenzia tendenze differenti con decrementi per i nuovi utenti maschi dal 23% del 2000 al 14,7% del 2011 e per la nuova utenza femminile dal 21% del 2000 al valore stimato del 13,6% nel 2011.

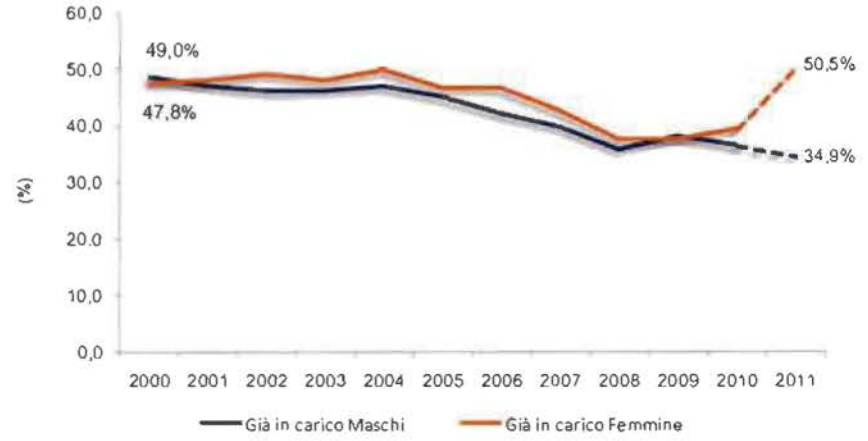
Figura I.4.18: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Per gli utenti già noti ai servizi, la prevalenza di maschi positivi dal 2000 diminuisce di circa 14 punti percentuali (49,0% nel 2000 vs. stima del 34,9 % nel 2011). In controtendenza invece, la prevalenza di postivi per il genere femminile che dal 2000 al 2011 indica un aumento di 2,7 punti percentuali (47,8% nel 2000 vs. stima del 50,5% nel 2011).

Figura I.4.19: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

In generale l'85,9% dei soggetti risultati positivi alla epatite B nel 2011, è di genere maschile; il restante 14,1% è di genere femminile. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuali di positivi HBV diminuisce di circa 0,6 punti percentuale (37,1% nel 2010 vs. stima del 36,5% nel 2011), sebbene gli andamenti per genere siano differenziati e in controtendenza; la prevalenza complessiva di HBV positivi diminuisce di circa 1,2 punti percentuali (15,7% nel 2010 vs stima del 14,5% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 13,1% per le femmine e 14,7% per i maschi.

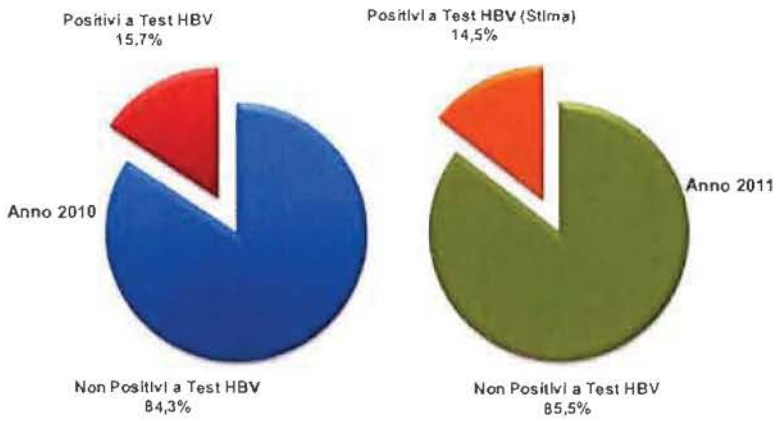
diminuisce di circa 1,2 punti percentuali (15,7% nel 2010 vs stima del 14,5% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 13,1% per le femmine e 14,7% per i maschi.

Tabella I.4.7: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HBV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	15,9	14,7	-1,2
Femmine	14,3	13,1	-1,2
Totale	15,7	14,5	-1,2
Utenti Già in carico			
Maschi	36,8	34,9	-1,9
Femmine	39,7	50,5	10,8
Totale	37,1	36,5	-0,6
Totale			
Maschi	33,6	32,1	-1,5
Femmine	35,8	43,9	8,1
Totale	33,9	33,4	-0,5

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

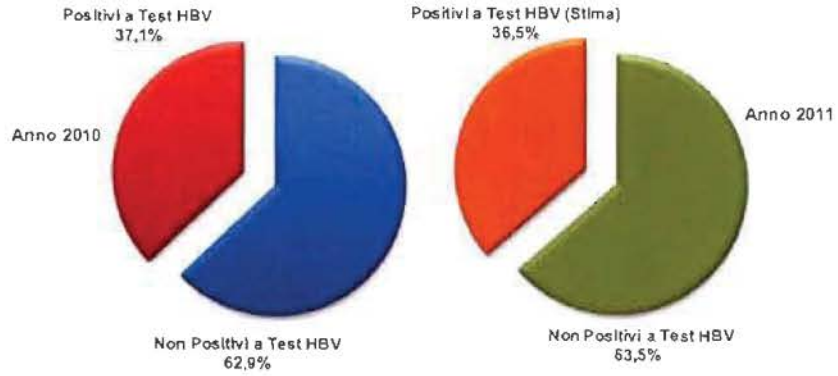
Figura I.4.20: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Nuovi Utenti: 2010: 15,7% Stima 2011: 14,5%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.21: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011

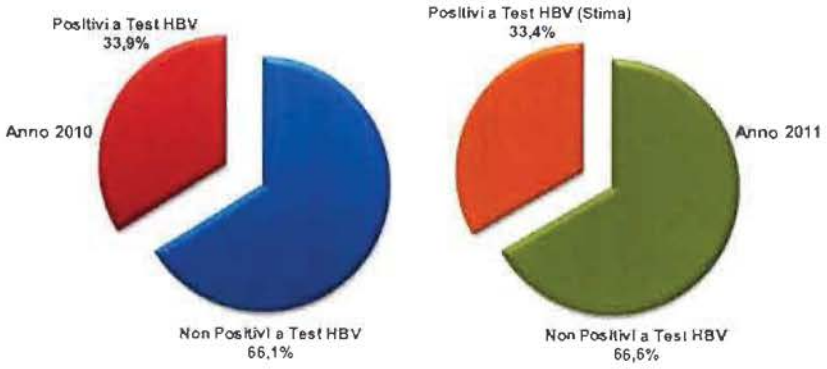


Prevalenza di Utenti già in carico: 2010: 37,1% Stima 2011: 36,5%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.22: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011

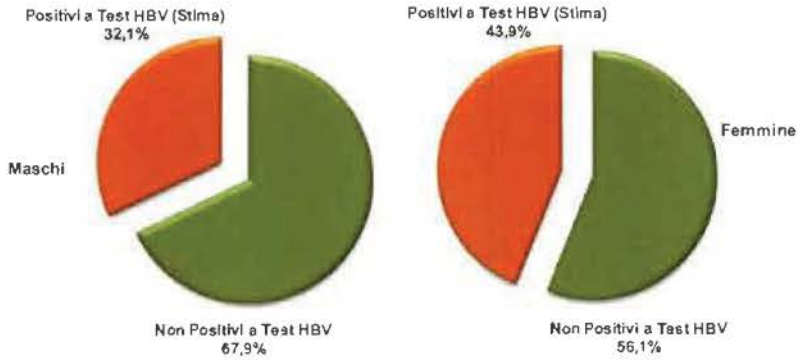
Prevalenza di Utenti già in carico: 2010: 33,9% Stima 2011: 33,4%



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.23: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HBV per genere. Anno 2011

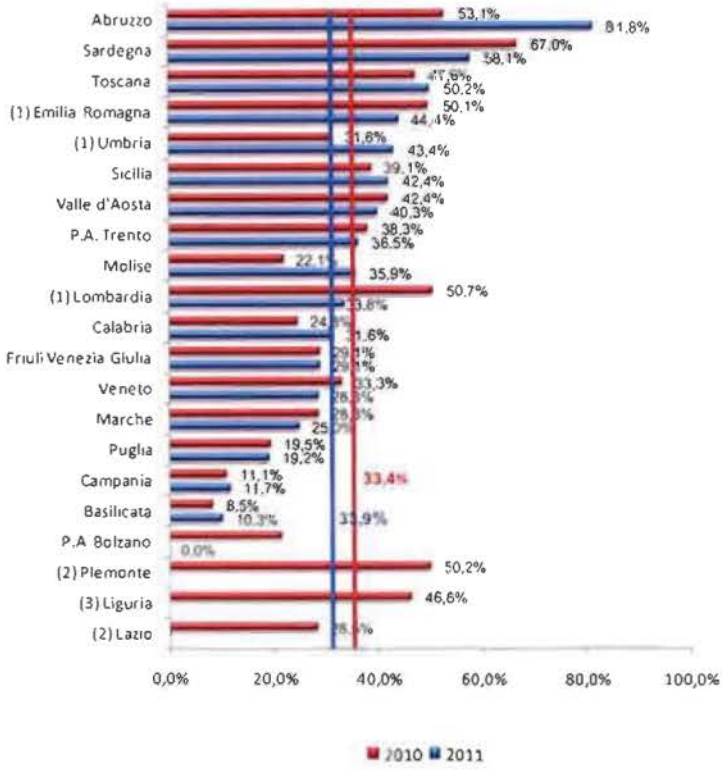
Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico): Stima 2011- Maschi : 32,1% Stima 2011:- Femmine 43,9%



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La distribuzione della prevalenza di utenti HBV positivi per Regione evidenzia una sensibile contrazione per la Regione Lombardia 16,9 punti percentuali (50,7% nel 2010 vs. 33,8% nel 2011), a fronte di un altrettanto sensibile aumento per la Regione Abruzzo (81,8%). Una diminuzione più contenuta della prevalenza di HBV positivi si osserva per le Regioni Sardegna con una diminuzione pari a 8,9 punti percentuali (67,0% nel 2010 vs. stima del 58,1% nel 2011) e la regione Emilia – Romagna, con una diminuzione di 5,7 punti percentuali (50,1% nel 2010 vs. stima del 44,4% nel 2011).

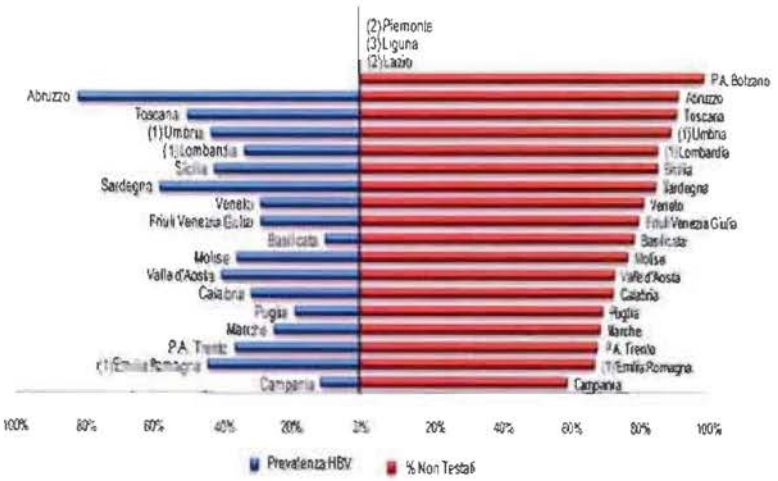
Figura I.4.24: Prevalenza utenti HBV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011



(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.25: Percentuale di utenti **Non testati** e Prevalenza di utenti HBV positivi. Anno 2011



Relazione tra prevalenza HBV e % utenti non testati

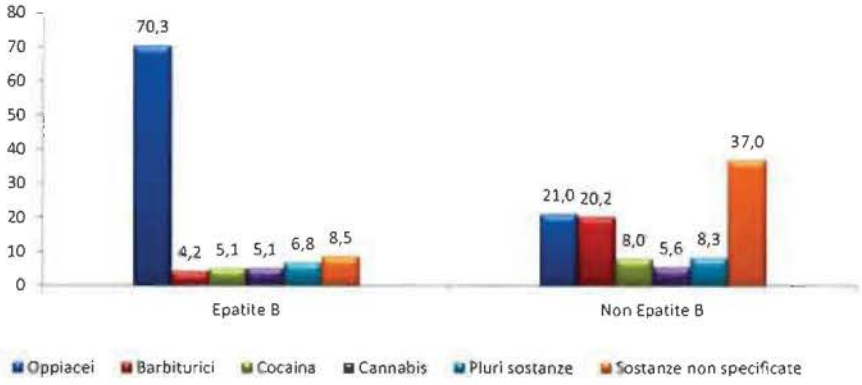
(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Riduzione dei ricoveri per epatite B

Nel 2011, tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 118 ricoveri), senza differenze rilevanti nell'ultimo triennio.
Maggiore variabilità si osserva nel corso del triennio, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HBV sintomatica o asintomatica, in relazione alla quota di ricoveri di soggetti di genere maschile (78,1% nel 2009, 81,7%, nel 2010 e 78% nel 2011). Anche in questo caso, come detto sopra, più elevata (78% vs 45%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.

Figura I.4.26: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.26) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (70,3% contro 21,0%), in forte analogia con la presenza di sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I livelli di prevalenza dell'HCV osservati tra i diversi paesi europei e all'interno di uno stesso paese, sono estremamente vari, a causa sia di differenze intrinseche ai territori, sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione indagato. Nel biennio 2008-2009 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di tossicodipendenti esaminati a livello europeo, variano da circa il 22% all'91%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

No testing HCV: 83,4% diminuzione di 3 punti percentuali

Come per i precedenti test sierologici, anche per l'HCV, si osservava, analoga e preoccupante situazione relativamente sia alla diffusione del virus sia ai soggetti non testati nell'anno. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 3 punti percentuali (80,4% nel 2010 vs. 83,4% nel 2011).

Tabella I.4.8: Utenti in carico nei Servizi, soggetti testati e non testati a test HCV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%	Diff.
(3)Abruzzo	4 740	183	341	524	11,1	4 216	88,9	5 762	177	388	565	9,8	5.197	90,2	-1,3
(1)Basilicata	1.592	75	226	301	18,9	1.291	81,1	1 695	61	231	292	17,2	1 403	82,8	-1,7
(1)Calabria	4 145	320	823	1 143	27,6	3.002	72,4	3 651	198	746	944	25,9	2.707	74,1	-1,7
(1)Campania	17.878	1 792	4 658	6 450	36,1	11.428	63,9	18.764	2.339	4 554	6.893	36,7	11 871	63,3	+0,6
(2)Emilia Romagna	12 498	574	1 059	1.633	13,1	10.865	86,9	13.470	172	1 306	1.478	11,0	11.992	89,0	-2,1
(1)F.V G	3 671	302	505	807	22,0	2 864	78,0	3 371	147	330	477	14,2	2.894	85,8	-7,8
(3)Lazio	15 424	1 412	2 904	4 316	28,0	11.108	72,0	n.c.	n.c	n c	n c	n.c	n c	n.c	n c.
Liguna	7 262	199	558	757	10,4	6 505	89,6	n.p	n p	n.p	n p	n.p	n.p	n.p	n p
(2)Lombardia	23 625	1.536	2 186	3.722	15,8	19 903	64,2	20.623	592	1.256	1 848	9,0	18.775	91,0	-6,8
(1)Marche	5.679	364	1.221	1.585	27,9	4 094	72,1	4 993	250	957	1 207	24,2	3 786	75,8	-3,7
(1)Molise	1.202	186	108	294	24,5	908	75,5	1 146	135	141	276	24,0	872	76,0	-0,5
(1)P.A Bolzano	760	0	0	0	0,0	760	100	755	0	0	0	0,0	755	100	0,0
(1)P.A Trento	1 127	38	282	320	28,4	807	71,6	1 068	22	276	298	27,9	770	72,1	-0,5
(2)Piemonte	11.462	683	1 509	2 192	19,1	9 270	80,9	n.c.	n c	n.c	n c	n.c	n.c	n.c	n c.
(1)Puglia	11 545	893	1 927	2 820	24,4	8.725	75,6	13 180	833	1.903	2.736	20,8	10 444	79,2	-3,6
(1)Sardegna	5 911	100	345	445	7,5	5.466	92,5	6 492	227	482	709	10,9	5 783	89,1	3,4
(1)Sicilia	13.416	884	1.440	2.324	17,3	11 092	82,7	14.555	855	1.199	2 054	14,1	12 501	85,9	-3,2
(1)Toscana	13 965	397	1.026	1 423	10,2	12 542	89,8	14 314	342	1.059	1.401	9,8	12.913	90,2	-0,4
(1)Umbria	3 555	64	352	436	12,3	3 119	87,7	2 556	11	114	125	4,9	2.431	95,1	-7,4
(1)Valle d'Aosta	366	22	124	146	39,9	220	60,1	358	22	14	36	10,1	322	89,9	-29,8
(1)Veneto	14.333	925	1 536	2 461	17,2	11.872	82,8	14 276	155	1.320	2.056	14,4	12.220	85,6	-2,8
Totale	174 156	10 969	23.130	34 099	19,6	140.057	80,4	141.031	7 119	16 276	23.395	16,6	117 636	83,4	-3,0

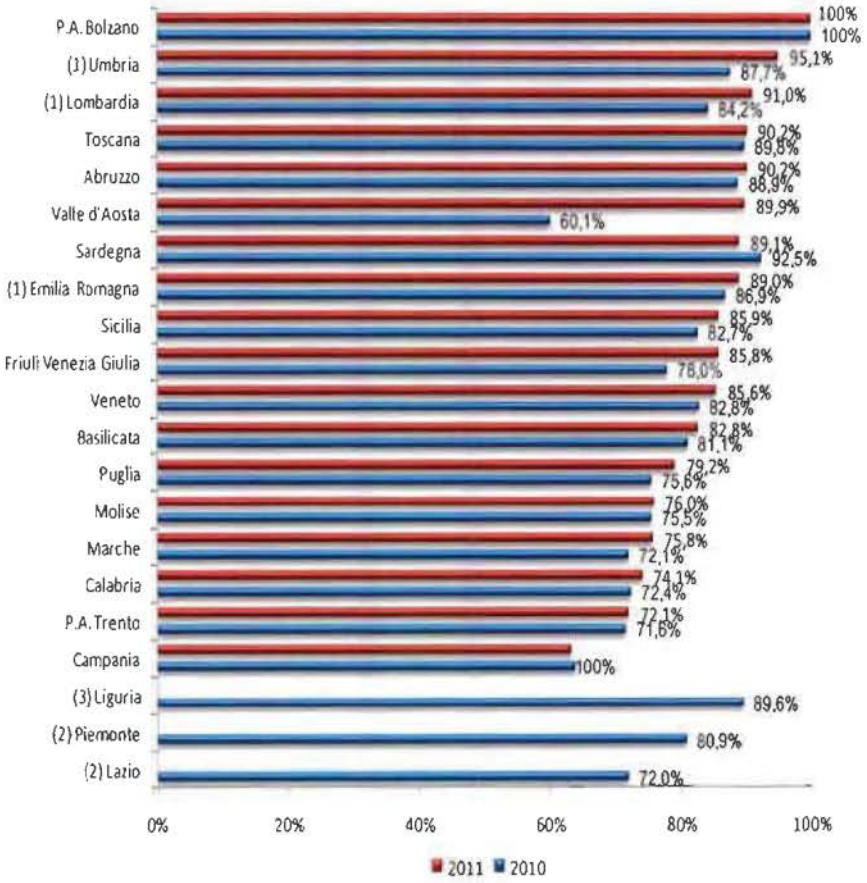
n.p.= dato richiesto ma non pervenuto
n.c.= non calcolabile
U.C.= Utenti in carico
N.U.= Nuovi Utenti
G.C. =Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)
(2) Flusso SIND (Archivio esami più Monitoraggio HIV)
(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione dei soggetti non testati per la Valle d'Aosta (60,1% nel 2010 vs. 89,9 nel 2011), per l'Umbria con una diminuzione di 7,4 punti percentuali di utenti non testati (87,7% nel 2010 vs. 95,1% nel 2011) ed infine per la Lombardia, dove la diminuzione stimata risulta di 6,8 punti percentuali (84,2% nel 2010 vs. 91,0%). Per contro, la regione che ha un aumento significativo di soggetti non testati all'epatite C è la Sardegna con un aumento di 3,4 punti percentuali (92,5% nel 2010 vs. 89,1% nel 2011).

Figura I.4.27: Percentuale di utenti **Non testati** a test HCV per Regione. Anni 2010 e 2011



Diminuzione utenti non testati: -29,9% punti percentuali Valle d'Aosta; -7,4 punti percentuali Umbria -6,8 punti percentuali Lombardia

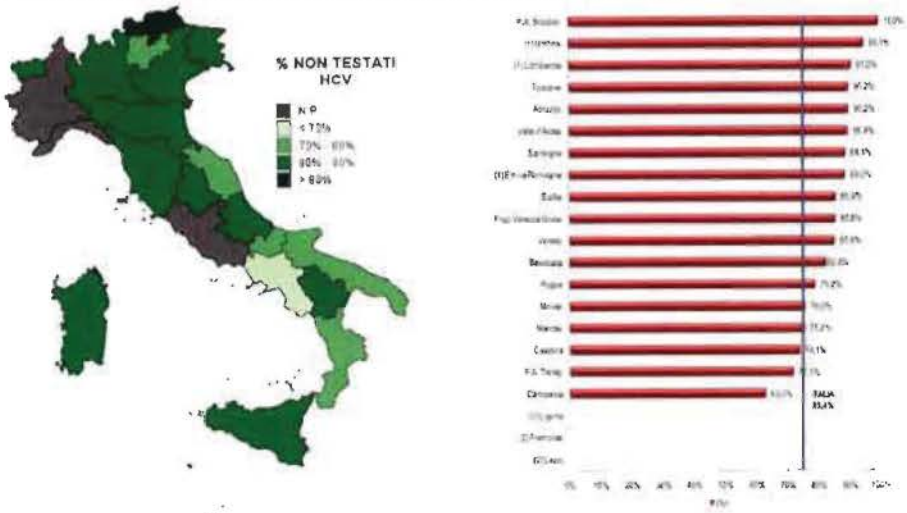
Aumento utenti non testati: +3,4 punti percentuali Sardegna;

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Le percentuali di non testing per il 2011 risultano molto elevate nella Provincia Autonoma di Bolzano (100%), in Umbria (95,1%), in Lombardia (91,0%), in Toscana, in Abruzzo e in Valle d'Aosta (90,2%). Per contro, le regioni che hanno testano di più nel 2011 sono la Provincia Autonoma di Trento(72,1%), la Calabria(72,4%) e le Marche (75,8%).

Figura I.4.28: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HCV per regione. Anni 2011



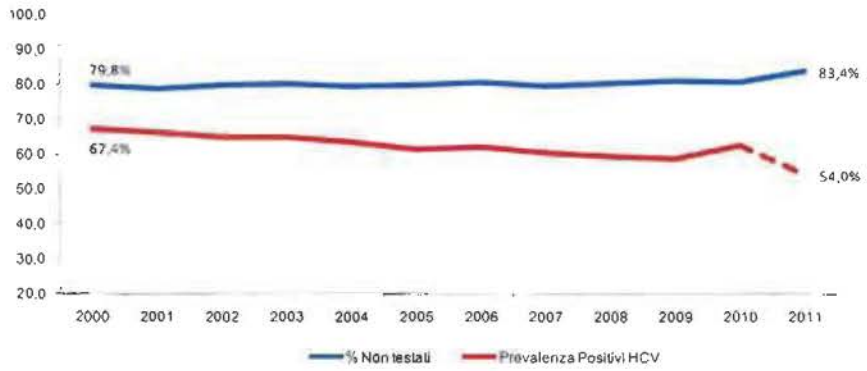
Regioni con meno utenti testati: P.A. Bolzano, Umbria, Lombardia, Toscana, Abruzzo e Valle d'Aosta

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3)Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Il tasso di prevalenza di positivi all'epatite C nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto passando rispettivamente dal 67,4% al 54,0%, dato questo ultimo stimato non essendo pervenuti tutti i dati richiesti e per le Regioni Emilia – Romagna, Lombardia e Umbria i dati provengono dal flusso informativo SIND.

Figura I.4.29: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HCV. Anni 2000 - 2011



No testing 83,4% Stima: Prevalenza positivi HCV: 54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

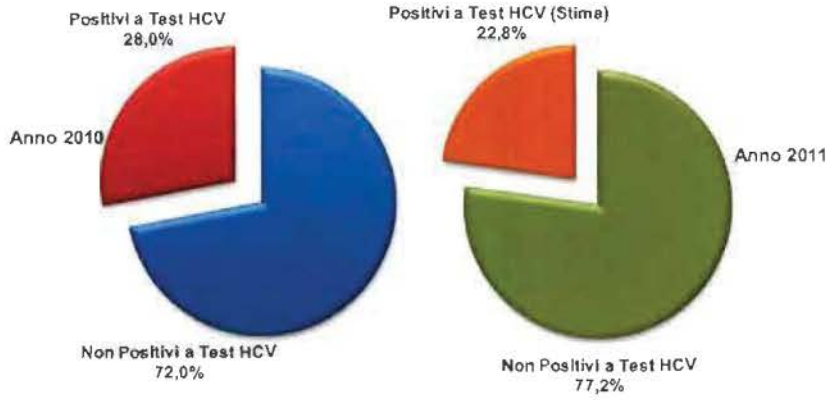
L'86,6% dei soggetti risultati positivi alla epatite C nel 2011, è di genere maschile; il restante 13,4% è di genere femminile.
Rispetto al 2010, diminuisce di 5,2 punti percentuali la prevalenza di HCV positivi per la nuova utenza (28,0% nel 2010 vs 22,8% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 20,2% per le femmine e 23,2% per i maschi. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuali di positivi HCV diminuisce di 5,3 punti percentuali (67,7% nel 2010 vs. 62,4% nel 2011), differenziate nel seguente modo: 60,7% per le femmine in diminuzione di 9,5 punti percentuali, e 59,3% nei maschi anche essi in diminuzione di 8 punti percentuali.

Tabella I.4.9: Prevalenza di utenti positivi a Test HCV secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HCV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	28,3	23,2	-5,1
Femmine	26,1	20,2	-5,9
Totale	28,0	22,8	-5,2
Utenti Già in carico			
Maschi	67,3	59,3	-8,0
Femmine	70,2	60,7	-9,5
Totale	67,7	59,5	-8,2
Totale			
Maschi	62,1	53,9	-8,2
Femmine	64,5	54,5	-10
Totale	62,5	54,0	-8,5

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

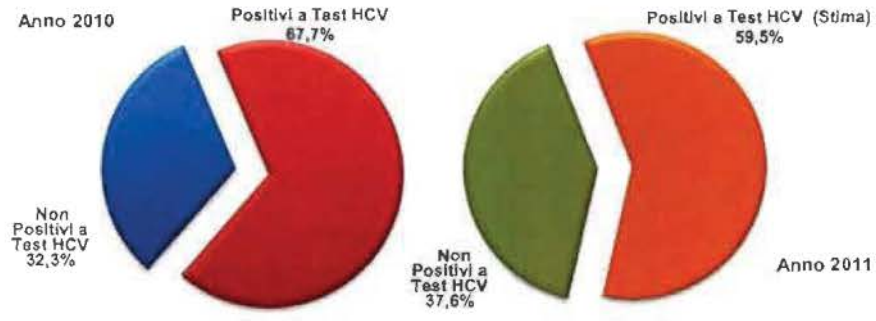
Figura I.4.30: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Nuovi Utenti Positivi: 2010: 28,0% Stima 2011: 22,8%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

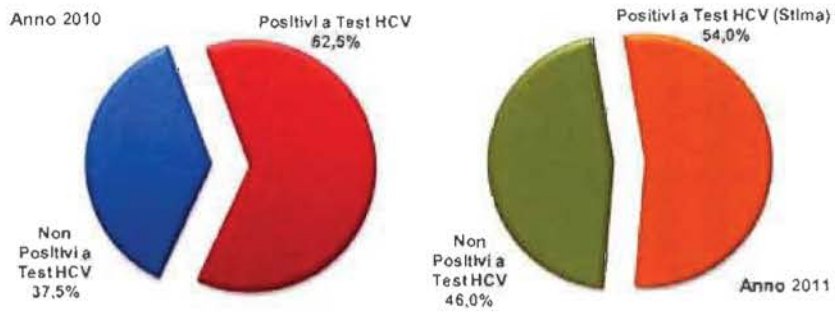
Figura I.4.31: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Utenti Già in carico Positivi: 2010: 67,7% Stima 2011: 59,5%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

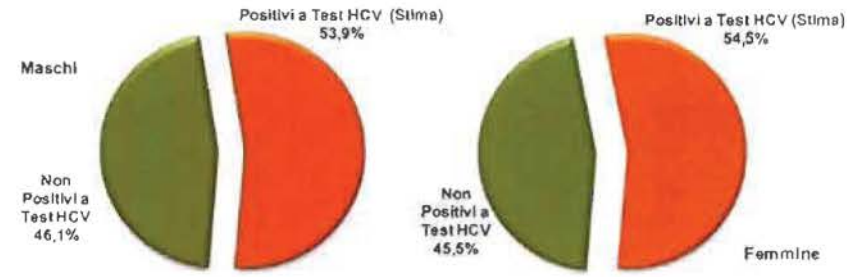
Figura I.4.32: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico)** in Carico Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Utenti Totali Positivi: 2010: 62,5% Stima 2011: 54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.33: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011

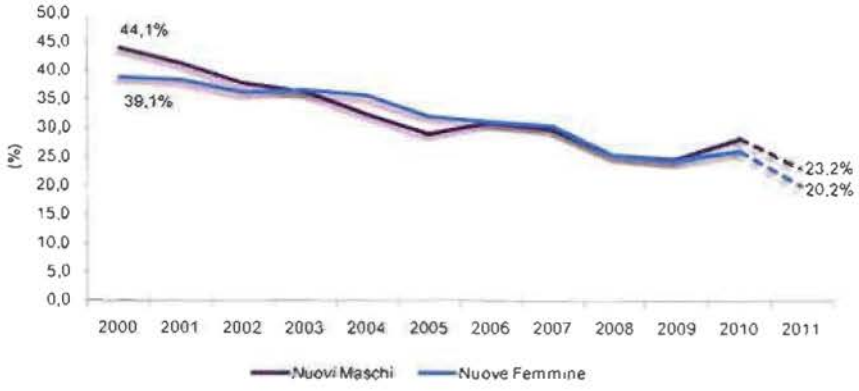


Prevalenza di Utenti Positivi: Stima: Maschi: 62,5% Stima Femmine: 54,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La prevalenza di HCV positivi tra i nuovi utenti mostra che dal 2000 ad oggi il trend è in diminuzione di circa 21 punti percentuali tra i maschi (44,1% nel 2000 vs. 23,2% nel 2011) analogo andamento si osserva anche per le femmine entrate per la prima volta nei servizi (36,1% nel 2000 vs. 20,2% nel 2011).

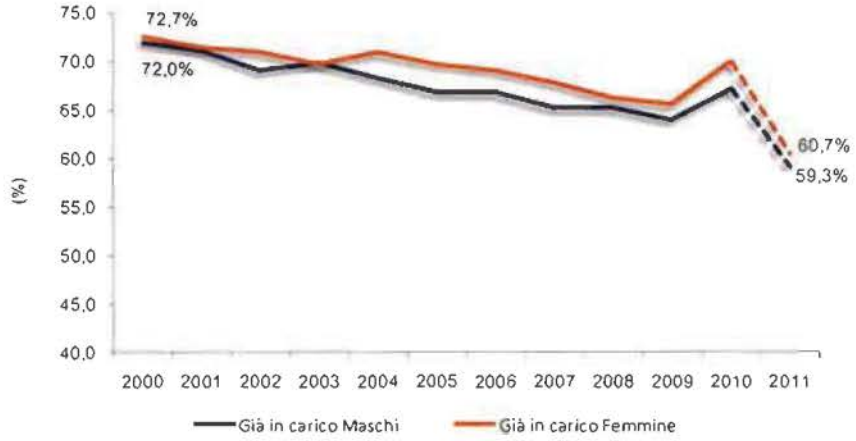
Figura I.4.34: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Situazione analoga anche per gli utenti già in carico, in cui la prevalenza di positivi da HCV negli ultimi dodici anni diminuisce di circa 13 punti percentuali stimati per i maschi e 12 punti percentuali per le femmine.

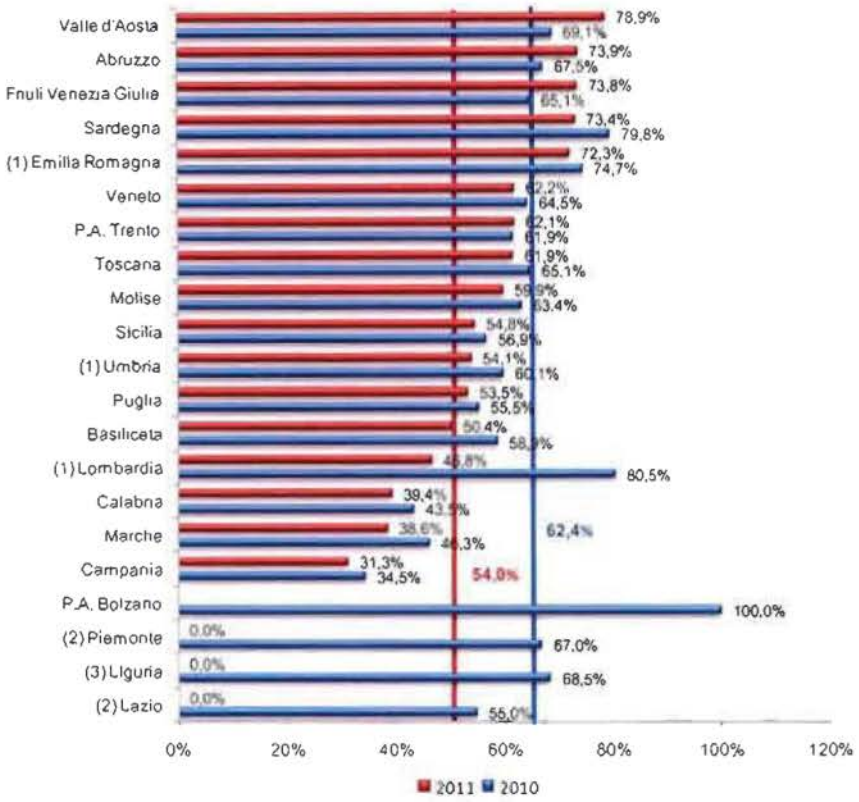
Figura I.4.35: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

La prevalenza di utenti HCV positivi osservata nel 2011 varia da un minimo di 38,6% nella Regione della Campania ad un massimo di 78,9% nella Regione Valle d'Aosta. Rispetto al 2010 la prevalenza di positivi a test HCV in Lombardia diminuisce di 33,7 punti percentuali (80,5% nel 2010 vs. 46,8% nel 2011).

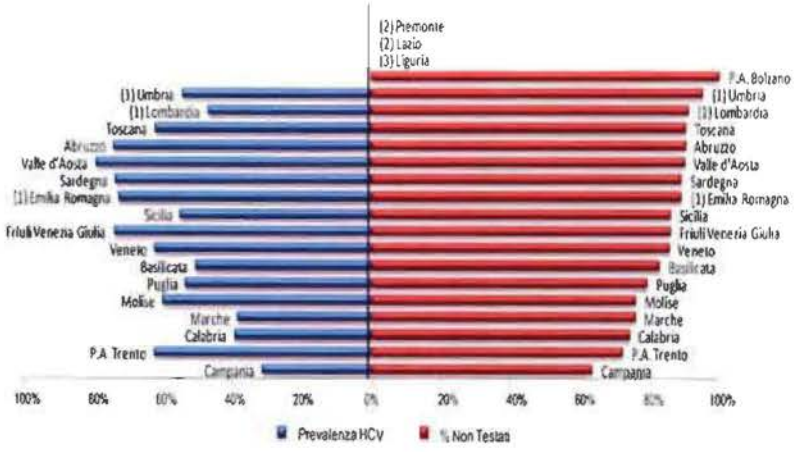
Figura I.4.36: Prevalenza utenti HCV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011



(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura I.4.37: Percentuale di utenti **Non testati** e Prevalenza di utenti HCV positivi, Anno 2011



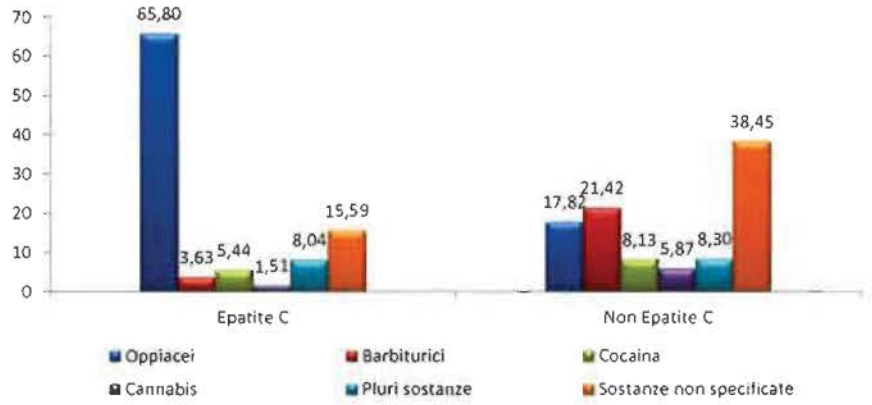
(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2011 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari all'7,2% corrispondente a 1.655 ricoveri.
Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o asintematica, nel 2011 si osserva una percentuale più elevata di maschi rispetto alle femmine (76,0% contro 24,0%); inoltre si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (3,9% contro 12,2%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Figura I.4.38: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

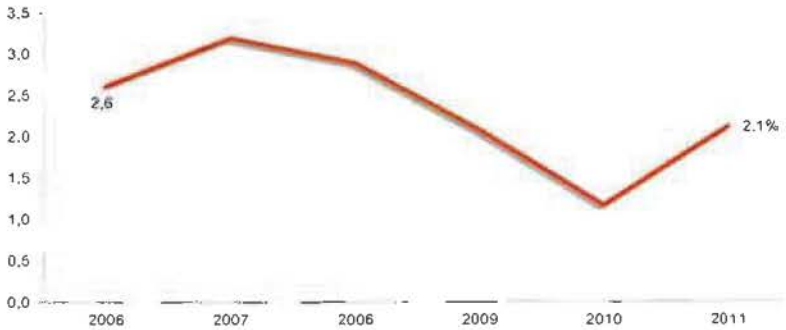
Lo studio della sostanza d'uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia una quota più elevata di assuntori di oppiacei (65,8% contro 17,8%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbilità con le altre malattie infettive (Figura I.4.38).

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

Presenza di ricoveri per TBC

Nel 2011 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di infezione da tubercolosi sono al 2,0% corrispondente a 49 ricoveri. Nel 2007 si è osservato un aumento di infezione da tubercolosi rispetto al 2006 (2,6% vs 3,2%), per diminuire nel triennio 2008-2010 (2,8% nel 2008, 2,1% nel 2009 e 1,2% nel 2010) per aumentare nell'ultimo anno 2011

Figura I.4.39: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC. Anno 2006 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

Schede di dimissione ospedaliera (SDO): ricoveri correlati al consumo di stupefacenti

Mediante l'analisi delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), è possibile definire un profilo conoscitivo delle caratteristiche dei ricoveri di pazienti assuntori di sostanze psicoattive, e di desumere quindi un profilo delle principali patologie droga correlate.
Come anticipato nel precedente paragrafo, l'analisi della SDO è stata utilizzata anche per la descrizione delle malattie infettive rilevate nei ricoveri ospedalieri droga correlati.
L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi dalle strutture ospedaliere ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM. In particolare, sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi principale o diagnosi secondarie droga correlate, corrispondenti alle seguenti categorie diagnostiche (codici ICD9-CM): Psicosi da droghe (292, 292.0-9), Dipendenza da droghe (304, 304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305, 305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenamenti da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenamenti da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenamenti da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5).

Il consumo di stupefacenti come diagnosi principale o secondaria

La struttura della SDO prevede la possibilità di riportare una diagnosi principale di dimissione, che rappresenta la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali, e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o terapeutici. Oltre alla diagnosi principale, possono essere riportate, se presenti, una o più diagnosi secondarie (fino ad un massimo di 5); le diagnosi secondarie si riferiscono a patologie che coesistono o che si sviluppano nel corso del ricovero, oppure sono complicanze insorte durante il ricovero, o specificazioni della diagnosi principale. L'archivio selezionato per l'analisi include tutte le SDO che contengono diagnosi droga correlate, riportate in diagnosi principale o secondaria.

I.4.2.1 Ricoveri droga correlati

Riduzione del 3,6% dei i ricoveri droga-correlati nel triennio 2009 - 2011

Nel triennio 2009 - 2011 i ricoveri complessivi per qualsiasi patologia sono diminuiti del 7,8% (11.674.098 nel 2009, 11.294.892 nel 2010 e 10.757.733 nel 2011); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondaria) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (23.997 nel 2009, 23.895 nel 2010 e 23.131 nel 2011) del collettivo nazionale, con una contrazione del 3,6% inferiore all'andamento dei ricoveri complessivi.

Tabella I.4.10: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Genere, Nazionalità e Età. Anno 2010-2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Maschi	13.335	55,8	13.251	57,3	-0,6
Femmine	10.560	44,2	9.880	42,7	-6,4
Totale	23.895	100	23.131	100	-3,2

continua

continua

Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Nazionalità					
Italiani	22.574	94,5	21.660	93,7	-4,0
Stranieri	1.312	5,5	1.459	6,3	11,2
Età					
Età media maschi	40,2		40,5		0,8
Età media femmine	46,7		47,4		1,4
Età mediana maschi	39,0		39,0		0,0
Età mediana femmine	44,0		45,0		2,3

età media dei ricoverati: 40,5 anni maschi 47,4 anni femmine

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il 93,7% dei ricoveri droga correlati erogati nel 2011 riguarda cittadini italiani, il 57,3% di genere maschile, di età media pari a 40,5 anni, più elevata per le donne rispetto ai maschi (40,5 anni vs. 47,4 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche, l'età si riduce di oltre due anni, passando da 47,4 a 45 anni per le femmine.

Tabella I.4.11: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Regime di ricovero, Tipo di ricovero e Modalità di dimissione. Anno 2010-2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Regime di ricovero					
Ordinario	21.977	92,0	21.406	92,5	-2,6
Day hospital	1.918	8,0	1.725	7,5	-10,1
Tipo di ricovero					
Programmato non urgente	6.956	31,3	6.639	30,8	-4,6
Urgente	14.540	65,4	14.201	65,9	-2,3
Trattamento sanitario obbligatorio	565	2,5	537	2,5	-5,0
Preospedalizzazione	106	0,5	125	0,6	17,9
Altro	58	0,3	54	0,3	-6,9
Modalità di dimissione					
Dimissione ordinaria a domicilio	18.945	79,3	18.189	78,6	-4,0
Dimissione volontaria	2.313	9,7	2.237	9,7	-3,3
Trasferimento ad altro istituto	1.008	4,2	1.031	4,5	2,3
Decesso	208	0,9	210	0,9	1,0
Altro	1.418	5,9	1.463	6,3	3,2

In diminuzione i ricoveri per: -Ricoveri programmati (-4,6%) In aumento i ricoveri per: preospedalizzazione (+17,9%)

Aumento dei decessi (+1,0%)

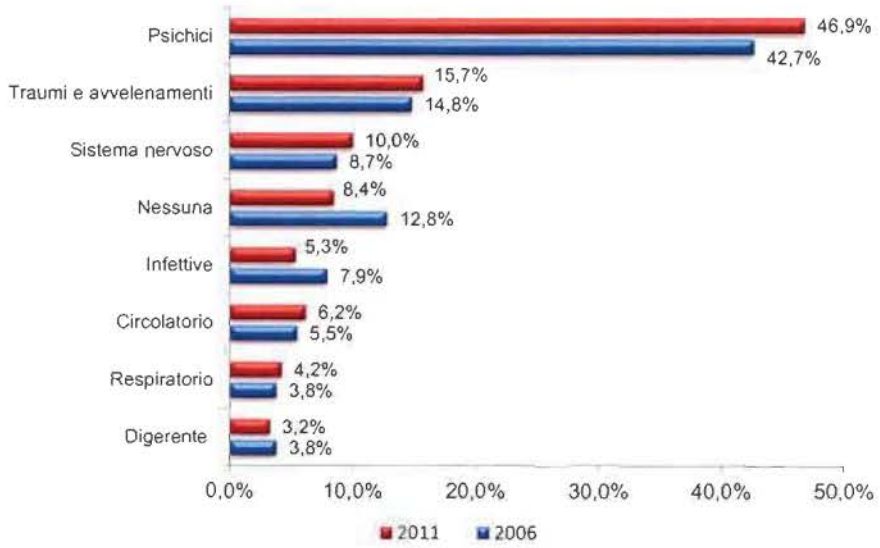
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il 92,5% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 10,2 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (4 ricoveri).

Nel 78,6% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 9,7% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente (-3,3% rispetto al 2010); il 4,5% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,9% (210) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.

Le 23.131 SDO del 2011 contengono complessivamente 31.495 diagnosi non correlate a droghe: in 9.429 schede in cui la diagnosi principale è droga correlata sono ulteriori 15.132 diagnosi secondarie droga correlate (per 2.661 SDO non sono presenti diagnosi secondarie associate), mentre 13.702 schede hanno diagnosi principali non droga correlate, che invece sono riportate come secondarie.
L'insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga sono state raggruppate per categorie anatomiche funzionali al fine di identificare quali siano le comorbilità più frequentemente associate al consumo di sostanze nei ricoveri ospedalieri. Confrontando le schede di dimissione ospedaliera del 2006 e del 2011 si osserva che rispetto al 2006 sono aumentati del 4,1% sia i disturbi psichici (42,7% nel 2006 vs. 46,9% nel 2011) sia i traumi e avvelenamenti (14,8% nel 2006 vs. 15,7% nel 2011) indotti da droghe, seguono i problemi al sistema nervoso con un aumento dell'1,3% e le malattie del sistema circolatorio in aumento dello0,7% (5,5% nel 2006 vs. 6,2% nel 2011). Inoltre si osserva che rispetto al 2011 diminuisce del 4,4% i casi in cui non sono presenti diagnosi secondarie associate (12,8% nel 2006 vs 8,4% nel 2011), seguita dalle malattie infettive con un calo del 2,6% rispetto al 2006 (7,9% nel 2006 vs. 5,3% nel 2011) (Figura I.4.40).

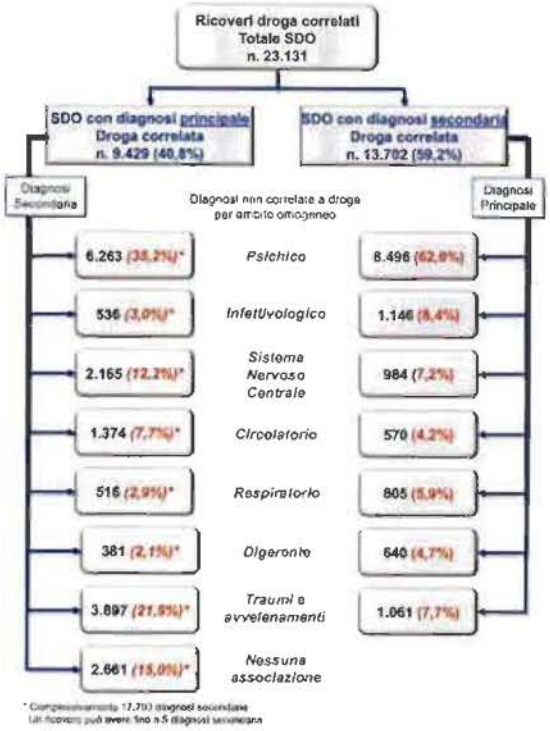
Figura I.4.40: Insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga raggruppate per ambiti omogenei. Anni 2006 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Lo schema seguente riepiloga il flusso 2011. Le SDO sono state separate in due gruppi: quello in cui le diagnosi droga correlate sono primarie e quello dove una diagnosi droga-correlata compare come diagnosi secondaria associata a diagnosi primaria non droga correlata. Nel primo gruppo con diagnosi droga correlata possono essere presenti più diagnosi secondarie. Infine, le diagnosi non correlate al consumo di stupefacenti sono state raggruppate per ambiti omogenei.

Figura I.4.41: Organizzazione flusso SDO. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

L'associazione più frequentemente osservata è quella tra sostanze stupefacenti e disturbi psichici in entrambi i gruppi (35,2% e 62,0%). Considerando i ricoveri con diagnosi principale droga correlata si ha una elevata combinazione con traumi ed avvelenamenti (21,9%) e con patologie al sistema nervoso centrale (12,1%), mentre nel 15,0% dei casi non si hanno diagnosi secondarie associate.
Considerando invece, i ricoveri con diagnosi secondaria droga correlate, le patologie maggiormente comorbili rispetto al primo gruppo di SDO (con diagnosi principale correlata) sono quelle di tipo infettivologico (8,4% vs 3,0%), seguite da quelle dell'apparato respiratorio (5,9% vs 2,9%) e dall'apparato digerente (4,7% vs 2,1%).

Nel 2011 si rileva una diminuzione dei ricoveri per uso di antidepressivi pari al 13,5% (754 nel 2010 vs 652 nel 2011), seguito dagli allucinogeni 12,5% (128 nel 2010 vs 112 nel 2011), dagli oppiacei 7,0% (5.288 nel 2010 vs 4.917 nel 2011), da sostanze non specificate 4,7% (8.046 nel 2010 vs 7.670 nel 2011), dai barbiturici 2,1% (4.759 nel 2010 vs. 4.660 nel 2011); infine, si evidenzia un calo dell'1,1% di ricoveri per uso di cocaina (1.858 nel 2010 vs 1.837 nel 2011).
Un aumento, si osserva, invece, nei ricoveri per uso di cannbinoidi del 13,5%; (1.133 nel 2010 vs 1.286 nel 2011), nei ricoveri per uso di più sostanze del 3,6% (1.850 nel 2010 vs 1.916 nel 2011) e nei ricoveri per uso di amfetamine pari a 2,5% (79 nel 2010 vs 81 nel 2011).

Tabella I.4.12: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Sostanza d'abuso. Anni 2010-2011

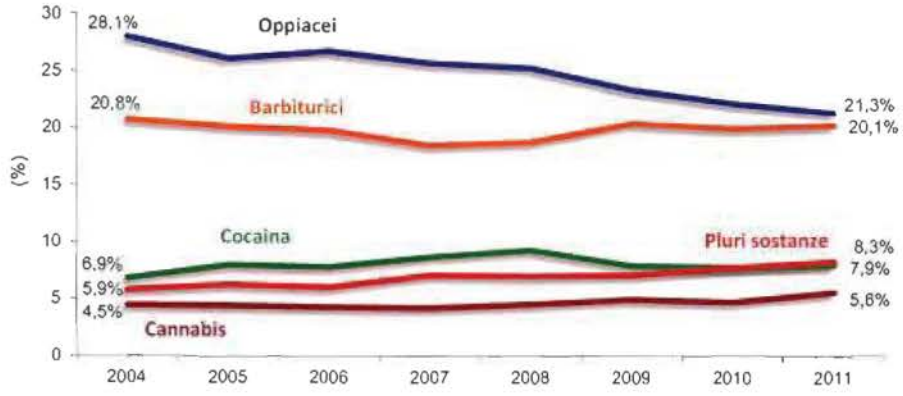
Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Sostanza d'abuso					
Oppiacei	5.288	22,1	4.917	21,3	-7,0
Barbiturici	4.759	19,9	4.660	20,1	-2,1
Cocaina	1.858	7,8	1.837	7,9	-1,1
Pluri sostanze	1.850	7,7	1.916	8,3	3,6
Cannabinoidi	1.133	4,7	1.286	5,6	13,5
Antidepressivi	754	3,2	652	2,8	-13,5
Allucinogeni	128	0,5	112	0,5	-12,5
Amfetamine	79	0,3	81	0,4	2,5
Sostanze non specificate	8.046	33,7	7.670	33,2	-4,7

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Diminuzione di ricoveri per uso di:
-oppiacei (-7,0%)
-barbiturici (-2,1%)
- cocaina (-1,1%)
Aumento dei ricoveri per cannabinoidi (+13,5%)
-antidepressivi (-13,5)
-allucinogeni (-12,5%)
-sostanze non specificate (-4,7%)

Negli ultimi otto anni dal 2004 al 2011 si assiste ad un decremento di 6,8 punti percentuali di ricoveri per uso di oppiacei (28,1% del 2004 vs. 21,3% del 2011), uso di barbiturici fino al 2007 (20,8% nel 2004, 20,1% nel 2005, 19,8 nel 2006 e 18,5 nel 2007), per stabilizzarsi al 20% circa nel triennio 2009 -2011. I ricoveri di soggetti con uso di cannabis aumentano fino al 2009 (4,5% nel 2004 vs 5,0% nel 2008) e rimangono sostanzialmente invariati nel biennio successivo (4,7% nel 2010 vs 5,6% nel 2011).
Per la cocaina si ha il valore più alto di ricoveri nel 2008 (9,3%) che tende a diminuire e stabilizzarsi negli ultimi tre anni (7,9% nel 2009, 7,8% nel 2010 e 7,9% nel 2011); infine, aumentano di 2,4 punti percentuali i ricoveri per uso di più sostanze passando da 5,9% nel 2004 a 8,3% nel 2011.

Figura I.4.42: Percentuale dei soggetti ricoverati nelle struttura ospedaliere per sostanza d'abuso. Anni 2004 – 2011

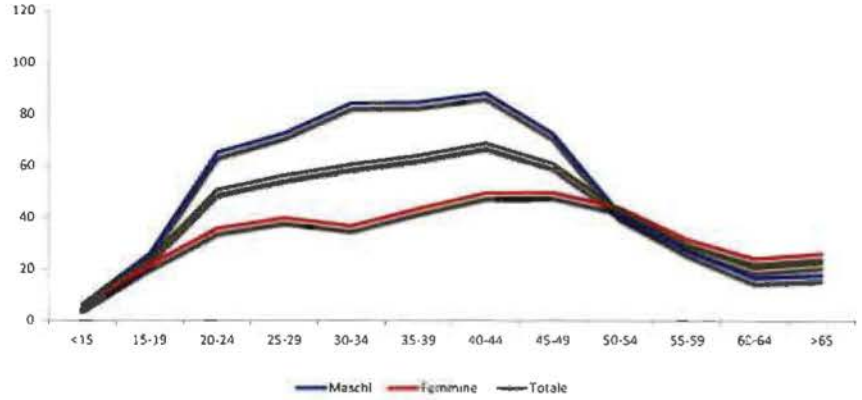


Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Come evidenziato dalla Figura I.4.42, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni, con punte massime nella classe di età 40-44 anni, con circa 88 ricoveri ogni 100.000 residenti; diversamente, il numero dei ricoveri delle donne prevale su quello dei maschi dopo i 54 anni, con punte massime nella fascia di età 40-49 anni, con circa 100 ricoveri ogni 100.000

residenti.

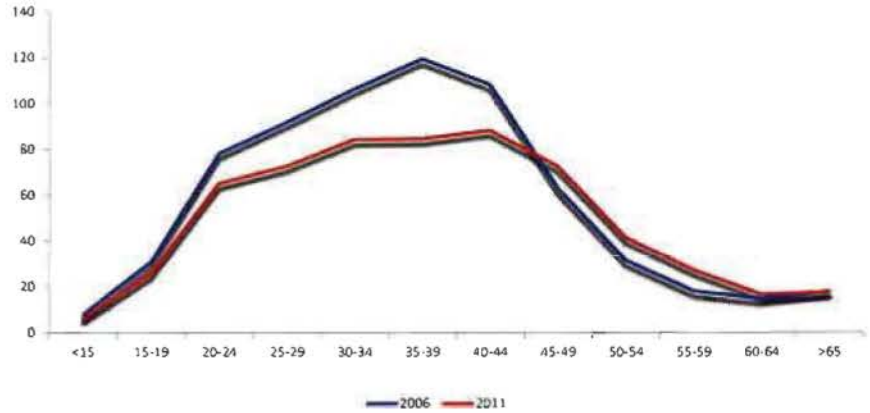
Figura I.4.43: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Evidenziando l'analisi per genere rispetto agli anni 2006 e 2011, nei maschi si osserva che il tasso di ospedalizzazione diminuisce per le fasce di età più giovani, infatti, si ha una diminuzione di 34,8 punti percentuali nella fascia di età 35 – 39 anni (circa 120 ricoveri nel 2006 vs circa 85 ricoveri nel 2011); mentre nelle fasce di età avanzate vi è un aumento del tasso di ospedalizzazione pari a 10,0 punti percentuali per la fascia di età 50 – 54 anni (circa 32 ricoveri nel 2006 vs 42 ricoveri nel 2011). Tale traslazione del tasso di ospedalizzazione ad età più avanzate, secondo alcune elaborazioni approfondite, è imputabile all'invecchiamento dei tossicodipendenti in trattamento per uso di oppiacei, che ricorrono periodicamente all'assistenza ospedaliera.

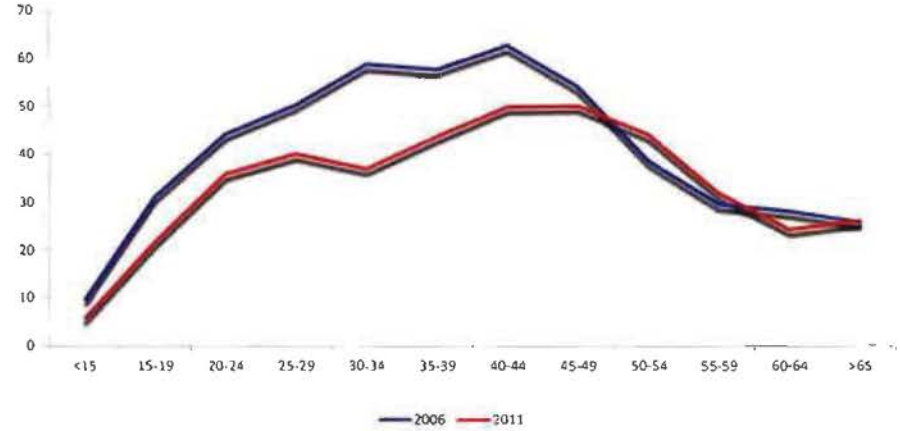
Figura I.4.44: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per Maschi e classi di età. Anni 2006 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Se pur con minore intensità, anche per le femmine si osserva una diminuzione nelle fasce di età più giovani. Nella fascia di età 30 – 34 anni si evidenzia una diminuzione di 21,7 punti percentuali (circa 58 ricoveri nel il 2006 vs. 37 ricoveri nel 2011). Aumenta, di circa 5,5 punti percentuali il tasso di ospedalizzazione sia nella fascia di età 50 – 54 anni (circa 39 ricoveri nel 2006 vs. 44 ricoveri nel 2011) sia nelle femmine con un'età maggiore di 65 anni (25 ricoveri nel 2006 e circa 26 nel 2011).

Figura I.4.45: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per Femmine e classi di età. Anni 2006 e 2011



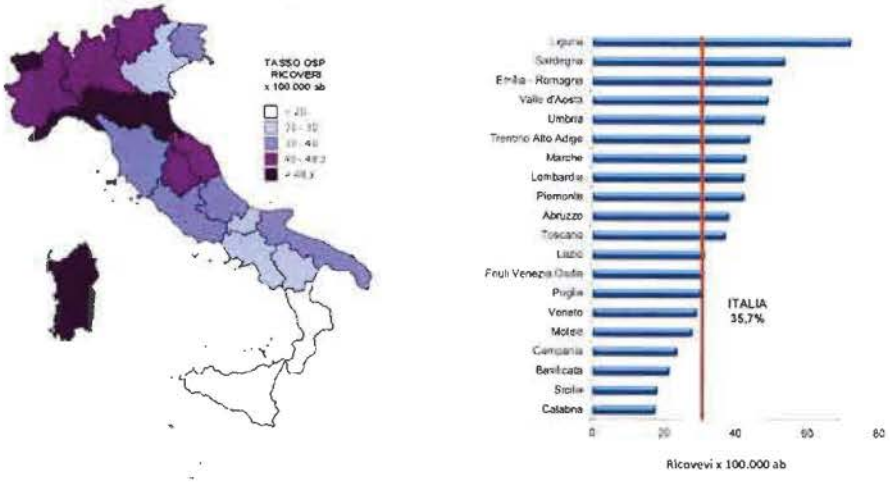
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Ricoveri di soggetti con età avanzata e uso di barbiturici

Come si vedrà in seguito l'elevata ospedalizzazione nelle fasce di età avanzate riguardano in prevalenza l'abuso di barbiturici.

A livello regionale i ricoveri droga correlati rapportati alla popolazione residente evidenziano un elevato ricorso all'assistenza ospedaliera in alcune regioni del centro-nord ed isole. In particolare in Liguria si osserva il tasso di ospedalizzazione standardizzato[1] più elevato con circa 72 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni, Sardegna con circa 54 ricoveri per 100.000 residenti, Emilia – Romagna e Valle d'Aosta con 50 ricoveri e dall'Umbria e per la quale si registra un tasso di ospedalizzazione di circa 48 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.4.46).

Figura I.4.46: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2011



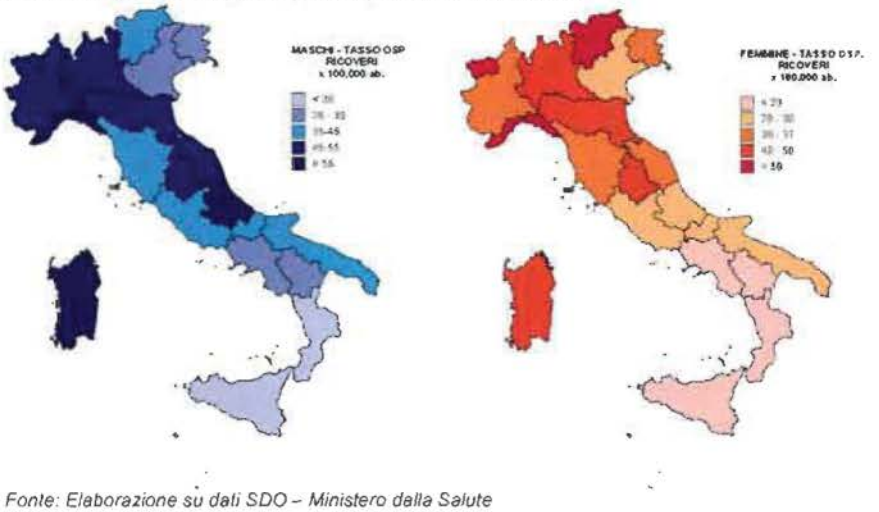
Regioni a più alto tasso di ricovero: Liguria, Sardegna, Emilia – Romagna, Valle d'Aosta e Umbria

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

[1] Al fine di depurare l'indicatore da effetti imputabili alla differente distribuzione per età della popolazione nelle singole Regioni, il tasso di ospedalizzazione è stato calcolato mediante l'applicazione del metodo di standardizzazione indiretta con una popolazione standard di riferimento.

Per quanto riguarda l'analisi regionale per genere non emergono sostanziali differenze nei profili maschili e femminili. Per i maschi, la regione con più alto tasso di ospedalizzazione risulta la Liguria con 97 ricoveri, seguita dalla regione Sardegna con circa 62 ricoveri, dall'Abruzzo con circa 57 ricoveri, dalle Marche con 55 ricoveri e dall'Emilia – Romagna con circa 54 ricoveri per 100.000 ab.. Le regioni con un minor numero di ricoveri, per il genere maschile, risultano le regioni del sud: la Calabria con 20 ricoveri, la Sicilia con 21 ricoveri ed infine, la Basilicata con circa 26 ricoveri.
Anche per il genere femminile la regione che detiene il primato di ricoveri risulta essere la Liguria con circa 55 ricoveri, seguita da Regione Trentino Alto Adige e dalla Valle d'Aosta con 49 ricoveri, dall'Umbria con circa 47 ricoveri, dall'Emilia - Romagna con 45 ricoveri ed, infine, dalla Sardegna con 43 ricoveri. Parimenti al genere maschile i ricoveri droga correlati delle donne si osservano con minor frequenza le regioni del sud, la Puglia con 5 ricoveri, Calabria con 15 ricoveri e le Regioni della Sicilia, Basilicata e Campania con 16 ricoveri (Figura I.4.47).

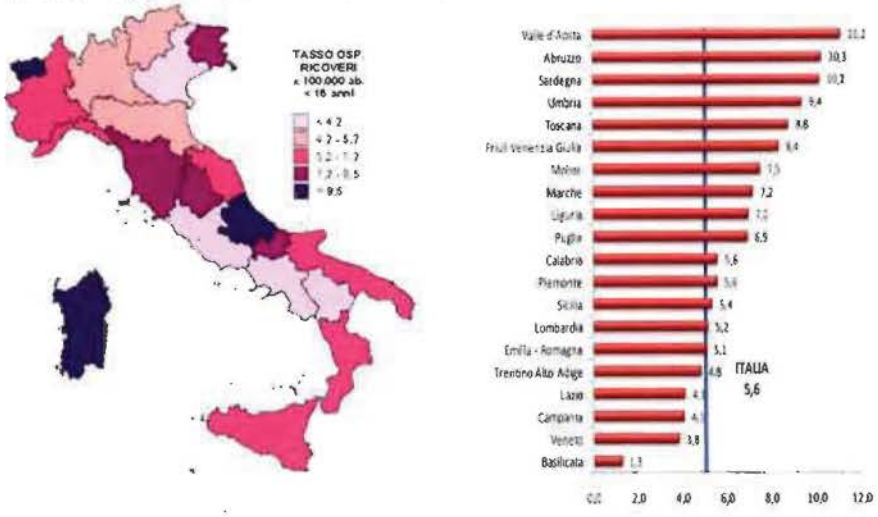
Figura I.4.47: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione e per Genere. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Nei ricoveri droga correlati over 55 per il genere maschile le regioni con più ricoveri risultano essere la Liguria con circa 32 ricoveri, il Trentino Alto Adige con 31 ricoveri ed infine la Sardegna con 30 ricoveri. Le regioni con minor frequenza di ricoveri risultano essere il Molise con 4 ricoveri, la Sicilia e la Calabria con 9 ricoveri e la Valle d'Aosta con 10 ricoveri.
Per il genere femminile le regioni con più ricoveri sono il Trentino Alto Adige con 55 ricoveri, l'Emilia – Romagna con 43 ricoveri, la Liguria con 41 ricoveri e la Sardegna con 39 ricoveri. Le regioni con minor numero di ricoveri, per le over 55, risultano essere le regioni del sud, la Puglia con 2 ricoveri, la Calabria con circa 10 ricoveri, la Campania con 12 ricoveri e la Sicilia con 14 ricoveri.
Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2011 la regione che detiene il primato per il tasso di ospedalizzazione più elevato tra gli adolescenti di età inferiore a 15 anni è risultata essere la Valle d'Aosta, con 11 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Seguono l'Abruzzo e la Sardegna con circa 10 ricoveri per 100.000 abitanti e l'Umbria con 9 ricoveri (Figura I.4.48).

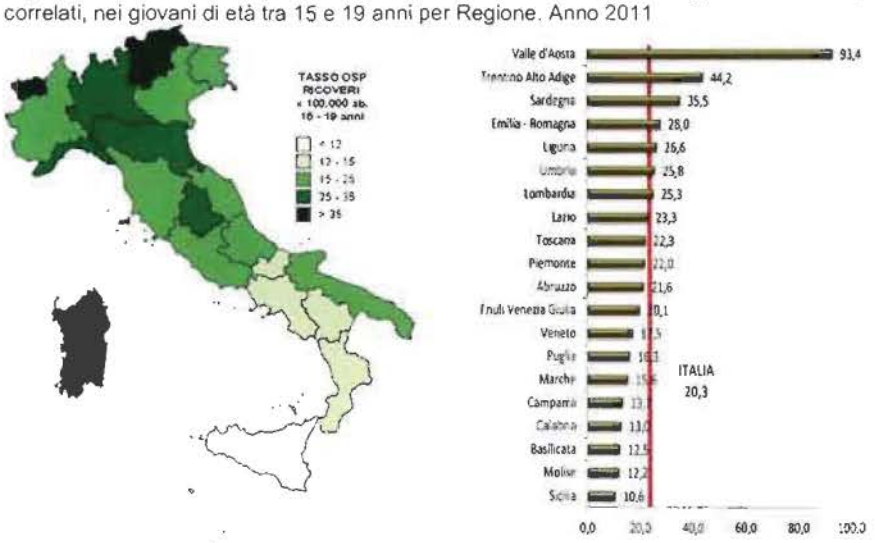
Figura I.4.48: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Nella fascia di età 15-19 anni, il maggior ricorso al ricovero ospedaliero si osserva in Valle d'Aosta (94 ricoveri ogni 100.000 residenti), 44 ricoveri in Trentino Alto Adige e in Sardegna con 35 ricoveri. A ridosso di queste regioni si affaccia l'Emilia – Romagna con un tasso pari a 28 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.4.49).

Figura I.4.49: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2011



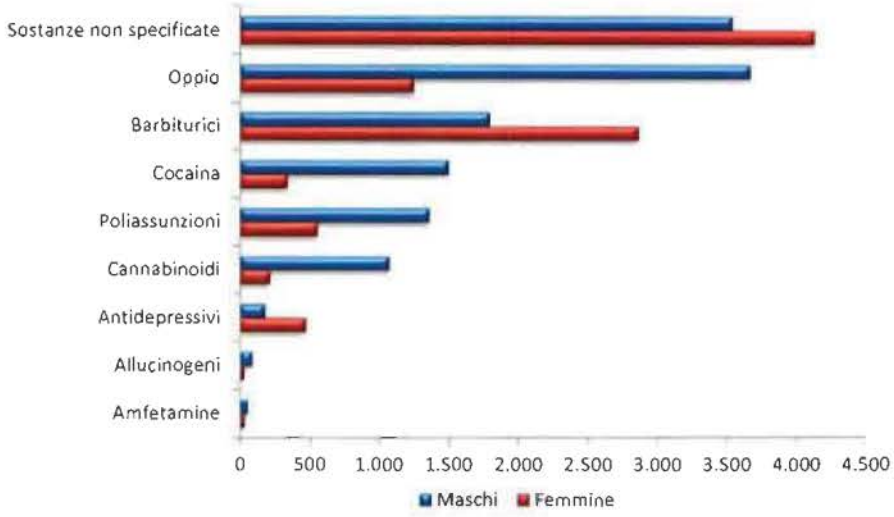
Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili 15-19:, Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Sardegna

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostanze psicotrope, abuso o avvelenamento, psicosi indotte da assunzione di droghe, tossicodipendenza in gravidanza o danni al feto indotte dall'assunzione di droghe da parte della madre, è stata indicata in 9.929 ricoveri pari al 42,9% del totale ricoveri droga-correlati del 2011. In particolare, nella maggior parte dei casi di disturbi nevrotici e della personalità indotti dall'uso di sostanze psicoattive sono

stati indicati disturbi psichici in diagnosi principale o secondaria (l'88,5% dei ricoveri). Nel 24,5% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicamenti e prodotti biologici.
Con riferimento a 7.670 ricoveri droga correlati, pari al 33,1% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 4.917 ricoveri (21,3%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 20,1% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire pluri sostanze (8,3%), cocaina (7,9%), cannabis (5,6%), antidepressivi (2,8%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,5%) e amfetamine (0,4%) (Figura I.4.50).

Figura I.4.50: Distribuzione del numero di ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2011

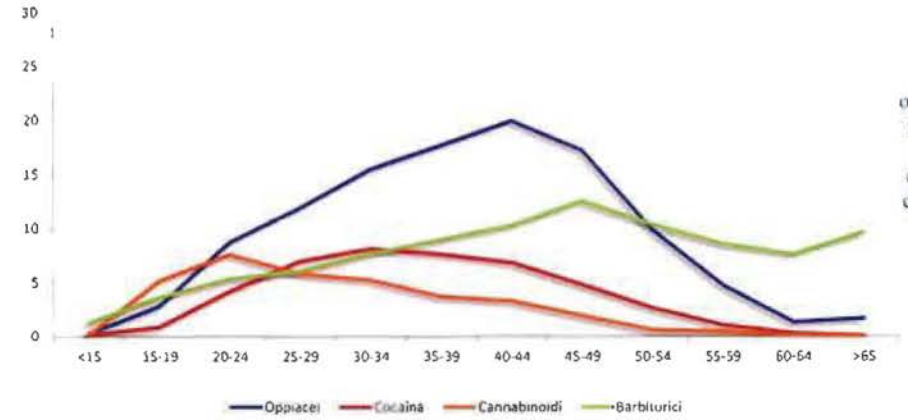


Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Ricoveri prevalenti per sostanze illecite per i maschi, per psicofarmaci per le femmine

La distribuzione per genere evidenzia comportamenti assuntivi differenziati, maggiormente orientati all'uso di oppiacei, cocaina, poliassunzione, cannabis e allucinogeni nel caso dei maschi, e maggiormente polarizzati sull'uso di psicofarmaci da parte delle femmine, in particolare barbiturici e antidepressivi.
L'abuso di barbiturici ed altre sostanze non specificate si osserva in prevalenza nelle donne in età avanzata, oltre i 65 anni, mentre l'assunzione congiunta di più sostanze riguarda in prevalenza la combinazione oppiacei – cocaina, seguita da cocaina – cannabis e oppiacei – barbiturici.
Ulteriori aspetti rilevanti ed interessanti a conferma dei profili caratteristici del tipo di sostanza psicoattiva assunta, emergono dalla distribuzione per età del tasso di ospedalizzazione secondo le principali sostanze psicotrope.

Figura I.4.51: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2011



Età più frequente nei ricoveri per : oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-49 anni, cocaina 25-39 anni, cannabis 20-25 anni

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 45 e 49 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (25-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-29 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.4.51).

Diminuiscono i ricoveri per oppiacei e cocaina ed aumentano i ricoveri per poliassunzione e barbiturici

I.4.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

Concentrando l'analisi sui ricoveri con diagnosi principale riferita alle malattie dei tossicodipendenti e in secondaria alle sostanze da loro assunte, si osserva che tra i pazienti con diagnosi principale "malattie infettive", il 75% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con l'11%. Tra i pazienti con diagnosi droga - correlata e ricoverati per disturbi all'apparato digerente, il consumo da oppiacei si osserva nel 47% dei casi, percentuale che diminuisce tra i ricoverati per disturbi psichici (23%) seguito, anche in questo caso, da assuntori di altre droghe con il 30%. Infine nei pazienti con disturbi psichici si osserva un 23% con uso di oppiacei, e un 16% con consumo di cocaina.

I.4.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

Nel triennio 2009 - 2011 la percentuale di ricoveri droga correlati, in cui sono stati indicati in diagnosi principale o secondaria, disturbi relativi al sistema nervoso centrale ed agli organi di senso, ha subito un lieve aumentato di 1,0 punti percentuali (13,6 % nel 2009 vs 14,6% nel 2011).

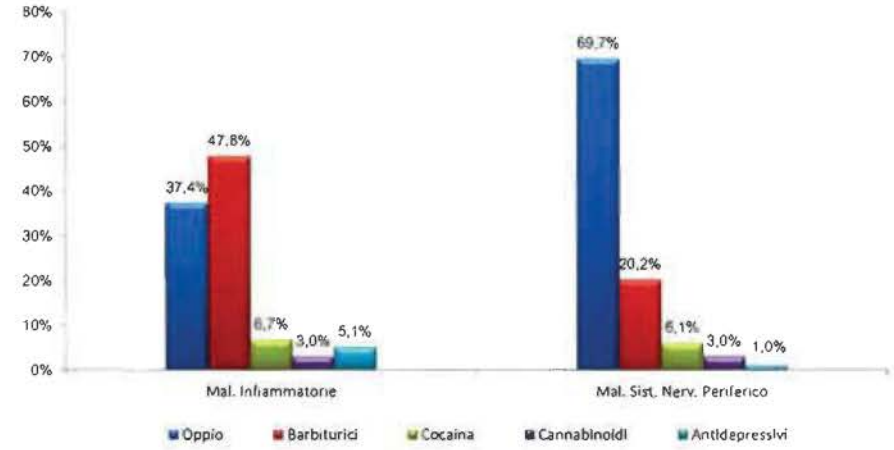
Lieve aumento dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Maggiormente soggette a comorbilità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferisce il 67,3% dei ricoveri con tali caratteristiche. 1.322 ricoveri, che rappresentano il 30,5% del totale droga correlati e comorbili con tali patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni ed un ulteriore 17,3% si riferisce a pazienti ultra sessantacinquenni.

Un'analisi più approfondita, relativa alle diverse tipologie di malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi infiammatorie (oltre il 90% del totale delle patologie del sistema nervoso); in (Figura I.4.52) si

riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi. Rispetto all'anno 2010 si osserva una diminuzione della percentuale di ricoveri correlati all'uso di cocaina.

Figura I.4.52: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi infiammatorie si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici (circa il 48%), contrariamente ai disturbi del sistema nervoso periferico, che, sebbene molto meno frequenti, si osservano in prevalenza tra i consumatori di oppiacei (circa il 70%).

I.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

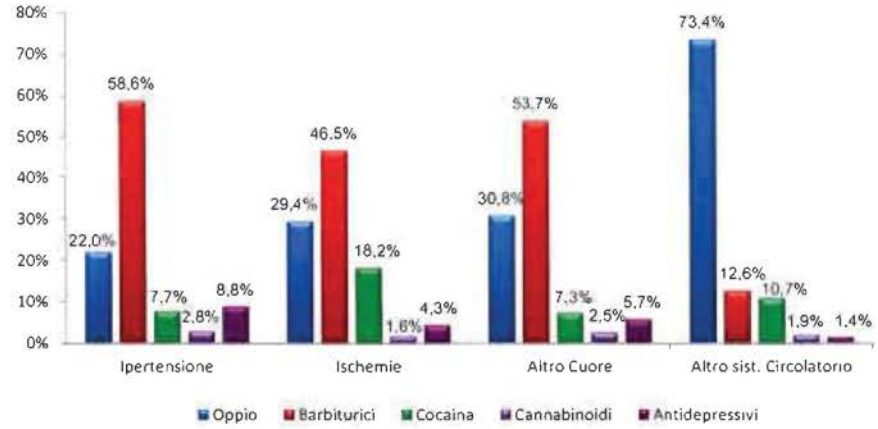
Nel 2011 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno colpito in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (47,8%), pazienti ultra sessantacinquenni (46,4%); raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane (4% fino a 30 anni).

Ricoveri droga correlati anche per ipertensione e ischemia

Il 95% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 71,0% è a carattere urgente.

Le patologie più frequenti diagnosticate in sede di ricovero riguardano l'ipertensione arteriosa (45,5%), altre malattie del cuore (43,5%) e malattie ischemiche del cuore (10,4%).

Figura I.4.53: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Ischemia e cocaina

Le sindromi indicate in precedenza si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, sebbene le ischemie si riscontrino piuttosto frequentemente anche in pazienti cocainomani e pazienti che abusano di oppiacei. Altri disturbi del sistema circolatorio si osservano quasi esclusivamente tra i consumatori di oppiacei. Nell'interpretazione delle prevalenze delle classi di patologie, va considerato che i pazienti che assumono barbiturici presentano di norma una maggior età, pertanto, essi sono maggiormente esposti a patologie cardio-vascolari.

I.4.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2011 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,1% (pari a 1.880 ricoveri) del totale dei ricoveri correlati all'uso di droghe e psicofarmaci.

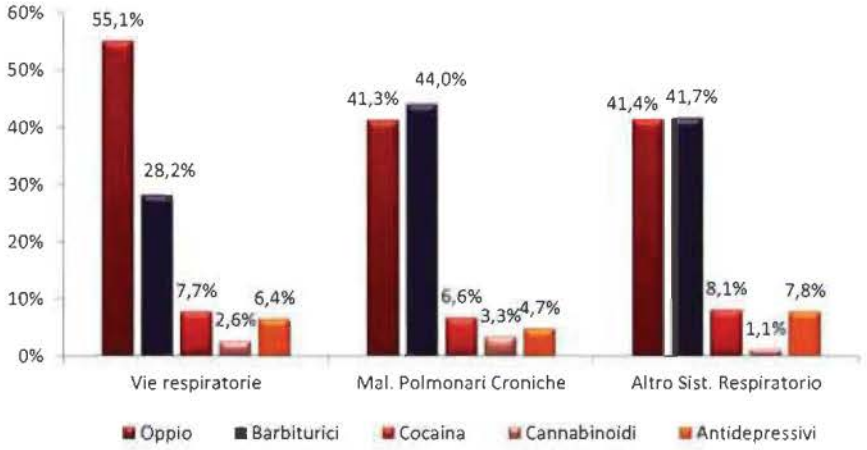
L'analisi del genere e dell'età evidenzia tra i comorbili la percentuale più elevata di maschi (61,2%) e di ultra 65enni: il 24,3%. Un ulteriore 45,4% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.

I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano erogati in regime ordinario nel 98,0%; e l'82,7% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (circa il 92% regime ordinario e oltre il 65,8% carattere urgente).

Nel 50,0% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 29,3% di ricoveri (551) è stata riscontrata una malattia polmonare cronica ostruttiva.

Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbilità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei (33,4%), seguiti da abuso di barbiturici (24,2%) e altre droghe non specificate (21,5%).

Figura I.4.54: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Malattie respiratorie e oppiacei

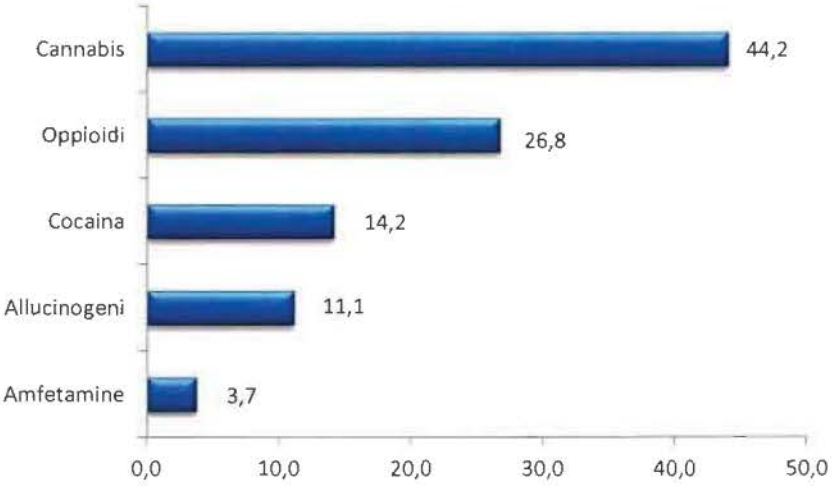
Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei e di barbiturici, meno marcate le differenze tra gli assuntori di oppiacei e tra coloro che lamentano disturbi polmonari cronici o altre patologie del sistema respiratorio (Figura I.4.54).

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2011)

Nel periodo compreso tra 2006 e 2011 i ricoveri correlati a droghe per soggetti minorenni sono stati complessivamente 3.525, di cui 1.843 (pari al 52,3%) riferiti a neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti.

Le analisi per sostanze evidenziano che la cannabis rappresenta la sostanza stupefacente più frequentemente associata (44,2% dei casi) alla diagnosi (primaria o secondaria), seguita dagli oppioidi con il 26,8%, dalla cocaina con il 14,2% dagli allucinogeni con il 11,1% ed infine dalle amfetamine con il 3,7% dei casi

Figura I.4.55: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per sostanza coinvolta.



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Infatti, nel 40,0% dei casi (pari a 2.306 SDO) si è trattato di neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti che hanno avuto necessità di ricovero per sindrome da astinenza neonatale.

I.4.3. Dati malattie infettive 2012 (Flusso SIND)

Come scritto nella nota tecnica introduttiva, ad inizio capitolo, con l'invio del nuovo flusso SIND i dati relativi alle malattie infettive con grado di copertura soddisfacente (oltre il 50% dell'utenza assistita presso i servizi) sono pervenute dalle Regioni Regioni Emilia – Romagna, Lombardia e Umbria. Si presentano di seguito una sintesi delle elaborazioni condotto su tali dati, precisando, infatti che, i dati relativi ai test per HIV presentano, inoltre, anche un altro problema relativo alla privacy, in quanto, per mantenere tale condizione, il trasferimento di uno specifico archivio non contenete alcun riferimento in grado di identificare, anche indirettamente, il singolo assistito perdendo quindi l'anonimato. Questo comporta che non è possibile l'individuazione delle persone alle quali il test è stato somministrato più volte all'anno di riferimento (riportate più volte all'interno dell'archivio) che andrebbe a generare conteggi multipli.
Tale aspetto risulta particolarmente importante nell'ambito delle analisi del numero di soggetti per i quali dispone l'informazione sull'esecuzione del test rispetto al contingente complessivo di persone assistite dai servizi, relativamente all'impossibilità del calcolo dell'indicatore. Infatti, potendo essere erroneamente un soggetto contato più volte, può verificarsi la condizione che il numero di soggetti con informazioni sull'esecuzione del test sia superiore al totale assistiti.
(Tabella I.4.13).

Tabella I.4.13: Utenti in carico nei Servizi, soggetti Testati e non testati a Test HBV, HCV e HIV. Anno 2012

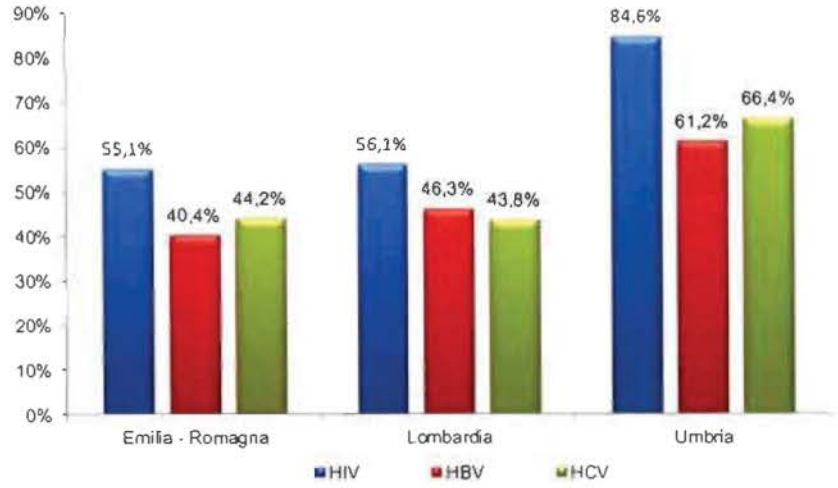
Regioni	Tot. U.C.	Utenti							Utenti			
					Testati nell'anno				NON Testati nell'anno			
		Nessuna informazione	% no info su totale U.C.	Non testabili			Totale				Totale	
					N.U.	G.C.	N	% testati nell'anno sui testabili	N.U.	G.C.	N	% NON testati nell'anno sui testabili
HBV												
Emilia Romagna	13 035	4.460	34,2	3 048	571	2.721	3.292	59,6	2	2 233	2.235	40,4
Lombardia	18.188	6.309	34,7	886	721	5 183	5 904	53,7	1.227	3 862	5 089	46,3
Umbria	3.083	1.544	50,1	429	55	376	431	38,8	7	672	679	61,2
HCV												
Emilia Romagna	13 035	4 421	33,9	3 054	573	2 532	3.105	55,8	2	2.453	2 455	44,2
Lombardia	18 188	7.398	40,7	1.491	717	4 507	5.224	56,2	1 226	2.849	4 075	43,8
Umbria	3.083	1.632	52,9	472	50	279	329	33,6	6	644	650	66,4
HIV												
Emilia Romagna	13 035	-	-	456	41	3.731	3 772	44,9	29	4 608	4.637	55,1
Lombardia	18 188	-	-	1.138	2 512	6.665	9.177	43,9	2.374	9.345	11.719	56,1
Umbria	3.083	-	-	41	58	379	437	13,6	401	2.368	2 769	86,4

U.C.= Utenti in carico
N.U.= Nuovi Utenti
G.C. =Già in carico
Non testabili = positivi da anni precedenti
Testati nell'anno = positivi nell'anno + negativi nell'anno + esiti indeterminati nell'anno
Non testati nell'anno = ultimo esito negetivo in anni precedenti + ultimo esito indeterminato in anni precedenti + test non eseguito nell'anno
Testabili = testati nell'anno + non testati nell'anno

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Per l'epatite B, si osserva che nella Regione Emilia – Romagna, dei 5.527 utenti testabili nell'anno di riferimento, più della metà è stato sottoposto a test HBV (59,6%) a valori simili a quelli osservati per la Regione Lombardia (53,7%) mentre valori sensibilmente più bassi si riscontrano per la Regione Umbria (38,8%).
Per l'epatite C, l'attività di testing è stata condotta su oltre la metà dell'utenza assistita nelle Regioni Emilia – Romagna e Lombardia (rispettivamente 55,8% e 56,2%) a fronte di percentuali sensibilmente inferiori per la Regione Umbria, analogamente agli accertamenti dell'epatite B.
L'utenza testata presso i servizi per HIV, risulta in percentuale ancora inferiore rispetto ai precedenti virus. In Emilia – Romagna, infatti, sono stati testati il 44,9% dei soggetti testabili, il 43,9% in Lombardia e solo il 13,56% in Umbria.

Figura I.4.56: Percentuale Utenti dei Ser.T. **Non Testati su testabili** per i Test HIV, HBV e HCV. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I.4.3.1 Diffusione di HIV e AIDS

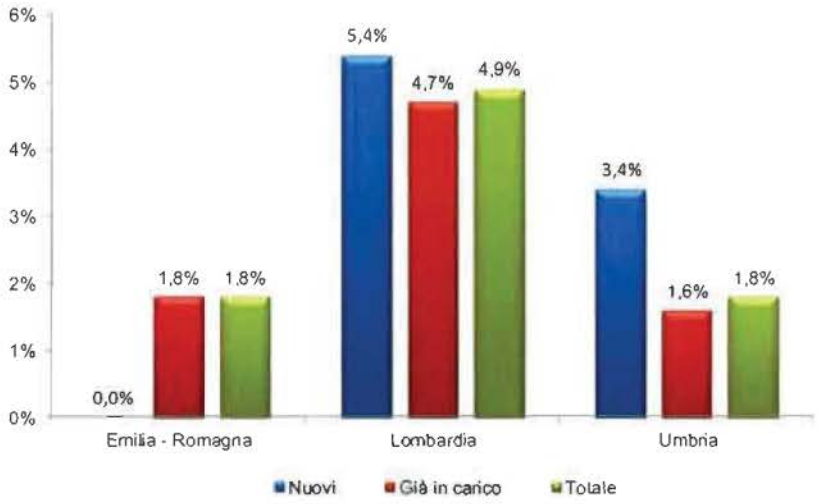
Sulla base dei dati pervenuti e considerando solamente le Regioni di cui abbiamo più informazioni sui test, la prevalenza di positivi dell'infezione HIV nell'utenza sottoposta a test nel 2012, per l'Emilia – Romagna è risultata pari a 1,8%, tutti i casi riscontrati tra l'utenza già nota ai servizi. Per la Regione Lombardia si osserva una positività più alta al test HIV nella nuova utenza pari al 5,4% contro il 4,7% registrata negli utenti già noti. Anche per la Regione Umbria si riscontra una positività più alta negli utenti nuovi in carico ai servizi (3,4% vs. 1,6%).

Tabella I.4.14: Prevalenza di utenti **Positivi** nell'anno di riferimento sottoposti a Test HIV. Anno 2012

Regioni	Utenti POSITIVI nell'anno					
	Nuovi Utenti		Già in carico		Totale	
	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo
Emilia Romagna	0	0,0	65	1,8	65	1,8
Lombardia	58	5,4	131	4,7	189	4,9
Umbria	2	3,4	6	1,6	8	1,8

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura I.4.57: Prevalenza di utenti **Positivi Testati** HIV nel 2012.



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I.4.3.2 Diffusione di Epatite virale B

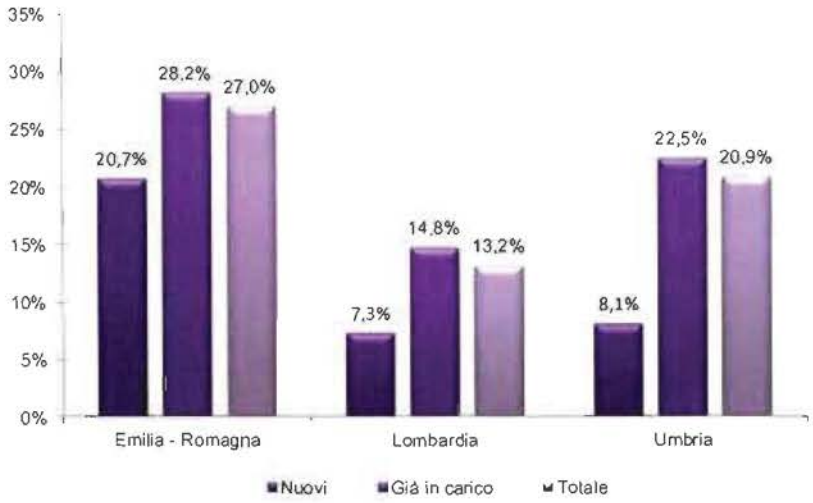
Tra i soggetti sottoposti a test HBV nel 2012, in Emilia – Romagna si riscontra una positività più alta tra gli utenti già in carico ai servizi pari al 28,2% rispetto ai nuovi utenti (prevalenza di positivi al test pari al 20,7%). In Lombardia la prevalenza complessiva è pari al 13,2% ripartita nel seguente modo: 7,3% di positivi tra i nuovi e 14,8% tra gli utenti già in carico a fronte di valori sensibilmente più elevati in Umbria in cui la prevalenza totale di positivi a test è pari al 20,9% di cui l'8,1% di nuovi utenti positivi a test e 22,5% di positivi già in carico.

Tabella I.4.15: Prevalenza di utenti Positivi nell'anno di riferimento sottoposti a Test HBV. Anno 2012

Regioni	Utenti POSITIVI nell'anno					
	Nuovi Utenti		Già in carico		Totale	
	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo
Emilia Romagna	72	20,7	490	28,2	562	27,0
Lombardia	34	7,3	244	14,8	278	13,2
Umbria	3	8,1	66	22,5	69	20,9

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura I.4.58: Prevalenza di utenti Positivi Testati HBV nel 2012.



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I.4.3.3 Diffusione di Epatite virale C

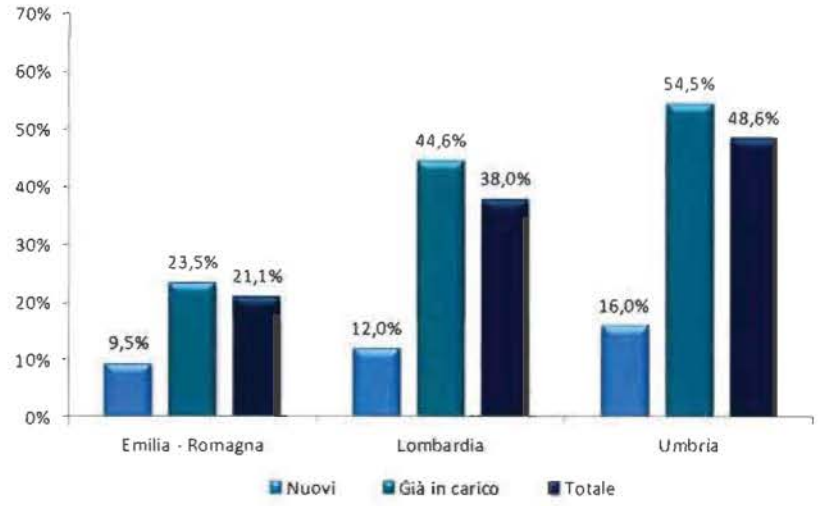
Tra i soggetti sottoposti a test HCV nel 2012, in Emilia – Romagna si riscontra una positività più alta tra gli utenti già in carico ai servizi pari al 40,3% rispetto ai nuovi utenti con una prevalenza di positivi a test pari al 22,0%. In Lombardia la prevalenza complessiva è pari al 38,0% ripartita nel seguente modo: 12.0% di positivi tra i nuovi e 44,0% tra gli utenti già in carico. In Umbria la prevalenza totale di positivi a test è pari al 48,6% di cui il 16,0% di nuovi utenti positivi a test e 54,5% di positivi già in carico. Come già emerso nelle analisi degli anni precedenti nelle Regioni in cui si osserva una minore attività di testing corrispondono valori più elevati della prevalenza di positivi.

Tabella I.4.16: Prevalenza di utenti Positivi nell'anno di riferimento sottoposti Test HCV. Anno 2012

Regioni	Utenti POSITIVI nell'anno					
	Nuovi Utenti		Già in carico		Totale	
	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo	N	% positivi nell'anno su esito certo
Emilia Romagna	126	22,0	1.021	40,3	1.147	36,9
Lombardia	71	12,0	1.047	44,6	1.118	38,0
Umbria	8	16,0	152	54,5	160	48,6

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura I.4.59: Prevalenza di utenti Positivi Testati HCV nel 2012.



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

I.4.4 Incidenti stradali droga correlati

Premesse

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità gli incidenti stradali sono la nona causa di morte nel mondo fra gli adulti, la prima fra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni e la seconda per i ragazzi dai 10 ai 14 e dai 20 ai 24 anni. Si stima, inoltre, che senza adeguate contromisure, entro il 2020 rappresenteranno la terza causa globale di morte e disabilità.

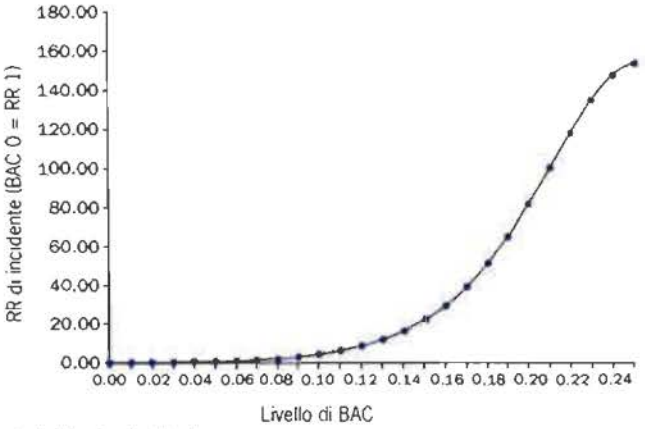
Ci sono diversi fattori che possono contribuire al fenomeno degli incidenti stradali: il comportamento e lo stato psicofisico del conducente, le condizioni e la sicurezza dei mezzi di trasporto, la circolazione sulle strade e i pericoli legati al trasporto di prodotti pericolosi.

Tra quelli legati allo stato del conducente si possono classificare come di particolare rilievo l'alcol che è il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali, e le sostanze stupefacenti specialmente se accompagnate dal consumo dell'alcol stesso.

A fronte di simili evidenze l'Oms ribadisce che non esistono livelli sicuri di consumo di alcol alla guida e che sarebbe quindi da considerarsi un contesto "Alcool free".

Si parla di guida sotto l'effetto dell'alcol quando la concentrazione ematica di alcol (BAC: Blood Alcohol Concentration) è superiore al limite legale, che in Italia si ricorda è pari a 0,5 grammi per litro; la revisione della letteratura e le esperienze in atto a livello europeo e internazionale evidenziano che un livello di alcolemia compreso tra 0,2 e 0,5 grammi/litro alcolemici si accompagna a un rischio di incidente fatale 3 volte maggiore rispetto al livello di alcolemia zero (tra 0,5 e 0,8 il rischio è 6 volte superiore; tra 0,8 e 0,9 ben 11 volte maggiore); ciò è evidente anche dalla Figura I.4.60

Figura I.4.60: Stima del rischio relativo di morte per livello di BAC dei guidatori in incidenti senza il coinvolgimento di altri veicoli



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol

L'obiettivo fissato dall'Unione Europea nel Libro Bianco del 13 settembre 2001 che prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010 è stato perseguito in media dai 27 Paesi UE al 42,9% (Italia 42,4%), l'Italia, nel 2011 non ha ancora raggiunto il traguardo anche se il calo registrato (-45,6%) è più elevato del valore medio europeo (-44,5%); in valore assoluto le morti sono passate, dal 2010 al 2011 da 4.090 a 3.860 con una diminuzione del 5,6%.
Confrontata con le altre grandi nazioni europee, si ritrova dietro Spagna (-62,7%), Portogallo (-53,0%), Francia (-51,4%) alla pari con il Regno Unito e meglio della sola Germania (-42,6%).

Tabella I.4.17: Morti in incidenti stradali nei paesi membri dell'Unione Europea (UE27) valori assoluti e variazione percentuale - anni 2001-2011

Nazione	2001	2011	Δ % 2011/2001
Austria	958	523	-45,4
Belgio*	1.486	875	-41,1
Bulgaria	1.011	658	-34,9
Cipro	98	71	-27,6
Danimarca*	431	221	-48,7
Estonia	199	101	-49,2
Finlandia*	433	292	-32,6
Francia	8.162	9.970	-51,4
Germania*	6.977	4.002	-42,6
Grecia*	1.880	1.087	-42,2
Irlanda	411	186	-54,7
Italia	**7.096**	**3.860**	**-45,6**
Lettonia	558	179	-67,9
Lituania*	706	297	-57,9
Lussemburgo	70	33	-52,9
Malta	16	17	6,3

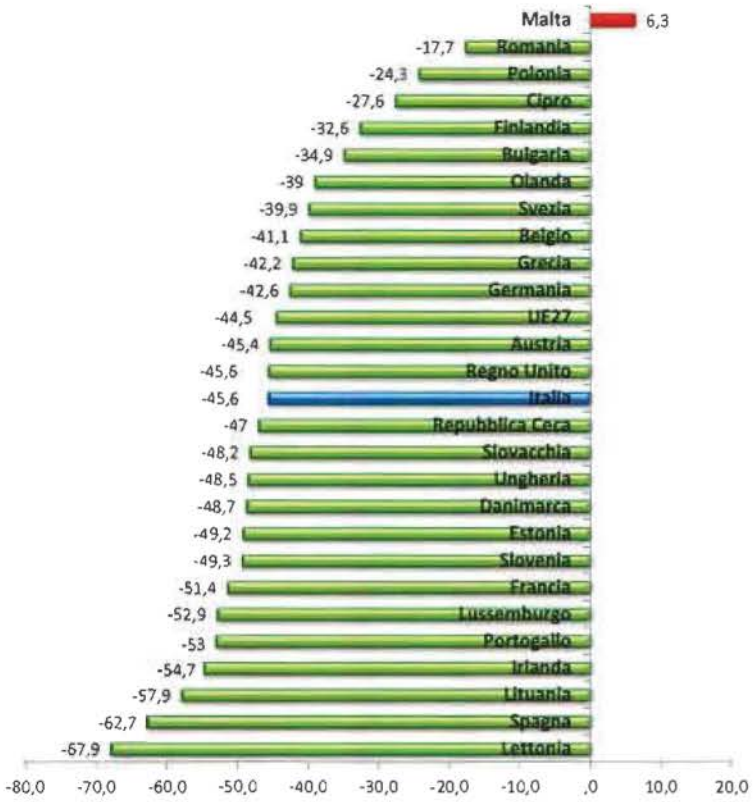
continua

continua

Nazione	2001	2011	Δ % 2011/2001
Olanda	1.083	661	-39,0
Polonia*	5.534	4.189	-24,3
Portogallo	1.670	785	-53,0
Regno Unito*	3.598	1.958	-45,6
Repubblica Ceca	1.334	707	-47,0
Romania	2.454	2.018	-17,7
Slovacchia	625	324	-48,2
Slovenia	278	141	-49,3
Spagna	5.517	2.056	-62,7
Svezia	531	319	-39,9
Ungheria	1.239	638	-48,5
UE27	54.355	30.168	-44,5

Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2012
*: dati provvisori

Figura I.4.61: Morti in incidenti stradali nei paesi membri dell'Unione Europea (UE27) variazione percentuale - Anni 2001-2011



Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2012

Italia 2001-2011

riduzione degli incidenti stradali: -21,8%

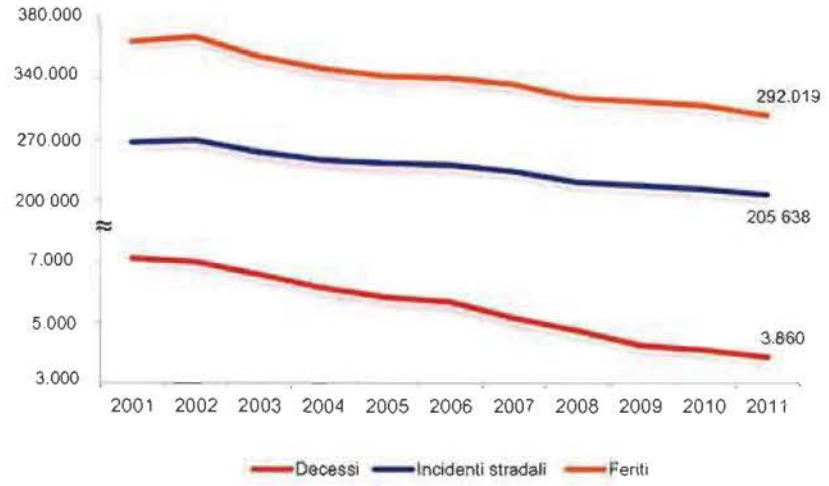
riduzione dei morti: - 45,6%

riduzione dei feriti: - 21,8%

aumento parco veicolare: +18,6%

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale a cadenza mensile di tutti gli incidenti stradali verificatisi nell'arco di un anno solare sull'intero territorio nazionale che hanno causato lesioni alle persone (morti o feriti), quindi dal computo sono esclusi gli incidenti con soli danni alle cose.
In Italia, tra il 2001 e il 2011, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 205.638, con un calo del 21,8%; i morti sono diminuiti da 7.096 a 3.860 (-45,6%) e i feriti da 373.286 a 292.019 (-21,8%).
Considerando che nello stesso arco temporale (2001-2011) il parco veicolare è cresciuto del 18,6% la performance dell'Italia è da considerarsi soddisfacente.
Nel 2011, rispetto al 2010, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-2,7%) e dei feriti (-3,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-5,6%).

Figura I.4.62: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia – anni 2001-2011 - valori assoluti.



Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2012

Quadro generale

L'analisi di seguito riportata si riferisce a dati ISTAT non pubblicati nell'annuale rapporto ACI-ISTAT poiché, già precedenti edizioni, accogliendo anche alcune nostre osservazioni rispetto al quadro sottostimato di incidenti alcol e droga correlati, ha pubblicato questa nota: "a causa dell'esiguo numero di circostanze presunte dell'incidente legate allo stato psico-fisico alterato del conducente e ai difetti o avarie del veicolo, per l'anno 2009 non sono stati pubblicati i dati sugli incidenti stradali dettagliati per tali circostanze. Per motivi legati spesso all'indisponibilità dell'informazione al momento del rilievo, inoltre, per gli Organi di rilevazione è di estrema difficoltà la compilazione dei quesiti sulle circostanze presunte dell'incidente, quando queste siano legate allo stato psico-fisico del conducente"; ciò premesso sulla qualità del dato, non imputabile all'Istituto di Statistica, si riportano in Tabella I.4.18 i dati per il biennio 2010-2011 di incidenti, deceduti e feriti alcol e droga correlati.

Dal 2010 al 2011 tassi stabili per alcol, in lieve aumento per droghe.

Dal raffronto 2010-2011 si evince una sostanziale stabilità per quanto concerne gli indicatori legati all'alcol ed un incremento per quelli legati alle droghe, soprattutto per i decessi.

Tabella I.4.18: Incidenti e cause , valori assoluti e percentuali, anni 2010-2011

	2010			2011		
	Incidenti	**Deceduti**	**Feriti**	**Incidenti**	**Deceduti**	**Feriti**
Alcol	5.400	136	8.276	5.211	122	8.095
Droghe	848	35	1.489	886	35	1.472
Totale	**6.248**	**171**	**9.765**	**6.097**	**157**	**9.567**
Nessuna	209.157	4.066	297.493	199.541	3.703	282.452
Totale Gen.	**215.405**	**4.237**	**307.258**	**205.638**	**3.860**	**292.019**
Alcol	2,51%	3,21%	2,69%	2,53%	3,16%	2,77%
Droghe	0,39%	0,83%	0,48%	0,43%	0,91%	0,50%
Totale	**2,90%**	**4,04%**	**3,17%**	**2,96%**	**4,07%**	**3,27%**

Fonte: Elaborazioni DPA su dati ISTAT

Più del 4% dei decessi 2010 e 2011 è causato ufficialmente da alcol o droga

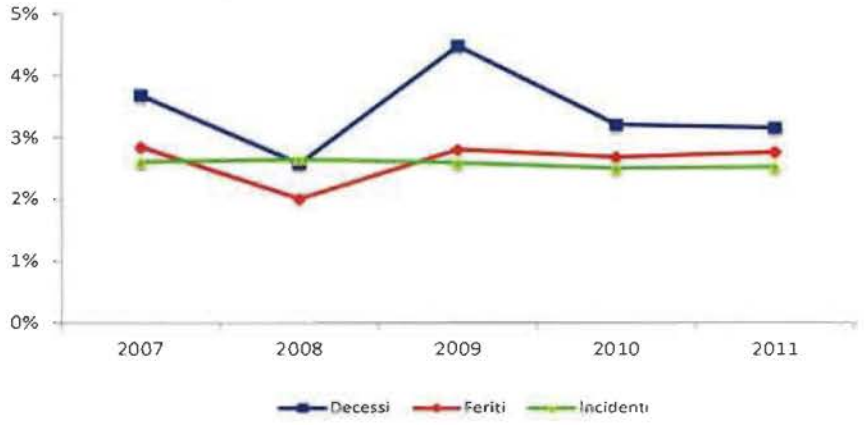
Tabella I.4.19: Incidenti e cause , variazione percentuali, anni 2010-2011

	Δ% 2011/2010		
	Incidenti	**Deceduti**	**Feriti**
Alcol	-3,5	-10,3	-2,2
Droghe	4,5	0,0	-1,1
Totale	**-2,4**	**-8,2**	**-2,0**
Nessuna sostanza	-4,6	-8,9	-4,9
Totale Gen.	**-4,5**	**-8,9**	**-5,0**

Fonte: Elaborazioni DPA su dati ISTAT

Molto bene il calo dei decessi alcol correlati, in aumento gli incidenti droga correlati

Figura I.4.63: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia alcol correlati – Italia - anni 2007-2011 - valori percentuali



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

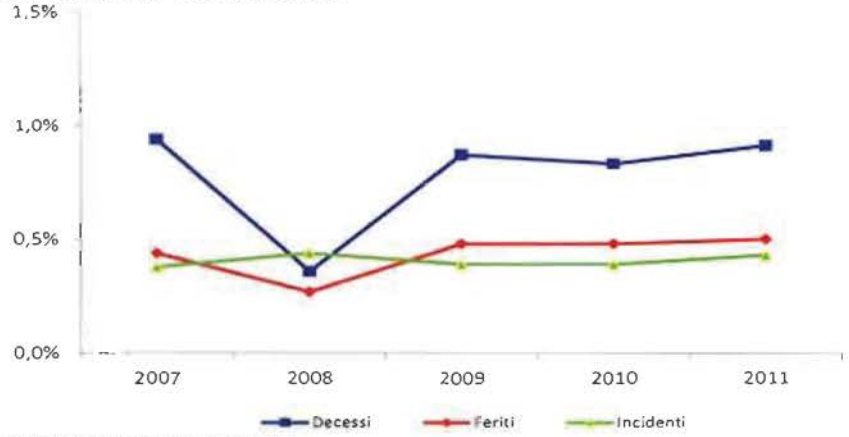
Gli incidenti alcol correlati causano molti più decessi della media

Nella Figura I.4.63 si evidenzia un trend molto stabile degli incidenti alcol correlati mentre per i decessi è rilevante notare come la linea si ponga sostanzialmente ben al di sopra di quella degli incidenti a significarne la particolare gravità.

Lo stesso fenomeno, in maniera ancora più rilevante, è evidenziato per i decessi droga correlati nella successiva figura I.4.60

Figura I.4.64: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia droga correlati – Italia - anni 2007-2011 - valori percentuali

Anche gli incidenti droga correlati causano molti più decessi della media



Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Il sistema di sorveglianza Passi (la sperimentazione condotta da Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità avente l'obiettivo di effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta italiana) ha pubblicato un Rapporto Nazionale su Alcol e Guida 2012 basato su una rilevazione tramite interviste telefoniche che ha coinvolto soggetti distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Tabella I.4.20: Percentuale di persone intervistate che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente per Regione di residenza, tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni – Anni 2010-2012

Regione	%	IC 95%	
Piemonte	10,78	10,08	11,53
Valle d'Aosta	9,47	7,628	11,7
Lombardia	11,46	10,38	12,62
PA Bolzano	6,84	5,372	8,665
PA Trento	10,28	8,88	11,87
Veneto	11,10	10,55	11,67
Friuli Venezia Giulia	12,66	11,7	13,68
Liguria	8,86	7,78	10,07
Emilia-Romagna	9,84	9,192	10,54
Toscana	9,74	9,028	10,5
Umbria	8,33	7,411	9,349
Marche	10,65	9,503	11,91
Lazio	10,00	9,192	10,86
Abruzzo	9,83	8,376	11,5
Molise	10,31	8,368	12,64
Campania	5,87	5,031	6,844
Puglia	8,22	7,405	9,106
Basilicata	5,15	3,548	7,423
Calabria	10,05	8,205	12,26
Sicilia	7,57	6,306	9,052
Sardegna	11,17	9,445	13,16
Pool di ASL	9,59	9,346	9,847

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI

Il dato medio del pool di ASL coinvolto (vedi Tabella 1.4.20) indica che quasi il 10% di coloro che hanno consumato alcolici nei 30 giorni precedenti all'intervista, ha dichiarato di aver guidato un'auto o una moto nell'ora successiva all'aver bevuto almeno due unità alcoliche.
In particolare l'analisi regionale evidenzia che nel Nord Est si riscontrano le percentuali più alte (Friuli Venezia Giulia, Lombardia e Veneto nell'ordine) nonché in Sardegna, i valori più bassi sono riscontrabili nelle regioni meridionali (Basilicata, Campania e Sicilia) e nella provincia autonoma di Bolzano.

Figura I.4.65: Percentuale di persone intervistate che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente per Regione di residenza, tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni – Anni 2010-2012

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI

La Polizia Stradale (Ministero dell'Interno) è un settore specializzato della Polizia di Stato che opera lungo la rete autostradale e la grande viabilità italiana; gli operatori della Stradale, poco meno di 12.000 unità, sono impiegate ogni giorno circa 1.500 pattuglie (375 per quattro turni al giorno) sui 7 mila chilometri della rete autostradale italiana e su 450.000 Km di rete stradale primaria nazionale, dove circolano oltre 42.000.000 di veicoli, rendendo l'Italia in assoluto il Pese europeo con il rapporto più alto tra veicoli e cittadini.

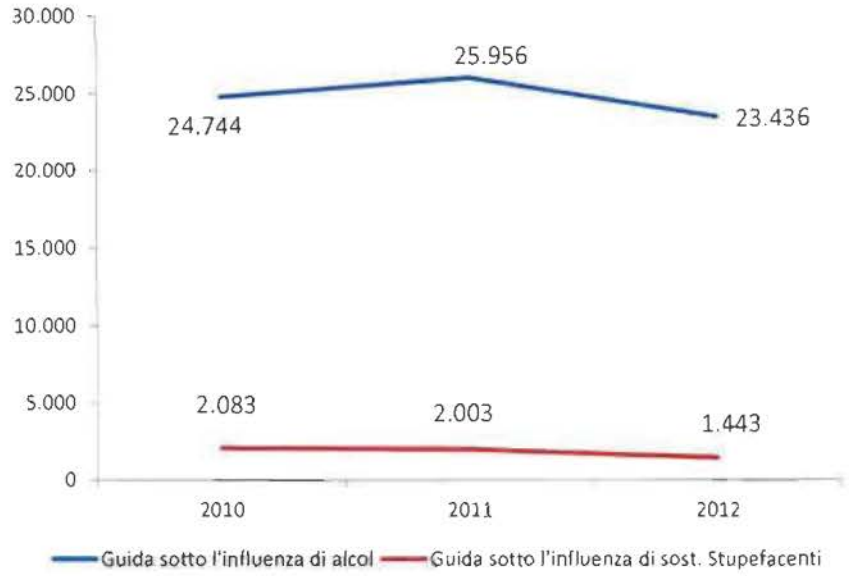
Tabella I.4.21: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS e percentuali sul totale delle stesse - Italia - Anni 2010-2012

	2010	2011	2012	%10	%11	%12
Guida sotto l'influenza di alcol (art. 186)	24.744	25.956	23.436	1,04	1,07	1,07
Guida sotto l'effetto di sost. stup. (art. 187)	2.083	2.003	1.443	0,09	0,08	0,07
Totale infrazioni per art. 186 e 187	26.827	27.959	24.879	1,13	1,15	1,14
Tot. Gen. Infrazioni	2.369.540	2.426.956	2.191.745			

Più dell'1% le infrazioni accertate per alcol

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Figura I.4.66: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS - Italia - anni 2010-2012



Nel 2012 diminuite le infrazioni accertate sia per alcol che per stupefacenti

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Dall'analisi della Tabella I.4.21 si riscontra che le infrazioni accertate per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada sono in diminuzione così come il totale generale delle infrazioni mentre quelle legate all'art. 187 CdS registrano un ulteriore calo scendendo di quasi il 28% rispetto al 2011. I dati potrebbero essere spiegati da un insieme di fattori, il comportamento più virtuoso dei conducenti, l'aumentato numero del volume di controlli (il numero delle pattuglie impiegate è stato di 513.719 nel 2010, 522.158 nel 2011 e 528.108 nel 2012) nonché la crisi economica che ha ridotto l'uso degli automezzi.

Più controlli meno infrazioni

Il rapporto tra le infrazioni per alcool e sostanze stupefacenti rispetto al totale generale delle infrazioni evidenzia un trend stabile per violazione art. 186 mentre è in diminuzione costante per l'art. 187 del Codice della Strada.

Diminuzione costante delle infrazioni per droga

I dati relativi all'incidentalità nei fine settimana forniti da ASAPS (Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale) per l'anno 2012 evidenziano un andamento positivo. Secondo i rilievi della sola Polizia Stradale e dei Carabinieri, rispetto al 2011 si registrano lievi diminuzioni per: numero complessivo dei sinistri, vittime, decessi al di sotto dei 30 anni, feriti e incidenti mortali su due ruote.

Anche gli incidenti e le vittime nelle ore notturne (22-06), diminuiscono: gli incidenti complessivi sono passati da 41.042 nel 2011 a 35.829 nel 2012, -5.213 incidenti pari a un calo del 12,7%, le vittime sono passate da 1.100 a 1.048 (–4,7%) e i feriti da 32.762 sono scesi a 28.052, -4.710 pari a una diminuzione del 14,4%. I ragazzi con meno 30 anni che hanno perso la vita nel 2012 sono stati 331, contro i 377 del 2011 –46 decessi pari al -12,2%.

Per l'incidentalità notturna, quella relativa alla fascia oraria cha va dalle 22 alle 06 del venerdì sul sabato e del sabato sulla domenica 289 persone hanno perso la vita nei 263 incidenti. Rispetto al 2011, si registra un decremento del 16,2%, ovvero ben 56 decessi in meno rispetto alle 345 vittime delle notti dei week-end dell'anno precedente.

Tabella I.4.22: Incidentalità nel fine settimana - anni 2011-2012

	2011	2012	Δ %2012/2011
Incidenti complessivi nei weekend	41.042	35.829	-12,7
Decessi nei weekend	1.100	1.048	-4,7
Decessi nei weekend ore notturne	345	289	-16,2
Decessi nei weekend under 30	377	331	-12,2
Feriti nei weekend	32.762	28.052	-14,4

Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Dati del weekend: Incidenti -12,7% Decessi -4,7% Feriti -14,4% Decessi Under 30: -12,2% Decessi notturni -16,2%

L'Osservatorio "Sbirri Pikkiati" del Centauro - ASAPS nel 2011 ha registrato 2.290 (60 in più del 2011) casi di aggressione fisica (referto medico per lesioni fisiche subite) ad operatori di polizia che operano su strada. In 517 casi (22,7%) per aggredire l'agente sono state usate armi proprie o improprie (bastoni, coltelli, crick, in molti casi la stessa vettura per travolgere il poliziotto). Il 51,7% delle aggressioni hanno riguardato appartenenti all'Arma dei Carabinieri, il 36,3% la Polizia di Stato, il 10,1% la Polizia Locale, il 5,9% altri corpi. In 803 casi (35,1%) l'aggressore era sotto gli effetti di alcol o sostanze stupefacenti. Nel 2011 le aggressioni erano state 2.230, l'incremento è quindi del 2,7%. Il 37,3% degli episodi avviene al nord, il 25,5% al centro e il 37,2% al sud.

803 aggressioni fisiche ad agenti di strada causate da alcol o droga

L'Osservatorio ASAPS "I contromano", che registra tali infrazioni da cui conseguono incidenti, pur nella limitata casistica indica che, nel 2012, su 298 episodi riscontrati in ben 67, pari al 22,5% , è stata accertato nel conducente l'ebbrezza da alcol o l'uso di sostanze stupefacenti, un dato che probabilmente potrebbe avvicinarsi molto alla reale, ma al momento non ancora accertabile, incidenza del fenomeno degli incidenti stradali alcol e droga correlati.

Il 22,5% dei conducenti "contromano" sotto l'effetto di alcol o droga

I.4.4.1. Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri a partire dall'anno 2009 ha promosso la diffusione del Protocollo Drugs on Street (D.O.S.), un'iniziativa che ha l'intento di favorire l'attivazione a livello nazionale di attività di controllo volte alla prevenzione degli incidenti stradali causati dalla guida sotto effetto di alcol e droghe.

Il protocollo Drugs on Street

L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. ha consentito di definire una modalità di rilevazione specifica per individuare i conducenti che, pur non avendo assunto alcol, risultano in stato di alterazione psico-fisica per assunzione di sostanze stupefacenti.

A seguito della fattiva esperienza condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona, il Dipartimento Politiche Antidroga ha esteso l'iniziativa coinvolgendo gran parte del territorio nazionale invitando alla creazione di network locali che ripercorressero l'esperienza veronese: al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale, attraverso l'invio di materiale informativo relativo al Protocollo Drugs on Street, sono state contattate Prefetture, Assessorati Regionali, Province Autonome e Comuni Italiani.

In seguito ad un'attenta valutazione dei tassi di incidentalità e sulla base delle manifestazioni di interesse fornite dalle Prefetture, nell'anno 2009 sono stati individuati 29 Comuni italiani ai quali è stato attribuito un finanziamento per l'attivazione di progetti esecutivi territoriali adattabili alle esigenze locali nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo D.O.S.

Sperimentazione attiva in 29 Comuni italiani

Il progetto, che si avvale della collaborazione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, del Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, dell'ANCI, del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani e del coordinamento delle Prefetture, è stato attivato nel biennio 2010/2011 nei 29 Comuni riportati in Figura 1.1.4.60, estendendo la richiesta di adesione al Protocollo D.O.S. per il biennio 2012/2013 a circa 50 Comuni (Figura 1.4.67).

Figura 1.4.67: Comuni aderenti e partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011(sx.) e ampliamento a 50 comuni nel 2012-2013 (dx.) – Protocollo Drugs on Street.

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS

I controlli, svolti grazie alla collaborazione sinergica tra le Forze dell'Ordine (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale) ed una equipe di medici e infermieri, hanno interessato una vasta superficie del territorio italiano, corrispondente a 5.256,06 kmq e pari all'1,74% dell'intera superficie italiana, ed una popolazione (fascia d'età 15-64 anni) potenziale di 4.635.728 abitanti pari all'11,69% della stessa fascia d'età.

Protocollo operativo degli accertamenti clinico-tossicologici

Le modalità operative del Protocollo D.O.S. si caratterizzano per una duplice locazione delle strutture adibite agli accertamenti, in funzione del periodo stagionale: su strada durante l'estate, oppure presso una struttura sanitaria attrezzata nel periodo invernale.
I controlli outdoor, letteralmente "all'aria aperta", sono eseguiti in prossimità dei posti di blocco delle Forze dell'Ordine e prevedono l'allestimento di un'area sanitaria attrezzata con tende da campo. I controlli indoor, letteralmente "al chiuso", vengono invece svolti presso strutture pubbliche preposte che per l'occasione dovrebbero rimanere aperte in orario notturno e offrire un ambiente confortevole durante le rigide temperature invernali.
L'attività di controllo svolta dalle Forze dell'Ordine e dall'Unità di Diagnosi Clinica Tossicologica si svolge su strada, nelle notti tra venerdì e sabato o tra il sabato e la domenica dalle ore 24.00 alle ore 6.00.
Il target destinatario, per la finalità di accertamento clinico-tossicologico, è rappresentato dalla popolazione dei conducenti, fermati con un criterio selettivo nell'ambito dell'attività di controllo stradale. I blocchi stradali vengono posizionati in modo tale che la selezione venga eseguita individuando le aree geografiche più a rischio e le strade che collegano o rappresentano vie di flusso principale da o verso locali di intrattenimento e svago.

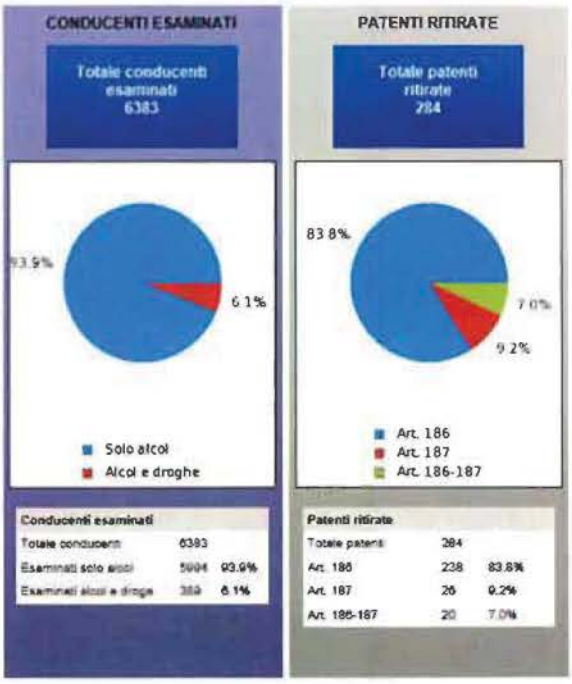
Risultati preliminari attività 2012/2013

I risultati di seguito riportati sono relativi alle attività di controllo condotte dalle Forze dell'Ordine nel periodo Luglio 2012 – Maggio 2013 presso i 21 Comuni aderenti al progetto alla data del 31 Maggio 2013.

La scheda statistica riassuntiva

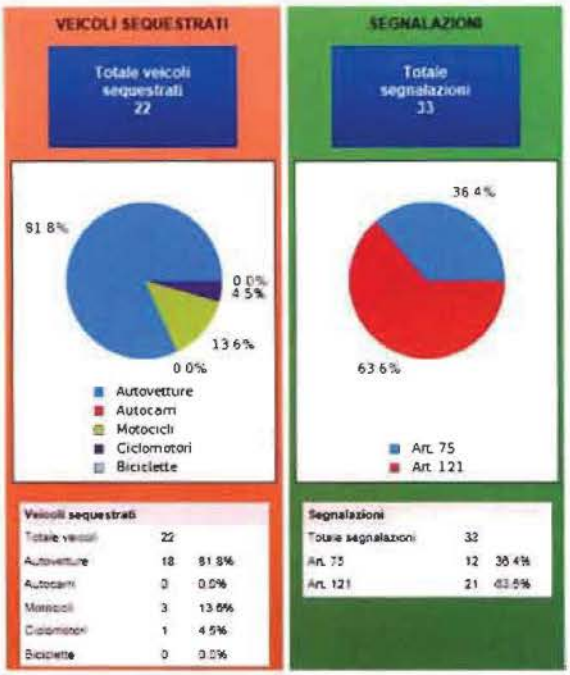
I comuni coinvolti nel progetto, utilizzando le informazioni fornite dalle forze dell'ordine, compilano per ciascuna uscita una scheda statistica riassuntiva, la cui imputazione su un modello web di data entry, consente la pubblicazione sul web dei principali risultati della campagna di controllo su strada dai comuni partecipanti al progetto. Tale strumento permette la predisposizione automatica di report standard di supporto all'organizzazione di conferenze stampa e di predisposizione di comunicati stampa da inviare alle principali testate giornalistiche locali e nazionali. Dopo ciascuna uscita, i dati contenuti nella scheda statistica riassuntiva vengono inseriti in una piattaforma web appositamente predisposta. Analizzando le informazioni registrate nelle schede statistiche riassuntive e caricate nella piattaforma web alla data del 31 Maggio 2013, risultano fermati 8.676 veicoli e sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici 6.383 conducenti. Di seguito vengono riportati i grafici, le tabelle e gli indicatori di sintesi estratti dalla piattaforma NNIDAC in base ai dati inseriti dai comuni partecipanti al progetto (Figure I.4.68-I.4.69).

Figura I.4.68: Tabelle e grafici di sintesi estratti dalla piattaforma web per tutti i comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC – Conducenti esaminati e Patenti ritirate. Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.4.69: Tabelle e grafici di sintesi estratti dalla piattaforma web per tutti i comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC – Veicoli sequestrati e Segnalazioni. Anni 2012/2013



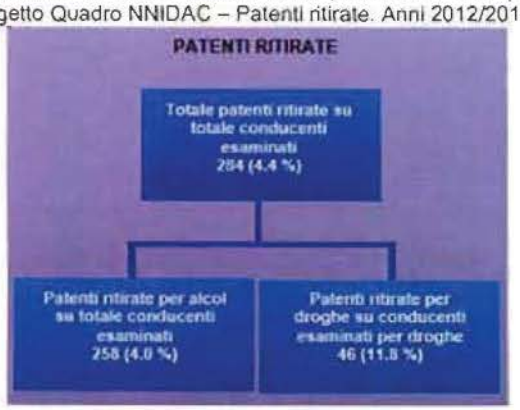
Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

6.383 conducenti esaminati nel periodo di studio

Il 93,9% dei conducenti esaminati è stato sottoposto solo ad accertamenti con alcolimetro, e delle 284 patenti ritirate l'83,8% è stata confiscata per violazione dell'Art. 186 del C.d.S., mentre solo il 9,2% per violazione dell'Art. 187 del C.d.S. (Figura I.4.70). Per quanto riguarda la tipologia di veicolo sequestrato, l'81,8% sono autovetture, mentre il 13,6% motocicli. Le segnalazioni più frequentemente registrate dalle FF.OO. sono relative all'Art. 121 del D.P.R. 309/90 (segnalazione per uso di sostanza stupefacente senza sequestro della sostanza), pari al 63,6%, mentre le segnalazioni per Art. 75 del D.P.R. 309/90 (segnalazione per uso di sostanza stupefacente con sequestro di sostanza stupefacente detenuta per uso personale) sono pari al 36,4%.

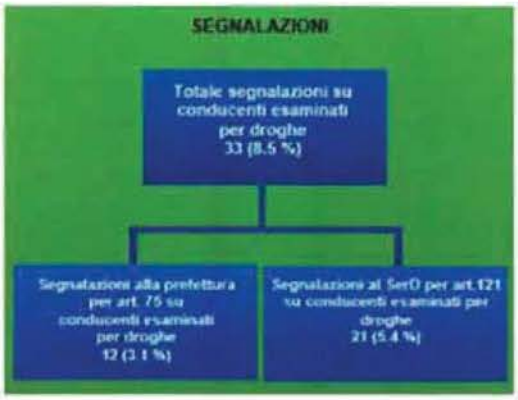
Indicatori di sintesi sulle patenti ritirate

Figura I.4.70: Indicatori di sintesi estratti dalla piattaforma web per tutti i comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC – Patenti ritirate. Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.4.71: Indicatori di sintesi estratti dalla piattaforma web per tutti i comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC – Segnalazioni. Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

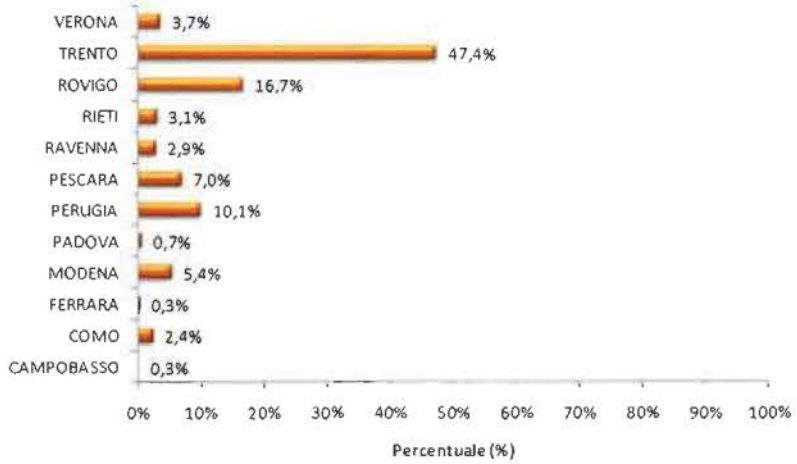
In merito agli indicatori di sintesi riportati in Figura I.4.71, le patenti ritirate sul totale dei conducenti esaminati risultano il 4,4%: il 4,0% ritirate per alcol e l'11,8% ritirate per consumo di sostanze stupefacenti. Le segnalazioni alla prefettura sul totale conducenti esaminati per abuso di droghe sono l'8,5%: il 3,1% per Art. 75 del D.P.R. 309/90 ed il 5,4% per Art. 121 del D.P.R. 309/90.

La scheda di certificazione

Come descritto in precedenza, l'attività di controllo viene svolta in collaborazione tra le Forze dell'Ordine ed il personale medico e sanitario dell'Unità di diagnosi clinica e tossicologica che compilano in triplice copia, per ciascun conducente esaminato, una scheda di certificazione contenente informazioni dettagliate in merito agli accertamenti clinici e tossicologici eseguiti.
I risultati presentati di seguito fanno riferimento a 1.161 schede di certificazione pervenute alla data del 31 Maggio 2013.

1.161 conducenti esaminati secondo le schede di certificazione pervenute

Figura I.4.72: Distribuzione percentuale dei conducenti esaminati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC, 2012/2013



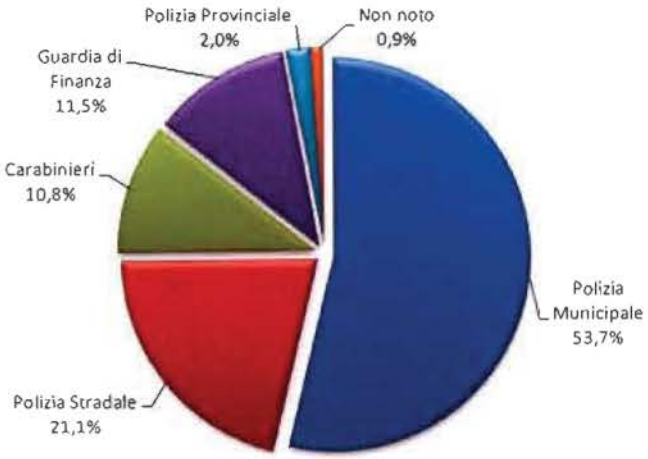
Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 53,7% dei casi i conducenti sono stati fermati dalla Polizia Municipale ed il 21,1% dalla Polizia Stradale, con il 92,2% delle uscite effettuate in modalità su strada. La tipologia di veicolo controllato più frequente risulta l'autovettura (90,5%),

seguita dall'autocarro (3,9%).

Forza dell'Ordine maggiormente impiegata risulta la Polizia Municipale

Figura I.4.73: Distribuzione percentuale delle Forze dell'Ordine impiegate per i controlli nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC, 2012/2013



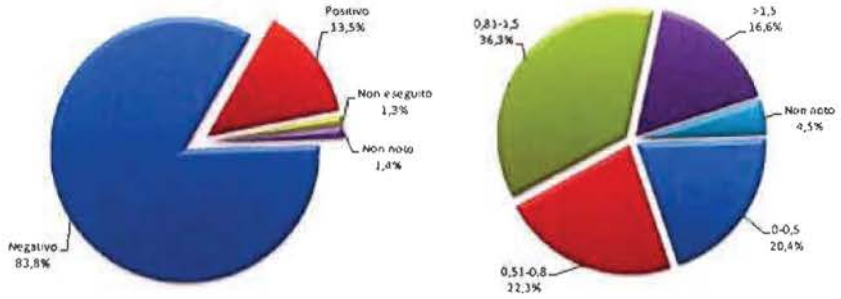
Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Test precursore alcol ed alcolimetro

Prima di sottoporre il conducente al test con etilometro, viene effettuato un test precursore alcol mediante un etilometro portatile dotato di un sensore elettrochimico che fornisce un responso veloce ed affidabile (margine di errore +/- 5%). Gli etilometri portatili a disposizione delle Forze dell'Ordine hanno 3 luci: VERDE = no alcol; GIALLO = alcol compreso tra 0,01 e 0,50; ROSSO = alcol > 0,50. A seconda dell'esito del test precursore, è discrezione delle Forze dell'Ordine, procedere con l'alcol test probatorio o meno.

Rispetto all'intero campione di conducenti sui quali sono stati eseguiti i controlli, è emersa una positività al test precursore alcol pari al 13,5% (Figura I.4.67). Di questi, il 58,6% ha registrato un tasso alcolemico compreso tra 0,51 e 1,5 g/l (fino a tre volte il limite legale consentito, pari a 0,5 g/l), il 16,6% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo, ed il 20,4% un tasso alcolemico compreso tra 0,0 e 0,5 g/l (limite per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o cose).

Figura I.4.74: Distribuzione percentuale del test precursore alcol (sx.) e dell'esito del test con alcolimetro nel caso di positività (dx.). Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.4.23: Controlli effettuati sui conducenti fermati per accertamenti ai sensi degli artt. 186 e 187 C.d.S., ed esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati. Anni 2012/2013

Controlli effettuati	N	%
Esaminati solo per alcol	827	71,9%
Esaminati per alcol e droga	312	27,1%
Esaminati solo droga	11	1,0%
Totale conducenti esaminati	**1.150***	**100,0%**
Esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati	**N**	**%**
Negativi	978	86,5%
Positivi solo alcol (artt. 186 e 186bis C.d.S.)	109	9,6%
Positivi solo droghe (art. 187 C.d.S.)	21	1,9%
Positivi alcol e droghe (artt. 186, 186bis, 187 C.d.S.)	23	2,0%
Totale conducenti positivi	**153**	**13,5%**

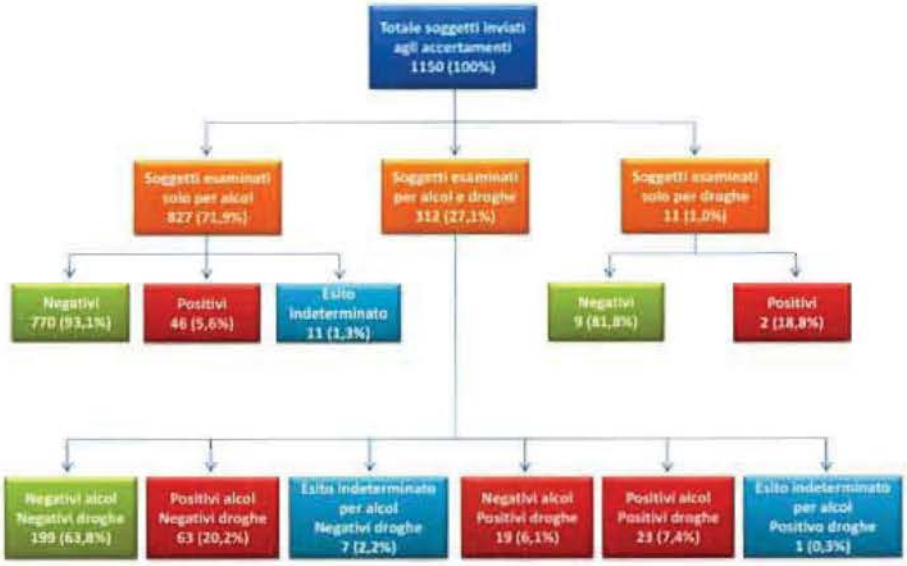
* *per undici soggetti l'informazione è mancante*

Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DQS - Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 13,5% dei conducenti fermati è stata riscontrata positività per alcol e/o droghe

La maggior parte dei conducenti oggetto di studio è stato esaminato per alcol (71,9%), mentre l'1,0% è stato sottoposto solo ad accertamenti sull'uso di sostanze stupefacenti (Tabella I.4.23). Sul totale dei conducenti esaminati per alcol e/o droga, l'86,5% è risultato negativo ad entrambi, il 9,6% positivo ai controlli con alcolimetro e l'1,9% positivo ai test tossicologici sull'uso di sostanze stupefacenti.

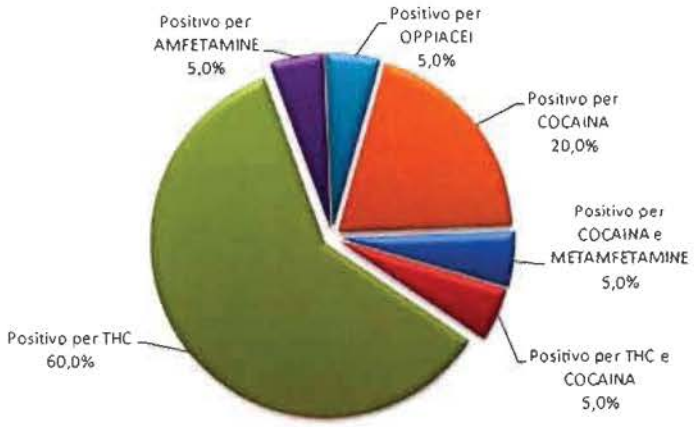
Figura I.4.75: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga. Anni 2012/2013



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DQS - Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.4.76: Positività alle sostanze stupefacenti riscontrate con il DrugTest su SALIVA tra i conducenti esaminati. Anni 2012/2013

60% positivi al DrugTest su saliva per cannabis, 20% per cocaina



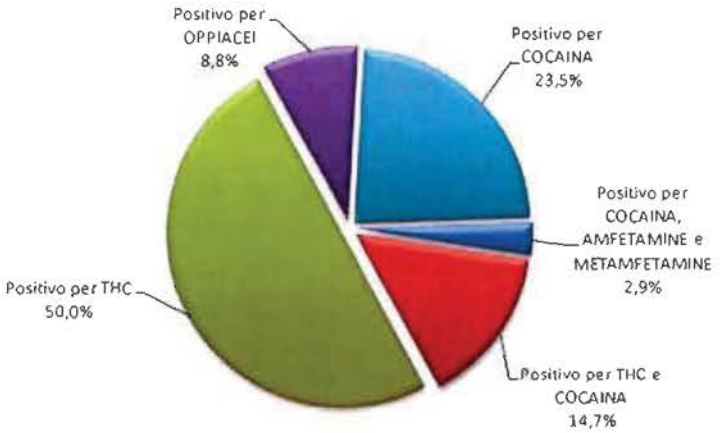
Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

L'esecuzione del test su saliva (precursore) permette di identificare l'eventuale assunzione recente della sostanza, e quindi di appurare se il conducente sia sotto l'effetto della stessa
(Art. 187 C.d.S.). Tra i conducenti risultati positivi al DrugTest su saliva (Figura I.4.69), la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (60,0% dei casi) e svolge un ruolo principale nel determinismo di incidenti stradali sia per la frequenza d'uso nella popolazione generale, sia per gli effetti conseguenti l'assunzione, seguita dalla cocaina (20,0%). In pochi casi è stato riscontrato un uso combinato di più sostanze (policonsumo), in particolare cocaina e metamfetamine, e cannabis e cocaina.

Il DrugTest su urina (Figura I.4.70), effettuato per verificare l'eventuale uso pregresso di sostanze stupefacenti nei giorni precedenti (fino a circa una settimana prima), ha rilevato un uso più frequente di cannabis (50,0% dei casi), seguita dalla cocaina (23,5%) e dagli oppiacei (8,8%). Anche in questo caso sono stati rilevati dei casi di poliassunzione pregressa, in particolare cannabis e cocaina (14,7%), e mix di stimolanti (cocaina, amfetamine e metamfetamine – 2,9%).

Figura I.4.77: Positività alle sostanze stupefacenti riscontrate con il DrugTest su URINA tra i conducenti esaminati. Anni 2012/2013

50% positivi al DrugTest su urina per cannabis, 23,5% per cocaina



Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

Il nuovo Codice della Strada

Il nuovo Codice della Strada, legge 29 luglio 2010, n. 120, regolamenta la guida in stato psicofisico alterato con tre articoli specifici. Agli articoli 186 "Guida sotto l'influenza dell'alcool", 187 "Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti", si è aggiunto l'articolo 186-bis, che regolamenta la "Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose". Con l'attivazione del Protocollo Drugs on Street e sulla base del nuovo sistema normativo che prevede sanzioni più severe per i trasgressori, sono state intensificate le azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

Sul totale dei conducenti risultati positivi, sono state analizzate le sanzioni applicate da parte delle Forze dell'Ordine.

Il 71,9% dei conducenti risultati positivi è stato sanzionato con il ritiro della patente, il 5,6% con il ritiro della patente ed il sequestro del veicolo.

Tabella I.4.24: Sanzioni a carico dei conducenti risultati positivi ai controlli. Anni 2012/2013

Sanzioni a carico dei conducenti risultati positivi agli accertamenti clinico-tossicologici

Tipologia di sanzione	N	%
Solo ritiro della patente	64	71,9%
Solo segnalazione alla prefettura per Art. 75	4	4,5%
Solo segnalazione alla prefettura per Art. 121	1	1,1%
Ritiro della patente e sequestro del veicolo	5	5,6%
Ritiro della patente e segnalazione alla prefettura per Art. 121	2	2,2%
Segnalazione alla prefettura per Art. 75 e segnalazione alla prefettura per Art. 121	1	1,1%
Ritiro della patente e segnalazione alla prefettura per Art. 75	4	4,5%
Ritiro della patente e segnalazione alla prefettura per Artt. 75 e 121	1	1,1%
Ritiro della patente, sequestro del veicolo e segnalazione alla prefettura per Art. 121	1	1,1%
Nessuna sanzione rilevata	6	6,7%
Totale conducenti positivi*	**89**	**100,0%**

** 64 schede con informazione mancante*

Fonte: Progetto Quadro NNIDAC 2012-2013 – Protocollo DOS - Dipartimento Politiche Antidroga

I.4.5. Mortalità acuta droga correlata

Come da indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, l'argomento della mortalità nei consumatori di droga viene suddiviso tra mortalità per intossicazione acuta e mortalità tra i tossicodipendenti per altra causa. La prima viene analizzata nel presente paragrafo, mentre nel successivo verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate.

Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) del Ministero dell'Interno, che rileva tali episodi su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive) in cui siano state interessate le Forze di Polizia.

Trend pluriennale in diminuzione con lieve aumento del numero di decessi droga correlati nel 2012 rispetto al 2011

In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, anno in cui si sono registrati 1.002 casi di decesso per overdose, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Negli anni successivi si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2011, mentre nell'anno 2012 si registra un incremento del 7,7% con un numero di decessi pari a 390 (Figura I.4.78). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 9 maschi ogni

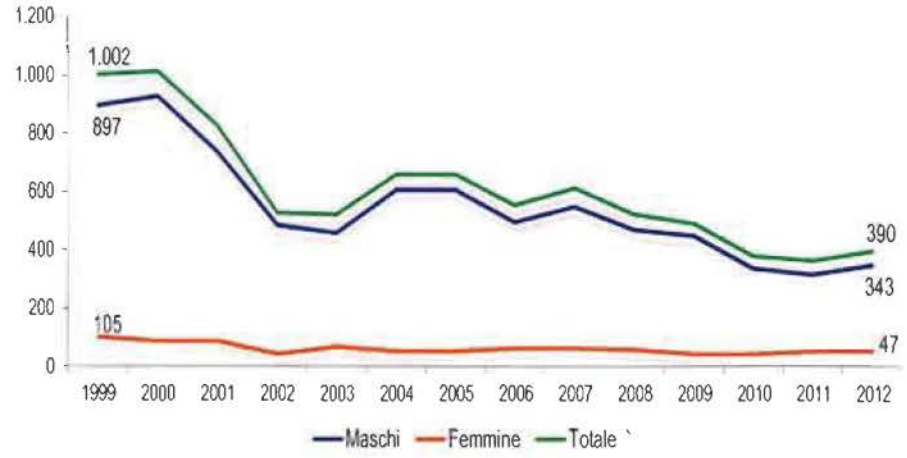
donna (9,1); tale quoziente varia da un minimo di 6,6 nel 2011 (in cui il 13,3% dei deceduti era costituito da donne) ed un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.4.20).

Tabella I.4.25: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2012

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332	314	343
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42	48	47
Tot.	1002	1016	825	520	517	653	653	551	606	517	484	374	362	390
M/F	8,5	11,0	8,4	11,4	7,2	11,8	11,8	8,3	9,1	8,4	10,0	7,9	6,5	7,3

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

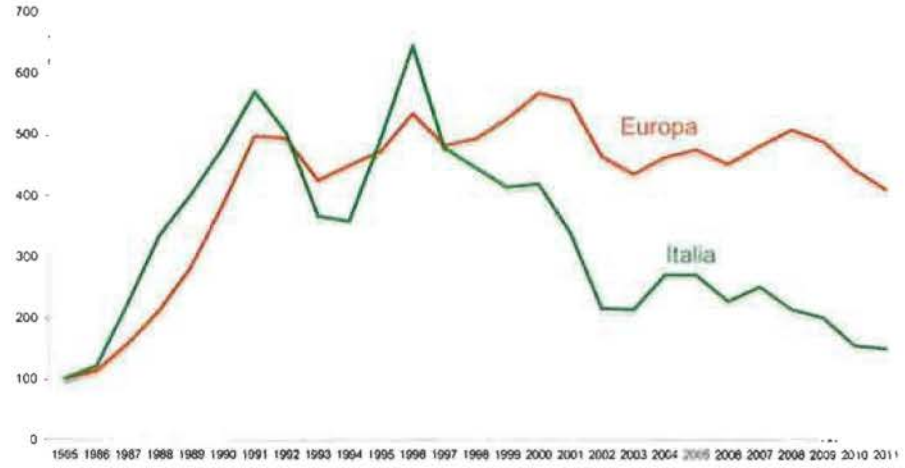
Figura I.4.78: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2012



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

I decessi per intossicazione acuta da stupefacenti in Europa e in Italia hanno subito un'impennata negli anni ottanta e primi anni novanta; in Italia soprattutto in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via endovenosa. Dal 1997, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente fino al 2002, con molta probabilità dovuto all'aumento in quegli anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori. Nel periodo successivo, dal 2003 al 2009, il trend si stabilizza a valori lievemente superiori, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati. Negli ultimi due anni del periodo oggetto di studio il trend indicizzato presenta un lieve decremento (Figura I.4.78).

Figura I.4.79: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2011 (Anno base 1985=100)



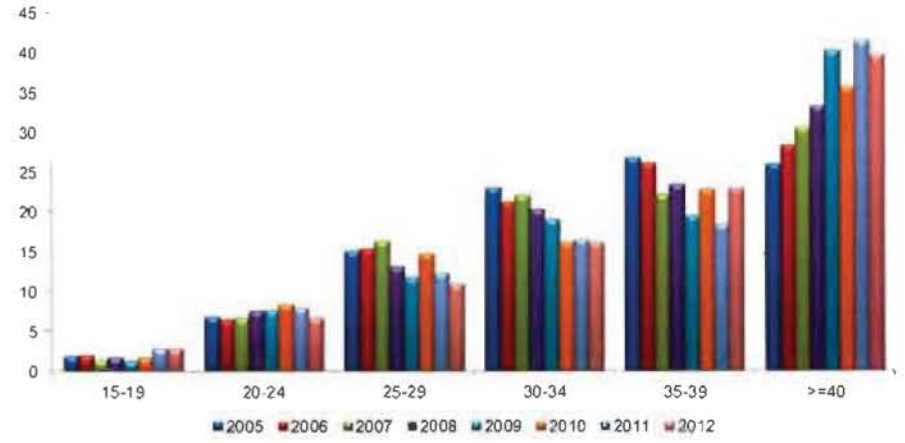
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2013

Maggior decremento dei decessi in Italia rispetto al trend europeo

Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 37 anni del 2012; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2012 tale quota raggiunge il 62% circa, che risulta il valore più alto insieme a quello registrato nel 2009. Dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere, si evince che in quello femminile vi è una maggiore variabilità nel periodo temporale oggetto di analisi rispetto a quello maschile. Per entrambi la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40. Prendendo in analisi l'anno 2012, rispetto al 2011, si osserva per le femmine un aumento dei decessi nelle classi tra i 20 ed i 29 anni ed un forte decremento nella classe 30-34 anni. Per quanto riguarda i maschi, un sostanziale aumento si riscontra solo nella fascia d'età 35-39 anni.

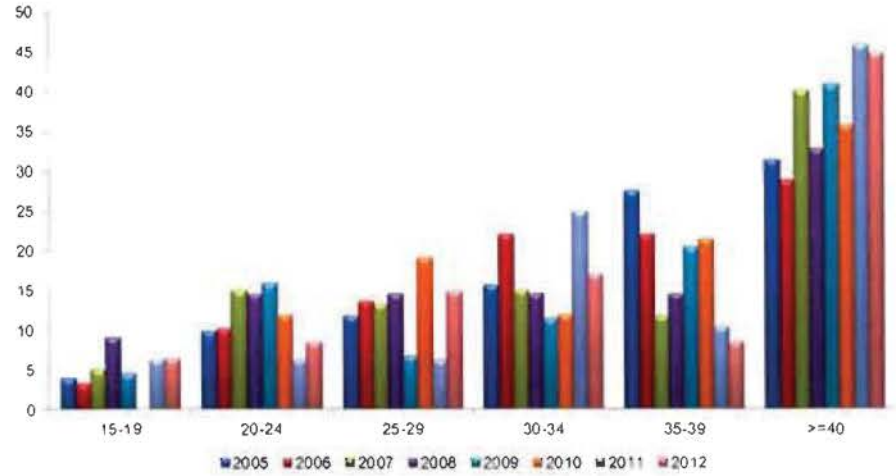
Aumento dell'età media del decesso: da 32 anni nel 1999 a 37 anni nel 2012

Figura I.4.80: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2005 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

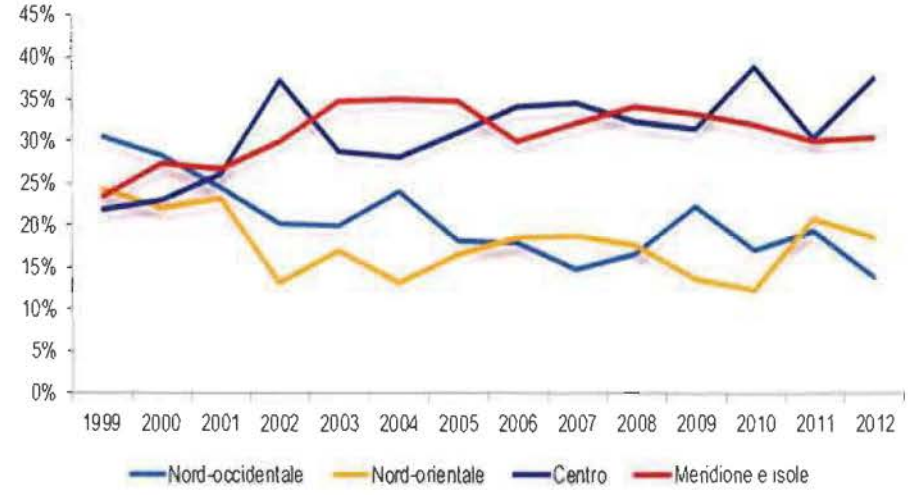
Figura I.4.81: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2005 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Grandi differenze tra i generi si osservano nelle fasce di età dei giovani adulti (20-24 anni) e giovanissimi (15-19 anni) con percentuali di decessi più elevate per le femmine. Nella fascia di età più giovane, si osserva una tendenziale riduzione nel tempo della percentuale di decessi tra i maschi fino al 2009, con un successivo lieve aumento negli ultimi tre anni. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore ai maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (9,1%); nel 2010 si annulla in relazione all'assenza di decessi, mentre nel 2012 si registra una percentuale pari al 6,4% (Figura I.4.81).

Figura I.4.82: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2012



Percentuale maggiore di decessi nel centro e meridione/isole

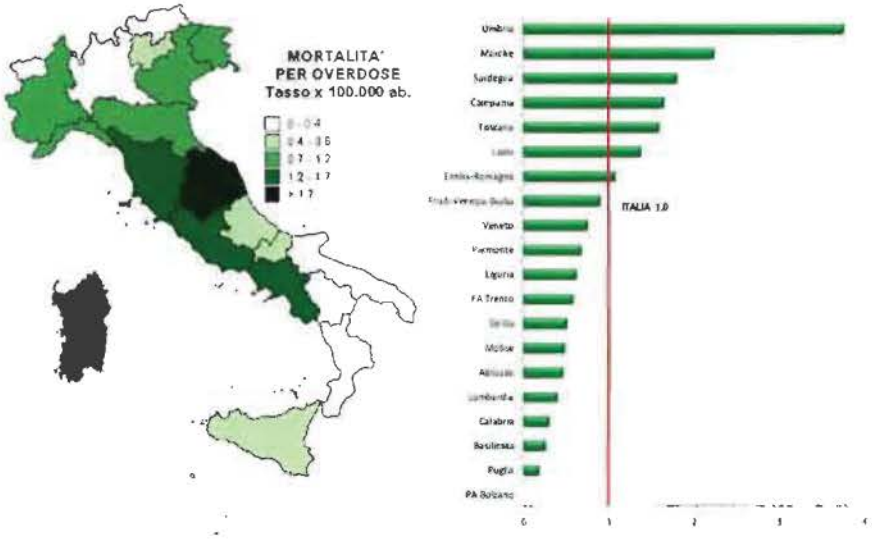
Trend geograficamente differenziati per area di ritrovamento: diminuzione al nord aumento al centro

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta a livello territoriale (per area di ritrovamento) nell'ultimo decennio evidenzia una predominanza nell'area centro-meridionale del Paese, che si mantiene con una discreta variabilità per tutto il periodo

considerato. Nel 2012, si osserva una diminuzione dei decessi nel Nord Italia ed un aumento nelle zone del centro del Paese, mentre è sostanzialmente stabile il fenomeno nell'Italia meridionale e insulare (Figura I.4.82).
Anche nel 2012, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un tasso di mortalità[2] pari a quasi 4 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalle Marche e dalla Sardegna. I due casi registrati nel Trentino Alto Adige sono localizzati all'interno della Provincia Autonoma di Trento (Figura I.4.83).

Figura I.4.83: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



Le regioni più colpite: Umbria, Marche, Sardegna, Campania, Toscana, Lazio e Emilia Romagna

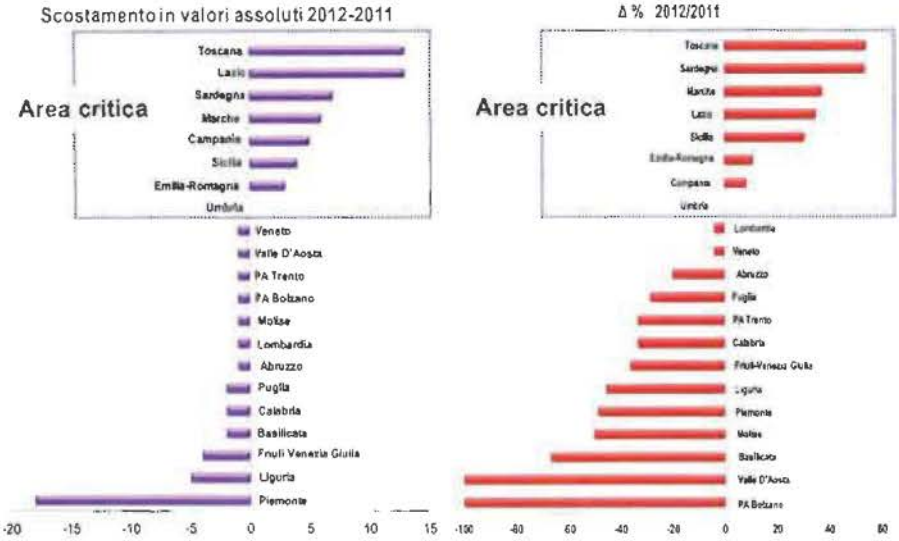
Le regioni meno colpite: PA Bolzano, Puglia, Basilicata

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Analizzando le differenze in valore assoluto ed i valori dello scostamento percentuale rispetto all'anno precedente per regione, si evince che le regioni più "critiche" sono la Toscana, la Sardegna e il Lazio. Le regioni che invece hanno presentato una situazione migliorativa circa i decessi droga-correlati sono il Piemonte e la Liguria (Figura I.4.84).

[2] Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero dei deceduti per i residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2012.

Figura I.4.84: Confronto dei decessi droga-correlati. Anni 2011-2012.



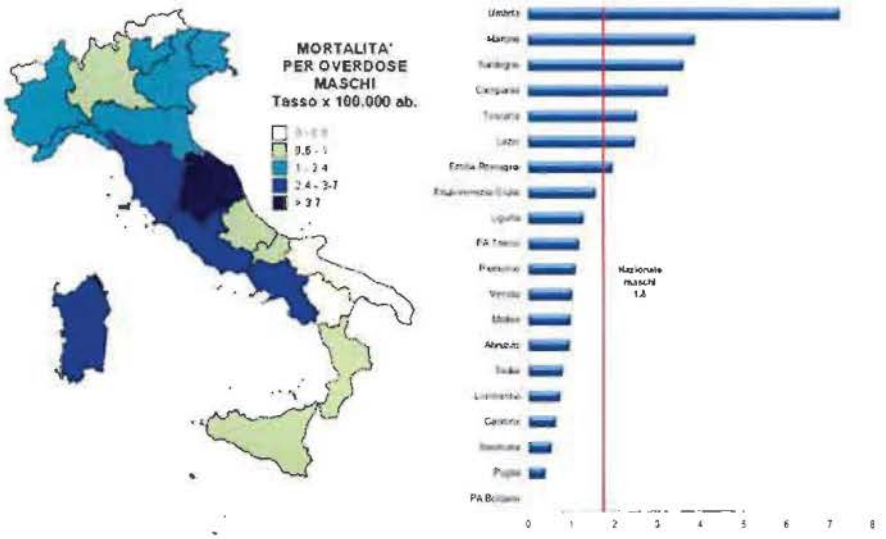
L'incremento del numero dei decessi nel 2012 è sostenuto da: Toscana, Lazio, Sardegna, Marche, Campania, Sicilia e Emilia Romagna

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Anche la distribuzione del tasso di mortalità per intossicazione acuta nei maschi per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria (7 decessi per 100.000 residenti), seguita dalle Marche e dalla Sardegna con 4 decessi per 100.000 residenti (Figura I.4.85).

Il tasso di mortalità nei maschi in Umbria è 4 volte la media nazionale

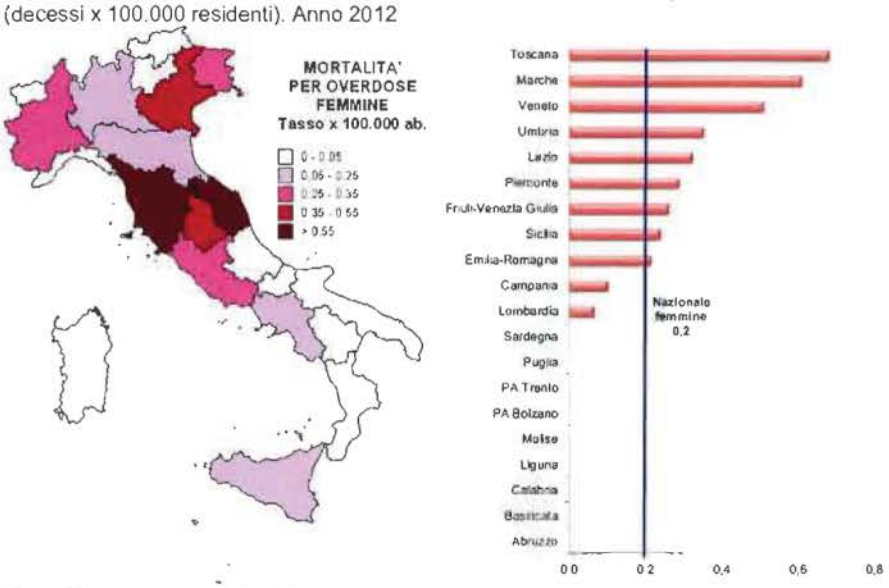
Figura I.4.85: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nei maschi (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per le femmine il tasso di mortalità risulta essere sensibilmente inferiore rispetto a quello dei maschi in quasi tutte le regioni, il valore medio nazionale è pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,8 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi. In questo caso la regione più colpita è la Toscana con un 1 decesso per 100.000 residenti (Figura I.4.86).

Figura I.4.86: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



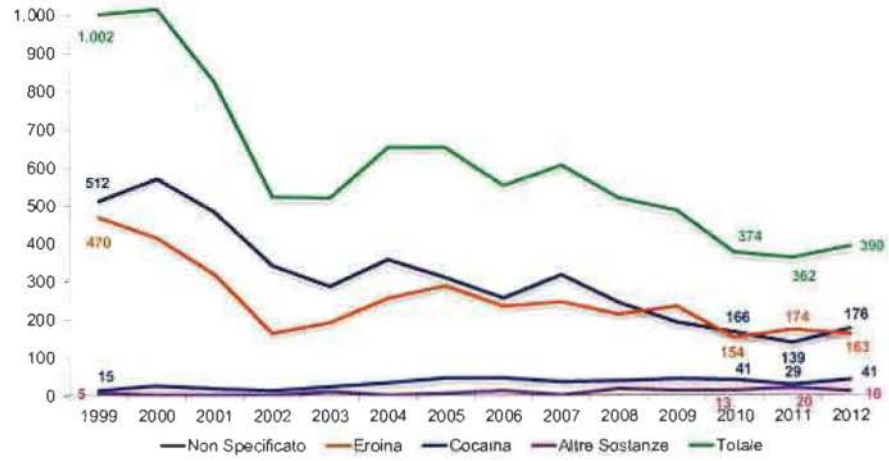
Regioni con tasso di mortalità nelle femmine: Toscana, Marche e Veneto

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per circa il 45% dei decessi registrati nel 2012 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso; nel 42% circa dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'11% circa alla cocaina, nel 2% al metadone e nel restante 1% ad altre sostanze (due decessi per M.D.M.A amfetamina uno per barbiturici) . L'eroina si conferma, quindi, lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Nel 2010 l'età media dei decessi per l'eroina è di 38 anni circa, mentre per la cocaina risulta pari a 35 anni.

Eroina prima sostanza responsabile dei decessi

Figura I.4.87: Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

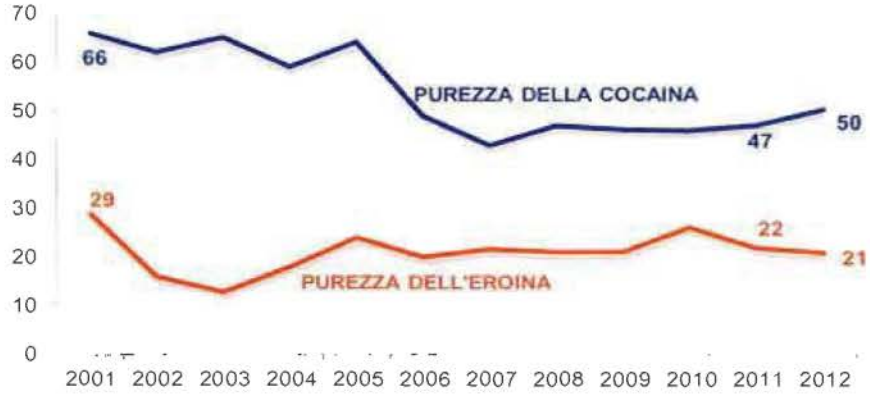
Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 decessi attribuiti ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo 165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una

tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno. Negli ultimi tre anni del periodo in studio i valori risultano più bassi (154 nel 2010 e 174 nel 2011) e nel 2012, rispetto all'anno precedente, vi è un decremento del 6,3%. Per quanto riguarda la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, questa risulta in lento ma graduale aumento fino al 2010, nel 2011 si registra una forte diminuzione, mentre nell'anno 2012 al contrario vi è un forte aumento pari al 41,4% passando da 29 a 41 decessi (Figura I.4.81).

Trend in diminuzione per l'eroina, in aumento per la cocaina

Considerando i decessi per sostanza, si prende in analisi il trend della percentuale di principio attivo delle principali droghe risultanti. In particolare per la cocaina i valori della purezza hanno subito un forte calo a partire dal 2006 e si mantengono stabili fino al 2011. Nel 2012 viene rilevato un lieve aumento della percentuale media di sostanza pura, passando dal 47% al 50% (Figura I.4.88).

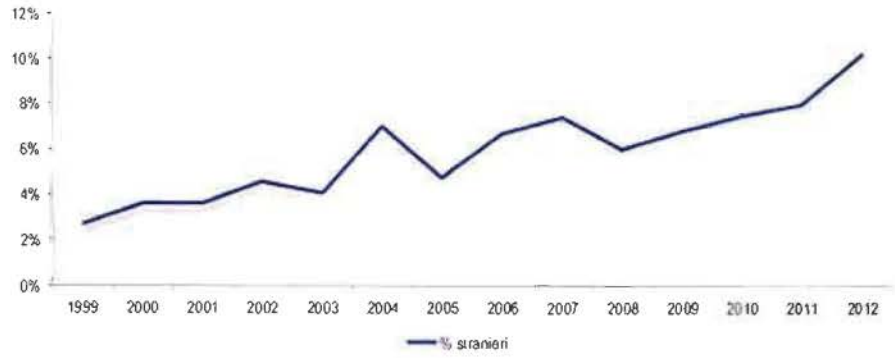
Figura I.4.88: Percentuale media di principio attivo di cocaina ed eroina. Anni 2001-2012.



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.4.89) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando al 10,3% nel 2012.

Figura I.4.89: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2012



Aumento della percentuale di stranieri tra i casi di overdose

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

I.4.6. Mortalità tra i consumatori di droga

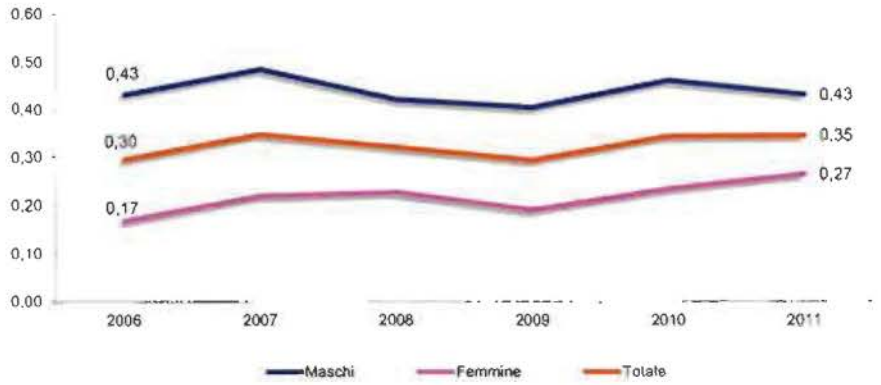
L'intossicazione acuta da una o più sostanze psicoattive rappresenta la causa più

frequente di decesso tra gli assuntori di droghe. Tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e patologie) o di decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta).

Ancora difficoltosa la ricostruzione delle varie cause di morte droga correlate

L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale".
La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Una componente informativa aggiuntiva rispetto alla mortalità droga correlata, sebbene parziale in relazione a quanto sopra esposto, può essere desunta dall'analisi della scheda di dimissione ospedaliera, relativamente ai ricoveri droga correlati.

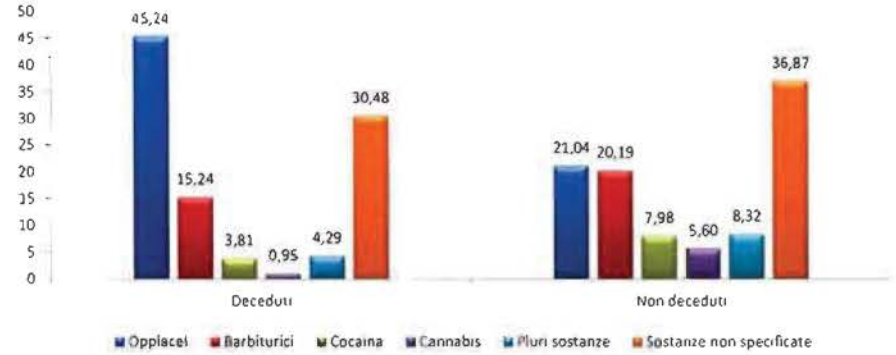
Figura 1.4.90: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Anche nel 2011, i ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all'1% del totale dei ricoveri droga correlati (210). Il confronto del tasso di ospedalizzazione dei decessi negli ultimi cinque anni evidenzia una contrazione dal 2007 al 2009 (206 nel 2007, 192 nel 2008 e 177 nel 2009) a fronte di un aumento dei decessi negli ultimi due anni (208 nel 2010 e 210 nel 2011). Considerando la differenza per genere, rispetto al 2010 nel 2011 si osserva un aumento dei decessi per il genere femminile pari allo 0,84% sul totale femmine ricoverate (0,64 % nel 2009 e 0,7% nel 2010), per contro per il genere maschile si evidenzia un decremento dello 0,96 % sul totale delle ricoverate (0,86% nel 2009 e 1,0% nel 2010).

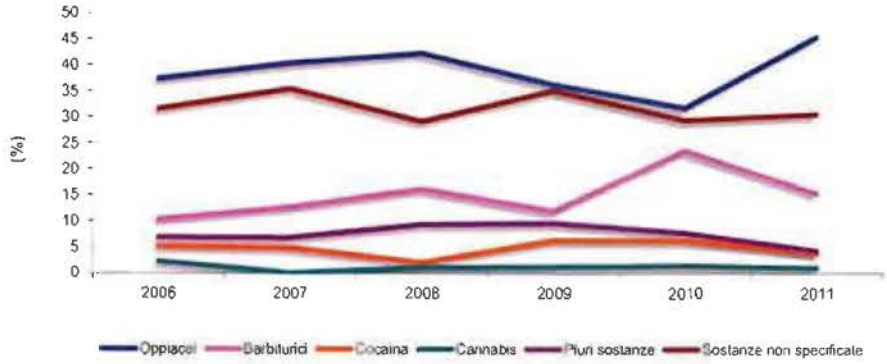
Figura I.4.91: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Dal 2006 al 2011 le sostanze di abuso che hanno provocato più decessi sono risultate essere gli oppiacei con un aumento fino al 2008 (37,4% nel 2006, 40,3 % nel 2007 e 42,2% nel 2008) per diminuire nel 2009 e 2010 (36,2% nel 2009 e 32,7% nel 2010) e cambiare tendenza null'ultimo biennio. Aumentano, di 13,5 punti percentuali, i decessi per uso di oppiacei (45,2% nel 2011); anche per le sostanze non specifieate risultano essere in aumento nell'ultimo biennio (29,3% nel 2010e 30,5% nel 2011). Tra le sostanze con minore percentuale di decessi, si osservano i barbiturici, che, peraltro, nell'ultimo biennio hanno fatto registrare un calo di 8,3 punti percentuali con 49 decessi nel 2010 vs, i 32 nel 2011; in particolar modo i più colpiti risultano essere i soggetti con età maggiore di 65 anni (22 decessi).

Figura I.4.92: Percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso, secondo la sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

PAGINA BIANCA

CAPITOLO I.5.

GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO E PATOLOGICO

I.5.1 Introduzione

I.5.2 Quadro epidemiologico in Italia

I.5.3 Le indagini GPS-DPA 2012 e SPS-DPA 2013

I.5.3.1 Soggetti in trattamento in Italia nel 2012

I.5.4 Dati finanziari

I.5.5 Conclusioni

PAGINA BIANCA

I.5 GIOCO D'AZZARDO PROBLEMATICO E PATOLOGICO

I.5.1 Introduzione

In Italia il fenomeno del gioco d'azzardo è in continua crescita e in questi anni sta assumendo dimensioni sempre più rilevanti, come osservabile dall'andamento delle statistiche dell'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli (ex AAMS) relative alla quantità di denaro giocato. In parallelo si stanno anche rafforzando le evidenze scientifiche che portano a connotare quanto la pratica del gioco d'azzardo può esitare in sviluppo di forme di vera e propria dipendenza (gioco d'azzardo patologico) o comportamenti a rischio (gioco d'azzardo problematico).
La problematica emergente ha suscitato molte e diversificate reazioni sia in ambito politico sia sociale e destato grande interesse in molti gruppi e settori della sanità non ultimo per le problematiche secondarie correlate e le negative conseguenze economico-finanziarie che sono state rilevate su vari gruppi famigliari coinvolti i questo problema. Speso infatti si è visto cha associato al gioco d'azzardo patologico vi sono fenomeni di usura e di comportamenti illegali che impoveriscono e mettono questi malati e le loro famiglie in condizioni molto problematiche e di povertà. Ad oggi tuttavia non esistono studi e dati epidemiologici accreditati in grado di quantificare correttamente il problema sia nella dimensione che nella diffusione ed eventuali trend di evoluzione.
Il DPA a questo proposito ha provveduto a studiare e realizzare un flusso di dati aggregati che permetterà di poter stimare meglio questa realtà complessa che comunque da già segnali evidenti di essere un fenomeno socio-sanitario rilevante e non trascurabile o minimizzabile per poter dare un impulso a trovare soluzioni concrete.

Progetto GAP del DPA

Nel 2012 il DPA ha avviato il progetto GAP, progetto nazionale per l'attivazione di strategie e per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche, coordinate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e al trattamento del Gioco d'Azzardo patologico e per il dimensionamento e il monitoraggio del fenomeno.
L'obiettivo principale del progetto è stato quello di fornire soluzioni sostenibili, realizzabili e omogenee su tutto il territorio nazionale per fronteggiare il fenomeno del Gioco d'Azzardo Patologico ed in particolare per strutturare precise strategie di tutela della salute ed integrità sociale sia del giocatore patologico che della propria famiglia e, nel contempo, di trovare possibili indirizzi comuni in ambito preventivo, terapeutico e riabilitativo e per studiare una migliore regolamentazione dell'intero sistema dei giochi, compresi i giochi in internet. In particolare, i sotto obiettivi specifici sono stati declinati come segue:

1. Censimento delle strutture pubbliche e private per singola regione impegnate nell'assistenza a persone con gambling patologico, della tipologia di prestazioni erogate e delle metodologie utilizzate
2. Organizzazione di un flusso nazionale permanente per la raccolta di dati aggregati sulle persone con gambling patologico in carico ai Dipartimenti delle Dipendenze, Ser.T. e Comunità Terapeutiche e monitoraggio dei dati raccolti, con particolare attenzione a quelli relativi alla popolazione dedita al gioco d'azzardo per regione e ai fenomeni collegati all'usura in relazione al gioco d'azzardo
3. Rilevazione epidemiologica del gioco d'azzardo attraverso indagini nella popolazione generale e in quella studentesca utilizzando flussi esistenti GPS e SPS.

4. Studio, stesura e diffusione di linee di indirizzo scientificamente orientate per la prevenzione del Gambling patologico con particolare orientamento all'early detection delle condizioni di vulnerabilità nei giovani e alla prevenzione ambientale (compresa la definizione di possibili indirizzi per l'autoregolamentazione per la pubblicità)
5. Studio e attivazione di ricerche nel campo del neuroimaging finalizzate allo studio delle funzioni di controllo prefrontale e dei comportamenti di gioco
6. Studio di modelli correlati al gambling e definizione di possibili device di controllo e warning da applicare online, sui giochi elettronici e con le
7. Persone con diagnosi di gambling patologico
8. Monitoraggio del gioco d'azzardo in internet e studio di possibili soluzioni per la prevenzione e il contrasto.

Al momento della pubblicazione della presente relazione le attività di progetto hanno già portato a una serie di interessanti e importati risultati, tra cui la pubblicazione del manuale tecnico-scientifico sul gambling per i Dipartimenti delle Dipendenze, l'organizzazione di un flusso nazionale e la programmazione di una azione formativa rivolta a livello nazionale per diffondere le linee di indirizzo e favorirne l'applicazione locale al fine di rendere omogenee e coordinate le azioni territoriali

La legge di conversione del DL. 13 settembre 2012, n. 158 "Decreto Balduzzi" (L. 8.11.2012, n. 189 recante: "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute") ha previsto all'art. 5, c. 2, l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza con riferimento alle prestazioni di prevenzione, cura e riabilitazione rivolte alle persone affette da Gioco d'azzardo patologico (imprecisamente definita "ludopatia"), intesa come patologia che caratterizza i soggetti affetti da sindrome da gioco con vincita in denaro, così come definita dall'Organizzazione mondiale della sanità (G.A.P.). Il successivo art. 7, comma 10, ha istituito presso l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli un "Osservatorio sui rischi di dipendenza da gioco" finalizzato a valutare le misure più efficaci per contrastare la diffusione del gioco d'azzardo patologico e il fenomeno della dipendenza grave. Tale Osservatorio ha già iniziato le sue attività e sta discutendo per mettere a punto una serie di misure preventive atte al contenimento del fenomeno su vari fronti.

Contestualmente, il DPA e l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli in data 28 marzo 2013 hanno siglato un "Accordo di collaborazione per il contrasto alle forme di dipendenza da gioco" con il quale al Dipartimento Politiche Antidroga viene affidato il coordinamento tecnico-scientifico dell'Osservatorio suddetto e inoltre, viene prevista l'istituzione di un apposito "Comitato consultivo" di supporto, costituito dalle associazioni dei concessionari, dalle rappresentanze nazionali dei consumatori e dai più rappresentativi gruppi associativi di area specifica, oltre che delle Regioni e delle Province Autonome.

Il DPA ha avviato l'iter per l'istituzione del suddetto Comitato, raccogliendo 32 richieste di adesione provenienti da associazioni ed enti pubblici sulla base della documentazione inviata e della rilevanza dell'attività svolta nell'ambito specifico. Preme sottolineare che ai componenti del Comitato non viene corrisposto alcun emolumento, compenso o rimborso spese.

I.5.2 Quadro epidemiologico in Italia

La dimensione del fenomeno in Italia è difficilmente stimabile in quanto, ad oggi, non esistono studi accreditati, esaustivi e validamente rappresentativi del fenomeno. La popolazione italiana totale è stimata in circa 60 milioni di persone, di

cui il 54% sarebbero giocatori d'azzardo (dato rilevato con la domanda "Lei ha giocato d'azzardo almeno una volta negli ultimi 12 mesi?"). La stima dei giocatori d'azzardo problematici varia dall'1,3% al 3,8% della popolazione generale mentre la stima dei giocatori d'azzardo patologici varia dallo 0,5% al 2,2% (Ministero della Salute, 2012).

Figura I.5.1: Stima della popolazione italiana interessata dal gioco d'azzardo. Serpelloni, 2012. Nota: non esistono ad oggi studi italiani esaustivi.

Il Ministero della Salute dal 2011 finanzia un progetto sperimentale nazionale sulle dipendenze comportamentali per la sorveglianza, il coordinamento e il monitoraggio degli interventi. Altri studi sono stati eseguiti da altri enti di ricerca e vengono riportati nella tabella sottostante. Come è possibile notare, oltre alla diversificata semantica utilizzata per definire i vari stadi del gioco d'azzardo, si sono utilizzati diversi strumenti di rilevazione ed in alcuni casi non è stato nemmeno possibile identificare quali essi fossero.

Questo ci incita a intraprendere nuovi studi e rilevamenti sul gioco d'azzardo, partendo da più solide basi tecnico scientifiche, ma soprattutto dopo aver messo a punto linee nazionali per omogeneizzare i linguaggi e le metodologie.

Tabella I.5.1: Elenco e caratteristiche degli studi condotti in Italia dal 2000 sul gioco d'azzardo. Ministero della Salute – Dipendenze comportamentali/gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi.
Bollettino sulle Dipendenze, XXXIV, n.1, 2011. Adattamento: Serpelloni, 2012

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVISTATI	GIOCATORI TOT	PATOLOGICI	ECCESSIVI/RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATICI	PERIODO INDAGATO
BOLZANO	2000	SOGS	HOUSEHOLD	ADULTI	500		2,20%		3,60%	VITA?
VALDINEVOLE (PT)	2002	?	TELEFONICA	18-65 ANNI	516	43%			1,9-2,5%	ULTIMO MESE
PAVIA	ott2003-feb2004	SOGS	TELEFONICA	18-74 ANNI	707		0,40%	0,70%	1,10%	ULTIMO ANNO
PISTOIA PRATO FIRENZE	2004-2005	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1568				2%	VITA?
CONAGGA CNCA MULTISITE	2008	?	ON THE FLY	10-80+ANNI	1625	80-82%	2,75%			VITA?

continua

continua

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	POPOLAZIONE	INTERVISTATI	GIOCATORI TOT	PATOLOGICI	ECCESSIVI/RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATICI	PERIODO INDAGATO
AREZZO	2008	LIE/BET	?	?	97	62%			5%	VITA?
MONZA	2006?	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1520	53%	0.50%	0,80%	1.30%	ULTIMO ANNO
ROMA	2002-2006	?	SCUOLE	13-21 ANNI	2798	84,90%	5.10%		9,70%	?
VENEZIA	2006	?	SCUOLE	15-20ANNI	327				1,8%?	?
CASERTA	2005-2006	OSMIV	SCUOLE	15-18ANNI	1002				6%	ULTIMO ANNO?
TOSCANA	2009	LIE/BET	SCUOLE	14-19ANNI	5231	50,80%			9,70%	VITA
EURISPES	2007	?	?	18-80		78%	?	?	?	?
NOMISMA	2009	?	SCUOLE	15-17 ANNI	6700	68%	?	?	?	ULTIMO ANNO
IPSAD	2007-2009	LIE/BET	POSTALE	15-65 ANNI	10940	38%			3,30%	VITA?
		CPGI-SF					0,80%	4,6%?	5,4%?	ULTIMO ANNO
ESPAD	2009	SOGS-RA	SCUOLE	15-19 ANNI	32401	47,10%	[illegible]		11,1%?	ULTIMO ANNO

? = dato non certo o non disponibile

Altre fonti: L'Italia che gioca: uno studio su chi gioca per gioco e chi viene "giocato" dal gioco. Novembre 2010 (web), Rapporto Nomisma 2009, Gioco e giovani, Rapporto Eurispess 2009. I giovani e il gioco d'azzardo. 2010 (web).

Molti studi sono stati eseguiti in Europa e la tabella successiva riporta quelli più significativi, eseguiti tra il 2001 e il 2008, indicando la percentuale di adulti con gioco d'azzardo probabilmente patologico nei vari Stati Membri, sul totale della popolazione.

Tabella I.5.2: Problema del gioco d'azzardo in Europa. Sintesi delle più recenti indagini sulla prevalenza del gioco d'azzardo negli adulti, nei singoli Paesi Membri. Griffiths, 2009

Paese	Anno	N	Strumento	%
Belgio	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Danimarca	2006	8,153	SOGS-RA NODS	1.7 (nella vita) 0.7 (nella vita)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)
Finlandia	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Germania	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Gran Bretagna	2007	8,996	DSM-IV PGSI	0.6 (ultimo anno) 0.5 (ultimo anno)
Islanda	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Olanda	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Norvegia	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Svezia	2001	7,139	SOGS	2 (ultimo anno)
Svizzera	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)

Nota: il gioco d'azzardo patologico è relativo alla percentuale di potenziali giocatori patologici aggiunta alle percentuale di giocatori patologici probabili nella popolazione totale.

Ulteriori studi eseguiti negli Stati Uniti, in Svezia, in Svizzera e in Gran Bretagna hanno mostrato percentuali simili e vengono riportate nella tabella successiva

Tabella I.5.3: Stime di prevalenza dei diversi livelli di comportamento anomalo nei giocatori d'azzardo. Serpelloni G., 2012

Autore	Anno	Paese	Prevalenza	Livello
Kallic	1979	Usa	0,7%	GA.PAT
National Researc Council	1999	Usa	0,9%	GA.PAT
Gerstein	1999	Usa	0.9%	GA.PAT
Volber	2001	Svezia	1,4%	GA.PRO
			0,6%	GA.PAT
Bondolfi	2000	Svizzera	2,2%	GA.PRO
			0,8%	GA.PAT
Sproston	2000	Gran Bretagna	0,7%	GA.PAT

GA.PRO = Gioco d'azzardo problematico; GA.PAT = Gioco d'azzardo patologico.

Sono state studiate, inoltre, le caratteristiche demografiche e familiari dei giocatori stabilendo che i giocatori a rischio/problematici sono più frequentemente maschi che femmine (66% verso 55%), con una condizione relazionale spesso di divorziati (10% verso 5%). Hanno alti livelli di stipendio e presentano almeno un parente con problemi di gioco d'azzardo (12,2% verso 4,4%). Presentano, inoltre, difficoltà nel gestire il denaro (28% verso 14%) e sono esposte ad una maggior rischio di indebitamento: esse, infatti, spendono più denaro di quello che hanno (11% verso 2%), risparmiano meno mensilmente (1% verso 13%), chiedono in prestito denaro alle agenzie finanziarie (28% verso 9%) o ad altre persone (18% verso 2%).

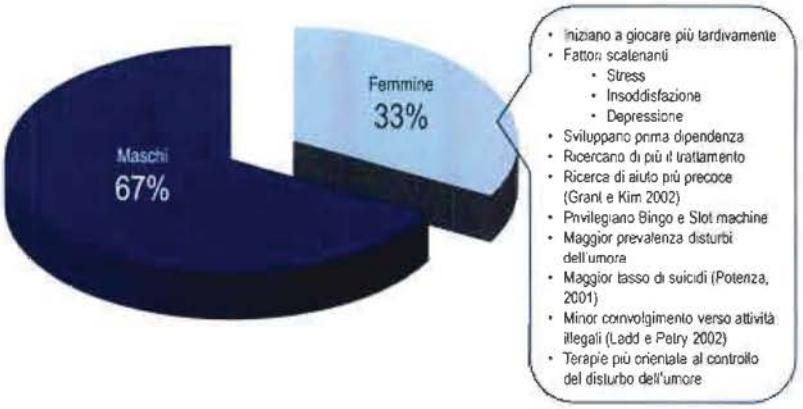
Il profilo e le caratteristiche distintive del giocatore d'azzardo problematico italiano adulto è caratterizzato dall'essere poligambling, cioè utilizza vari tipi di gioco d'azzardo, dedica molto tempo al gioco e gioca molto frequentemente spendendo grandi quantità di denaro.

La tabella successiva presenta i diversi profili del gioco d'azzardo patologico in base all'età.

Nei giovani peraltro si è registrata una diminuzione del ricorso a giochi informali e l'aumento del ricorso ai giochi commerciali (Druine 2009, Jackson 2008, Olason 2006, Olason 2006, Welte 2009). Nel gioco d'azzardo patologico, il rapporto maschi/femmine presenta differenze particolarmente rilevanti. In una casistica americana del 2001 (Welte 2001), il 67% dei giocatori era maschio, il 33% erano femmine.

Il sesso femminile inizia a giocare più tardi: i fattori scatenanti spesso sono lo stress, l'insoddisfazione, la depressione. Le femmine sviluppano di solito la dipendenza più precocemente e ricercano il trattamento in maniera maggiore e in anticipo rispetto ai maschi. Privilegiano il gioco del bingo e le slot-machine; hanno una maggior prevalenza dei disturbi dell'umore e un maggior tasso di suicidi. Mostrano, infine, un minor coinvolgimento verso attività illegali.

Figura I.5.2: Gioco d'azzardo patologico: rapporto maschi/femmine e differenze di genere. Welte JB et al., 2001



Da alcuni autori (Rahman AS et al, 2012) è stata studiata la relazione tra età di iniziazione al gioco d'azzardo e il gambling patologico negli adolescenti, rilevando che le persone che in giovane età si avvicinano al gioco d'azzardo sono attivate principalmente da forme non strategiche di gambling, quali le lotterie istantanee (gratta e vinci) e le slot machine.
In uno studio sugli adolescenti è stata riscontrata una percentuale del 56% di non giocatori e di 40% di giocatori da almeno 6 mesi. Di questi, il 32% erano giocatori d'azzardo occasionali con frequenza delle giocate mensile o inferiore e il 12% erano giocatori d'azzardo con alta frequenza di gioco (Raisamo S et al, 2012).
Secondo il Ministero della Salute (2012), il 71% della popolazione italiana percepisce come rischioso il gioco d'azzardo, ma solo il 60% disapprova i giochi in cui si vincono e perdono soldi. Eseguendo un'analisi simile, stratificando all'interno delle due categorie dei giocatori e dei non giocatori, è emerso che il 61% dei giocatori percepisce rischioso giocare d'azzardo e il 42% lo disapprova. In maniera diversa, invece, tra i non giocatori, l'80% ritiene rischioso tale comportamento e il 74% lo disapprova. Pertanto, più aumenta la percezione del rischio e più aumenta la disapprovazione per tale tipo di gioco e questo è coerente con l'espressione di un minor comportamento di gioco (Ministero della Salute – CCM, Dipendenze comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi – Regione Piemonte, 2012).

I.5.3 Le indagini GPS-DPA 2012 e SPS-DPA 2013

GPS-DPA 2012 e gioco d'azzardo

Dall'indagine condotta nel corso del 2012 all'interno della popolazione generale, con casistica aggiornata a 18898 interviste, è possibile evidenziare per le diverse tipologie di gioco considerate la frequenza delle giocate negli ultimi 12 mesi.

Tabella I.5.4: Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012.

Giochi	mai	1-2 volte	3-10 volte	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	tutti i giorni o quasi
Gratta e vinci	45,8	29,4	15,5	6,9	2,1	0,3
Lotto	53,4	22,6	12,9	5,8	5,2	0,0
Totocalcio	69,9	19,3	6,8	2,4	1,6	0,0

continua

continua

Giochi	mai	1-2 volte	3-10 volte	1-2 volte al mese	1-2 volte a settimana	tutti i giorni o quasi
Video-poker	90,9	3,7	2,2	1,4	1,5	0,2
Bingo	90,9	5,7	2,6	0,5	0,3	0,1
Scommesse sportive	91,8	5,2	2,2	0,5	0,4	0,0
Giochi al casinò	93,3	5,2	1,1	0,3	0,1	0,0
Giochi di carte con denaro in palio	95,4	3,8	0,7	0,1	0,0	0,0
Giochi on-line con denaro in palio	97,0	1,5	0,7	0,4	0,2	0,1
Scommesse ippiche	98,1	0,9	0,5	0,2	0,1	0,1
Superenalotto	98,8	0,8	0,2	0,1	0,1	0,0

Fonte: GPS – DPA 2012

I gratta e vinci rappresentano i giochi più frequentemente praticati, seguiti da lotto e totocalcio, mentre la altre tipologie sono state praticate da meno del 10% degli intervistati, che comunque potevano segnalare più di un gioco; infatti, per il 9,0% del campione si riporta almeno un gioco tutti i giorni o quasi. Questo evidenzia come l'attitudine al gioco non dipenda in modo stretto dalla tipologia di gioco ma dal poter giocare e tale osservazione è resa evidente nel caso del gioco del lotto che, pur non avendo estrazioni quotidiane, mostra un valore pari al 5,2% nella frequenza 1-2 volte a settimana. È quindi verosimile che questi soggetti nelle giornate in cui non è prevista l'estrazione della lotteria si dedichino ad altre tipologie di giochi.
Oltre la metà dei maschi e delle femmine hanno giocato almeno una volta negli ultimi 12 mesi con qualche differenza all'interno delle tipologie di giochi praticati con una maggior propensione dei maschi verso la partecipazione a più tipologie.

Tabella I.5.5: Distribuzione della frequenza di gioco secondo la tipologia di intrattenimento e genere nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012.

Giochi	Maschi	Femmine
Gratta e vinci	54,1%	54,3%
Scommesse sportive	16,5%	2,8%
Video-poker	5,1%	1,3%
Bingo	7,0%	6,5%
Scommesse ippiche	1,9%	0,6%
Giochi on-line con denaro in palio	3,2%	0,8%
Giochi al casinò	5,8%	3,5%
Giochi di carte con denaro in palio	11,5%	7,0%
Superenalotto	52,6%	41,5%
Lotto	29,5%	30,6%
Totocalcio	11,7%	5,1%

Fonte: GPS – DPA 2012

Un dato di particolare interesse mostra una stretta associazione tra frequenza del gioco d'azzardo e uso di sostanze. Infatti, tra i soggetti non hanno dichiarato di aver giocato nell'ultimo anno la prevalenza di uso di sostanze è pari al 3,3%, mentre nei soggetti con frequenze di gioco maggiori la prevalenza di soggetti con uso di sostanze aumenta.

Figura I.5.3: Prevalenza % Consumatori ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione generale 18 – 64 anni. Anno 2012

Fonte: GPS – DPA 2012

SPS-DPA 2013 e gioco d'azzardo

L'indagine sulla popolazione studentesca, svolta nei primi mesi del 2013, ha consentito la raccolta di informazioni sulla pratica del gioco d'azzardo nei 12 mesi precedenti di ragazzi di età compresa tra 15 e 19 anni.

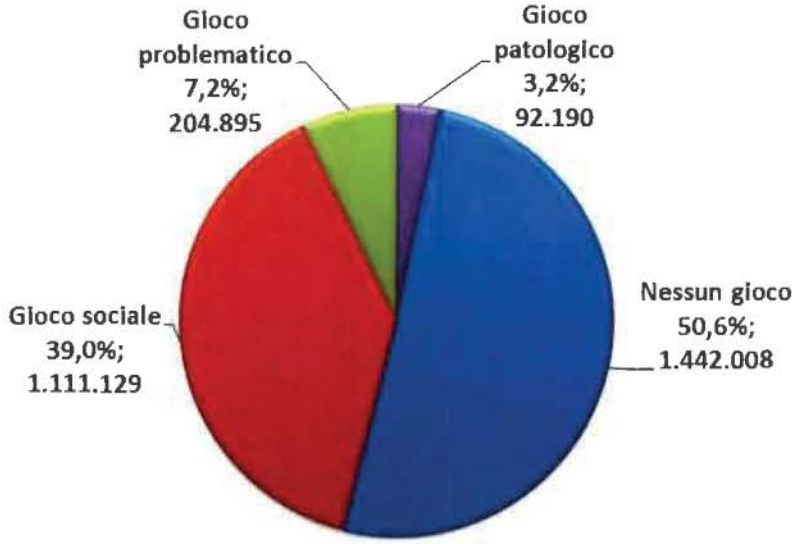
Il questionario compilato on-line era costituito anche da strumenti specifici di orientamento diagnostico per il gambling (SOGS-RA e LIE/BET) con i quali è stato possibile definire l'entità dei soggetti interessati dal fenomeno e il grado di coinvolgimento.

Questionario SOGS-RA

Secondo il SOGS-RA una condizione di gioco problematico è rilevata nel 7,2% dei casi, mentre il 3,2% dei casi presenta un gioco patologico. Un ulteriore 39,0% è rappresentato da gioco sociale.

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

Figura I.5.4: Questionario SOGS-RA nella popolazione studentesca 15 – 19 anni. Anno 2013.

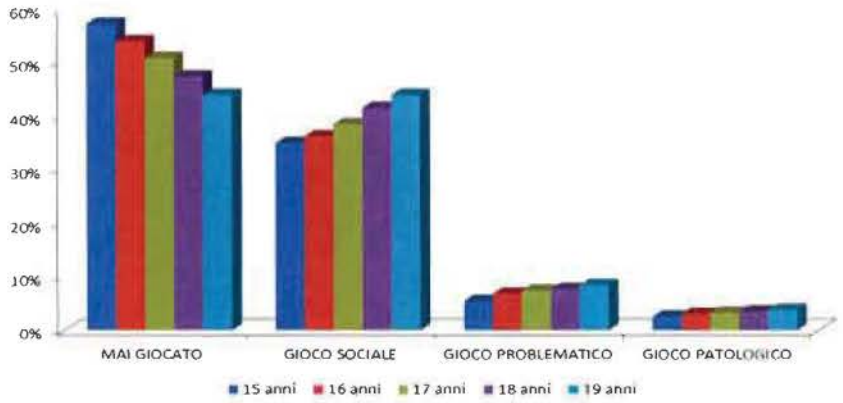


Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Circa la metà dei casi complessivi ha quindi riportato di aver giocato negli ultimi 12 mesi, con differenze notevoli tra maschi e femmine (60,6% vs. 38,1%); la pratica del gioco d'azzardo nei soggetti di genere maschile ha quindi una frequenza complessiva quasi doppia. Osservando in dettaglio il grado di coinvolgimento nel gioco per i maschi sia hanno percentuali di gioco problematico pari al 12,2 mentre il gioco patologico è stato rilevato nel 5,6% dei casi (nelle femmine questi valori sono rispettivamente 2,1% e 0,8%)

Anche l'età anagrafica rappresenta un elemento direttamente correlato alla pratica del gioco d'azzardo in quanto la pratica e le condizioni del gioco aumentano con l'età.

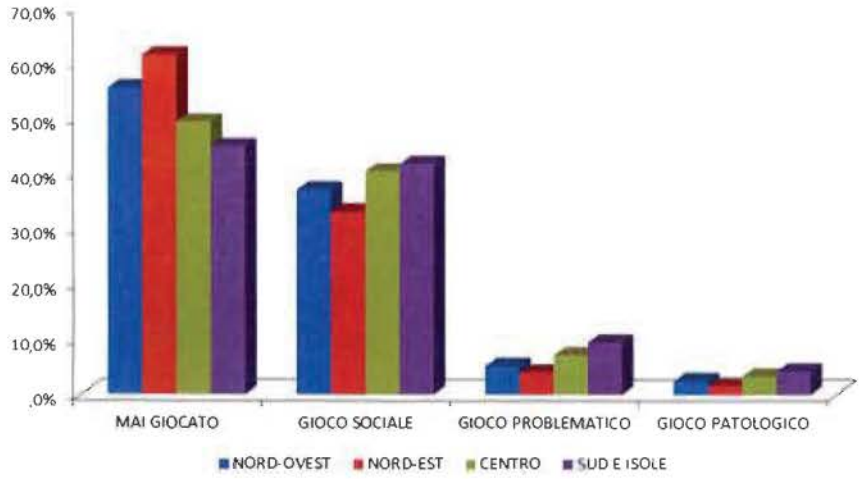
Figura I.5.5: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per età. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione geografica mostra una maggior presenza di pratica e condizioni di gioco al centro e al sud.

Figura I.5.6: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per area geografica. Anno 2013

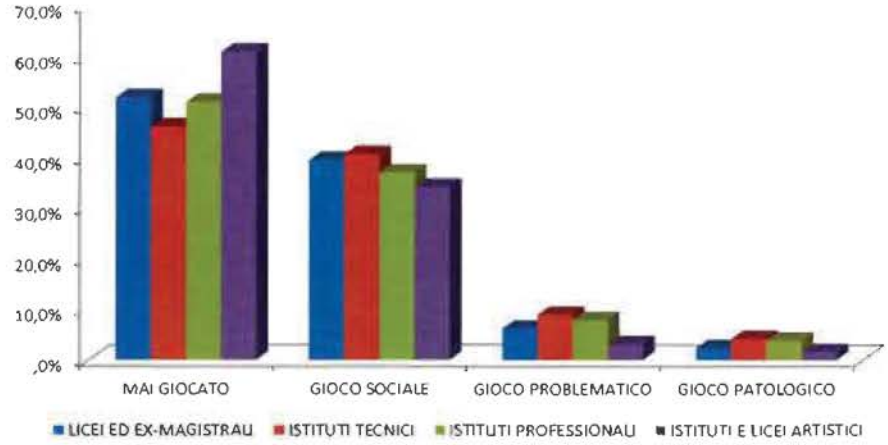


Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Anche la tipologia di istituto scolastica presenza differenze nella prevalenza di pratica del gioco d'azzardo: negli istituti e licei artistici il 61% degli intervistati non

ha giocato negli ultimi 12 mesi, mentre, per contro, il 4% degli studenti degli istituti tecnici e professionali hanno già sviluppato un gioco problematico

Figura I.5.7: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per tipo di istituto. Anno 2013



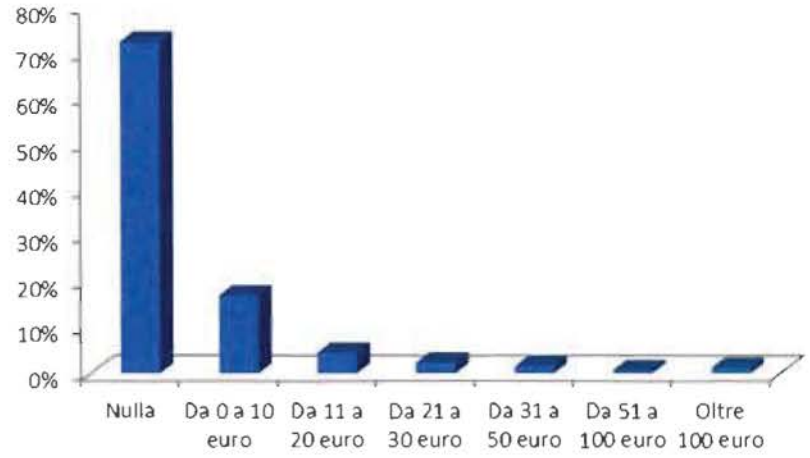
Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Questionario LIE/BET

Anche il questionario LIE/BET consente di identificare la presenza di una problematica relativamente al gioco d'azzardo ma non permette una precisa classificazione in gioco problematico e gioco patologico: questo test tende pertanto ad esprimere una condizione di rischio.
Il questionario è costituito da due domande (hai mai sentito l'impulso di giocare somme di denaro sempre maggiori? Ti sei sentito di dover tenere nascosta l'entità del tuo giocare a quelli che ti stanno vicino?) e la risposta affermativa a solo uno dei due quesiti consente uno screening tra assenza o presenza di rischio nello sviluppo di un gioco problematico.
L'indagine SPS-DPA 2013 ha evidenziato che nel 13% dei casi si è ottenuta almeno una risposta affermativa, e questo dato è in leggero calo rispetto a quello rilevato l'anno precedente (15,5%).
Anche in questo caso la prevalenza è maggiore nei maschi (19,0% vs. 7,0%) e aumenta con l'età passando da 10,7% nei quindicenni a 14,7% nei diciannovenni.
La distribuzione geografica del rischio di problematicità è coerente con quella rilevata con il SOGS-RA (nord-ovest 10,5%, nord-est 8,8%, centro 12,4%, sud e isole 16,0%), come anche l'osservazione condotta tra le tipologie di istituti scolastici (licei ed ex-magistrali, 10,2%, istituti tecnici 15,3%, istituti professione 15,8%, istituti e licei artistici 9,6%)

Anche il dato economico sulla spesa mensile sostenuta per praticare il gioco d'azzardo riflette con coerenza quanto già osservato per i questionari SOGS-RA e LIE/BET relativamente al genere, all'età, l'area geografica e la tipologia di istituto, e comunque nella maggioranza dei casi è contenuta in 10 euro al mese.

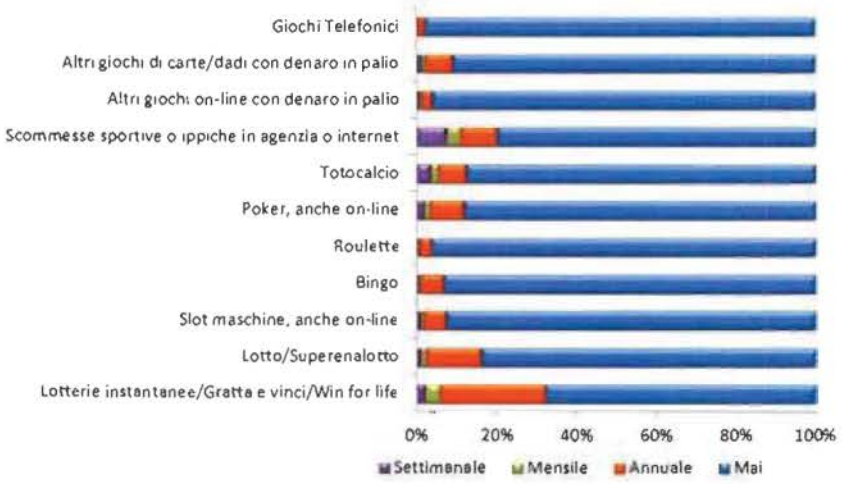
Figura I.5.8: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per spesa. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come già osservato nella popolazione adulta, le lotterie istantanee tipo gratta e vinci sono la tipologia di gioco più praticata, seguite da scommesse sportive in genere e spesso attraverso l'utilizzo di giochi on-line.

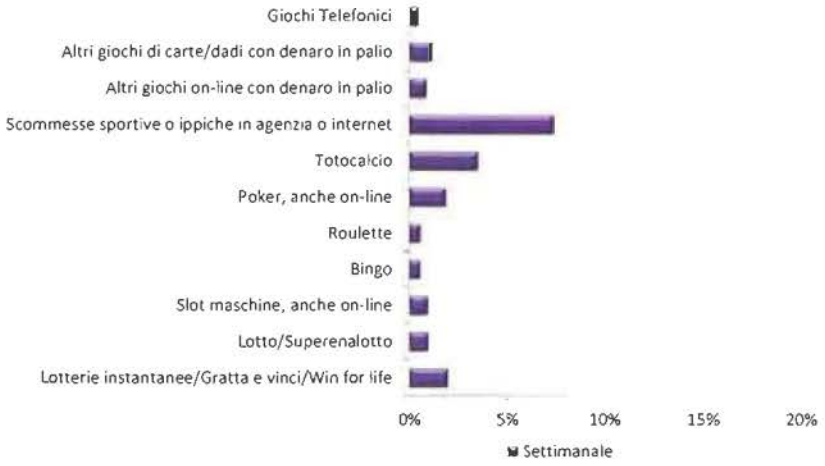
Figura I.5.9: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per frequenza di gioco. Anno 2013.



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Negli studenti la presenza di una frequenza di gioco almeno settimanale è prevalentemente a carico delle scommesse sportive con coinvolgimento che raggiunge l'8% degli intervistati.

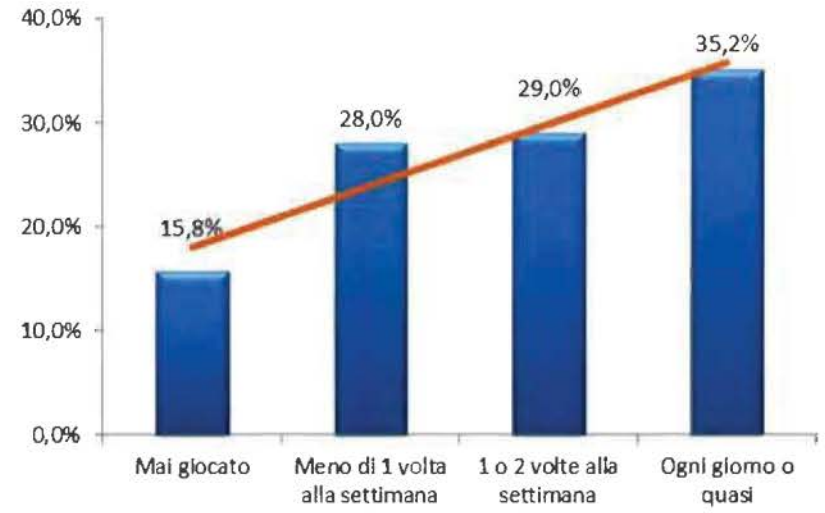
Figura I.5.10: Gioco d'azzardo nella popolazione studentesca 15 – 19 anni per frequenza di frequenza settimanale. Anno 2013.



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analogamente a quanto già osservato nella popolazione generale, anche negli studenti è presente negli ultimi 12 mesi una stretta correlazione tra frequenza del gioco e prevalenza di consumo di sostanze.

Figura I.5.11: Prevalenza % Consumatori ultimi 12 mesi per gruppo di giocatori nella popolazione studentesca. Anno 2013



Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

La prevalenza di consumo di sostanze aumento in presenza di un maggior grado di coinvolgimento nel gioco d'azzardo: infatti, mentre negli studenti che non praticato alcun gioco negli ultimi 12 mesi la presenza di consumatori di sostanze è del 17,5%, in chi gioca in modo sociale il consumo di sostanze aumenta al 24,4%, raggiunge il 34,1% nel gruppo di giocatori problematici e arriva al 41,7% in presenza di gioco patologico.

I.5.3.1 Soggetti in trattamento in Italia nel 2012

Attraverso la rilevazione GAP-DPA è stato chiesto alle Regioni/PP.AA. di

La rilevazione GAP-DPA

trasmettere dati riepilogativi sui soggetto affetti da gambling patologico e sottoposti a trattamento presso le proprie strutture di cura. Emilia Romagna e Toscana, Umbria, Valle d'Aosta, Marche, Lazio e Molise non hanno trasmesso i dati in quanto tale flusso era opzionale e non obbligatorio o per l'assenza di un sistema di rilevazione specifico avviato.
Le rilevazioni disponibili danno informazioni indicative sull'entità di un fenomeno emergente e probabilmente in fase di evoluzione.

4.687 soggetti in trattamento per gambling patologico

Nel 2011, limitatamente alle Regioni/PP.AA. che hanno trasmesso i dati, sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 5.138 soggetti, di cui 82% maschi. Come già osservato con la rilevazione del 2011, in circa la metà dei casi si è trattato di soggetti che per la prima volta accedevano al trattamento.

Tabella I.5.6: Soggetti sottoposti a trattamento per gambling patologico – Anno 2012

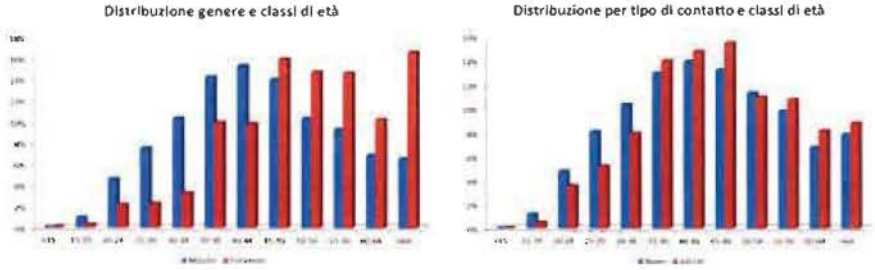
Rapporto M/F: 4,6

Genere	Nuovi	Già noti	Totale
Maschi	2.092	2.149	4.241
Femmine	439	478	917
Totale	**2.531**	**2.627**	**5.138**

Fonte: flusso GAP-OPA

I maschi sono rappresentati da una popolazione più giovane rispetto a alle femmine, come i soggetti nuovi rispetto a quelli già noti (cioè già sottoposti a trattamento in passato rispetto al 2011).

Figura I.5.12: Distribuzione dell'utenza trattata nel 2012

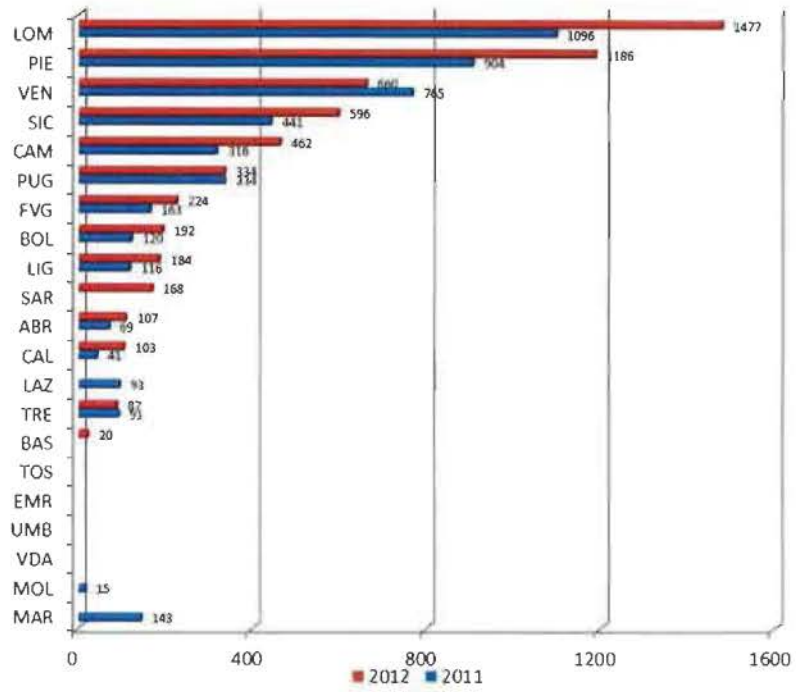


Fonte: flusso GAP-OPA

Per quanto mancante di alcune realtà regionali, la distribuzione assoluta per Regione/PP.AA. mostra una maggior rappresentazione dei soggetti trattati nel nord, dove è presente il 60% della popolazione assistita.

Figura I.5.13: Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA 2011-2012

In Lombardia il 23,4% dei soggetti trattati



Fonte: flusso GAP-DPA

Nonostante il dato mancante per alcune regioni si osserva una tendenziale crescita dei soggetti sottoposti a trattamento rispetto al 2011.

La maggior parte dei trattamenti è eseguita presso i SerT e tali percorsi di cura sono prevalentemente basati su colloqui, visite e psicoterapie.

Tabella I.5.7: Riepilogo delle prestazioni erogate per tipologia di sede.

Prestazioni erogate	Sede del trattamento						
	Ser.T.		Struttura Socio-riabilitativa		Altra sede		
	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Totale Prestazioni
Visite	1.827	6.125	10	46	13	145	6.316
Colloqui	2.845	27.503	18	431	18	71	28.005
Psicoterapie	1.269	11.313	10	277	9	151	11.741
Reinserimento	177	877	21	1.132	0	0	2.009
Somministrazione farmaci	316	2.643	2	25	0	0	2.668
Totale	**4.862**	**45.874**	**63**	**1.911**	**53**	**376**	**48.161**

Fonte: flusso GAP-DPA

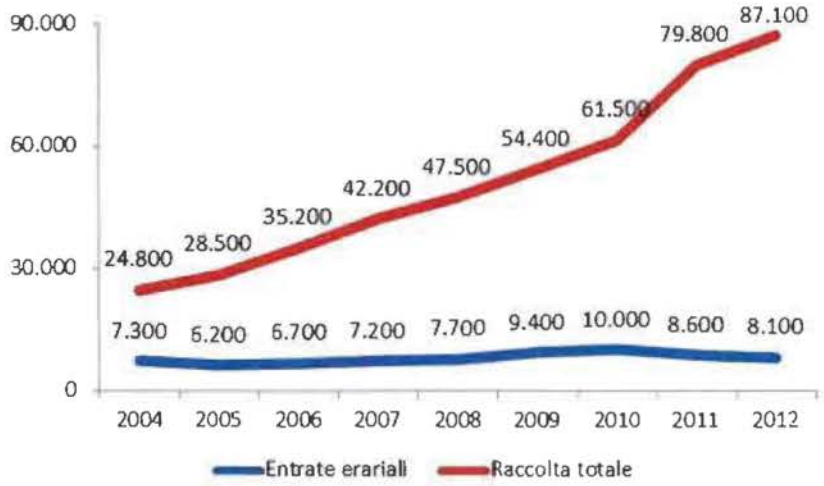
Rispetto al dato 2011, che riportava oltre 51.00 prestazioni, nel 2012 il numero complessivo delle prestazioni risulta inferiore nonostante si sia avuto un aumento dell'utenza; questo verosimilmente dipende dalla mancanza di un sistema informativo che consenta di registrare le attività erogate in modo standardizzato e tempestivo

I.5.4 Dati finanziari

Diffusione di nuove tipologie di gioco

L'andamento della raccolta derivata del gioco è in progressivo e continuo aumento grazie anche all'ingresso e diffusione nel mercato di nuove modalità di gioco che ampliano ulteriormente l'accesso alla pratica del gioco d'azzardo; in particolare risultano in netta crescita quelle tipologie caratterizzate dalla possibilità di vincita immediata, alta quota di payout e dalla accessibilità a distanza (internet, applicazioni per smartphone, ecc.)

Figura I.5.14: Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della raccolta totale e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004 - 2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

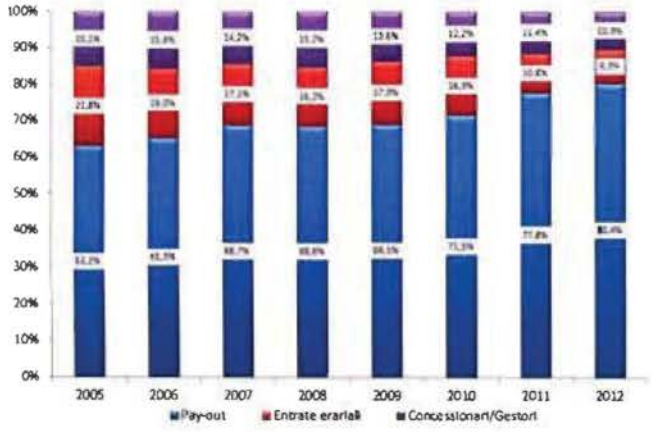
Raccolta totale aumentata del 251%

Quota di payout aumentata dal 2005 al 2012

Rispetto al dato del 2004, nel 2012 la raccolta totale derivante dal gioco è aumentata del 251%, mentre nello stesso periodo di osservazione la quota erariale ha subito un incremento molto meno evidente pari all'11%.

La ripartizione delle entrate totali ha avuto un progressivo incremento nel pay-out, passando dal 62,2% del 2005 al 80,4% del 2012. In questo periodo la quota per l'erario si è ridotta dal 21,8% al 9.3% e quella per i gestori dal 15,1% al 10,3%.

Figura I.5.15: Distribuzione percentuale delle entrate totali (2005-2011)

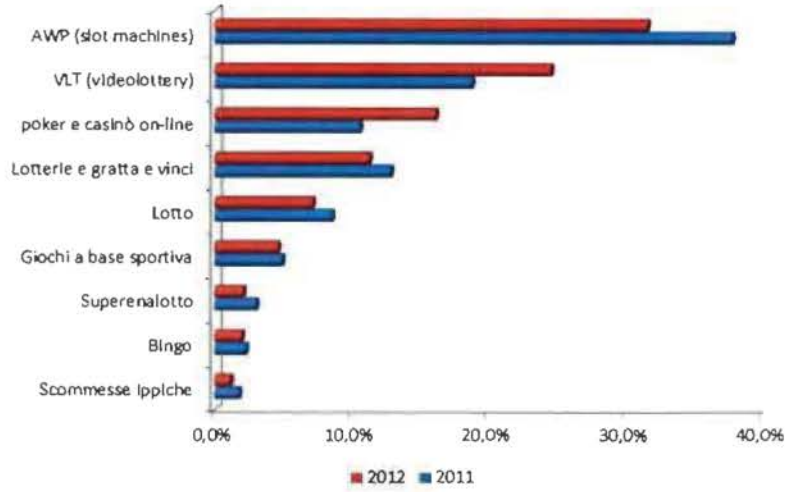


Elaborazioni DPA su fonte AAMS

In aumento videolottery e poker e casinò on-line

Le tipologie di giochi più frequentemente praticati sono le slot-machines, le videolottery, poker e casinò on-line, e lotterie e, in particolare quelle istantanee (Gratta e Vinci). Rispetto al 2011, nel 2012 si è osservato un netto incremento delle videolottery e del poker e casinò on line.

Figura I.5.16: Distribuzione percentuale raccolta totale per tipologia di giochi praticati – 2011-2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

Riduzione della quota erariale

La crescita di queste modalità di gioco sottoposte a un livello di tassazione più basso, associata alla corrispondente riduzione di giochi con percentuale di tassazione più alta; ha influito in modo notevole sul gettito erariale per lo Stato.

Tabella I.5.8: Ripartizione della raccolta totale 2012 – valori assoluti in miliardi di euro e distribuzione percentuale del totale

	Entrate erariali	Payout	Concessionari	Raccolta totale	Entrate erariali	Payout	Concessionari
AWP (slot machines)	3,2	20,7	3,5	**27,4**	11,7%	75,5%	12,8%
VLT (videolottery)	0,9	18,9	1,5	**21,3**	4,2%	88,7%	7,0%
Poker e casinò on-line	0,1	13,5	0,4	**14,0**	0,7%	96,4%	2,9%
Lotterie e gratta e vinci	1,6	7,0	1,2	**9,8**	16,3%	71,4%	12,2%
Lotto	1,1	4,1	1,0	**6,2**	17,7%	66,1%	16,1%
Giochi a base sportiva	0,2	3,3	0,5	**4,0**	5,0%	82,5%	12,5%
Superenalotto	0,8	0,7	0,3	**1,8**	44,4%	38,9%	16,7%
Bingo	0,2	1,2	0,3	**1,7**	11,8%	70,6%	17,6%
Scommesse ippiche	0,1	0,7	0,3	**1,0**	5,0%	70,0%	25,0%
Totale	**8,2**	**70,1**	**9,0**	**87,2**	**9,3%**	**80,4%**	**10,3%**

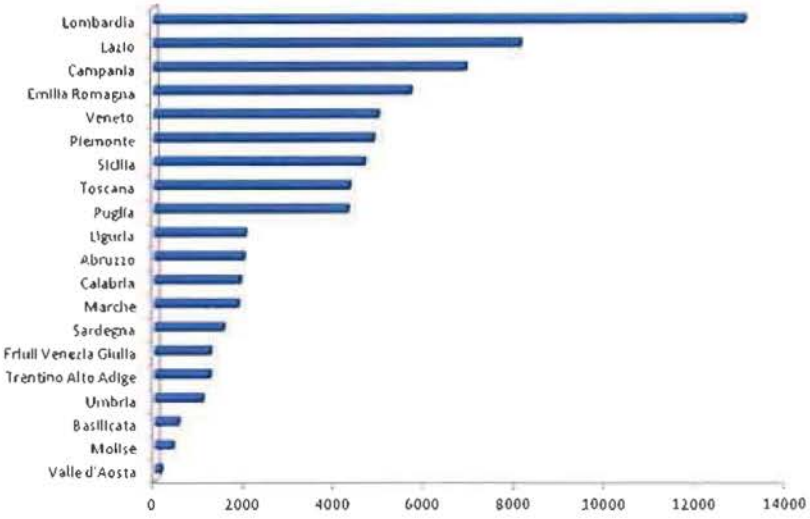
Elaborazioni DPA su fonte AAMS

La percentuale di entrata erariale varia da un minimo pari allo 0,7% per il poker e casinò on-line a un massimo del 44,4% del superenalotto, mentre la quota di payout è compresa tra un minimo del 38,9% (superenalotto e un massimo del 96,4% (poker e casinò on-line). Per i concessionari la quota percentuale varia dal 2,9 (poker e casinò on-line) al 25% (scommesse ippiche). Considerando la crescita già

commentata di alcune tipologie di giochi si osserva che queste corrispondono a quello con più alta percentuale di payout.

La spesa regionale, disponibile fino al mese di ottobre 2012, evidenzia una distribuzione che vede ai primi posti Lombardia, Lazio, Campania, Emilia Romagna e Veneto; queste cinque regioni coprono il 55% della spesa nazionale.

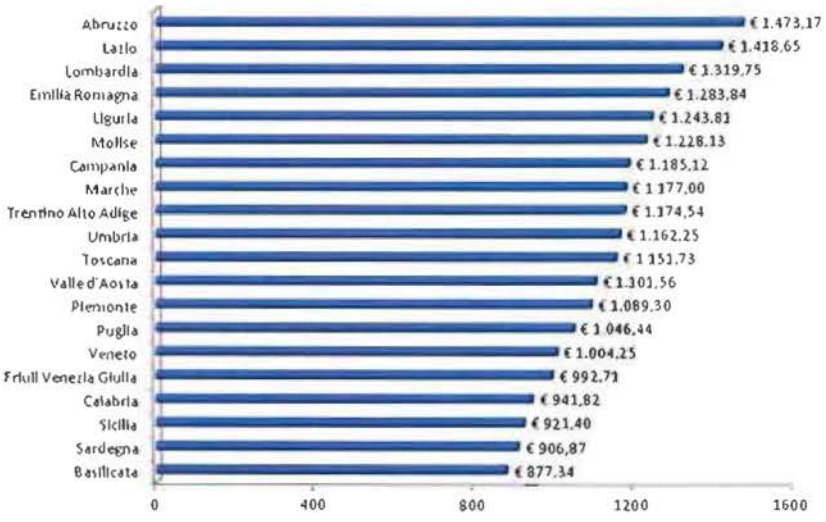
Figura I.5.17: Spesa regionale a ottobre 2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

Rapportando la spesa alla popolazione residente si ottiene la spesa pro-capite per regione che riporta l'Abruzzo come regione con il valore più alto, seguita da Lazio e Lombardia.

Figura I.5.18: Spesa regionale pro-capite a ottobre 2012



Elaborazioni DPA su fonte AAMS

I.5.5. Conclusioni

La disamina della situazione complessiva ha portato a evidenziare una serie di attuali problemi aperti nei confronti dei quali si rendono necessarie azioni specifiche sostenute da evidenze scientifiche.

1. Mancanza di dati epidemiologici nazionali validi per potere:
   - stimare correttamente la prevalenza delle varie tipologie di persone coinvolte;
   - stimare le risorse necessarie (previa definizione anche dell'organizzazione necessaria e delle modalità di intervento).

2. Pubblicità troppo invadente e persuasiva che incentiva il gioco d'azzardo colpendo soprattutto le persone più vulnerabili con messaggi ingannevoli e disvaloriali.

3. Necessita di applicazione diffusa delle linee di indirizzo tecnico scientifiche (Manuale DPA) e di attuare un efficiente coordinamento nazionale per poter attivare efficaci interventi di prevenzione, cura e riabilitazione (grande eterogeneità e frammentazione degli interventi).

4. Impossibilità di definire LEA in assenza di evidenze scientifiche chiare e analisi dei costi assistenziali al fine di finanziare attività sostenibili ed organizzazioni con alta probabilità di successo.

5. Mancanza di regolamentazione più stringente sul marketing, pubblicità e sull'apertura e controllo dei punti gioco.

Qui di seguito viene riportata la sintesi delle raccomandazioni "evidence-based oriented" e delle proposte (tratto dalla relazione svolta dal Prof. Giovanni Serpelloni in Commissione Affari sociali della Camera dei Deputati nell'ambito dell'indagine conoscitiva sugli aspetti sociali e sanitari della dipendenza dal gioco d'azzardo - 4 aprile 2012).

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	**Specifiche ed azioni raccomandate**
1. Persone su cui concentrare l'attenzione (Jacobs 1989, Rosenthal 1992, Gambino 1993, Petry e Casarella 1999, Ibanez 2002, Goldstein 2004, Crockford 2005, Pallanti 2006, Marazziti 2008, De Ruiter 2009, Clark 2009, Goudrian 2009, SF Miedl 2010, Takahashi e Neuroshi 2010, Goudriaan 2010, Buhler 2010, Hewig 2010, Joutsa 2011, Winstanley 2011, Martini 2011, Joutsa et al. 2011, Pinhas 2011, Sescousse submitted)	1.1 tipologie prevalenti Persone giovani vulnerabili con presenza di disturbi comportamentali e temperamenti "novelty seeking" (propensione al rischio) Persone con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico. Persone giovani con distrurbi del controllo dell'impulsività Persone che hanno false e distorte credenze sulla fortuna e la reale possibilità di vincita al gioco d'azzardo Persone anziane con carenti attività ricreative e socializzanti (antinoia) Persone con famigliarità di Gioco d'Azzardo Patologico Persone prevalentemente si sesso maschile (70%) rispetto a quelle di sesso femminile (30%) Persone divorziate Persone con famigliarità per gioco d'azzardo patologico 1.2 ***Nota importante:*** Ad oggi le evidenze scientifiche hanno dimostrato che se queste persone sono sottoposte a stimoli pubblicitari continuativi e fortemente proporzionali, aumenta la loro probabilità di sviluppare una malattia cronica (con tutte le conseguenze correlate). Alla luce di questa consapevolezza, che non può più essere sottovalutata e non tenuta in forte considerazione, questo può comportare e connotare quindi una responsabilità diretta in chi utilizza forti stimoli pubblicitari per promuovere il gioco d'azzardo in quanto ormai è chiaro che esso può essere fonte di malattia, disabilità fisica, psichica e sociale non che rischio suicidario. Non è da escludere che in futuro gruppi di cittadini colpiti da questa patologia, possano intraprendere azioni di tutela e richiesta di risarcimento dei danni subiti, proprio in virtù del proprio stato di vulnerabilità neuro-psichica, mediante operazioni di "class action".

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	**Specifiche ed azioni raccomandate**
2. Pubblicità e marketing (Paternak e Fleming 1999; Ladouceur et al. 1999, Volberg 2000, Mitika 2001; Sibbald 2001; Volberg 2002, Shaffer 2002, Korn 2005, Monaghan 2008, Binde 2009, Dyall 2009, Friend 2009, McMullan 2009. Gavriel Derevensky 2010, Fried B 2010, Binde 2010, McMullan 2010, Livingstone 2011 B, Lamont 2011, Planinac 2011, Sklar 2010)	2.1 La pubblicità del gioco d'azzardo è in grado di influenzare fortemente le persone vulnerabili a spendere forti somme per giocare. 2.2 Ridurre fortemente l'impatto pubblicitario mediatico indiscriminato e incontrollato evitando la diffusione ambientale generalizzata e il possibile raggiungimento di target inconsapevoli e particolarmente sensibili (effetto protettivo delle fasce giovanili-adolescenziali ed anziane) durante tutte le ore del giorno e della notte. 2.3 Non utilizzare o restringere fortemente e regolamentare la pubblicità dei giochi d'azzardo in ambiente esterno e via mediatica (tv, radio, internet, giornali, ecc.) al pari di quella del fumo di tabacco, evitando di far diventare un valore sociale e di costume i comportamenti d'azzardo. 2.4 Pubblicizzare in maniera esplicita ed obbligatoriamente per tutti i vari giochi le reali possibilità di vincita (effetto cognitivo positivo sulle persone vulnerabili) ma anche di perdita. 2.5 Vietare e sanzionare la pubblicità ingannevole e non veritiera (diretta o indiretta) relativamente alle probabilità di vincita (effetto deterrente). 2.6 Permettere solo la pubblicità semplice dei locali senza slogan o immagini incentivanti (direttamente o indirettamente) il gioco d'azzardo. Anche pubblicità interna alle sale da gioco deve rispettare il criterio veridicità e non essere ingannevole sulla probabilità di vincita. 2.7 Per promuovere il gioco d'azzardo non utilizzare testimonial "famosi, autorevoli ed accreditati" presso il grande pubblico per le loro attività artistiche o sportive. Questa forma di pubblicità è particolarmente attrattiva per le persone vulnerabili e soprattutto per i giovani. 2.8 Non permettere il posizionamento sul territorio di distributori automatici non controllabili esempio di gratta e vinci (non verificabile l'accesso dei minorenni). 2.9 Definire criteri di pubblicizzazione dei locali e non del gioco evitando l'associazione con messaggi emozionali che evochino: • sesso • consumo di alcol o tabacco • "vacanze perenni" grazie alle vincite • "futuro migliore/felicità alla portata" con una semplice giocata • "rivincite sociali e personali" tramite la vincita al gioco • "soluzioni di problemi economici, es. il mutuo della casa, tramite il gioco d'azzardo" • "emulazione di personaggi famosi e ricchi che sostengono il gioco d'azzardo" • ecc. 2.10 Nelle varie pubblicità è necessario che si dichiari sempre che il gioco d'azzardo può creare dipendenza e generare una serie di effetti collaterali (al pari di quanto dichiarato per i farmaci) sulle condizioni di salute mentale, fisica e sociale (depressione, stress, ipertensione, debiti, insuccessi, problemi legali, perdita della credibilità personale, conflitti famigliari, usura, ecc.). 2.11 Evitare di porre vincite (es. gratta e vinci) di basso valore monetario ma molto diffuse e probabili (incentivi impropri a continuare a giocare) per tentare vincite maggiori ma molto più improbabili.
3. Prevenzione (Clark et al., 2009, McComb 2010, Blinn-Pike 2010, Grant 2010, Shead 2010, Shaffer 2010, Potenza 2011, Ariyabuddhiphongs 2011, Slutske 2012, Rahman 2012, Todirita 2012, Jimenez-Murcia 2012, Caillon 2012, Larimer 2012, Khazaal 2012)	3.1 Concentrare l'attenzione della regolamentazione sulle slot-machine e il gioco on line (alta prevalenza di utilizzo e di sviluppo di dipendenza) per ridurre la diffusione e l'accessibilità. 3.2. Controllare attivamente e non permettere l'accesso ai minori e ai soggetti vulnerabili a qualsiasi forma di gioco d'azzardo (per i minori il divieto è stato già previsto dalla Legge finanziaria 2011). Si può utilizzare anche un controllo elettronico della tessera sanitaria da parte delle slot-machine che permette una verifica dell'età.

continua

continua

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	**Specifiche ed azioni raccomandate**
	3.3. Regolamentazioni ambientali: • Ridurre il numero di sedi sul territorio dove poter giocare d'azzardo per ridurre la probabilità e la facilità di accesso. • Dislocarle sempre lontano da scuole o punti di raduno giovanile • Evitare la diffusione generalizzata delle slot-machine (solo nei punti gioco) • Aumentare il costo delle giocate
	3.4. Attivare campagne di prevenzione per fornire presso le scuole e i genitori messaggi precoci per gli adolescenti e i giovani (inizio più efficace da 6 – 8 anni con linguaggio idoneo) su: • Segni e sintomi "sentinella" di esistenza del problema • Modalità per affrontare precocemente il problema • Rischio per la salute mentale, fisica e sociale • Consapevolezza delle vere probabilità di vincita • Info sui servizi cui rivolgersi in caso di problemi già esistenti (per giovani con più di 15 anni)
	3.5. Attivare di prevenzione selettiva orientate alla diagnosi precoce dei fattori di rischio in giovanissima età (disturbi comportamentali, del controllo degli impulsi, della gratificazione e motivazione ecc.) e dei comportamenti di gioco problematico.
	3.6. Campagne informative per i genitori e gli insegnanti affinché tengano monitorati i figli anche relativamente alle proprie spese sia per la parte "cash" che per la parte tramite carte di credito (gioco in internet).
	3.7. Stampa sui supporti cartacei ed elettronici di tutte le forme di gioco d'azzardo delle reali probabilità di vincita e dell'elenco dei possibili effetti collaterali (al pari delle sigarette).
	3.8. Prevedere campagne specifiche per gli anziani da divulgare nei luoghi di ritrovo frequente.
	3.9. Le campagne pubblicitarie del cosiddetto "gioco responsabile o consapevole" non si sono dimostrate efficaci.
4. Cura e Riabilitazione (McConaghy 1983, Gaboury e Ladouceur 1989; Dickerson 1990, McConaghy 1991, Griffiths 1994; Echeburua 1996, Ladouceur e Dubé 1997, Sylvain 1997, Echeburua et al. 2000, 2001, Hodgins 2001, Ladoucer 2001, Petry 2001, Tonealto 2002, Ladouceur 2002, Grant 2003, Hollander 2005, Emshoff 2007 review GSU, Saatcioglu 2007, Pallasen 2007, Dowling IJBCT 2007, Marazziti 2008, Grant e Potenza 2010, Stea 2010, Mutschler 2010, Muller 2011, Martini 2011)	4.1 Definire ed applicare per la cura del Gioco d'azzardo patologico i LEA (Livelli Essenziali di Assistenza) prevedendo però i seguenti requisiti minimi per l'erogazione: • valutazioni diagnostiche per stabilire se la persona è effettivamente affetta da Gioco d'azzardo Patologico o Problematico, attraverso strumenti scientificamente validati e comuni (vedi linee guida nazionali DPA); • utilizzo di terapie cognitivo-comportamentali e di gruppo o di auto/mutuo aiuto, counseling di rinforzo motivazionale (che si sono dimostrate scientificamente efficaci); • valutazione e cura contestuale (se necessario) delle comorbilità spesso associate (uso di sostanze stupefacenti/tossicodipendenza, abuso di alcol/alcoldipendenza, disturbi d'ansia, depressione , disturbi della personalità, altri disturbi degli impulsi – violenza famigliare); • utilizzo di terapie farmacologiche con estrema cautela (i farmaci antidepressivi non dovrebbero essere usati per ridurre la gravità della patologia da gioco in pazienti affetti solo da questa patologia); 4.2 Nel tempo necessario per l'acquisizione e la messa in esercizio dei LEA, attivare progetti specifici, in collaborazione con le regioni, per poter fronteggiare temporaneamente la domanda di trattamento e supporto. 4.3 Realizzare e diffondere Linee di indirizzo tecnico scientifiche per operatori dei servizi e per altri sanitari coinvolti (es. Medici di Medicina Generale e operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze). 4.4 Attivare e mantenere help line telefoniche di orientamento e supporto psicologico di primo livello.
5. Organizzazione (autori vari – linee di indirizzo Dipartimenti delle Dipendenze DPA – PCM 2011, Thomas - Australian guideline 2011, Sanju 2011, Lee 2011)	5.1 Coinvolgimento dei Medici di medicina generale soprattutto nella fase di individuazione precoce delle persone con disturbi da Gioco d'azzardo problematico o Patologico. 5.2 Strutture dedicate: Attivare accessi specifici per diagnosi e cura specialistiche e precoci presso i Dipartimenti delle Dipendenze attualmente esistenti se in grado di fornire: • diagnosi con strumenti e tecniche validate • terapie cognitivo-comportamentali individuali o di gruppo. • colloqui motivazionali.

continua

continua

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	**Specifiche ed azioni raccomandate**
	• interventi psicologici specialistici • in associazione con interventi di 12Suto aiuto. • Trattamenti farmacologici per le comorbilità associate Attivare collaborazioni con i DSM per i pazienti che hanno comorbilità psichiatrica (quota oscillante tra il 10% e il 40%).
6. Internet (Griffiths 2002, Park 2002, Griffiths 2010, Tsouvelas 2011, Hinić 2011, Khazaal 2012)	6.1 Incentivare il controllo dell'uso di internet da parte dei genitori. 6.2 Mantenere il controllo delle autorizzazioni dei siti di gioco d'azzardo 6.3 Impedire alle aziende con questi siti di inviare "spam" con messaggi pubblicitari. 6.4 Impedire i "pop up" di gioco d'azzardo su siti che non c'entrano nulla con il gioco e spesso dedicati a giovani. 6.5 Aprire linea di segnalazione presso FFOO come per siti pedopornografici per segnalare i siti non autorizzati. 6.6 Attivare studi e ricerche sulle modalità di controllo e prevenzione del gioco d'azzardo patologico mediante gioco on line.
7. Criminalità e Gioco d'Azzardo Patologico (Pastwa-Wojciechowska 2011)	7.1 I giocatori d'azzardo patologici in relazione ai debiti contratti cadono spesso vittime dell'usura per cui, vari studi hanno dimostrato che è utile e necessario prevedere una legislazione di tutela che attivi misure antiusura e contemporaneamente supporti e consulenze finanziare e sulla gestione del denaro per questi pazienti e le loro famiglie.
8. Osservazione, monitoraggio e quantificazione scientifica del fenomeno (Griffiths 2009, Sassen 2011, Yip 2011, Thomas - Australian guideline 2011)	8.1 Attivare una specifica area di lavoro sul gambling all'interno del già esistente OSSERVATORIO NAZIONALE SULLE DIPENDENZE del DPA della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in collaborazione con il Ministero della salute e l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli. 8.2 Utilizzare indagini epidemiologiche e flussi dati già esistenti (SPS, GPS) per avere dati rappresentativi e aggiornati della dimensione anche del fenomeno gambling. 8.3 Realizzare quindi indagini immediate e biennali in grado di fornire stime su campioni rappresentativi con una valutazione quantitativa su alcuni importanti indicatori standard: • Prevalenza dei giocatori divisi per fasce di età • Prevalenza dei giocatori problematici • Prevalenza dei giocatori patologici • Quantità soldi giocati • N. delle persone in trattamento e cure erogate • N. locali di gioco • N. aziende italiane che gestiscono siti online • N. e tipi di siti attivi anche sul territorio italiano • Stima dei costi assistenziali, sociali e dei benefici derivanti dalle cure • N., tipo e esito dei trattamenti e delle azioni di prevenzione messe in atto dalle Regioni e Province Autonome • Altri indicatori utili per la comprensione del fenomeno e dei danni derivanti dal gioco d'azzardo. 8.4 Realizzare una specifica sessione sul gambling nel report annuale al Parlamento del DPA (Relazione al Parlamento sulle dipendenze). 8.5 Attivare presso il DPA un gruppo di lavoro tecnico scientifico sull'aggiornamento in tema di fattori di rischio, estensione, rilevazione, diagnosi e trattamento del Gioco d'azzardo Patologico e delle dipendenze comportamentali. 8.6 Attivare ricerche e collaborazioni scientifiche nel campo delle neuroscienze e delle terapie per comprendere meglio i meccanismi eziopatogenetici del gioco d'azzardo patologico e le migliori forme di intervento.

continua

continua

Ambito di intervento (e principali riferimenti bibliografici scientifici)	**Specifiche ed azioni raccomandate**
9. Sostenibilità	9.1 Ipotesi: prevedere una quota fissa semestrale sulle entrate derivante dal gioco d'azzardo legale: ad esempio • 1% sulle quote di pay out (vincite) -> euro 615 milioni • 0,5% sulle quote delle concessioni -> euro 50 milioni • nessuna % sulle quote erariali 9.2 Con la creazione di un fondo presso la PCM destinato ad attivare (in collaborazione con il Ministero della Salute, il Ministero dell'Istruzione, Università e Ricerca, l'Agenzia delle Dogane e dei Monopoli, le regioni e le province autonome) specifici progetti di prevenzione, cura e riabilitazione a condizione che vengano adottate: • linee di indirizzo scientifiche nazionali • metodologie di valutazione e di trattamento "evidence base" • sistemi di valutazione degli esiti degli interventi e dei costi/benefici • Report periodici di attività e di risultato secondo standard nazionali fissati dal DPA. 9.3 Una volta consolidato e ed armonizzato il sistema di risposta sull'ambito nazionale, tali fondi potranno essere trasferiti direttamente alle regioni e province autonome in quota vincolata per l'utilizzo a tali scopi relativi al Gambling Patologico.

Parte Seconda

Programmazione e organizzazione del sistema di contrasto

PAGINA BIANCA

CAPITOLO II.1.

NORMATIVE SULLE DROGHE

II.1.1. La nuova proposta di Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio COM (2012) 548, tendente a prevenire la diversione del principale precursore dell'eroina

II.1.2. Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2012

II.1.3 Normative regionali approvate nell'anno 2012

PAGINA BIANCA

II.1 NORMATIVE SULLE DROGHE

II.1.1 La nuova proposta di Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio COM (2012) 548, tendente a prevenire la diversione del principale precursore dell'eroina

L'obiettivo n. 4 azione 4.1 dell'area di intervento sulla legislazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga prevede, in coordinamento con le Amministrazioni competenti, il monitoraggio delle attività legislative di adeguamento della normativa in materia di precursori di droghe individuata e disciplinata dai regolamenti comunitari:

- n.273/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio, dell'11 febbraio 2004;
- n.111/2005 del Consiglio, del 22 dicembre 2004;
- n. 1277/2005 della Commissione, del 27 luglio 2005, come modificato dal regolamento n.297/2009 della Commissione, dell'8 aprile 2009.

Come previsto dall'articolo 16 del regolamento CE n. 273/2004 e dall'articolo 32 del regolamento CE n. 111/2005 in materia di controllo del commercio dei precursori di droghe, il 7 gennaio 2010 la Commissione ha presentato una relazione che valuta l'applicazione e il funzionamento dei citati regolamenti a tre anni dalla loro entrata in vigore. Nella relazione, tra le altre, vi è una raccomandazione che prevede di modificare eventualmente la legislazione esistente per rafforzare i controlli sui precursori della categoria 2; all'interno della quale è presente l''anidride acetica (precursore principale dell'eroina).
In linea con tale obiettivo il Dipartimento politiche antidroga ha seguito la nuova proposta di Regolamento del Parlamento europeo e del Consiglio COM (2012) 548 di modifica al Regolamento CE n. 273/2004 relativo ai precursori di droga ed ha relazionato favorevolmente ritenendo la valutazione complessiva del progetto di Regolamento comunitario, tendente prevalentemente a migliorare la prevenzione della diversione dell'anidride acetica (precursore principale dell'eroina), positiva e conforme all'interesse nazionale che da tempo, anche sulla base delle indicazioni contenute nelle norme di diritto comunitario derivato e con il fine principale di interferire sul mercato della droga, ha rafforzato i sistemi di autorizzazione e controllo per ridurre e circoscrivere l'offerta, e ritenendo peraltro l'impatto sull'ordinamento interno, anche in riferimento agli effetti dell'intervento europeo sulle realtà regionali e territoriali, sull'organizzazione delle Pubbliche Amministrazioni e sulle attività dei cittadini e delle imprese, notevolmente contenuto e con un ampio margine di fattibilità giuridica, anche in considerazione del recente intervento normativo interno (decreto legislativo n. 50 del 24 marzo 2011), che ha previsto l' intera rimodulazione delle norme concernenti i precursori di droghe contenute nel testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.
La proposta in questione è stata approvata (con qualche piccola condizione) dalla 12^ commissione del Senato della Repubblica che si è espressa "sull'applicazione dei principi di sussidiarietà e proporzionalità" ai sensi del Protocollo n.2 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea in senso favorevole al principio di sussidiarietà in termini di necessità dell'intervento delle istituzioni dell'Unione e ritenendo, in ossequio al principio di proporzionalità, la proposta assolutamente in linea con gli obbiettivi da perseguire.

II.1.2 Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2012

Tabella II.1.1: Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2012

Atti normativi nazionali	Ambito di intervento
Decreto del Ministro della salute dell'11 giugno 2012	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I delle sostanze 6-monoacetilmorfina o 6-MAM e 3-monoacetilmorfina o 3-MAM e sostituzione della denominazione chimica degli analoghi di struttura della sostanza Butilone.
Decreto del Ministro della salute 16 novembre 2012	Modifica dell'articolo 2 del decreto 31 marzo 2010, recante: "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni, con sostituzione della Tabella II, sezione D del Testo Unico.
Decreto del Ministro della salute 10 dicembre 2012	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni. Inserimento nella Tabella I della sostanza 5-IT o 5-(2-aminopropil)indolo.
Decreto del Ministro della salute 14 novembre 2012	Elenco annuale, aggiornato al 30 settembre 2012, delle imprese autorizzate alla fabbricazione, Impiego e commercio all'ingrosso di sostanze stupefacenti e psicotrope e delle imprese titolari di licenza per le sostanze classificate nella categoria 1 dei precursori di droghe.
Decreto del Ministro della salute 08 novembre 2012	Determinazione delle quantità di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero nel corso dell'anno 2013.
Decreto del Ministro della salute 23 ottobre 2012	Supplemento di quote di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero nel corso dell'anno 2012.
Decreto del 20 novembre 2012	Nuovo decreto di organizzazione interna del Dipartimento per le politiche antidroga
Decreto Legge 13 settembre 2012 n.158	Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute.

II.1.3 Normative regionali approvate nell'anno 2012

Il Friuli Venezia Giulia ha trasmesso dati normativi relativi all'anno 2011.
Per le Regioni e Province Autonome: Abruzzo, Basilicata, Emilia Romagna, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto e P.A. Trento, il dato è stato richiesto ma non è pervenuto.

Tabella II.1.2: Normative regionali approvate nel 2012 per macro categoria.

Regioni	Recepimento normativa nazionale	programmazione sanitaria / P.S.R., Prog. regionale	Dipendendenze Istituzione, organizzazione e riorganizzazione servizi	Atti per il finanziamento progetti / fondo lotta alla droga	Partecipazione a progetti nazionali	Prevenzione primaria	Sistema informativo dipendenze	Altri atti normativi
Abruzzo								
Basilicata								
Bolzano P.A.			D.G.P. 1607 29/10/12			D.G.P. 1570 29/12/12 DECRETO ASS. SANITA' 283/23.2 01/10/12	D.G.P. 881 11/06/12	
Calabria	D.G.R. N. 238 22/05/12			D.D.G. N. 17420 07/12/12	D.D.G. N. 4419 09/03/12 D.D.G. N. 17972 18/12/12			D.G.R. N. 15036 22/10/12
Campania	D.G.R. N. 620 14/11/12		D.G.R. N. 621 14/11/12 D.C.A. N. 94 10/08/12	D.G.R. N. 807 28/12/12				D.G.R. N. 619 13/11/12
Emilia Romagna								
Friuli Venezia Giulia								
Lazio		D.G.R. 556/10 PROT. 102131 24/05/12		D.G.R. 556/10 PROT. 222759/2 22749 03/12/12 D.COMM. ACTA U00430 24/12/12		PROT. 191385 17/10/12	D.G.R. 136/07 PROT. 38295 28/02/12	D.G.R. 556/10 PROT. 15632/15 646 26/01/12 PROT. 195983 23/10/12
Liguria								
Lombardia								
Marche								
Molise	D.G.R. 124 05/03/12							
Piemonte								
Puglia								
Sardegna								
Sicilia								

continua

continua

Regioni	Recepimento normativa nazionale	programmazione sanitaria / P.S.R., Prog. regionale Dipendendenze	Istituzione, organizzazione e riorganizzazione servizi	Atti per il finanziamento progetti / fondo lotta alla droga	Partecipazione a progetti nazionali	Prevenzione primaria	Sistema informativo dipendenze	Altri atti normativi
Toscana			DEL. N.1219 28/12/12 D.D. N.3401 27/07/12 D.D. N.6233 27/12/12	DEL. N.372 07/05/12 DEL. N.1157 17/12/12 D.D. N.1188 07/03/12 D.D. N.2084 05/06/12 D.D. N.2841 15/06/12 D.D. N.3249 12/07/12 D.D. N.4085 03/09/12 D.D. N.4326 13/09/12 D.D. N.4307 13/09/12 D.D. N.6354 19/12/12 D.D. N.6504 28/12/12 D.D. N6505 28/12/12			DEL. N.364 07/05/12 D.D. N.2908 05/06/12	L.R. 17/10/12 N.57 DEL. N.1102 11/12/12 D.D. N.2499 05/06/12 D.D. N.6305 28/12/12
Trento P.A.								
Umbria								
Valle d'Aosta								
Veneto								

Fonte: Regioni e Province Autonome

CAPITOLO II.2.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2012

II.2.1.1 Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori per le Dipendenze

II.2.1.2 Scuola nazionale sulle dipendenze

II.2.2. Amministrazioni Centrali

II.2.3. Amministrazioni Regionali

II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario

II.2.5. Analisi dei costi/benefici

II.2.5.1 Premessa

II.2.5.2 Stima dei costi sociali

II.2.5.3 Stima dei benefici derivanti dal trattamento dei consumatori di sostanze

II.2.5.4 Aspetti metodologici

PAGINA BIANCA

II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2012

Il Dipartimento come Struttura Permanente della Presidenza del Consiglio dei Ministri

L'organizzazione del Dipartimento Politiche Antidroga, che con DPCM del 29 ottobre 2009 è diventato struttura permanente di supporto per la promozione, il coordinamento ed il raccordo dell'azione di Governo in materia di politiche antidroga, è stata definita dal DPCM del 31 dicembre 2009.

Delega sulle tossicodipendenze al Ministro Andrea Riccardi

Con D.P.C.M. del 13 dicembre 2011 il Ministro Andrea Riccardi ha assunto la funzione di delega relativamente alla promozione ed all'indirizzo delle politiche per prevenire, monitorare e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate, di cui al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni.

A seguito della conversione in legge 94 del 6 luglio 2012 del d. lgs. 52/2012 sulle nuove norme in materia di revisione della spesa pubblica (Spending review) il Dipartimento Politiche Antidroga ha assunto una nuove organizzazione interna sulla basa del ridimensionamento avvenuto sulle strutture interne della Presidenza del Consiglio dei Ministri, all'interno della quale il DPA ha mantenuto la sua collocazione.

Attività svolta nel corso del 2012 e Piano d'Azione 2010-2013

Le attività svolte dal Dipartimento nel corso del 2012 hanno portato al proseguimento di quelle avviate negli anni precedenti cui si sono aggiunte ulteriori attività avviate nel corso dell'anno attraverso le quali si sono ulteriormente implementate le azioni previste nel Piano Nazionale di Azione Antidroga 2010-2013, già approvato dal precedente Consiglio dei Ministri seduta del 29 ottobre 2010 e confermato dal governo Monti.

Osservatorio Nazionale

All'interno del Dipartimento opera l'Osservatorio Nazionale come definito al comma 7 dell'art. 1 del D.P.R. 309/90. Oltre alle attività istituzionalmente assegnate al Servizio (Relazione Annuale al Parlamento, National Report e Tavole Standard per l'Osservatorio di Lisbona, flussi statistici per UNODC), nel corso del 2012 l'Osservatorio ha partecipato alla realizzazione e valutazione di tutte le attività progettuali avviate collaborando alla pianificazione di quelle in fase di sviluppo e avvio. L'Osservatorio, in stretta collaborazione con il Punto focale nazionale, prosegue le attività necessarie per la riorganizzazione dei flussi dati nazionali e degli osservatori regionali secondo gli standard europei (progetti SIND Support e NIOD) al fine di aggiornamento dei flussi stessi agli adattamenti approvati dall'Osservatorio Europeo di Lisbona.

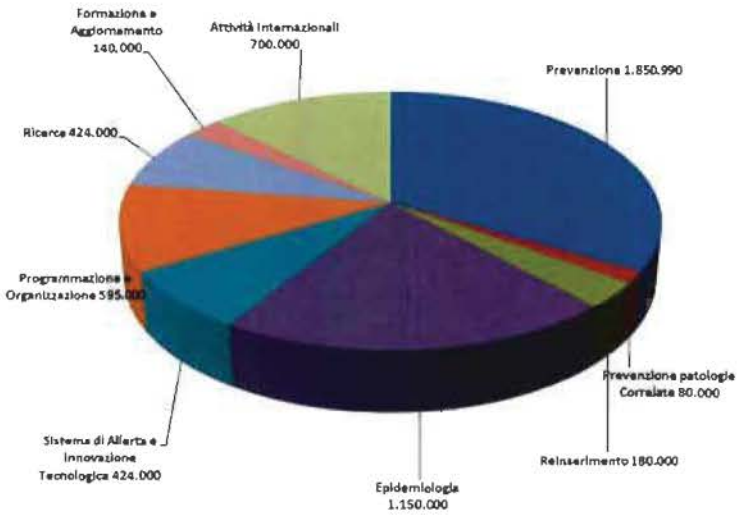
Piano Statistico Nazionale

All'interno dello sviluppo e messa a regime di un network nazionale per la gestione dei flussi dati, il DPA ha avviato la definizione di uno Studio Progettuale con il SISTAN (Sistema Statistico Nazionale) dell'ISTAT per inserire le proprie statistiche nel Piano Statistico Nazionale (PSN) che rappresenta il report delle statistiche ufficiali nazionali. In questo modo l'attività e i prodotti dell'Osservatorio saranno validati dall'ISTAT sia in termini metodologici che di risultati e troveranno pubblicazione tra le statistiche ufficiali italiane.

Piano progetti 2012

Dal 2009 il DPA ha finanziato complessivamente 207 progetti, 29 dei quali nel 2012 pari a un investimento di 5.543.990 €, ripartiti come da figura che segue.

Figura II.2.1: Ripartizione dei finanziamenti del Piano Progetti 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Molti dei risultati dei progetti affidati dal 2009 al 2012 costituiscono paragrafi della presente Relazione

Early Detection for Early Intervention

Nel mese di aprile è stato organizzato un workshop specifico, della durata di tre giornate, finalizzato alla formazione su Early Detection for Early Intervention che ha visto la partecipazione di oltre 70 professionisti provenienti da tutto l'ambito nazionale e coinvolti nell'applicazione territoriale del modello preventivo orientato all'identificazione e al trattamento precoce delle forme di consumo di sostanze.

Collaborazione scientifica DPA-NIDA

L'accordo di collaborazione scientifica tra DPA e NIDA si è consolidata nel corso del 2012 con una serie di iniziative che hanno permesso la partecipazione reciproca di rappresentanti delle due organizzazioni nel contesto di eventi congressuali di elevato valore. In particolare, autorevoli esponenti statunitensi hanno direttamente collaborato e partecipato in Italia ad attività formative nell'ambito del progetto Outcome e all'interno della Scuola Nazionale sulle Dipendenze in una sessione di due giorni dedicata esclusivamente al NIDA. Inoltre, nel mese di novembre è stato tenuto a Verona il Terzo Congresso Internazionale sulle Neuroscienze *"Addiction: new evidence from neuroimaging and brain stimulation"* cui hanno partecipato quasi 100 iscritti.

Il DPA è stato invitato a partecipare e presentare i risultati delle proprie attività nel corso di due importanti eventi tenutisi negli USA a maggio (APA Conference) e giugno (NIDA International Forum).

La partecipazione reciproca agli eventi è stata inoltre l'occasione per concordare e avviare ulteriori ambiti di ricerca congiunti a rafforzamento della collaborazione bi-nazionale.

Consorzio Internazionale di Solidarietà

Tra le altre collaborazioni internazionali è da segnalare quella con UNODC che ha portato alla realizzazione del "Consorzio Internazionale di Solidarietà per la prevenzione dell'uso di droga" la presentazione del Consorzio è avvenuta nel mese di ottobre con un incontro internazionale cui hanno partecipato delegazioni provenienti 57 Paesi e rappresentati delle più importanti istituzioni internazionali che si occupano di addiction.

Figura II.2.2: Locandina evento.

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

La creazione del Consorzio è stata anticipata dalla sottoscrizione di una dichiarazione internazionale congiunta contro al legalizzazione delle droghe cui hanno aderito Svezia, USA, Regno Unito, Russia e Italia siglata nel mese di maggio.

II.2.1.1 Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori per le Dipendenze

Stato di avanzamento del progetto

Il progetto NIOD, avviato nel 2010, ha proseguito le proprie attività di costituzione del network nazionale tra osservatori regionali e osservatorio nazionale implementando una serie di funzionalità e azioni per il sistema che si intende portare a regime nel corso del 2013. In particolare, è in continua crescita e potenziamento il portale dedicato alle Regioni/PPAA che partecipano al progetto (solo Emilia Romagna e Toscana non hanno aderito) al fine consentire una gestione facilitata della raccolta e trasmissione dati, ma, nel contempo, l'opportunità di accedere ad archivi e statistiche standard, oltre ad analisi comparate, che il DPA mette loro a disposizione.

Figura II.2.3: Portale e area riservata alle Regioni e PP.AA. per la rete degli osservatori

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il portale ospiterà inoltre i flussi informativi previsti dai 5 indicatori chiave, e mediante l'alimentazione condivisa del portale attraverso i flussi informativi provenienti dalle Amministrazioni Centrali e da quelle Regionali e Provinciali, sarà possibile avviare il processo di coproduzione tra amministrazioni centrali e locali che consente una condivisione dei flussi informativi secondo le logiche sia buttom-up che top-down.

Monitoraggio del funzionamento degli osservatori regionali

Al fine del monitoraggio e funzionamento delle attività degli Osservatori è stata sviluppata uno strumento (check list) derivata dai contenuti dal manuale "Building a National Observatory: a joint manual". Il manuale è stato tradotto in lingua italiana e l'edizione italiana è disponibile sul sito del Dipartimento www.politicheantidroga.it

Figura II.2.4: Edizione italiana del manuale europeo per la creazione di un osservatorio

Fonte: www.EMCDDA.europa.EU

Funzione della check-list

La check-list deve essere intesa come uno strumento di lavoro che facilita e armonizza il monitoraggio delle attività dell'Osservatorio. Il suo utilizzo diffuso a tutto l'ambito nazionale consente di verificare il funzionamento degli osservatori regionali identificandone i punti di forza e di debolezza, e, all'interno della cooperazione e dell'interscambio di soluzioni tra gli osservatori stessi, suggerendo azioni utili al superamento delle difficoltà riscontrate. Questa check-list consta in 78 item, corrispondenti a caratteristiche organizzative o funzionali degli osservatori, organizzati in una struttura ad albero che fa riferimento ai tre Fattori Chiave Strategici (Key Strategic Factors-KSF) identificati dall'Osservatorio Europeo (Valore percepito, Co-produzione, Risorse combinate) riconvertiti in cluster (Precondizioni, Risorse, Output, Qualità, Comunicazione) per rendere il sistema maggiormente idoneo alle specifiche nazionali e consentire una compilazione più agevole dalla check-list da parte delle Regioni/PPAA.
Le rilevazioni semestrali condotte dal 2011 evidenziano che per tutte le Regioni/PPAA si osserva un aumento della percentuale di item raggiunti nel corso del tempo a sostenere che il progetto NIOD ha consentito di migliorare le condizioni operative degli osservatori regionali. La regione Liguria ha aderito al progetto successivamente al mese di settembre 2012 e pertanto non è riportata nella tabella che segue.

Tabella II.2.1: Grado di avanzamento degli Osservatori regionali: raffronto settembre 2011 - settembre 2012

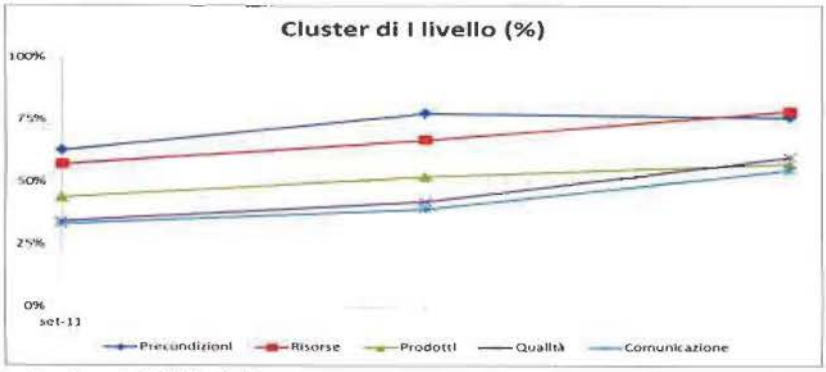
SITUATIONE GENERALE (% di copertura di tutti gli items)			
Regioni	**Sett. 2011**	**Mar. 2012**	**Sett.2012**
Abruzzo	32,1	70,5	73,1
Basilicata	23,1	15,4	29,5
Calabria	12,8	35,9	37,2
Campania	42,3	64,1	65,4
Friuli Venezia Giulia	15,4	44,9	56,4
Lazio	55,1	82,1	84,6
Lombardia	70,5	70,5	78,2
Marche	7,7	50,0	Missing
Molise	0,0	0,0	Missing
P.A. Bolzano	24,4	6,4	42,3
P.A. Trento	91,0	Missing	Missing
Piemonte	71,8	79,5	80,8
Puglia	10,3	66,7	66,7
Sardegna	21,8	23,1	41,0
Sicilia	55,1	61,5	57,7
Umbria	42,3	52,6	71,8
Veneto	38,5	47,4	Missing
ITALIA	**36,1**	**48,2**	**56,0**

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Lazio, Piemonte, Umbria, Abruzzo e Lombardia sopra il 70%

Il dato nazionale del 2011 partiva da una copertura del 36,1% e ha raggiunto il 56,9% dopo un anno di attività progettuale. Da notare i notevoli miglioramenti osservabili in Puglia (da 13,3% a 66,7%), Friuli Venezia Giulia (da 15,4% a 56,4%) e Abruzzo (da 32,1% a 73,1%) che risultano più evidenti in quanto partivano da valori bassi. Anche le regioni che avevano un punteggio elevato all'inizio (Lombardia e Piemonte) hanno mostrato un miglioramento, sebbene più contenuto. Dall'analisi del grado di copertura percentuale dei cluster di I livello (Figura II.2.5) sono ben evidenziati i progressi in tutte e 5 le aree (precondizioni, risorse, prodotti, qualità e comunicazione), le precondizioni e le risorse hanno mediamente un grado di raggiungimento dell'80% mentre le altre sono intorno a un grado di copertura intorno al 50%.

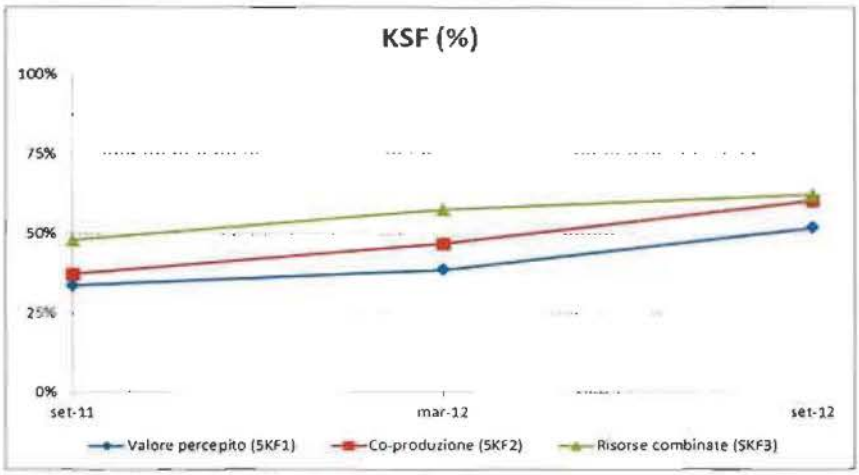
Figura II.2.5: Cluster di I livello – copertura percentuale settembre 2011 – settembre 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi condotta secondo la classificazione in tre KSF dell'Osservatorio europeo di Lisbona,(Valore Aggiunto Percepito, Co-produzione, e Risorse Combinate) mostra uno scenario raggruppato secondo logiche differenti rispetti ai cluster, ma evidenzia comunque il livello di progressivo miglioramento ottenuto dopo un anno di attività del progetto.

Figura II.2.6: KSF - grado di raggiungimento - settembre 2011 – settembre 2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.1.2 Scuola nazionale sulle dipendenze

Nel corso del 2012 è stata avviata la prima edizione della Scuola Nazionale sulle Dipendenze attraverso l'attivazione di un progetto triennale affidato alla Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione. L'obiettivo principale della Scuola Nazionale, condotta in collaborazione con il NIDA all'interno dell'accordo di collaborazione scientifica siglato a Roma nel 2011, è stato quello di colmare la lacuna di aggiornamento tecnico-scientifico e strategico-organizzativo basato sull'evidenza nel settore delle dipendenze; in particolare, attraverso l'orientamento alla formazione transdisciplinare si è perseguita anche l'adozione di impostazioni metodologiche omogenee e condivise da parte dei discenti che, per tale motivo, appartenevano e provenivano da settori di intervento diversificati.

Figura II.2.7: Partecipanti alla Scuola nazionale sulle Dipendenze – Edizione 2012

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Figura II.2.8: Partecipanti alla Scuola nazionale sulle Dipendenze – Edizione 2013

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'accesso alla scuola, riservato a 100 iscritti all'anno, è gratuito per la frequenza delle lezioni ma subordinato a una selezione dei candidati in base alla valutazione dei titoli curricolari. L'edizione del 2012 ha avuto la partecipazione di professionisti provenienti da settori differenti dell'ambito dipendenze e da realtà territoriali distribuite su tutto il territorio nazionale.

Tabella II.2.2: Descrizione partecipanti edizione 2012 Scuola Nazionale sulle Dipendenze

Profilo professionale		Provenienza professionale	
Medici	27	SerT/ASL	33
Psicologi	23	Privato sociale	17
Amministratori/ Tecnologi	14	Univesità/Centri di ricerca	17
Ricercatori universitari	5	Enti centrali	17
Educatori	5	Ospedale	4
Assistenti sociali	3	Privato	3
Responsabili CT	3	Altro	2
Sociologi	2		
Infermieri	1		
Altro	4		

Provenienza geografica	
Abruzzo	5
Campania	4
Emilia Romagna	3
Lazio	43
Liguria	4
Lombardia	8
Marche	3
Molise	2
PA Bolzano	1
Piemonte	1
Sardegna	2
Sicilia	2
Toscana	2
Umbria	1
Veneto	6

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Ottantasette dei cento inizialmente ammessi alla frequenza della Scuola hanno completato il percorso formativo, costituito da 9 moduli tematici su temi specifici che hanno compreso aspetti clinici e trattamentali, epidemiologici e valutativi, organizzativo-gestionali oltre ad aspetti legali.

Figura II.2.8: Programma della Scuola nazionale sulle Dipendenze – Edizione 2012

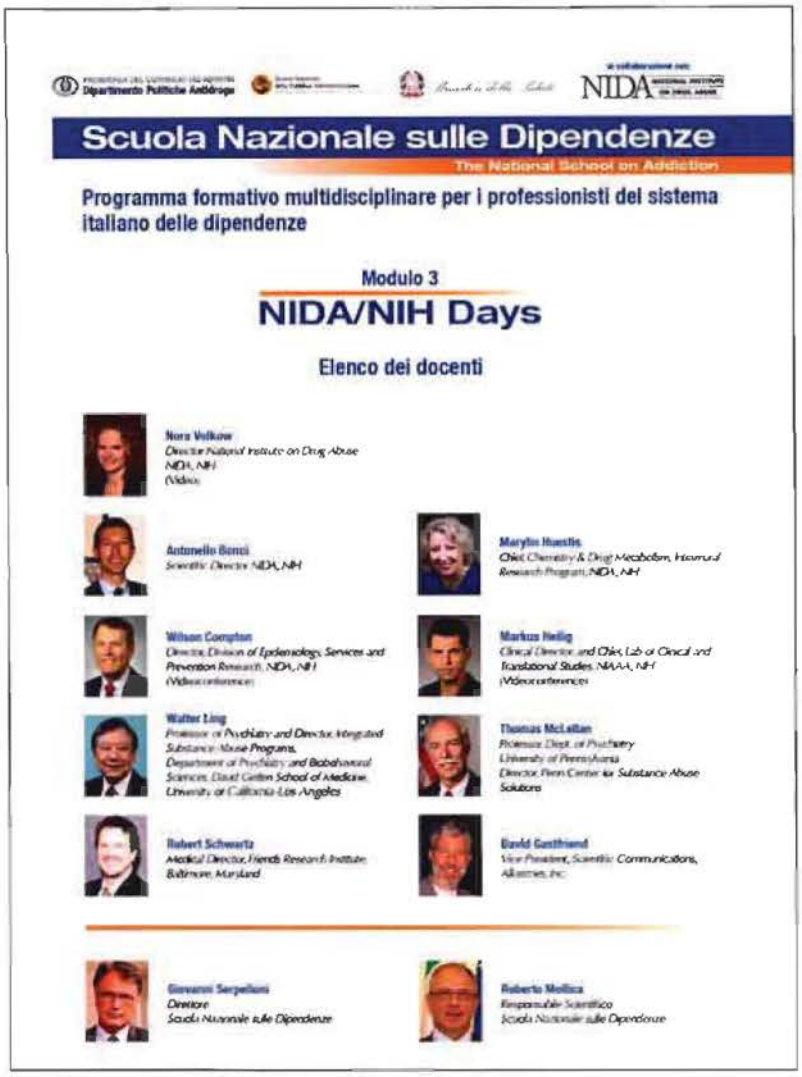
Moduli formativi

Sede di svolgimento
Scuola Superiore per la Pubblica Amministrazione

19-20 gennaio 2012 **Modulo 1**	**L'inquadramento generale multidisciplinare sulle dipendenze**
16-17 febbraio 2012 **Modulo 2**	**Il processo di cura e di riabilitazione**
12-13 marzo 2012 **Modulo 3**	**NIDA/NIH days**
29-30 marzo 2012 **Modulo 4**	**La prevenzione**
12-13 aprile 2012 **Modulo 5**	**Il monitoraggio epidemiologico e il sistema di allerta**
17-18 maggio 2012 **Modulo 6**	**I rapporti internazionali**
15 giugno 2012 **Modulo 7**	**Legislazione e contrasto**
20 settembre 2012 **Modulo 8**	**Coordinamento nazionale e delle Regioni e Province autonome**
19 ottobre 2012 **Modulo 9**	**Modulo di valutazione finale**

In base al citato accordo scientifico con NIDA un modulo è stato completamente dedicato alle attività dell'istituto statunitense con la partecipazione di nove esperti americani. Oltre agli iscritti alla Scuola, l'evento è stato aperto in modalità webinar anche a 35 partecipanti esterni che hanno potuto assitere alle due giornate attraverso un collegamento internet interattivo.

Figura II.2.9 : Locandina modulo NIDA/NIH Days



Il corso di formazione, accreditato ECM e CNOAS, ha previsto una valutazione in itinere alla fine di ogni modulo tramite questionario e una valutazione finale con presentazione di un project work che poteva essere preparato individualmente o in piccolo gruppo e la cui valutazione ha contribuito alla votazione finale in sede di acquisizione di diploma.

Oltre alla valutazione dell'apprendimento è sata rilevata la valutazione del gradimento da parte dei discenti, che ha mostrato valutazioni superiori al 86%, e la valutazione dei singoli docenti che mediamente è sempre oltre il 90%.

Alla luce del successo rilevato, e su suggerimento degli stessi discenti, si è provveduto a organizzare per il 2013 un corso "avanzato", di circa 80 ore formative, finalizzato all'approfondimento di aspetti trattati in modo non sufficientemente esaustivo o per affrontare argomenti non previsti all'interno della prima edizione del corso base.

Attualmente l'edizione 2013 della Scuola pertanto prevede lo svolgimento della seconda edizione del corso base con partecipazione di 100 nuovi iscritti e la creazione di un corso avanzato cui partecipano 50 iscritti.

Oltre alla Scuola nazionale in senso stretto, l'attività formativa 2012 ha ricompreso

anche altri eventi collegati a progetti del DPA per un totale di 26 eventi accreditati: a tal proposito si sono tenuti corsi ed eventi satellite nel contesto delle attività progettuali Outcome, RELI, Early Detection, Safework, Promoeurodrugs, oltre a un convegno internazionale sulle Neuroscienze. Complessivamente, considerando sia il ciclo formativo residenziale che gli eventi satellite, nel corso del 2012 sono state erogate 290 ore formative accreditate per la formazione continua cui hanno partecipato 642 professionisti e coinvolto 104 esperti nazionali e internazionali come relatori e docenti.

Edizione 2013 della Scuola nazionale sulle Dipendenze

L'edizione 2013 della Scuola nazionale è attualmente in corso. Rispetto all'anno precedente sono stati organizzati 2 corsi differenziati: base e avanzato. Il corso base ripercorre le modalità di quello realizzato nel 2012 con alcune integrazioni nel programma didattico, mentre quello avanzato presenta argomenti nuovi o approfondimenti del corso base dell'anno precedente.

Figura II.2.10 : Giornata inaugurale della Scuola – Edizione 2013

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Le richieste di ammissione al corso base 2013 pervenute sono state 123 e cento di queste sono state ritenute idonee alla partecipazione: allo stato attuale, dopo aver superato la metà delle ore di insegnamento programmate, risultano frequentare regolarmente 91 studenti. La programmazione e realizzazione del corso avanzato è stato suggerito dai discenti dell'edizione 2012 che hanno manifestato il desiderio di proseguire la positiva esperienza formativa iniziale: il corso vede la partecipazione di 49 iscritti.

II.2.2. Amministrazioni Centrali

Premesse

In questa sezione vengono descritte brevemente le informazioni riguardanti l'organizzazione, i principali compiti e funzioni svolte dalle Amministrazioni centrali (e da loro fornite) nell'ambito delle droghe, le principali problematiche emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività, soluzioni possibili/auspicate e la programmazione delle attività previste per il 2013.

Ministero della Salute

Il Ministero della Salute, attraverso il Dipartimento della Sanità pubblica e

dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione e il Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale del Sistema informativo, ha partecipato al gruppo di lavoro istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga, per il lavoro di messa a regime del modello di rilevazione delle attività dei servizi per le tossicodipendenze per la messa a regime del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND).

Messa a regime SIND Italian Journal of Addiction

Nel 2012 è stato pubblicato online l'Italian Journal of Addiction, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga.

Il Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio sanitario Nazionale – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici, ha collaborato alle attività del Sistema di allerta precoce tramite la predisposizione di numerosi decreti ministeriali e l'emanazione di provvedimenti occorrenti all'applicazione delle disposizioni legislative e delle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Ministero della Salute Ufficio Centrale Stupefacenti

Tra le attività istituzionali attribuite dal Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 2001, n. 55 alla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia rientra anche quella di effettuare rilevazioni statistiche al fine di valutare l'impatto socio-giuridico di alcune leggi (in particolare di recente emanazione) o la consistenza di alcuni fenomeni di rilevanza penale non sempre connessi ad una precisa normativa ma comunque ritenuti di particolare interesse. Nel caso della rilevazione sulle tossicodipendenze, ai sensi dell' art. 1, comma 9 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, anche il Ministero della Giustizia è tenuto a trasmettere i dati relativi alle questioni di sua competenza all'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza.

Ministero della Giustizia Rilevazione dati statistici dagli uffici giudiziari territoriali

Nel 1991 è stato pertanto avviato, mediante una circolare del Direttore Generale degli Affari Penali, un monitoraggio avente cadenza semestrale, facente parte del Piano Statistico Nazionale, con lo scopo di raccogliere i dati di cui all'art. 1, comma 8, lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 relativi al numero ed agli esiti dei processi penali per i principali reati previsti dal citato DPR.

Le attività svolte dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria attengono, invece, ad un ambito di tutela globale del benessere della collettività penitenziaria quale contributo alla prevenzione, non solo terziaria e quindi di recupero, del fenomeno della dipendenza. L'Amministrazione penitenziaria ha partecipato ai lavori del Tavolo di consultazione permanente per la sanità penitenziaria presso la Conferenza Unificata fornendo per gli aspetti di propria competenza indicazioni al Dipartimento politiche Antidroga, titolare della gestione dei dati sulle tossicodipendenze, per l'elaborazione di apposite schede che consentiranno la conoscenza reale del fenomeno in carcere.

Ministero della Giustizia Tutela della salute in ambito penitenziario

I Servizi Minorili della Giustizia attivano il Dipartimento di Salute mentale, il Servizio tossicodipendenze, le comunità pubbliche o private, i centri diurni per lo svolgimento di accertamenti diagnostici con la ricerca di sostanze stupefacenti ed interventi di tipo farmacologico. Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minorile, si individua certamente il collocamento in comunità terapeutiche. In attuazione del DPCM 10 aprile 2008 è previsto che l'individuazione della struttura sia effettuata congiuntamente dalla ASL competente per territorio e dal Servizio Minorile della Giustizia che ha in carico il minore sulla base di una valutazione delle specifiche esigenze dello stesso.

Ministero della Giustizia I Servizi minorili

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, D.C.S.A, Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, è la struttura per l'attuazione del coordinamento, pianificazione e alta direzione dei servizi di polizia in materia di stupefacenti. La D.C.S.A. E' organizzata in quattro articolazioni: I Servizio Affari Generali e Internazionali, II Servizio Studi, Ricerche e Informazioni, III Servizio Operazioni antidroga, IV Servizio Ufficio programmazione e Coordinamento

Ministero dell'Interno Servizi di Polizia in materia di stupefacenti

generale. L'espletamento dei compiti istituzionali della D.C.S.A., in termini di coordinamento delle operazioni antidroga, costituisce un osservatorio privilegiato del quadro internazionale, in continua evoluzione, dei traffici illeciti di stupefacenti.

La Scuola Superiore della Amministrazione dell'Interno

La Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, Documentazione e Statistica – Ufficio I Documentazione Generale sin dall'entrata in vigore del D.P.R. N. 309/1990, cura tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. suddetto, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale), i tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione.

Sinergia Esteri/DPA nella promozione della posizione italiana sulla riduzione del danno

I tre uffici del Ministero degli esteri competenti in materia, Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Direzione Generale per l'Unione Europea, hanno, anche nel 2012, collaborato in sinergia con il DPA, proseguendo e rafforzando l'impegno in materia di promozione della prevenzione del consumo e, in maniera correlata, di definizione, nei competenti fora internazionali, del concetto di "riduzione del danno" alla luce delle normative e priorità nazionali volte al recupero clinico e sociale dei tossicodipendenti. Per poter continuare a svolgere un ruolo dinamico nel dibattito in seno alle Nazioni Unite in materia di droga, l'Italia ha presentato la propria candidatura per l'elezione dei membri della Commissione Droghe Narcotiche dell'ECOSOC per il triennio 2012-2015, le cui elezioni si sono svolte a New York nell'aprile 2011. Analogamente, il Ministero degli Affari Esteri ha presentato la candidatura italiana per il triennio 2012-2014 per la Commissione per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale, organismo che svolge un ruolo rilevante anche nella prevenzione della criminalità legata alla droga. Il 28 aprile 2011 l'Italia è stata eletta membro di entrambe le predette Commissioni.

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca Progettualità di prevenzione

L'attenzione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) è focalizzata verso i comportamenti che determinano rischio per la salute dei giovani e che contribuiscono a provocare problemi sociali, disabilità e decessi. Questi comportamenti, spesso acquisiti durante la prima adolescenza, includono il fumo di sigaretta, l'alcol, e l'abuso di sostanze stupefacenti. Il MIUR ha, pertanto, implementato diverse iniziative di formazione ed informazione per la prevenzione delle dipendenze condotte sia a livello nazionale che locale.
Di particolare rilevanza i progetti "Cittadinanza e costituzione", "Centri educativi alla scoperta di sé", nonché l'adesione alle iniziative promosse dal DPA quali l'indagine SPS e il Progetto Educare.

Ministero della Difesa Stato Maggiore dell'Esercito Ufficio generale della Sanità Militare

La materia nell'ambito Difesa è attualmente disciplinata dal Codice dell'Ordinamento Militare (D-lgs. 66/2010) e dal "Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa.(DIFESAN-2010)".
Le Forze Armate italiane assorbono dalla società civile le proprie risorse umane e risentono dunque del trend sociale, soprattutto per quel che riguarda le fasce di età tra i 20 e 30 anni. In tal senso l'Amministrazione della Difesa è particolarmente sensibile al *fenomeno droga* e ai comportamenti d'abuso.

II.2.3. Amministrazioni Regionali

Sulla base delle indicazioni trasmesse dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, attraverso le schede riportate integralmente al Capitolo V.2.3., le Amministrazioni Regionali hanno mantenuto anche per l'anno 2012 un livello di attività organizzativa, normativa e programmatica estremamente diversificato e non omogeneo. Tuttavia, conseguentemente all'approvazione e pubblicazione di alcune importanti procedure formali da parte del Dipartimento per le Politiche Antidroga, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni e i Ministeri competenti, nonché in linea con le indicazioni fornite nel Piano Nazionale di Azione Antidroga si è potuto riscontrare uniformità, almeno per un congruo numero di Regioni, in merito ai seguenti punti.

Accertamenti tossicologici per i lavoratori con mansioni a rischio

- Sono stati adottati nel 2012, o sono in via di adozione, i provvedimenti regionali attuativi dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/07 e dell'Accordo Stato-Regioni del 18/09/08 in tema di accertamento di assenza di tossicodipendenza e consumo di sostanze in determinate categorie di lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.

Sistema informativo nazionale sulle dipendenze - SIND

- Si è dato avvio o impulso alla prosecuzione per l'implementazione dei sistemi informativi regionali al fine di adeguare e allineare le raccolte di dati al nuovo Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND) promosso dal DPA in collaborazione con la Conferenza Stato-Regioni e il Ministero della Salute. Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza ed efficacia dei servizi si pone come obiettivo prioritario sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni dell'utenza e alla loro evoluzione.

Progetto NIOD

- A seguito dell'adesione da parte di quasi tutte le Regioni al Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze, promosso dal DPA, è stato dato impulso e sostegno alla istituzione o rafforzamento degli Osservatori regionali per la raccolta dei dati e delle informazioni..

Priorità azioni di prevenzione

- In tutte le Regioni è stato dato nuovo impulso agli interventi di prevenzione, sia attraverso l'adozione di Piani o programmi regionali, sia con la stipula di accordi di cooperazione fra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale interessati a questa area di intervento specifico, vale a dire le aziende sanitarie, le Prefetture, le Direzioni scolastiche regionali, i Comuni, le Province, le associazioni accreditate e il mondo della società civile.

Anche a seguito dell'approvazione di nuovi Piani sociali e sanitari o di deliberazioni ad hoc, si è poi assistito alla creazione o individuazione di organismi di coordinamento regionale a carattere diversificato. Alcune Regioni hanno promosso la realizzazione di Comitati o tavoli di coordinamento o per la prevenzione delle tossicodipendenze e/o dell'alcolismo e per il gioco d'azzardo, o per l'unificazione, a livello di azienda sanitaria, dei Dipartimenti delle Dipendenze con i Dipartimenti di Salute Mentale. Nuovo impulso è stato dato in quasi tutte le Regioni all'integrazione fra le strutture pubbliche e private.

Scarsità di budget

E' però necessario sottolineare come quasi tutte le Regioni lamentino insufficienza di fondi a disposizione dei servizi assistenziali a causa del protrarsi della crisi economica in atto a livello nazionale, nonché delle conseguenze degli ultimi eventi sismici avvenuti in Emilia-Romagna e in Abruzzo.

II.2.4. Strutture di trattamento socio-sanitario

1.661 strutture di assistenza, di cui:

633 Ser.T.

1.028 strutture socio-riabilitative di cui 66,5% comunità residenziali

Maggiore concentrazione al nord

Al 31.12.2012, secondo le fonti del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno, le strutture socio-sanitarie attive dedicate alla cura ed al recupero di persone con bisogno assistenziale legato all'uso di sostanze psicoattive sono complessivamente 1.661, di cui 633 (38,1%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.028 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (66,5%), a seguire quelle semiresidenziali (18,6%) ed i servizi ambulatoriali (14,9%). Rispetto al 2011 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 3,7% (39 strutture), più marcata per le strutture ambulatoriali (-8,9) e per le strutture residenziali (-3,4%).
La distribuzione delle strutture socio-riabilitative sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del Nord: nel 2012, come nello scorso anno, il 17% ha sede in Lombardia, il 13% in Veneto e il 12% in Emilia Romagna. Nel 2012 rispetto all'anno 2011, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Piemonte (+52), Liguria (+10) e Lombardia (+9), mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra maggiormente in Umbria (-9), Lazio (-6), Puglia e Sicilia (-3). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, si riporta la diminuzione di 4 e 3 strutture semiresidenziali per Veneto e Puglia, rispettivamente, e di strutture ambulatoriali per Lombardia (-6) e Sicilia (-3) (Tabella II.2.3).

Tabella II.2.3: Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive tra il 31.12.11 e il 31.12.12 secondo il tipo di assistenza

	Servizi [1] Tossicodipendenze			Strutture Socio-riabilitative [2]								
				Residenziali			Semiresidenziali			Ambulatoriali		
	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %
Abruzzo	10	11	10,0	14	13	-7,1	3	3	0,0	7	6	-14,3
Basilicata	6	6	0,0	5	5	0,0	0	2	-	5	4	-20,0
Calabria	15	17	13,3	23	24	4,3	9	9	0,0	3	3	0,0
Campania	46	45	-2,2	21	19	-9,5	5	6	20,0	11	13	18,2
Emilia Romagna	45	46	2,2	86	89	3,5	19	20	5,3	16	14	-12,5
Friuli Venezia Giulia	6	12	100,0	8	8	0,0	6	4	-33,3	6	5	-16,7
Lazio	46	46	0,0	29	23	-20,7	10	12	20,0	7	7	0,0
Liguria	ND	16	166,7	24	24	0,0	7	7	0,0	4	5	25,0
Lombardia	83	92	10,8	134	134	0,0	19	19	0,0	29	23	-20,7
Marche	14	13	-7,1	31	31	0,0	14	14	0,0	8	9	12,5
Molise	6	5	-16,7	5	5	0,0	0	0	-	2	1	-50,0
PA Bolzano	4	4	0,0	2	2	0,0	1	1	0,0	0	0	-
PA Trento	1	3	200,0	4	4	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0
Piemonte	ND	111	88,1	66	64	-3,0	4	4	0,0	6	6	0,0
Puglia	58	55	-5,2	46	43	-6,5	19	16	-15,8	20	16	-10,0
Sardegna	14	8	-42,9	22	21	-4,5	0	1	-	6	8	0,0
Sicilia	52	51	-1,9	26	23	-11,5	7	7	0,0	8	5	-37,5
Toscana	41	41	0,0	53	54	1,9	18	19	5,6	8	7	-12,5
Umbria	11	11	0,0	27	18	-33,3	4	5	25,0	1	1	0,0
Valle d'Aosta	1	1	0,0	2	2	0,0	1	1	0,0	0	0	-
Veneto	39	39	0,0	80	78	-2,5	44	40	-9,1	18	17	-5,6
Totale	563(*)	633	12,4	708	664	-3,4	191	191	0,0	168	153	-8,9

Aumento dell'12,4% dei Ser.T. (2011-2012)

Diminuzione del 3,4% delle strutture residenziali e dell'8,9% delle strutture ambulatoriali

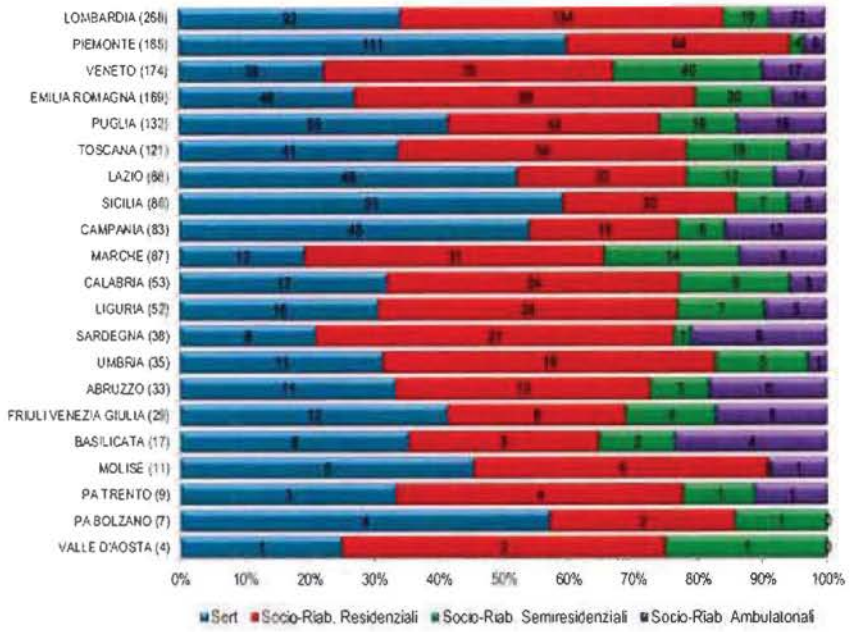
ND = dato non disponibile

(*) Dato stimato considerando il valore 2010 della Liguria e del Piemonte

Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

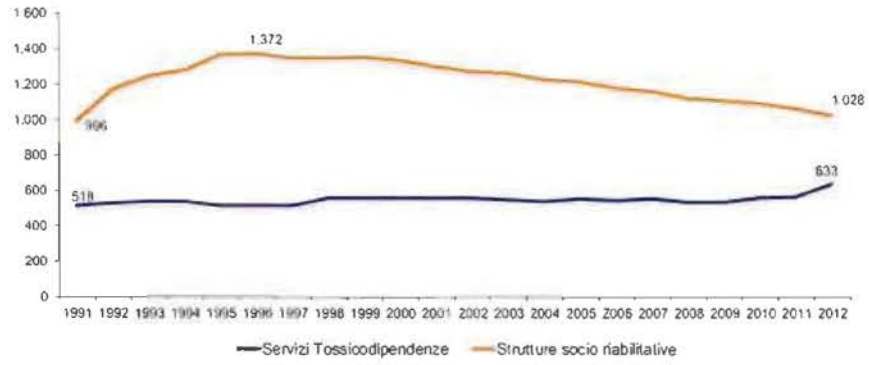
Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si evidenzia una maggiore distribuzione percentuale di Sert in Piemonte, in Sicilia, nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Campania (Figura II.2.11).

Figura II.2.11: Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2012



Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Figura II.2.12: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti - Anni 1991 2012



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Il numero dei Ser.T. aumenta del 22,2% dal 1991 al 2012

L'andamento della numerosità delle strutture socio-sanitarie in vent'anni evidenzia un incremento dei servizi per le tossicodipendenze attivi, passati da 518 nel 1991 a 633 nel 2012, pari ad un aumento del 22,2%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie del Ministero dell'Interno, evidenzia un incremento nei primi anni '90, dovuto agli effetti della Legge 162 del 1990 che ha determinato un incremento dei servizi sanitari, sia pubblici che privati, per rispondere alla sempre

crescente domanda di trattamento delle tossicodipendenze. Tale incremento delle strutture culmina nel 1996 con 1.372 unità, seguito da una lenta diminuzione che si fa sempre più consistente a partire dal 2002 fino ad arrivare a 1.028 strutture esistenti nel 2012.

Dal 1996 calo delle strutture socio riabilitative

Nel corso del primo quadrimestre del 2012 è stata condotta una rilevazione presso gli Assessorati regionali riguardante la ricognizione delle strutture del privato sociale (Enti Ausiliari accreditati/autorizzati ex artt. 115 e 166 del DPR 309/90) e del pubblico di tipo diagnostico terapeutico riabilitativo secondo l'articolazione dello Schema Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999. Dalle informazioni online fornite in una specifica piattaforma creata dal Dipartimento per le Politiche Antidroga, da tutte le Regioni e PP. AA. esclusa la Valle D'Aosta, emerge che le strutture private diagnostico – terapeutico - riabilitative residenziali e semiresidenziali non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono complessivamente 39, 13 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.2). Diminuiscono le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-16,7% rispetto al 2011) e diminuiscono anche le strutture semiresidenziali (-12,5% rispetto al 2011). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa per quanto riguarda le strutture residenziali (+14,3) e quelle semiresidenziali (+83,3%), complessivamente non è possibile effettuare un confronto diretto con il 2011 in quanto in tale anno c'è un sostanziale numero di strutture in corrispondenza delle quali non è stata definita la tipologia. Il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa aumenta per le strutture residenziali (+16,3%), mentre per quanto concerne i servizi di trattamento specialistico, questi aumentano per le strutture residenziali (+8,8%) e diminuiscono per quelle semiresidenziali (-16,7%). In totale si ha un aumento delle strutture pari al 3,3%, infatti queste sono complessivamente pari a 158 (153 nel 2011), di cui il 31,6% eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 18,4% per alcolisti, il 15,2% eroga servizi per donne con bambini e il 10,8% sono case alloggio per pazienti con AIDS.

Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Strutture residenziali in calo del 16,7%

Servizi di accoglienza: in aumento strutture residenziali del 14,3%

Strutture i di trattamento specialistico: +3,3%

Tabella II.2.4: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anni 2011 – 2012

	Residenziali			Semiresidenziali			Non specificato			Totale strutture		
	2011	2012	Δ %	2011	2012	Δ %	201	2012	Δ %	2011	2012	Δ %
Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)	30	25	-16,7	16	14	-12,5	6	-	-	52	39	-25,0
Servizi di accoglienza art.11	21	24	14,3	6	11	83,3	21	-	-	48	35	-27,1
Servizi terapeutico-riabilitativi art.12	285	283	-0,7	49	57	16,3	53	44	-17,0	387	384	-0,8
Servizi di trattamento specialistici art.13	136	148	8,8	12	10	-16,7	5	-	-	153	158	3,3
13 a) Doppia Diagnosi	36	45	25,0	3	5	66,7	1	-	-	40	50	-
13 b) Mamma con bambino	18	24	33,3	0	0	-	0	-	-	18	24	33,3
13 c) Alcolisti	28	26	-7,1	2	3	50,0	1	-	-	31	29	-6,5
13 d) Cocainomani	1	4	300,0	1	1	0,0	0	-	-	2	5	150,0
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	0	2	-	5	0	-100,0	0	-	-	5	2	-60,0
13 f) Minori	14	6	-57,1	1	0	-100,0	1	-	-	16	6	-62,5
13 g) Coppie	1	1	0,0	0	0	-	0	-	-	1	1	0,0
13 h) Centri crisi	5	14	180,0	0	0	-	1	-	-	6	14	133,3
13 i) Casa alloggio AIDS	24	16	-33,3	0	1	-	1	-	-	25	17	-32,0
13 l) Altro	9	10	11,1	0	0	-	0	-	-	9	10	11,1
Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14	114	117	2,6	25	29	16,0	0	-	-	139	146	5,0
Servizi multidisciplinari integrati art. 15	10	10	0,0	0	2	-	0	-	-	10	12	20,0
Altri programmi accreditati	0	103	-	0	0	-	0	-	-	0	103	-
Totale	596	710	19,1	108	123	13,9	85	44	-	789	877	11,2

n. c.= dato non calcolabile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Diminuzione dei centri crisi, dei servizi per doppia diagnosi e per donne con bambini

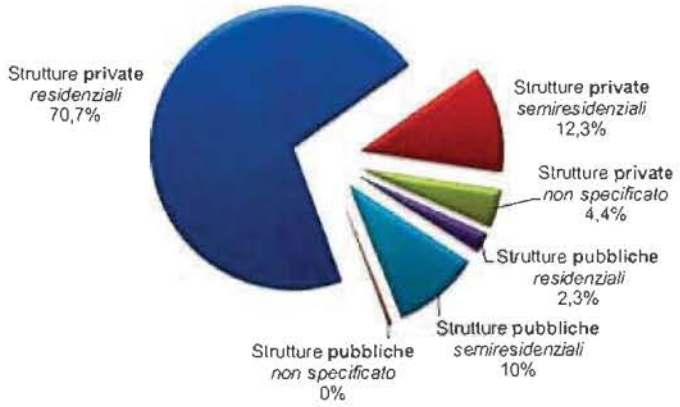
Tabella II.2.5: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2012

	Residenziali	Semiresidenziali	Non specificato	Totale strutture
Dipendenze patologiche generiche	0	5		5
Servizi di accoglienza	1	2		3
Servizi terapeutico-riabilitativi senza ulteriori specifiche (anche con trattamenti con farmaci sostitutivi)	6	56		62
Specialistiche art.13	16	37	4	57
13 a) Doppia Diagnosi	5	1	1	7
13 b) Mamma con bambino	0	0		0
13 c) Alcolisti	1	21	1	23
13 d) Cocainomani	1	3		4
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	0	0	1	1
13 f) Minori	2	12		14
13 g) Coppie	0	0		0
13 h) Centri crisi	1	0		1
13 i) Casa alloggio AIDS	1	0		1
13 l) Altro	5	0	1	6
Totale	23	100	4	127

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 127 strutture (residenziali, semiresidenziali e non specificate) diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche. Principalmente si ha che il 48,8% sono strutture terapeutico-riabilitative e il 44,8% sono strutture di trattamento specialistico. Per quanto riguarda le strutture specialistico, il 40,4% si occupa di alcolisti, il 24,5% di minori ed il 12,3 si occupa di pazienti in doppia diagnosi.

Figura II.2.13: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche e private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999. Anno 2012



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Tabella II.2.6: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione. Anni 2010 – 2012

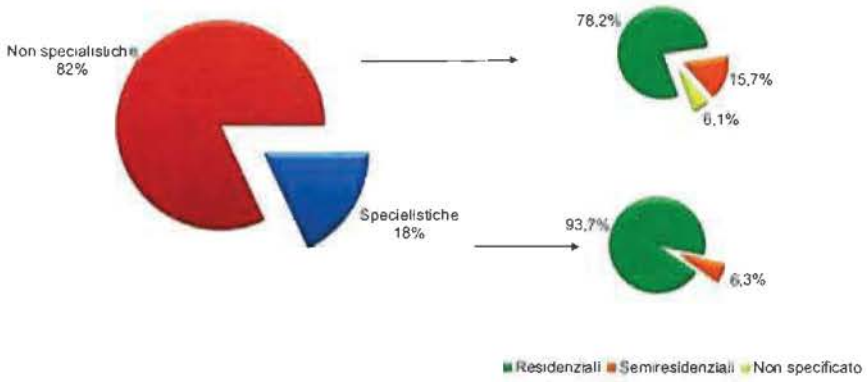
	Anno	Strutture specialistiche (art. 13)				Strutt. non specialistiche				Totale
		Resid.	Semi	Non spec	Totale	Resid.	Semi	Non spec	Totale	
Abruzzo	2011	1	0	0	1	12	4	0	16	17
	2012	1	0	0	1	12	4	0	16	17
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0.	0,0	-	0,0	0,0
Basilicata	2011	1	0	0	1	5	0	0	5	6
	2012	1	0	0	1	5	0	0	5	6
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0,0	-	-	0,	0,0
Calabria	2011	1	0	0	1	15	9	0	24	25
	2012	1	0	0	1	15	9	0	24	25
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Campania	2011	0	0	0	0	22	8	0	30	30
	2012	0	0	0	0	120	7	0	127	127
	Δ %	-	-	-	-	445,5	-12,5	-	323,3	323,3
Emilia Romagna	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2012	20	0	0	20	43	14	0	57	77
	Δ %	n.c.	-	-	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Friuli Venezia Giulia	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2012	12	3	0	15	4	3	0	7	22
	Δ %	n.c.	n.c.	-	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Lazio	2011	8	0	0	8	32	12	0	44	52
	2012	5	0	0	5	32	12	0	44	49
	Δ %	-37,5	-	-	-37,5	0	0	-	0	-5,8
Liguna	2011	33	10	0	43	24	4	0	28	71
	2012	22	5	0	27	26	4	0	30	57
	Δ %	-33,3	-50,0	-	-37,2	8,3	0	-	7,1	-19,7
Lombardia	2011	17	0	0	17	121	14	0	135	152
	2012	17	1	0	18	121	14	0	135	153
	Δ%	0,0	-	-	5,9	0,0	0,0	-	0,0	0,7
Marche*	2011	11	0	0	11	26	4	0	30	41
	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c	n.c	n.c.	n.c.	n.c.
Molise	2011	0	0	0	0	4	0	0	4	4
	2012	0	0	0	0	4	0	0	4	4
	Δ %	-	-	-	-	0,0	-	-	0,0	0,0
PA Bolzano	2011	2	1	0	3	2	0	0	2	5
	2012	2	1	0	3	0	0	0	0	3
	Δ %	0,0	0,0	-	0,0	-100,0	-	-	-100,0	-40,0
PA Trento	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	2012	3	0	0	3	5	0	0	5	8
	Δ %	n.c.	-	-	n.c.	n.c.	-	-	n.c.	n.c.
Piemonte	2011	23	0	0	23	43	4	0	47	70
	2012	22	0	0	22	43	4	0	47	69
	Δ%	-4,3	-	-	-4,3	0,0	0,0	-	0,0	-1,4
Puglia	2011	0	0	0	0	42	9	6	57	57
	2012	0	0	0	0	42	16	0	58	58
	Δ %	-	-	-	-	0,0	77,8	-100,0	1,8	1,8
Sardegna*	2011	0	0	5	5	0	0	30	30	35
	2012	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Δ %	n.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n c.	n c.	n.c.
Sicilia*	2011	1	0	0	1	21	4	0	25	26
	2012		-	-	-	-	-	-	-	-
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c	n.c.
Toscana	2011	28	0	0	28	38	14	0	52	80
	2012	28	0	0	28	38	14	0	52	80
	Δ %	0,0	-	-	0,0	0,0	0,0	-	0,0	0,0
Umbna	2011	5	1	0	6	17	2	0	19	25
	2012	7	0	0	7	16	4	0	20	27
	Δ %	40,0	-100,0	-	16,7	-5,9	100,0	-	5,3	8,0
Veneto	2011	5	0	0	5	36	8	44	88	93
	2012	7	0	0	7	36	8	44	88	95
	Δ %	40,0	-	-	40,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,2
Totale	2011	136	12	5	153	460	96	80	636	789
	2012	148	10	0	158	562	113	44	719	877
	Δ %	8,8	-16,7	-100,0	3,3	22,2	17,7	-45,0	13,1	11,2

n.c.= dato non calcolabile

* = dato richiesto nell'anno 2012 non fornito

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Figura II.2.14: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza. Anno 2012



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

II.2.5. Analisi dei costi/benefici

II.2.5.1 Premessa

I costi sociali legati al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti

L'analisi del fenomeno del consumo delle sostanze stupefacenti illegali, non può prescindere dalla valutazione dell'impatto economico che lo stesso esercita sul Paese, soprattutto in un contesto epocale come quello attuale, attraversato da profonde difficoltà socio-economiche che interessano tutti i Paesi del mondo.

A supporto del profilo conoscitivo dettagliato relativo alle diverse aree di interesse ed osservazione del fenomeno in oggetto (evoluzione del fenomeno da un lato, che include il mercato illecito e il bisogno/domanda di sostanze - consumo -, ed il sistema di contrasto dall'altro, che include la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento degli assistiti, ed il contrasto delle FFOO) delineato all'interno del presente volume, in questo paragrafo viene presentata un'ipotesi di valorizzazione monetaria delle componenti maggiormente rilevanti dell'impatto economico del fenomeno sulla società, secondo la definizione ormai consolidata del concetto di "costi sociali".

Con tale termine, infatti, si intendono i costi sopportati dai cittadini e dalla collettività direttamente ed indirettamente, derivanti dalle conseguenze dell'uso di droga e del mercato ad esso connesso. In particolare, la stima dei costi sociali è orientata a quantificare il danno economico subito dalla società, e conseguentemente dal cittadino, a fronte del consumo di sostanze illecite.

Secondo la letteratura scientifica corrente che trae origine dai modelli economici sviluppati in seguito agli studi condotti negli anni '90 negli Stati Uniti dal gruppo di Kenner Rice, il costo sociale del consumo di sostanze è equivalente ai costi cumulativi generati dal consumo, senza tener conto del fatto che alcune attività alle quali il fenomeno dà luogo (assistenza sanitaria, contrasto delle FF.OO.) possono effettivamente creare ricchezza (ad esempio il reddito percepito dal personale che opera nel settore sanitario, nelle Forze dell'Ordine, etc).

Volendo rappresentare e classificare le diverse voci di costo imputabili al consumo di sostanze in macroaree, alcuni recenti rassegne di studi disponibili in

letteratura[1,2] individuano differenti modelli di classificazione, di differente grado di complessità, secondo il dettaglio delle voci di costo in essi rappresentati.

Modello di classificazione dei costi

In particolare, il modello proposto da Kopp e Palle (1998), individua tre macroaree di costi riprese e sviluppate anche nell'analisi economica dei Dipartimenti per le Dipendenze di Serpelloni (2006)[3]: costi attribuibili al singolo individuo (costi individuali, rappresentati prevalentemente dai costi per l'acquisto di sostanze stupefacenti, oltre ad altre spese non rimborsate legate al mancato pagamento delle tasse per la mancata produttività, eventuali spese giuridiche, etc), e costi che sostiene l'intera collettività (costi collettivi, sostenuti dalle Amministrazioni centrali e locali per il contrasto al traffico di sostanze illegali e per l'offerta di assistenza ai consumatori). Questi ultimi costi possono essere distinti in ulteriori tre macro-categorie: contrasto, trattamento e prevenzione, e costi esterni (indiretti per l'individuo e per la collettività, imputabili prevalentemente alla mancata produttività, assenteismo, mortalità prematura, trattamento delle patologie droga-correlate, etc).

Componenti di costi da imputare al consumo di sostanze stupefacenti

Sulla base di tale modello, considerata talvolta la problematicità di distinguere le voci relative al costo per la prevenzione da quelle dell'assistenza socio-sanitaria, qualora sostenute entrambe dai servizi per le dipendenze, le categorie di costo utilizzate ai fini dell'analisi nel presente documento sono riferite a:

- costi individuali, imputabili principalmente all'acquisto delle sostanze stupefacenti illegali;
- costi per l'applicazione della legislazione, misurabili in termini di azioni promosse al fine di contrastare, ridurre e reprimere la domanda e l'offerta di sostanze stupefacenti;
- costi socio-sanitari, connessi alle conseguenze sanitarie ed il conseguente reinserimento sociale derivanti dal consumo di sostanze psicoattive;
- costi relativi alla perdita di produttività: derivante dalla riduzione della capacità lavorativa, in termini sia di giornate di lavoro perse sia di aumento del rischio di disoccupazione o di interruzione precoce del percorso lavorativo.

A fronte dei costi sociali che il fenomeno delle sostanze stupefacenti comporta sulla società, di particolare interesse risulta la valutazione di alcuni benefici derivanti dall'attuazione di interventi socio-sanitari a favore delle persone che si rivolgono ai servizi territoriali. Limitatamente alla componente dei costi socio-sanitari, nel paragrafo II.2.5.3 viene presentata una stima dell'efficacia in termini monetari degli interventi socio-sanitari rivolti ai tossicodipendenti.

II.2.5.2 Stima dei costi sociali

Circa 28,5 miliardi di euro la stima del costo sociale globale del fenomeno droga nel 2011 (1,8% del PIL)

Utilizzando i criteri metodologici descritti nel paragrafo II.2.5.4, secondo gli indirizzi proposti anche dall'Osservatorio europeo, il costo sociale complessivo indotto dal consumo di sostanze psicoattive illegali nel corso del 2011 in Italia è stato stimato pari a 28.491.680.073,96 Euro, corrispondenti all'1,8% della ricchezza prodotta in Italia (PIL) nello stesso periodo, che in termini pro-capite risulta equivalente a 715 euro annui per abitante di età 15-64 anni. Rispetto all'anno precedente si riscontra una contrazione della stima dei costi sociali dell'8,7%.

---

[1] Calculating the social cost of illicit drugs - Methods and tools for estimating the social cost of the use of psychotropic substances. P. Kopp – Council of Europe (2001)

[2] Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati. G.Serpelloni, M. Gomma (2006)

[3] Come nota 2

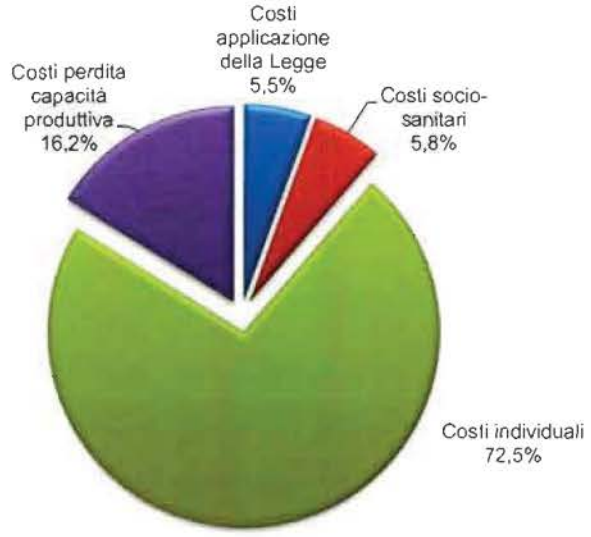
Tabella II.2.7: Costi sociali e benefici per il fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti. Anno 2011

Voci di costo	Costo
Costi individuali	20.651.056.123,84 €
Costi perdita capacità lavorativa	4.615.677.697,81 €
Costi applicazione della legge	1.574.434.036,73 €
Costi socio sanitari	1.650.512.215,58 €
Totale	28.491.680.073,96 €

Voce di beneficio	Beneficio minimo	Beneficio massimo
Benefici diretti (evitato acquisto di droghe)	2.096.390.275,00€	6.088.147.100,00 €
Utenti in trattamento reinseriti nel mondo del lavoro		3.718.613.828,42 €
Totale	5.815.004.103,42€	9.806.760.928,42 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Figura II.2.15: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il maggior costo è rappresentato dalla spesa per l'acquisto della droga da parte dei consumatori: 20,7 miliardi di euro

Rispetto alle quattro componenti principali di costo individuate nella parte introduttiva e valorizzate secondo i criteri descritti nel paragrafo metodologico, il maggior costo sociale deriva dalla spesa per l'acquisto delle sostanze stupefacenti (20.651.056.123,84 €) che rappresenta il 72,5% del costo complessivo (Figura II.2.15). Rispetto al 2010 si osserva una contrazione della spesa per consumi di sostanze dell'8,5%, imputabile alla contrazione dei consumi osservata nel periodo considerato.

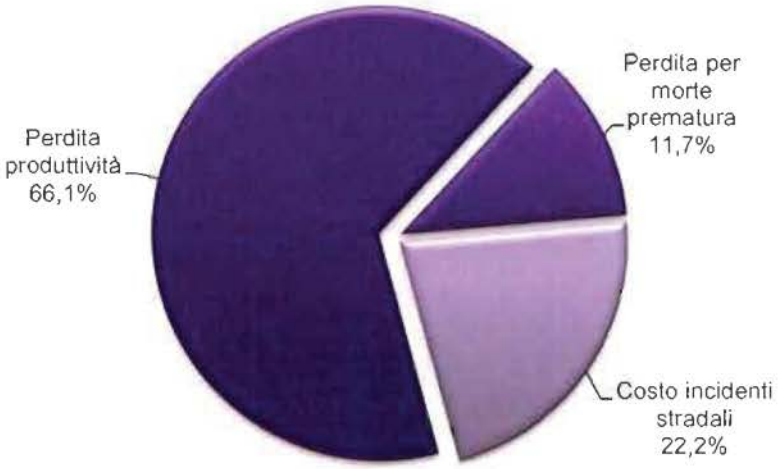
Tabella II.2.8: Stima dei costi per la perdita della capacità lavorativa. Anno 2011

Voci di costo	Costo	Percentuale
Perdita produttività	3.052.584.011,45 €	66,14%
Perdita per morte prematura	539.940.587,65 €	11,70%
Costo incidenti stradali	1.023.153.098,70 €	22,17%
Totale	4.615.677.697,81 €	100,00%

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Figura II.2.16: Distribuzione dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie. Anno 2011

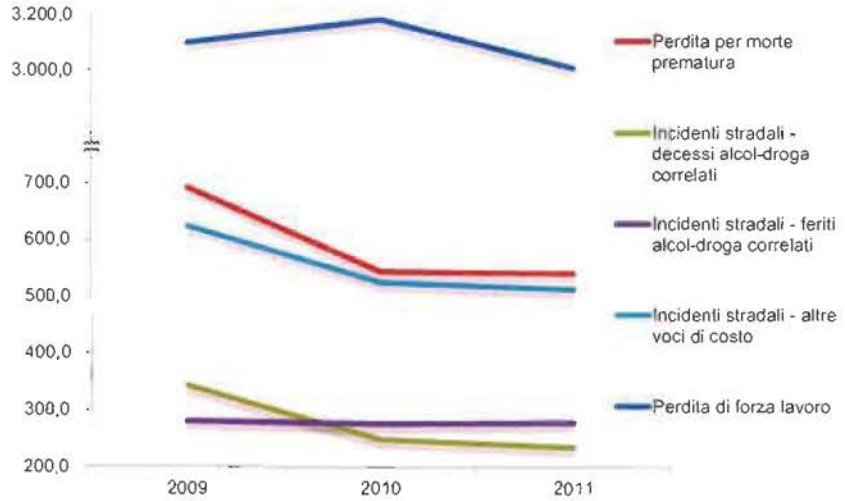
4,6 miliardi di spesa per la perdita della capacità produttiva



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

La seconda voce di costo che incide maggiormente sull'ammontare complessivo, in quota percentuale pari al 16,0% si riferisce al costo derivante dalla perdita di capacità produttiva (4.615.677.697,81 €) in cui figurano, la perdita di produttività in seguito al mancato impiego professionale (3.053 milioni di €), il costo per la perdita di produttività per decesso prematuro (540 milioni di €) ed il costo sociale imputabile ai consumatori in seguito agli incidenti stradali (1.023 milioni di €).

Figura II.2.17: Andamento dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie (dati in migliaia di euro). Anni 2009 - 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2010 in cui i costi per mancata produttività erano pari a 4,77 miliardi di Euro (dato aggiornato al 2012), nel 2011 si osserva una contrazione del 3,3%. Nel triennio 2009-2011 si osserva una sensibile contrazione dei costi inerenti i decessi in incidenti stradali (-31,7%), la perdita per morte prematura (-22,0%) e

altri costi amministrativi legati alla contrazione degli incidenti stradali (-18,0%) (Figura II.2.17).

Tabella II.2.9: Stima dei costi per l'applicazione della legge. Anno 2011

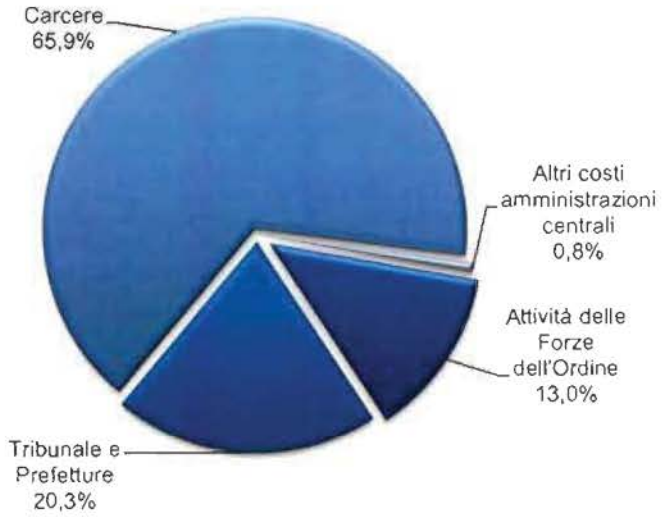
Voci di costo	Costo	Percentuale
Interventi FF.OO.	204.604.327,40 €	13,00%
Detenzione e misure alternative	1.038.013.287,92 €	65,93%
Processi e spese legali	319.832.542,60 €	20,31%
Altri costi amministrazioni centrali	11.983.878,81 €	0,76%
Totale	1.574.434.036,73 €	100,00%

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti incidono sul costo sociale complessivo per il 5,5% circa (1.574.434.037 Euro) (Figura II.2.18), di cui oltre la metà a carico del Ministero della Giustizia per la detenzione di persone denunciate per reati legati al DPR 309/90 o di persone tossicodipendenti recluse per altri reati (Figura II.2.18). Il 13% dei costi per l'applicazione della legge, sono stati sostenuti dalle Forze dell'Ordine nell'ambito delle attività di prevenzione (artt 121 e 75 DPR 309/90) e di contrasto alla produzione, traffico e vendita di stupefacenti, oltre alle attività di controllo sulle strade rivolti a conducenti in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di sostanze stupefacenti (artt 186 e 187 codice della strada).

Figura II.2.18: Distribuzione dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie. Anno 2010

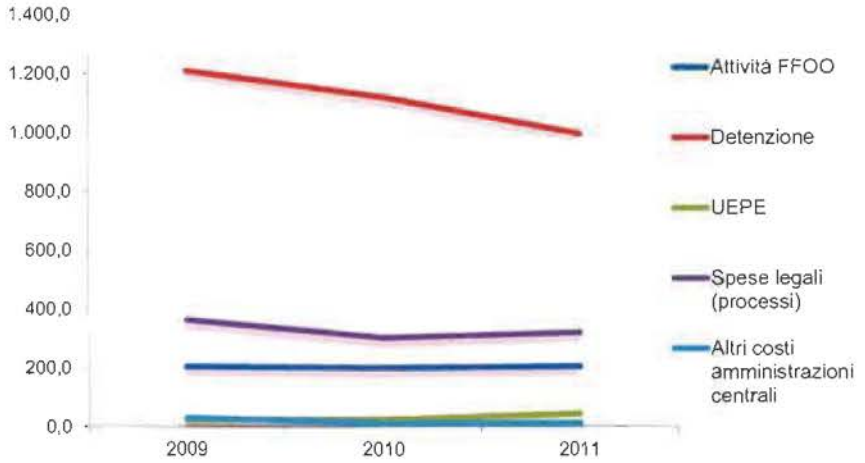
1,6 miliardi il costo per le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di droga



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel triennio di osservazione dal 2009 al 2011 si assiste ad una progressiva contrazione dei costi per la detenzione (-18%) a fronte di un incremento dei costi per le misure alternative alla detenzione a favore di persone tossicodipendenti del 87%. Forte anche la contrazione degli altri costi delle amministrazioni centrali, che nel triennio considerato si è ridotta del 60%.

Figura II.2.19: Andamento dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie (dati in migliaia di euro). Anni 2009 - 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.650.512.216 euro corrispondenti al 5,8% del costo sociale attribuibile al fenomeno; i maggiori costi si rilevano per l'assistenza ambulatoriale erogata dai servizi per le tossicodipendenze (689.167.477 euro), e poco meno per il trattamento di soggetti affetti da patologie infettive (in particolare HIV ed HCV) (circa 622 milioni di euro).

1,65 miliardi di Euro la spesa per l'assistenza socio-sanitaria alle persone in trattamento

L'inserimento dell'utenza assistita dai servizi territoriali in percorsi socio-riabilitativi determina un ulteriore costo di 245 milioni di euro circa, mentre i ricoveri ospedalieri di consumatori di sostanze psicotrope incidono per una quota minima del 3,3% (55 milioni di euro).

Tabella II.2.10: Stima dei costi socio sanitari. Anno 2011

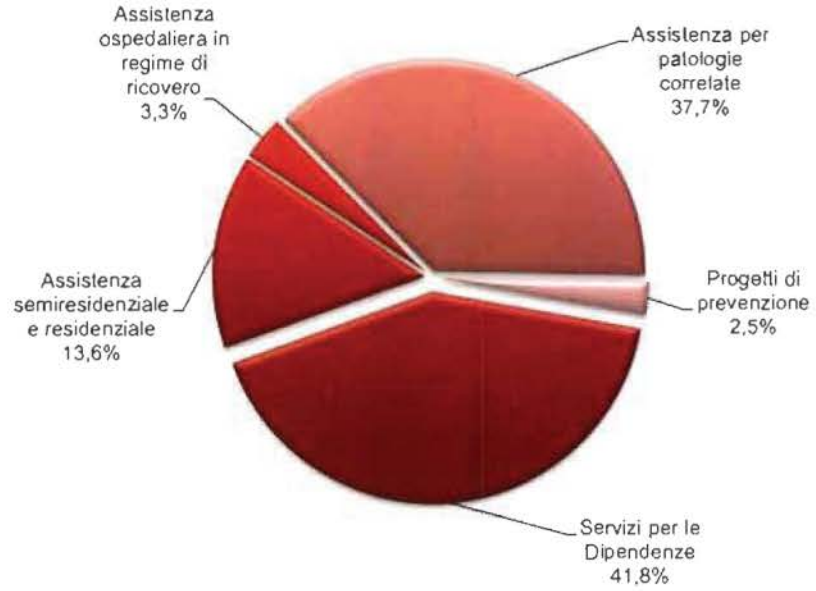
Voci di costo	Costo in Euro	Percentuale
Servizi per le dipendenze	689.167.477,37 €	41,75%
Assistenza semiresidenziale e residenziale	243.638.249,91 €	14,76%
Assistenza ospedaliera in regime di ricovero	54.700.173,37 €	3,31%
Assistenza per patologie correlate	621.614.588,00 €	37,66%
Progetti di prevenzione	41.391.726,93 €	2,51%
Totale	1.650.512.215,58 €	100,00%

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

In termini procapite, considerando i costi sostenuti dai Servizi per le Dipendenze, i costi per l'assistenza residenziale e semiresidenziale, ed i costi per l'erogazione delle terapie per le malattie infettive droga-correlate, il costo medio a carico del singolo cittadino di età 15-64 anni a livello nazionale è pari a circa 40 euro annui, con valori sensibilmente variabili tra le diverse Regioni e Province Autonome, che oscillano tra un minimo di 15 euro per la Regione Calabria ed un massimo di 75 euro annui procapite per la Regione Liguria.

Il costo medio dell'assistenza socio-sanitaria procapite varia da 15 euro annui in Calabria a 75 euro in Liguria

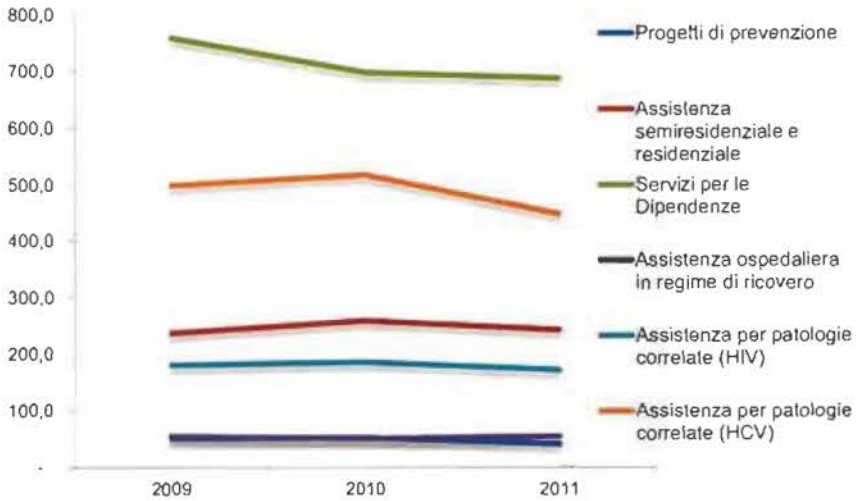
Figura II.2.20: Distribuzione dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2010, i costi per l'assistenza socio-sanitaria subiscono una contrazione del 6,7%. Tra le diverse voci che compongono i costi socio-sanitari, quelle che subiscono la maggior contrazione nel triennio 2009-2011 sono i costi inerenti i progetti di promozione ed attivazione di interventi per la prevenzione (-19,3%) e l'assistenza per le patologie droga-correlate relative alle epatiti C, che si sono ridotte del 13,5% in relazione alla riduzione dell'utenza assistita, accompagnata anche da una contrazione del 9% dei costi sostenuti dai servizi per le dipendenze.

Figura II.2.21: Andamento dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie (dati in migliaia di euro). Anni 2009 - 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.5.3 Stima dei benefici derivanti dal trattamento dei consumatori di sostanze

A completamento dell'analisi sui costi sociali derivanti dal consumo di sostanze stupefacenti, di particolare interesse ed utilità appare l'approfondimento sulla valutazione economica preliminare, oltre che socio-sanitaria che non è oggetto in questo ambito, dell'efficacia degli interventi socio-sanitari sia di tipo ambulatoriale che residenziale.
A tal fine vengono considerate per le analisi due componenti che costituiscono le voci economiche dei benefici derivanti dall'azione socio-sanitaria e riguardano il risparmio derivante dal mancato acquisto delle sostanze da parte dell'utenza in trattamento ed il reddito da lavoro dei soggetti riabilitati e nuovamente reinseriti nel mondo del lavoro.
Per la stima di tali componenti sono stati considerati i soggetti assistiti nel 2012 dai servizi per le tossicodipendenze; sulla base dell'esperienza clinica, che indica nel 70% i soggetti che in seguito al trattamento socio-sanitario vengono reinseriti nella società e nel mondo del lavoro, è stato stimato il contingente di utenti in trattamento nel 2012 che verranno reinseriti nel mondo del lavoro. I risultati del progetto pluriennale sulla valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici, inoltre, evidenziano che il 70% dell'utenza in terapia farmacologica non assume sostanze stupefacenti nel periodo del trattamento.

70% soggetti vengono reinseriti nel mondo del lavoro

Tabella II.2.11: Stima dei benefici diretti(*) tramite terapie (farmacologiche e residenziali): il 70% dei tossicodipendenti trattati smette di usare e acquistare sostanze stupefacenti per tutto l'anno. Anno 2012

Soggetti	Min (€ 50,00/gg)	Max (€ 200,00/gg)
Utenti in trattamento rispondenti alla terapia (114.871)	2.096.390.275,00 €	6.088.147.100,00 €

(*) Benefici diretti = costo della dose giornaliera x 365 gg

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Sulla base di tali evidenze cliniche, ed utilizzando la stima sui consumi medi giornalieri della popolazione tossicodipendente sono stati stimati gli importi dei benefici diretti raggiunti tramite le terapie quantificando da un minimo di 2.100 milioni di Euro ad un massimo di 6.088 milioni di Euro, il mancato introito della criminalità per il mancato uso di sostanze da parte dell'utenza in trattamento farmacologico.

Almeno 2.100 milioni di euro come benefici da mancato uso di sostanze

Tabella II.2.12: Stima dei benefici diretti derivante dall'inserimento nel mondo del lavoro dell'utenza che conclude il trattamento con successo (circa il 70% dei tossicodipendenti). Anno 2012

Soggetti	Reddito medio annuo	Benefici complessivi
Utenti in trattamento reinseriti nel mondo del lavoro (114.871)	32.372,17 €	3.718.613.828,42 €

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

A questo importo vanno aggiunti gli altri benefici diretti derivanti dal reinserimento nel mondo del lavoro dell'utenza in trattamento farmacologico in assenza di consumo di sostanze o che termina il percorso assistenziale socio-riabilitativo, stimabili in ulteriori 3.719 milioni di Euro, per un totale di almeno 6 miliardi di Euro circa.

Circa 3.719 milioni di euro come benefici da reinserimento lavorativo

In conclusione si può stimare che, a fronte di ogni miliardo circa di euro annui investiti dalle Regioni e Province Autonome per l'assistenza socio-sanitaria, deriva un beneficio diretto di circa sette, un terzo dei quali derivanti dal mancato

Per ogni euro investito se ne hanno 6 di benefici

introito alle mafie e i rimanenti due terzi derivanti dal reddito produttivo dei soggetti riabilitati.

II.2.5.4 Aspetti metodologici

Nella prima parte di questo paragrafo sono descritte le fonti ed i flussi informativi utilizzati ai fini della valorizzazione economica dei costi sociali conseguenti al consumo di sostanze illecite, mentre la seconda parte è dedicata alla descrizione dei criteri metodologici adottati per l'analisi dei flussi informativi ed il calcolo delle stime delle numerose componenti di costo.

Fonti e flussi informativi

Fonti informative: Amministrazioni Centrali e Regionali

Al fine della valorizzazione economica delle diverse componenti di costo imputabili al consumo di stupefacenti, sono state consultate sia le Amministrazioni Centrali (Ministeri dell'Interno, della Salute, della Giustizia e dell'Economia e delle Finanze) che gli Assessorati delle Regioni e Province Autonome.

Flussi informativi delle Amministrazioni Centrali

In particolare le informazioni rilevate dalle amministrazioni centrali hanno riguardato i soggetti in carico ai Ser.T. e i ricoveri con diagnosi correlata al consumo di sostanze (Ministero della Salute), quelli segnalati ai Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture per possesso di sostanze stupefacenti ai sensi dell'art. 75 del Testo Unico in materia di tossicodipendenze DPR 309/90 ed i soggetti in trattamento presso le comunità terapeutiche (Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno), i soggetti denunciati e/o transitati negli istituti penitenziari in qualità di indagati/imputati o condannati per reati penali specificamente connessi alla normativa in materia, i sequestri di sostanze stupefacenti e i decessi per abuso di sostanze (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno), i soggetti feriti o deceduti in seguito ad incidente stradale sotto l'effetto di alcool o sostanze stupefacenti (Polizia di Stato del Ministero dell'Interno), gli adulti detenuti tossicodipendenti o comunque in carcere per reati inerenti la normativa in materia e i soggetti minorenni transitati presso i diversi servizi della giustizia minorile (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e Dipartimento della Giustizia Minorile).

Con riferimento al Ministero dell'Economia e delle Finanze, sono stati acquisiti dalla Ragioneria Generale dello Stato i dati relativi alla "Rilevazione dei costi per l'anno 2011 – Riconciliazione con il rendiconto Generale dello Stato - , da cui sono stati rilevati i costi sostenuti dalle amministrazioni centrali coinvolte a vario titolo nelle azioni di contrasto e gestione delle tossicodipendenze.

In tale sistema i costi vengono rilevati, per ogni Amministrazione centrale dello Stato, con riferimento: a) alla responsabilità organizzativa, attraverso il piano dei Centri di costo; b) alla natura, ossia alle caratteristiche fisico-economiche delle risorse utilizzate mediante il piano dei conti; c) alla finalità o destinazione, in relazione ai risultati da perseguire, rappresentati dalla nuova classificazione per missioni[4] e per programmi[5] che recepisce la legge di Bilancio 2008.

Flussi informativi regionali

Dal punto di vista delle Regioni e Province Autonome, nell'ambito dell'annuale richiesta dati per la stesura della Relazione al Parlamento, sono state richieste informazioni relative ai costi sostenuti per specifiche attività progettuali

[4] rappresentano le funzioni principali e gli obiettivi strategici perseguiti con la spesa pubblica, costituiscono una configurazione politico istituzionale delle poste di bilancio tendenzialmente stabile nel tempo e indipendente dall'organizzazione amministrativa del Governo.

[5] rappresentano aggregati omogenei di attività poste in essere da ciascuna Amministrazione per il raggiungimento delle proprie finalità, volti a perseguire un risultato comune, inteso – ove possibile - come impatto dell'azione pubblica sui cittadini e sul territorio.

(prevenzione primaria e secondaria, trattamento, reinserimento) e per l'assistenza erogata alle persone che si sono rivolte ai servizi socio-sanitari (informazioni attinte dai bilanci regionali e della contabilità analitica per centro di costo/responsabilità delle aziende sanitarie).

Metodi di stima dei costi sociali

Per ciascuna macro-categoria di costo individuata in precedenza e relative sottovoci di costo, sulla base dei flussi informativi disponibili presso le Amministrazioni Centrali e Regionali, sono stati applicati opportuni criteri di quantificazione delle componenti di costo da attribuire al fenomeno del consumo di stupefacenti.

Metodi di stima dei costi per l'acquisto delle sostanze stupefacenti

Per quanto riguarda l'acquisto delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, i criteri metodologici adottati nelle edizioni precedenti, basati sulla stima del consumo di stupefacenti calcolata partendo dai quantitativi di sostanze sequestrate dalle Forze dell'Ordine, sono stati rivisti alla luce di nuove metodologie di stima. Tali metodologie sono sempre improntate sulla stima della domanda di sostanze stupefacenti, ma sono basate su ipotesi di consumo di droga da parte della popolazione, partendo dalle stime dei consumatori classificati in categorie sulla base della frequenza dei consumi, secondo differenti ipotesi. Attribuendo un consumo medio giornaliero, settimanale o mensile per ciascuna categoria di consumatore ed applicandolo al contingente di consumatori stimato per ciascuna categoria, sono stati calcolati, quindi, i relativi costi derivanti dall'acquisto delle sostanze.

Tabella II.2.13: Stima dei consumatori di sostanze stupefacenti per tipologia. Anni 2011-2012

Consumatori	Minimo	Massimo
Totale consumatori (di cui):	2.127.000	2.548.000
• Tossicodipendenti attivi (di cui):	210.000	345.000
- tossicodipendenti in trattamento (di cui):	164.101	164.101
➢ Tossicodipendenti non rispondenti alla terapia farmacologica	49.230	49.230
- tossicodipendenti non in trattamento	45.899	180.899
• Consumatori occasionali	1.917.000	2.203.000

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.14: Costo medio die/settimanale/annuo secondo due ipotesi di minimo e massimo, per tipo di consumatore

Costi individuali	Min € / die	Max € / die	Min annuale €	Max annuale €
Tossicodipendenti	€ 50,00	€ 200,00	€ 18.250,00	€ 73.000,00
Costi individuali	**Min € / sett.**	**Max € / sett.**	**Min annuale €**	**Max annuale €**
Consumatori occasionali	€ 50,00	€ 200,00	€ 2.600,00	€ 10.400,00

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.15: Stima dei costi per acquisto di sostanze stupefacenti per tipologia di consumatore. Anni 2011-2012

Consumatori	Minimo		Massimo	
Consumatori occasionali	1.917.000		2.203.000	
Tossicodipendenti attivi (con consumazione quotidiana)	95.129		230.129	
Costi individuali	**Min (milioni € / anno)**	**Max (milioni € / anno)**	**Min (milioni € / anno)**	**Max (milioni € / anno)**
Consumatori occasionali	€ 4.984,20	€ 19.936,80	€ 5.727,80	€ 22.911,20
Tossicodipendenti attivi (con consumazione quotidiana)	€ 1.736,11	€ 6.944,44	€ 4.199,86	€ 16.799,44
Totale costi consumo sostanze	€ 6.720,31	€ 26.881,24	€ 9.927,66	€ 39.710,64

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.16: Stima dei costi (milioni di Euro) per acquisto di sostanze stupefacenti per tipologia di consumatore. Anno 2011

Costi individuali	Ipotesi bassa	Ipotesi media	Ipotesi alta
Consumatori problematici	7.066,57 €	8.479,88 €	10.317,19 €
Consumatori ricreazionali	7.233,80 €	8.805,63 €	10.850,70 €
Consumatori occasionali	2.446,79 €	2.446,79 €	3.670,19 €
Totale	16.747,16 €	19.732,30 €	24.838,08 €

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto delle stime definite dalle due fonti informative indipendenti (Amministrazioni Centrali e Regionali; Forze dell'Ordine) concordano su un valore medio dello stesso ordine di grandezza, che ha motivato la scelta di adottare il valore medio calcolato come media degli importi derivanti dalle diverse ipotesi.

Criteri per il calcolo dei costi per l'applicazione della Legge

I costi derivanti dall'applicazione della legislazione sono caratterizzati da diverse componenti che spaziano dagli interventi delle Forze dell'Ordine in applicazione del DPR 309/90 e degli artt. 186/187 del codice stradale, agli interventi dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture, ai provvedimenti penali attuati dalle diverse Direzioni del Ministero della Giustizia (dalle spese processuali ai costi per la detenzione, all'applicazione delle misure alternative alla detenzione), infine ai costi per le attività svolte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in attuazione della normativa vigente in materia di tossicodipendenze.

Ciascuna di queste componenti è stata stimata valorizzando il costo del personale ed il costo di beni e servizi impiegati nelle attività di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti. In generale, la stima del costo del personale è stata ottenuta applicando il costo medio per unità di personale, al numero complessivo di unità impiegate nel periodo di riferimento per le attività di contrasto. Il costo per beni e servizi è stato valorizzato applicando la quota percentuale del costo del personale per attività di contrasto sul costo del personale complessivo, al costo complessivo per beni e servizi.

A titolo esemplificativo, il costo del personale delle Forze dell'Ordine per le attività di prevenzione art.75 DPR 309/90 è stato calcolato secondo i seguenti punti:

1) stima del tempo persona impiegato per singola segnalazione ex art. 75 DPR 309/90 sulla base di interviste a testimoni privilegiati;

2) calcolo delle unità di personale (in anni persona) complessivamente impiegate per le segnalazioni ex art. 75 (dati forniti dalla Direzione Centrale per la Documentazione Statistica del Ministero dell'Interno), come prodotto del tempo persona per singola segnalazione al numero complessivo di segnalazioni effettuate per organo segnalante (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza);
3) stima del costo complessivo del personale per segnalazioni ex art 75, come applicazione del costo medio per unità di personale al numero complessivo di unità impiegate in attività di prevenzione per singola segnalazione ex art 75 nel periodo di riferimento. Il costo medio per unità di personale è stato calcolato sulla base dei dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, come rapporto tra costo complessivo del personale, per singolo organo segnalante, e volume complessivo di personale (in anni persona).

Tabella II.2.17: Stima dei costi (milioni di Euro) per gli interventi delle FF.OO. per le attività di prevenzione e contrasto. Anno 2011

Voci di costo	Numero interventi FF.OO.	Costo medio per intervento	Costo totale (Milioni di Euro)
Segnalazioni art 75	49.778	385 €	19,19 €
Denunce Artt 73/74	36.796	1.934 €	71,15 €
Controlli Artt. 186/187 (di cui):	1.845.192		
Negativi	1.802.280	26 €	46,19 €
Positivi art. 186	39.295	277 €	10,88 €
Positivi art. 187	3.617	415 €	1,50 €
Interventi NOT			33,10 €
Costi generali (FFOO)			22,60 €
Totale			204,61 €

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero dell'Interno e R.G.S.

Tale procedura è stata applicata anche per il costo dei procedimenti penali ed i dibattimenti processuali in seguito alle denunce di soggetti per i reati inerenti la produzione, il traffico e la vendita di sostanze stupefacenti (artt. 73 e 74 DPR 309/90) o altri reati commessi da tossicodipendenti. Definito il numero medio di udienze per denuncia e calcolato il numero complessivo di udienze effettuate in applicazione del DPR 309/90, sulla base del costo unitario per tipologia di unità di personale impiegato, e del numero di unità di personale (in anni persona) impiegate in tali dibattimenti, è stato calcolato il costo complessivo del personale, applicando il costo unitario per tipologia di unità di personale al contingente di avvocati e giudici (in anni persona) impiegati nell'applicazione della normativa sugli stupefacenti.

Tabella II.2.18: Stima dei costi (milioni di Euro) per le attività processuali. Anno 2011

Voci di costo	Numero processi	Costo medio per intervento	Costo totale (Milioni di Euro)
Spese legali	39.826	3.740,86	148,98 €
Costi processi artt 73/74	39.826	2.907,50	115,79 €
Costi generali			55,05 €
Totale			319,83 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S.

Con riferimento ai costi sostenuti dal Ministero della Giustizia in seguito alla detenzione di soggetti negli istituti penitenziari per reati legati al DPR 309/90 e/o tossicodipendenti, la stima è stata ottenuta parametrizzando il costo complessivo

del personale, in base alla quota parte di tali detenuti presenti al 31.12.2011 del periodo di riferimento (dati forniti dal Ministero della Giustizia - Direzione Amministrazione Penitenziaria) sul totale detenuti. Analogo criterio è stato adottato per la stima del costo del personale operante presso gli Uffici di Esecuzione Penale Esterna del D.A.P., per gli incarichi gestiti nell'anno relativi alle misure alternative alla detenzione a favore di persone che hanno fruito dell'art. 94 del DPR 309/90.

Tabella II.2.19: Stima dei costi (milioni di Euro) per detenzione di tossicodipendenti negli istituti penitenziari. Anno 2011

Voci di costo	Numero detenuti tossicodipendenti	Costo medio annuo per detenuto (migliaia di Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Adulti	24.060	41,18 €	990,69 €
Minori	83	41,18 €	3,42 €
Totale	24.143	41,18 €	994,10 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S

Tabella II.2.20: Stima dei costi (milioni di Euro) per affidamento dei tossicodipendenti alle pene alternative. Anno 2011

Voci di costo	Costo totale personale (Migliaia di Euro)	Coefficiente interventi per tossicodipendenti	Costo totale (Milioni di Euro)
Personale	148.728,81 €	26,6%	43,91 €

Fonte: Eleborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S.

Tabella II.2.21: Stima dei costi (milioni di Euro) per assistenza ospedaliera a consumatori di sostanze. Anno 2011

Tipologia di ricovero	Numero ricoveri	Costo totale (Milioni di Euro)
Ricoveri ordinari	21.406	54,28 €
Ricoveri diurni o DH	1.725	0,42 €
Totale	23.131	54,70 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

Tabella II.2.22: Stima dei costi (milioni di Euro) per assistenza per patologie correlate. Anno 2011

Voci di costo	Utenti in trattamento	Costo unitario per annualità (Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Trattamento HIV	14.400	12.000 €	172,80 €
Trattamento HCV	22.441	20.000 €	448,82 €
Totale	36.841		621,61 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

Più agevole la rilevazione dei costi inerenti la terza macrocategoria di costo, quella riferita all'assistenza socio-sanitaria e di competenza delle singole Regioni e Province Autonome. Dai bilanci regionali, infatti, è possibile desumere i finanziamenti erogati a favore dei progetti specifici per il settore delle tossicodipendenze e delle strutture socio-riabilitative. Dalla contabilità analitica per centro di costo/ di responsabilità delle Aziende sanitarie, inoltre, le Amministrazioni Regionali hanno dedotto i costi imputabili alle attività erogate

dai Servizi per le Dipendenze. Altra voce di costo ascrivibile all'area sanitaria riguarda la valorizzazione economica dei ricoveri erogati a pazienti che in diagnosi principale o secondaria presentano l'uso o l'abuso di sostanze psicotrope. Il costo per l'ospedalizzazione di assuntori di stupefacenti è stato stimato applicando ai ricoveri, classificati per DRG (Diagnosis Related Group, sistema di classificazione dei ricoveri per gruppi omogenei isorisorse), la corrispettiva tariffa nazionale dei DRG classe C 436/07.

La valorizzazione dell'ultima macrocategoria riferita alla perdita di produttività derivante dalla riduzione della capacità lavorativa dei consumatori di stupefacenti, è stata stimata sull'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze. Sulla base dei dati forniti dai servizi stessi (utenza assistita, utenza occupata professionalmente, utenza dimessa per conclusione del trattamento), è stato stimato il contingente di assistiti in età produttiva, potenzialmente inseribili nel mondo del lavoro secondo l'attuale tasso di occupazione, quindi la stima economica della perdita di produttività secondo una retribuzione media, a parità di titolo di studio, desunta dai settori industria ed agricoltura.

A questa stima sono stati aggiunti anche i costi sociali attribuibili alle persone decedute prematuramente per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti, valorizzati secondo i parametri pubblicati dall'ACI / ISTAT per la valorizzazione dei costi sociali delle persone decedute in seguito ad incidente stradale. Con riferimento a quest'ultima voce, è stato stimato, ed inglobato in questa macrocategoria, anche il costo sociale per gli incidenti stradali correlati all'uso di sostanze stupefacenti.

Tabella II.2.23: Stima dei costi (milioni di Euro) per perdita capacità produttiva. Anno 2011

Voci di costo	Soggetti	Costo unitario per annualità (Euro)	Costo totale (Milioni di Euro)
Utenza in trattamento reinseribile (al netto del tasso di disoccupazione)	93.332	32.706,57 €	3.052,58 €
Decessi per overdose	362	1.491.548,58 €	539,94 €
Incidenti stradali - decessi alcol-droga correlati	157	1.491.548,58 €	234,17 €
Incidenti stradali -Feriti alcol-droga correlati	9.567	28.995,86 €	277,40 €
Incidenti stradali - altre voci di costo		1.450,92 €	511,58 €
Totale			4.680,64 €

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

PAGINA BIANCA

CAPITOLO II.3.

ATTIVITÀ ISTITUZIONALE DEL DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA IN AMBITO EUROPEO E INTERNAZIONALE

II.3.1 Sintesi dell'attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale

II.3.2 Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l'Osservatorio Europeo di Lisbona (EMCDDA)

PAGINA BIANCA

II.3 ATTIVITA' ISTITUZIONALE DEL DIPARTIMENTO PER LE POLITICHE ANTIDROGA IN AMBITO EUROPEO E INTERNAZIONALE

II.3.1. Sintesi dell'attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale

Ambiti di intervento

Nell'anno 2012 il Dipartimento Politiche Antidroga ha rafforzato ulteriormente l'attività in ambito internazionale sia con gli organismi istituzionali europei, sia con gli enti internazionali sia attraverso accordi bilateri.

ONU - CND

L'attività italiana alle Nazioni Unite è caratterizzata principalmente dalla partecipazione alla Commissione Stupefacenti (CND), istituita dal Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC) con la risoluzione 9 (I) del 16 febbraio 1946, quale suo organo sussidiario in materia di droga. La 55esima sessione della Commissione Stupefacenti, tenutasi a Vienna dal 12 al 16 marzo 2012, ha costituito, come ogni anno, il principale evento nell'ambito delle Nazioni Unite per discutere sul problema globale della droga e concordare strategie internazionali comuni per affrontarlo. Questa sessione ha rappresentato, come avvenuto per la 54esima sessione, un momento molto importante per l'Italia essendo stata approvata la risoluzione dell'Unione Europea *"Promuovere strategie e misure orientate ai bisogni specifici delle donne nel quadro di programmi e strategie completi e integrati per la riduzione della domanda"*, di cui proprio l'Italia era stata promotrice in sede europea. Per la prima volta è stata approvata una risoluzione specifica che tiene conto delle differenze di genere nell'uso di droga e tossicodipendenza.

L'obiettivo principale di questa risoluzione consiste nell'incoraggiare gli Stati membri a sviluppare linee guida e attuare le azioni necessarie per rispondere efficacemente alle esigenze specifiche delle donne in tutti gli aspetti del trattamento, e di promuovere strategie e interventi orientati al genere per le donne a rischio. Allo stesso tempo, tali azioni dovrebbero contribuire a combattere i fenomeni correlati alla discriminazione e alla violenza psicologica nei confronti delle donne. Oltre all'Unione Europea, hanno assunto un forte impegno a finanziare e realizzare nel loro paese tale risoluzione: Stati Uniti, Israele, El Salvador, Ucraina, Filippine, Croazia, Albania, Perù, Tailandia.

Accordi bilaterali Italia - USA

In seguito agli importanti accordi di collaborazione stretti in precedenza tra Italia e Stati Uniti, il 2012 ha visto l'intensificarsi dei rapporti bilaterali tra i due paesi al fine di implementare la collaborazione in materia di prevenzione, ricerca nel campo delle neuroscienze e riabilitazione delle persone dipendenti da droghe, nonché delle politiche/strategie generali di azione. I seguiti di tali collaborazioni si sono concretizzati soprattutto in un proficuo e continuo scambio di informazioni tra le rispettive istituzioni.

Accordi internazionali: Dichiarazione di Stoccolma

Partendo dall'importante alleanza con gli USA, l'Italia s'è adoperata per il rafforzamento delle partnership internazionali (con paesi europei e non) per lo sviluppo e l'attuazione di strategie fondate su dati scientifici e diritti umani in linea con le convenzioni ONU sulle droghe.

Dal 21 al 23 maggio si è svolta a Stoccolma la terza edizione del Forum Mondiale contro la droga – *World Federation Against Drugs* – che si è concentrato su tre temi fondamentali: i diritti umani e i diritti dei minori che devono essere protetti dalla droga; i problemi legati all'uso delle sostanze illegali e il traffico dell'America Latina; la prevenzione primaria e il suo ruolo nella politica sulle droghe. Durante il Forum il Dipartimento ha siglato assieme ad altri Stati, tra cui Svezia, Russia, Regno Unito e Stati Uniti d'America, un'importante dichiarazione congiunta per la promozione di politiche antidroga comuni basate su prove scientifiche e sulla ricerca, perseguendo un approccio bilanciato che privilegia la

prevenzione e un recupero delle persone tossicodipendenti che combini un'efficace attività di *enforcement* mirata alla riduzione dell'offerta di droghe, con gli sforzi per ridurre la domanda.

ONU
UNODC – INCB

Nel corso del 2012 inoltre è stata mantenuta l'attività di collaborazione sinergica con le principali organizzazioni competenti in materia di droga delle Nazioni Unite, in particolare con l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC), l'Organismo delle Nazioni Unite impegnato nella lotta contro la droga e la criminalità internazionale, al quale il Dipartimento ha rinnovato per l'anno 2012 la sua partecipazione al Programma congiunto, avviato nell'anno 2009, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in materia di trattamento e cura della tossicodipendenza nella regione dei Balcani. L'obiettivo del programma consiste nella riduzione della domanda di sostanze illecite, nell'alleviare la sofferenza e nel diminuire i danni correlati alla droga per individui, famiglie, comunità e società. La cooperazione tra i due organismi in questo settore è fondamentale e mira a promuovere trattamenti e cure efficaci per tossicodipendenti, e a rafforzare gli obblighi specifici assunti da tutti gli attori nazionali e internazionali interessati, per quanto riguarda le loro responsabilità nel contrasto al problema mondiale della droga.

Ad ottobre ha inoltre preso avvio un'importante iniziativa finalizzata alla formazione dei *policy makers* che ha visto coinvolte diverse aree geografiche regionali; in particolare Asia orientale e centrale, America centrale e Africa settentrionale. L'iniziativa congiunta con UNODC, *"Prevention Strategy and Policy Makers"*, ha mirato a diffondere gli standard internazionali dell'UNODC in materia di prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti e di supportare i *policy makers* nella creazione di un sistema di prevenzione nazionale incentrato sulla salute e basato sull'evidenza scientifica. L'iniziativa in questione ha previsto la creazione di centri di prevenzione regionali e la formazione di *policy makers* al fine di fornire a quest'ultimi strumenti concreti per il miglioramento del loro sistema nazionale di prevenzione, garantendo tra l'altro un insieme di programmi e materiali efficaci in materia di prevenzione. All'interno di tale iniziativa, ha avuto luogo a Roma, il 9 e 10 ottobre la conferenza *"Prevention Strategy and Policy Makers a "Solidarity Consortium"*, i cui partecipanti sono stati invitati a prendere parte a due eventi satelliti, uno organizzato dalla National Association of Drug Court Professionals (NADCP), avente in oggetto la promozione di modelli giudiziari alternativi per i reati correlati alla droga, e l'altro organizzato dall'Istituto Interregionale delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI), incentrato sul miglioramento dei loro sistemi di monitoraggio delle sostanze stupefacenti, al fine di rafforzare le capacità delle amministrazioni nazionali di controllo.

Anche nel 2012 il DPA, in collaborazione con altre Amministrazioni competenti, ha coordinato e predisposto la compilazione del questionario ARQ (*Annual Report Questionnaire*), con i dati in possesso del 2011, nel rispetto degli obblighi di rapporto della Convenzione del 1961 delle Nazioni Unite e del questionario sulle nuove sostanze psicoattive. I questionari vertono rispettivamente: il primo sul funzionamento dei trattati internazionali dediti al controllo degli stupefacenti e la misurazione dei progressi del Piano d'azione nazionale e della Dichiarazione Politica; il secondo sul reperimento di tutte le informazioni utili sulle nuove sostanze psicoattive identificate e in uso sul territorio nazionale degli Stati membri per l'aggiornamento del rapporto UNODC del 2011 *"Cannabinoidi sintetici nei prodotti a base di erbe"*, al fine di fornire un tempestivo strumento informativo per tutti gli Stati e le autorità competenti.

Il DPA ha promosso inoltre due riunioni di coordinamento con altre Amministrazioni interessate, al fine di presentare la propria posizione in merito alla richiesta boliviana di riadesione con riserva alla Convenzione Unica del 1961 delle Nazioni Unite.

E' proseguita inoltre nel corso del 2012 il lavoro con l'Organo Internazionale di Controllo sugli Stupefacenti (INCB), l'organismo indipendente e di monitoraggio dell'attuazione delle Convenzioni internazionali delle Nazioni Unite per il controllo della droga, attraverso la trattazione e compilazione di questionari inviati dall'INCB al fine di monitorare le tendenze attuali ed emergenti nell'abuso di droghe. Il Dipartimento in particolare ha provveduto, in collaborazione con le altre amministrazioni competenti, alla trattazione, alla compilazione, alla spedizione del questionario relativo all'attuazione della raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e riduzione dei danni alla salute correlati alla tossicodipendenza.

Attività UE – HDG

L'attività italiana nell'ambito dell'Unione Europea è caratterizzata dall'attiva e costante partecipazione al lavoro del Gruppo Orizzontale Droga (HDG), il Gruppo di lavoro interdisciplinare del Consiglio dell'Unione Europea che ha il compito di avviare, controllare e coordinare tutte le attività riguardanti il settore della droga, elaborando la politica antidroga del Consiglio.

Nei primi mesi dell'anno, la delegazione coordinata dal DPA si è impegnata al fine di promuovere una risoluzione europea in materia di promozione di strategie e misure orientate ai bisogni specifici delle donne da presentare in occasione della 55ma sessione della Commissione Stupefacenti. Attraverso un importante lavoro svolto nel corso delle riunioni dell'HDG, tenutesi nei mesi di gennaio, febbraio e marzo, l'Italia è riuscita ad ottenere che l'Europa si presentasse unita alla Commissione Stupefacenti, con un testo presentato dalla presidenza di turno dell'Unione, la Danimarca, approvato in seguito alla Commissione Stupefacenti.

Nuova Strategia Europea

Notevole è stato inoltre il contributo per la realizzazione della nuova Strategia europea sulle droghe per il periodo 2013-2020, documento che fornisce un quadro comune e basato sulle evidenze scientifiche per rispondere al fenomeno della droga. La strategia deriva da un'azione coordinata condotta a livello europeo per rispondere all'esigenza di affrontare in un contesto globale le problematiche droga-correlate. La strategia mira a contribuire alla riduzione della domanda e dell'offerta di droga all'interno dell'Unione europea, nonché ad una riduzione delle problematiche a livello sanitario e sociale correlate al consumo e diffusione delle droghe, attraverso un approccio strategico che sostiene e integra le politiche nazionali, fornendo un quadro per azioni coordinate e congiunte. In merito ai due settori di intervento previsti dalla Strategia – rispettivamente la riduzione della domanda di droga e la riduzione dell'offerta di droga – il Dipartimento ha svolto un ruolo attivo nel corso della discussione, rimarcando la necessità di un loro approccio bilanciato.

Attività UE – Coordinatori Nazionali

Il Dipartimento ha preso parte alle attività dei Coordinatori Nazionali Antidroga. Le riunioni dei suddetti sono indette due volte l'anno dalla Presidenza del Consiglio dell'Unione Europea, secondo quanto stabilito dal Piano d'Azione dell'UE in materia di lotta contro la droga 2009-2012. Lo scopo di questi incontri consiste nel garantire un efficace coordinamento e un impatto reale sul piano strategico su questioni specifiche e/o urgenti. Gli argomenti discussi in queste riunioni sono decisi dallo Stato che detiene la Presidenza del Consiglio dell'UE.

Il Dipartimento in particolare è stato inoltre chiamato come "paese mentore" a presentare la propria *expertise* alla riunione dei coordinatori nazionali sulle politiche antidroga, tenutasi lo scorso settembre 2012 a Cipro, durante il semestre di presidenza cipriota.

Attività UE – Varie

L'attività europea del Dipartimento prevede anche la partecipazione e la collaborazione per la compilazione di questionari inviati dalle istituzioni dei paesi europei. Per la realizzazione di tale attività il Dipartimento ha coinvolto e coordinato le altre amministrazioni centrali italiane competenti. Nello specifico per il 2012, il Dipartimento ha partecipato alle seguenti iniziative:

- questionario per i servizi che forniscono interventi nel campo della prevenzione della droga alle minoranze etniche, ai migranti e immigrati;

- questionario sulle donne e accesso al trattamento;
- questionario sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e riduzione dei danni alla salute correlati alla tossicodipendenza;
- questionario *"Verso una più efficace risposta europea alle droghe"*;
- intervista sul tema del trattamento sostitutivo nell'ambito della cura della dipendenza proposta all'interno del progetto di ricerca europeo ALICERAP (Addiction and Lifestyles in Contemporary Europe - Reframing Addictions Project).

Foundraising: Unione europea – Programmi di finanziamento – progetto S.O.N

Oltre a queste attività il Dipartimento considera di essenziale rilevanza l'attiva di *foundraising*. A tale proposito il Dipartimento è parte attiva nel promuovere e/o sostenere nuovi progetti sia a carattere europeo che internazionale, verso una politica contro la droga sempre più efficace.

Nello specifico, nell'ambito del Programma europeo di prevenzione e lotta alla criminalità (ISEC), il Dipartimento è impegnato nell'esecuzione del progetto cofinanziato dalla Commissione europea "*Save Our Net (S.O.N.): Drug Sale and Trade under Attack. Let the Civil Society give Minors a Safer Internet*" il cui obiettivo principale è l'elaborazione di una nuova ed efficiente metodologia per monitorare e disincentivare la vendita e il traffico di sostanze dannose on-line da parte dei minori e, nel contempo, la realizzazione di campagne di informazione sui pericoli della rete rivolte ai genitori. Il Dipartimento ha coinvolto nel progetto alcuni enti partner (DCSA, Agenzia delle Dogane, ULSS 20 Verona, Moige, Age) per sviluppare una metodologia di lavoro che sia multidisciplinare e coordinata, così da poter operare con successo in un campo assai fluido, quello del commercio delle sostanze on-line. L'Accordo con la Commissione europea è stato firmato nel mese di novembre 2011 dando inizio ufficialmente al progetto. Nel 2012 sono state avviate importanti attività quali lo studio comparativo delle normative e legislazioni esistenti in materia negli Stati membri dell'UE e non solo, al fine di poter elaborare delle linee guida per il contrasto efficace della vendita a minori attraverso la rete di sostanze potenzialmente dannose per la salute. Inoltre si è dato avvio al Gruppo di lavoro interdisciplinare che coinvolge esperti dei diversi enti partner. Il progetto ha ricevuto da parte della Commissione la proroga di sei mesi e pertanto si concluderà nel maggio 2014.

Unione europea – Progetto ERANID

Ancora in ambito europeo e all'interno del 7° Programma Quadro per la Ricerca per il periodo 2007-2013, il Dipartimento ha partecipato attivamente all'elaborazione della proposta progettuale di ERANID (ERA-NET sulle droghe illecite), presentata alla Commissione europea nel febbraio 2012 per poter dar vita ad un consorzio di Stati europei che valorizzi la ricerca comune in materia di droghe. Il DPA, leader del Pacchetto di lavoro che riguarda la Comunicazione e la Diffusione dei risultati di ERANID, ha firmato quale partner del Consorzio, l'accordo con la Commissione che ha dato ufficialmente il via al Progetto che coinvolge istituzioni di sei Stati coordinate dai Paesi Bassi.

Gruppo di Dublino

Il Dipartimento ha partecipato anche alle riunioni semestrali del Gruppo di Dublino, organismo di coordinamento informale delle politiche di cooperazione regionale, composto da 27 Stati membri dell'UE, Commissione europea, Stati Uniti, Australia, Norvegia e Giappone, che ha continuato ad operare attivamente nel corso del 2012. Il Dipartimento ha favorito il coordinamento della delegazione italiana, che anche nel 2012, ha detenuto la Presidenza regionale del minigruppo di Dublino che monitora l'Asia centrale, intesa come Tagikistan, Uzbekistan, Kazakistan, Kirghizistan, Turkmenistan.

Attività Consiglio d'Europa

L'attività italiana nell'ambito del Consiglio d'Europa è caratterizzata dell'attiva partecipazione al Gruppo Pompidou, organismo intergovernativo di cooperazione per la lotta all'abuso e al traffico illecito di droga, che consente ai 37 Stati membri di condividere politiche e prassi nazionali con l'obiettivo di uniformare e rendere coerenti ed efficaci le rispettive azioni e strategie.

La politica del Gruppo segue il programma di lavoro approvato per il periodo 2011-2014. Esso prevede un bilanciamento maggiore tra la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta, potenziando quest'ultima, e mira allo sviluppo di una strategia multidisciplinare e di una sempre più stretta cooperazione tra i vari Stati membri. Il Dipartimento ha inoltre partecipato alla consultazione informale relativa alla richiesta di accessione al Gruppo da parte della Repubblica di Moldova.

Gruppo Pompidou – Corrispondenti Permanenti

Il Dipartimento ha continuato, nel corso del 2012, a contribuire alle attività del Gruppo Pompidou, ad inviare commenti periodici attraverso contributi e proposte, e garantendo una costante partecipazione alle riunioni dei singoli Gruppi ad hoc e dei Corrispondenti Permanenti (rappresentanti di ciascun Paese membro del Gruppo in merito alle questioni riguardanti le sostanze stupefacenti e la tossicodipendenza, il cui compito è quello di monitorare e dirigere lo sviluppo delle attività del Gruppo Pompidou e di predisporre il programma di lavoro).

La 70esima riunione dei Corrispondenti Permanenti ha avuto luogo a Strasburgo il 6 e 7 giugno 2012 durante la quale, oltre all'adozione della relazione della precedente riunione, la dottoressa Elisabetta Simeoni, Cord. Serv 1 "Osservatorio Nazionale e Relazioni Internazionali", è stata nominata relatrice per le questioni di genere (*Gender Equality Rapporteur)* del Gruppo Pompidou con il fine di promuovere la parità di genere all'interno dei lavori del gruppo. Durante la riunione si è inoltre analizzato lo stato dell'arte dei lavori dei vari gruppi ad hoc creati sulla base del Programma di lavoro adottato nel 2010.

Gender Equality Oriented

Nel 2012 il Dipartimento è entrato nel programma trasversale *Gender Equality Oriented*, lanciato dal Segretario generale per migliorare la visibilità e l'impatto delle attività del Consiglio d'Europa sulla parità di genere negli Stati membri, esortati anche dal Comitato dei Ministri nella sua Dichiarazione, «Rendere l'uguaglianza di genere una realtà ». In questo contesto, il programma mobilita tutti gli organi del Consiglio d'Europa (comprese le strutture intergovernative) e i suoi partner esterni. Ogni relatore della parità di genere, deve vegliare il processo di programmazione della sua commissione (cioè il processo di identificazione delle priorità, le proposte di attività, la preparazione, la messa a punto, la realizzazione delle attività c la valutazione dei risultati) al fine di garantire che la prospettiva di genere venga correttamente integrata.

In particolare, in seguito alla nomina come relatrice per le questioni di genere, la dottoressa Elisabetta Simeoni ha inoltre partecipato a due riunioni della *"Commissione per la parità di genere"* che hanno avuto luogo a giugno e a novembre.

Gruppo ad Hoc Work

Il Gruppo ad Hoc *Work* lavora nell'ambito della prevenzione del consumo di alcol e droga sul luogo di lavoro. L'Italia ha portato il suo contributo grazie all'individuazione ed invio di esperti alla terza riunione del gruppo, tenutasi il 9 e 10 febbraio a Parigi.

Il Dipartimento ha inoltre partecipato alla Conferenza di Alto livello *"Alcol, droghe e prevenzione sul luogo di lavoro: quali sono le problematiche e le sfide per i governi, le aziende e il personale?"* che ha avuto luogo a Strasburgo il 14 e 15 maggio. Durante la conferenza, finalizzata alla promozione di linee guida al fine di garantire salute e sicurezza di tutte le parti coinvolte e di migliorare così il funzionamento delle imprese, è stata approvata la Dichiarazione finale da indirizzare ai rappresentanti dei governi e delle organizzazioni internazionali partecipanti alla conferenza.

Gruppo ad hoc Strategy

Il Gruppo ah Hoc *Strategy* ha realizzato, nel corso dell'anno, un documento politico finalizzato a fornire orientamenti ai decisori politici per lo sviluppo di politiche coerenti per droghe lecite e illecite, tenendo conto delle esperienze dei singoli Stati membri, delle linee guida e degli strumenti esistenti di OEDT, UNODC e OMS. A tal fine sono stati inviati un contributo e commenti italiani alla redazione del documento di orientamento politico per i decisori politici in

materia di politiche antidroga.

Gruppo ad hoc CoherPol

L'obiettivo principale del Gruppo ad Hoc *CoherPol* è quello di identificare approcci efficaci in materia di politiche coerenti per droghe lecite ed illecite attraverso l'utilizzo di sei indicatori che verranno sviluppati durante il mandato del gruppo. Il Dipartimento ha partecipato attivamente ai lavori con l'invio di esperti alla riunione di aprile 2012 e con la produzione di report per la creazione di un documento sui marcatori della politica.

Gruppo ad hoc Supply

Il Gruppo ad Hoc *Supply* elabora un quadro volto a ridurre l'offerta di droga su scala mondiale per contribuire a creare approcci più coerenti alle attività nazionali per la riduzione dell'offerta e per migliorare le strategie di controllo internazionali. Il Dipartimento ha contribuito mediante l'individuazione di un esperto, previa consultazione con i Ministeri coinvolti.

Gruppo ad hoc Precursors

Il Gruppo ad Hoc *Precursors* verte sulla prevenzione della diversione dei precursori della droga. Il lavoro consiste nel vagliare le possibilità di miglioramento nello scambio di informazioni, nel coordinamento a livello internazionale tra le agenzie di *law enforcement*, autorità di regolamentazione e pubblici ministeri, nell'esaminare le lacune nell'iter giudiziario (partendo dall'identificazione di spedizioni sospette fino al procedimento giudiziario e alle sanzioni applicate). Il Dipartimento ha contribuito mediante l'individuazione e partecipazione di esperti alla conferenza di novembre, previo coordinamento con i Ministeri interessati.

Gruppo Pompidou – Rete Gruppo Aeroporti

La rete del *Gruppo Aeroporti* costituisce un importante forum per lo scambio di informazioni pratiche sui problemi e sulle prassi operative, che ha l'obiettivo di uniformare gli strumenti e i sistemi di ricerca degli stupefacenti negli aeroporti europei. Nel corso del 2012 sono stati affrontati i seguenti temi: lo studio sulla diversione dei precursori e i sequestri di stupefacenti negli aeroporti, dando particolare rilievo alle minacce costituite dal traffico di droga nei campi d'aviazione di piccola e media superficie. Il Dipartimento si è occupato di garantire la partecipazione ai lavori, la tenuta dei rapporti e del continuo scambio di informazioni con gli esperti, soprattutto in occasione della riunione preparatoria alla riunione annuale, tenutasi il 26 e 27 gennaio a Parigi, e della 27esima riunione annuale, tenutasi dal 20 al 22 giugno a Strasburgo.

Gruppo Pompidou – Rete MedNET

La rete MedNET – Rete Mediterranea di cooperazione sulle droghe e sulle tossicodipendenze, promuove la cooperazione, lo scambio e il trasferimento di conoscenze ed esperienze tra i Paesi del Mediterraneo del Sud, beneficiari delle attività condotte, e i Paesi del Mediterraneo del Nord, che hanno il ruolo di paesi donatori.

In questo ambito, il Dipartimento ha continuato sostenere le attività previste dal programma della Rete. Il 18 giugno 2012 si è tenuta a Roma la 12esima Riunione della Rete MedNET, ed il Dipartimento si è occupato dell'organizzazione e dello svolgimento della riunione, nonché del seguito dei lavori, attraverso la traduzione e la diffusione degli atti prodotti. Il dipartimento ha inoltre partecipato alla 13esima riunione della Rete Mednet del 15 Novembre a Strasburgo, riunione il cui obiettivo era quello di fare analizzare i lavori svolti in ciascun paese coinvolto durante l'anno 2012, valutare le attività svolte da MedNet e adottare il programma di lavoro 2013, tra cui la somministrazione di sondaggi all'interno del progetto MedSpad, la creazione di Osservatori nazionali sulle droghe e diverse attività di supporto in Egitto, Giordania, Libano, Tunisia e Marocco. Durante tale riunione è stata inoltre accettata la proposta del Dipartimento circa il finanziamento di Tavole Rotonde in materia di politiche sulla droga e piani d'azione da svolgersi nel corso del 2013. Queste ultime prevedono che i paesi interessati all'interno della rete MedNET, possano partecipare e ricevere formazione in loco da parte di esperti internazionali sui temi legati alle politiche anti-droga a loro più utili in base alle esigenza del paese.

Progetto "Donne, Alcol e Droga" – DAD.NET

L'Ufficio I Tecnico-Scientifico ha coordinato le attività per l'avvio del progetto DAD.NET – gestito dallo United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute (UNICRI) – che prevede la realizzazione di microinterventi nell'ambito della prevenzione (relativamente alle giovani donne non ancora dipendenti ma considerate a rischio) e nell'ambito del supporto assistenziale e del reinserimento (relativamente a ragazze e donne che hanno già sviluppato problemi di dipendenza e che sono più o meno già inserite nel sistema dei servizi). In particolare, è stato creato un Gruppo multidisciplinare composto da esperti nazionali ed internazionali cui spetterà elaborare linee guida operative attente alle differenze di genere e alle specificità di fattori di rischio, fattori motivazionali e fattori di successo di interventi che riguardano il genere femminile. Per dare ancora maggior risalto al progetto, nell'ambito della 55esima Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite ed in occasione della Risoluzione sulle donne presentata dall'UE su proposta italiana, il Dipartimento, in collaborazione con l'UNICRI ha organizzato un "*Side event*" che si è tenuto a Vienna il 15 marzo 2012 per presentare il progetto ed i risultati ottenuti. Inoltre, nell'ambito del progetto è stata organizzata una seconda conferenza, dopo quella del 2011, che si è svolta presso il quartier generale della FAO a Roma nei giorni 20 e 21 giugno 2012. L'obiettivo di tale incontro è stato quello di ribadire il sostegno a progetti e programmi efficaci nel campo della prevenzione, del trattamento, della riabilitazione e della cura della tossicodipendenza femminile, tenendo sempre conto degli specifici bisogni delle donne.

II.3.2. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l'Osservatorio Europeo di Lisbona (EMCDDA)

Collaborazione DPA/EMCDDA

Nell'ambito delle competenze istituzionali previste dalla normativa, il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha il compito di collaborare con l'Osservatorio europeo delle droghe e delle tossicodipendenze (EMCDDA), agenzia della Commissione europea con sede a Lisbona, nominando i rappresentanti nel Consiglio di Amministrazione e curando la gestione e il coordinamento dei flussi di informazioni attraverso il Punto Focale italiano Reitox.

Il Consiglio di Amministrazione EMCDDA

Nel corso del 2012, il Dipartimento ha garantito la presenza alle riunioni semestrali del Consiglio di Amministrazione partecipando attivamente alle discussioni all'ordine del giorno in merito alla gestione del bilancio di EMCDDA, alla definizione del programma di lavoro annuale dello stesso, alla revisione delle definizioni e dei protocolli di alcuni indicatori epidemiologici chiave.

Il Punto Focale Reitox

Il Punto Focale nazionale della rete Reitox, collocato strutturalmente presso il Servizio I "Osservatorio e Rapporti internazionali" del DPA, rappresenta l'interfaccia informativa ufficiale fra l'Italia e l'Osservatorio europeo. Ha il compito di fornire tutte le informazioni previste dal Programma di lavoro di EMCDDA, nonché di soddisfare eventuali richieste ad hoc che provengano dalle istituzioni europee o internazionali. Ha l'obbligo di rispettare gli standard di qualità e le scadenze previste da EMCDDA ed è responsabile di divulgare a livello nazionale le attività svolte da EMCDDA e dalla rete Reitox.

Attività contrattuali svolte nel 2012

Anche per il 2012, il Punto Focale italiano ha stipulato il contratto annuale con il Coordinamento Reitox dell'OEDT e portato a termine tutte le attività previste. Si è trattato, in particolare:

- Predisposizione e trasmissione a EMCDDA del National Report
- Predisposizione e trasmissione a EMCDDA delle Tabelle Statistiche Standard e dei Questionari strutturati

- Attività di implementazione dei 5 indicatori epidemiologici chiave: a) indagini sull'uso di droga nella popolazione generale e nella popolazione scolastica, b) domanda di trattamento, c) stime sull'uso problematico di droga, d) decessi e mortalità droga-correlate, e) malattie infettive droga-correlate.
- Adempimento degli obblighi derivanti dalla "Decisione del Consiglio sullo scambio di informazioni, la valutazione del rischio e il controllo di nuove sostanze psicoattive" e partecipazione alle attività dell' "Early Warning System" europeo.
- Revisione e aggiornamento in merito agli sviluppi istituzionali, legislativi e politici a livello nazionale
- Revisione dei dati e delle informazioni nazionali trasmesse a EMCDDA e contenute nel Rapporto annuale europeo e nel bollettino statistico online
- Revisione linguistica delle pubblicazioni EMCDDA nella fase di traduzione in italiano

Partecipazione a riunioni

Il Punto Focale ha, inoltre, garantito la partecipazione di propri rappresentanti ed esperti a tutte le riunioni previste in calendario, vale a dire:

- Riunioni semestrali dei responsabili del Punto Focale
- Riunioni annuali dei 5 indicatori epidemiologici chiave
- Riunione annuale dell'Early Warning System
- Riunione annuale dei corrispondenti per il database legislativo
- Riunione tecnica su "Uso di droga nella popolazione carceraria: obiettivi e risposte"
- Riunione tecnica su "Revisione del protocollo indicatore TDI"
- Riunione tecnica su "Strategia e prospettive di promozione delle Best Practices per lo sviluppo dei Punti Focali nazionali"
-

Accreditation meeting

Su iniziativa del Punto Focale italiano, è stato organizzato a Lisbona, da EMCDDA, un "Technical meeting on Reitox Accreditation System Project" dal 6 al 7 marzo 2012.

Al meeting hanno partecipato numerosi esperti internazionali del settore e rappresentanti dei Punti Focali della Rete Reitox.

Parte Terza

Interventi di risposta ai bisogni socio-sanitari

PAGINA BIANCA

CAPITOLO III.1.

PREVENZIONE PRIMARIA

III.1.1. Campagne informative di prevenzione

III.1.2. Prevenzione universale

III.1.2.1 A livello di comunità locale

III.1.2.2 Nelle scuole

III.1.3. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

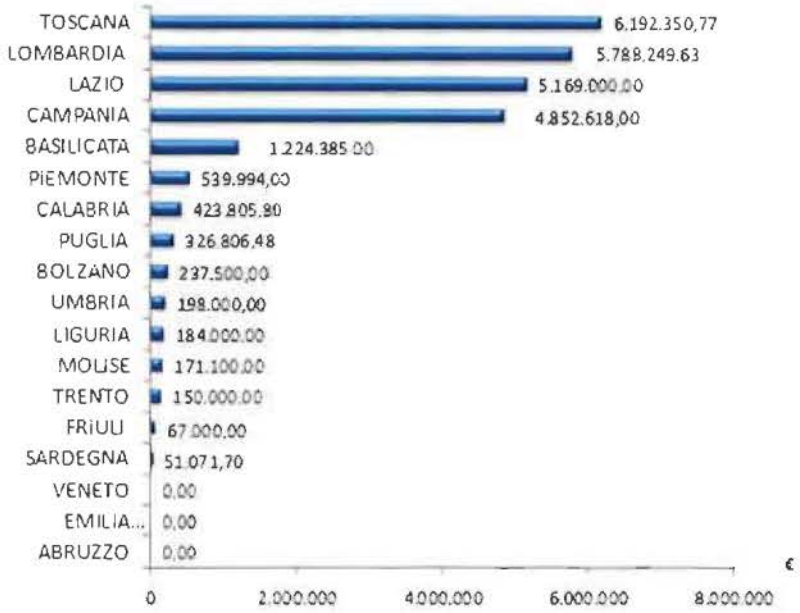
III.1.3.1 Gruppi a rischio

III.1.3.2 Famiglie a rischio

III.1.3.3 Nelle scuole

PAGINA BIANCA

Figura III.1.1: Finanziamenti area prevenzione dichiarati dalle Regioni e Province Autonome - anno 2012 -



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA forniti dalle Regioni

III.1.1. Campagne informative di prevenzione

I questionari dell'Osservatorio Europeo sulle droghe - nell'ambito dei questionari strutturati sottoposti alle Regioni-riserva, per le aree di "Prevenzione universale dell'uso di sostanze psicoattive a livello di comunità locale" e "Prevenzione selettiva e mirata", una sezione dedicata alle campagne informative sull'uso di sostanze lecite ed illecite attivate nel 2012.

Tabella III.1.2: Numero di campagne informative di prevenzione universale e selettiva effettuate nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2012

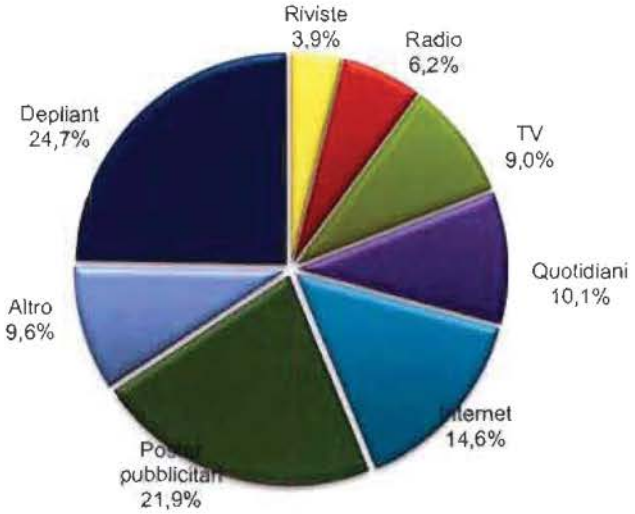
Regioni	Prevenzione Universale	Prevenzione Selettiva	Totale
Abruzzo	1	-	1
Bolzano	1	-	1
Calabria	3	3	6
Campania	2	-	2
Emilia Romagna	3	-	3
Friuli Venezia Giulia	5	2	7
Liguria	1	-	1
Lombardia	28	1	29
Piemonte	-	1	1
Puglia	7	3	10
Sardegna	3	-	3
Trento	1	-	1
Umbria	-	1	1
Totale	55	11	66

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Ancora molto carenti gli interventi di prevenzione selettiva

Dall'analisi della Tabella III.1.2 è possibile notare che sono state attivate più campagne di prevenzione universale (55, pari allo 83,3%) rispetto a quelle di prevenzione selettiva, e che solo quattro regioni hanno attivato almeno una campagna per area.
La Regione più impegnata sul fronte mediatico della prevenzione universale è la Lombardia con ben 28 campagne: per quanto concerne la prevenzione selettiva le più attive sono Calabria e Puglia (3 campagne), solamente 6 hanno attivato iniziative mediatiche sul fronte della prevenzione selettiva.
Lo strumento di comunicazione più adottato si conferma quello del depliant (24,7%) seguito dai poster pubblicitari (21,9%); si osserva un incremento particolarmente dell'uso di internet che passa dal 5% a quasi il 15%; meno usate riviste e radio che nel complesso rappresentano solo il 10% (Figura III.1.2).

Figura III.1.2: Distribuzione percentuale delle campagne di prevenzione attuate da Regioni e PP.AA nell'anno 2012 per tipo di mass media

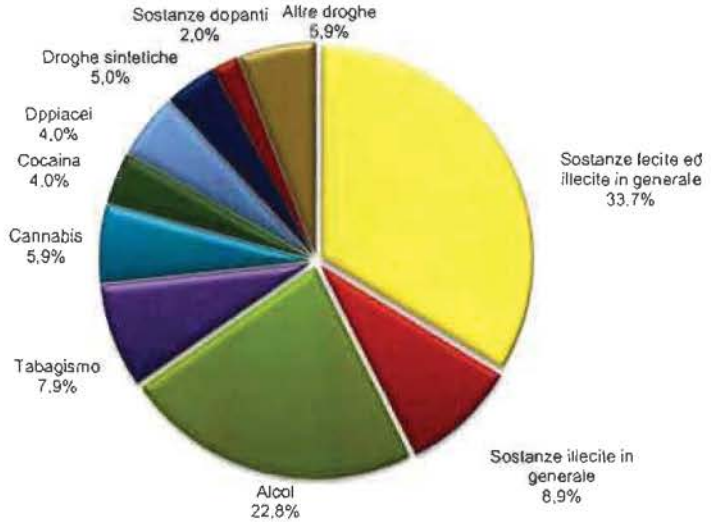


Ancora ridotto l'utilizzo della rete internet

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

La tematica più trattata nel corso delle campagne di prevenzione è nettamente quella delle "sostanze lecite ed illecite in generale" con il 33,7% delle segnalazioni (Figura III.1.3), seguito dall'alcol (22,8%).
Le sostanze illecite in generale e le altre droghe che nel 2011 erano trattate solo nel 3% dei casi, nel 2012 rispettivamente triplicano e raddoppiano le iniziative sulle proprie tematiche.

Figura III.1.3: Distribuzione percentuale delle campagne di prevenzione attuate da Regioni e PP.AA nell'anno 2012 per tematica



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.2. Prevenzione universale

III.1.2.1 A livello di comunità locale

Nel corso del 2012, le attività di prevenzione universale a livello di comunità locale, secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, hanno riguardato lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione universale rivolta ai familiari, tutori, insegnanti e coetanei (tutte le Regioni e PP.AA), il coordinamento di rete formale ed istituzionale al fine della programmazione e realizzazione di interventi di prevenzione universale (94,1%), i progetti di prevenzione universale rivolti ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati (88,2%) e l'offerta di spazi ricreativi e/o culturali (88,2%), progetti formativi rivolti a soggetti attivi nell'ambito del territorio (88,2%), l'implementazione di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (88,2%).

100% delle Regioni e PP.AA hanno una strategia di prevenzione universale rivolta a familiari , tutori, insegnanti e coetanei

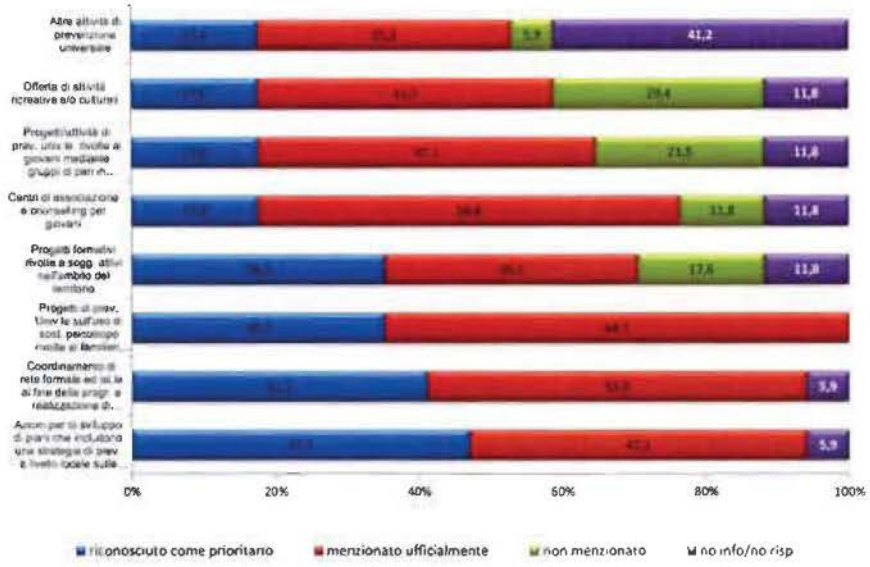
Le attività di prevenzione a livello familiare, invece, hanno riguardato progetti/programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (100%), progetti/programmi di incontri informativi/formativi rivolti a famiglie e/o genitori (88,2%), corsi di formazione intensivi sulla prevenzione dell'uso di sostanze per famiglie (58,8%).

100% delle Regioni e PP.AA hanno una strategia di prevenzione familiare basati sull'auto o reciproco aiuto tra le famiglie

Alcune Regioni e PPAA hanno fornito informazioni in merito ad ulteriori attività di prevenzione universale sia a livello locale (58,8%) che a livello familiare (41,2%) svolte nel 2012.

Nel 2012 il 94,2% delle Regioni e PP.AA. hanno ritenuto prioritario o ha menzionato ufficialmente l'obiettivo piani di prevenzione sulle droghe (Figura III.1.4).

Figura III.1.4: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alla **comunità locale** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2012

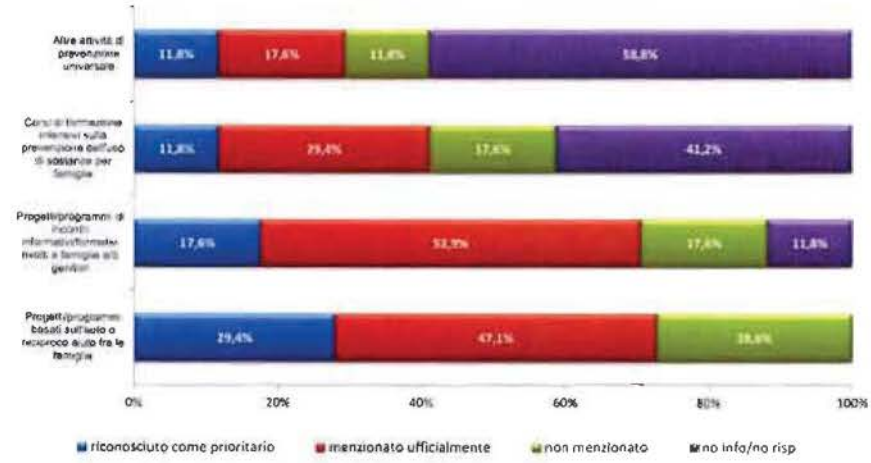


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Prioritari progetti e programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie.

Per quanto riguarda la prevenzione universale a livello familiare, l'attività maggiormente menzionata nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali sono stati i progetti e programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (ritenuta prioritaria nel 29,4% dei casi e menzionata ufficialmente in un ulteriore 47,1%).

Figura III.1.5: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alle **famiglie** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2012

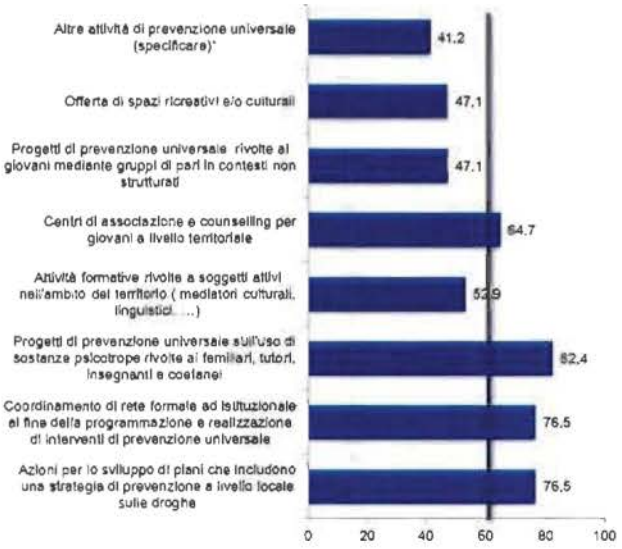


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Elevato l'impegno territoriale di Regioni e PP.AA. in ambito preventivo

Dal punto di vista operativo, nel corso del 2012 ben il 76,5% delle Regioni e PP.AA. ha attivato o aveva in corso di realizzazione azioni per lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe (Figura III.1.6).

Figura III.1.6: Percentuale di regioni che hanno piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2012, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale



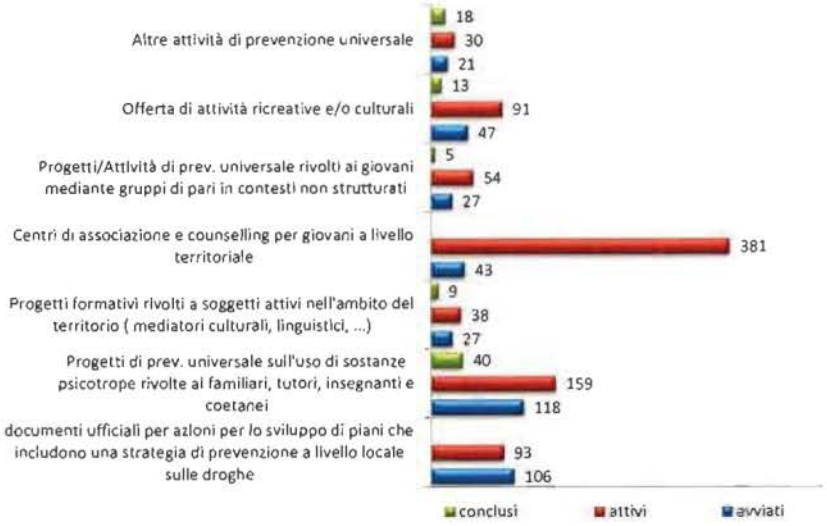
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

In molte Regioni e PP.AA. sono stati avviati o erano già attivi progetti per l'incentivazione dell'offerta di spazi ricreativi e/o culturali; in particolare, a livello di comunità locale, l'offerta di centri di associazione e counseling tra il complesso di progetti di prevenzione universale risulta l'ambito con numerosità più elevata (381) (Figura III.1.7) .

Particolare attenzione da parte delle Regioni e PP.AA. è stata dedicata anche alla stesura di documenti ufficiali per azioni per lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe, ben 106 quelli predisposti nel 2012 e 118 documenti per l'avvio di progetti rivolti a familiari, tutori, insegnanti e coetanei.

Figura III.1.7: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2012, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale

Spicca l'offerta di centri di associazione e counseling per giovani a livello territoriale

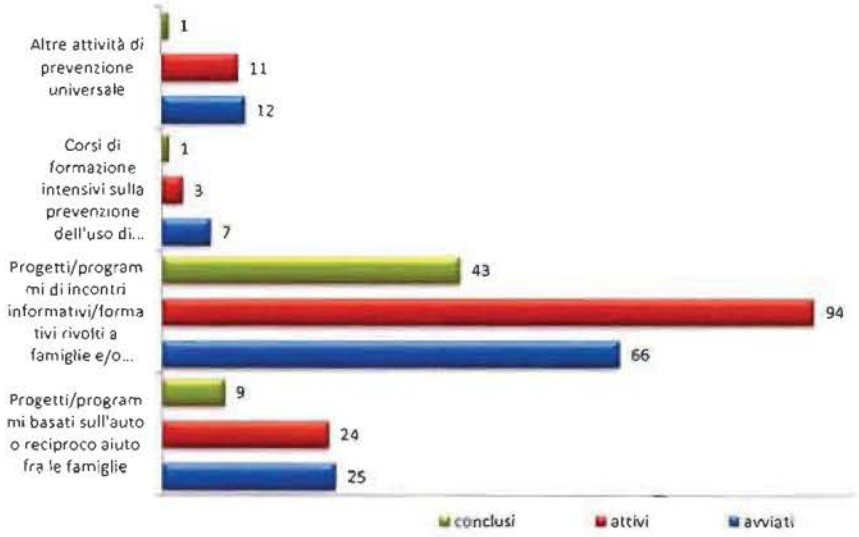


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Piani e programmi per famiglie e genitori

Nel 2012 le Regioni e PP.AA. avevano piani già avviati, attivi e/o conclusi nell'anno relativi ai progetti di prevenzione universale a livello di nucleo familiare. In particolare, si evidenzia il notevole turn-over (66 avviati e 43 conclusi nel 2012) dei progetti costituiti da incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori (Figura III.1.8).

Figura III.1.8: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2012, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di nucleo familiare



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tabella III.1.3: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione universale nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2012 e confronto con l'anno 2011

Regioni	Importo	%	Δ % 2012/ 2011*	€ pro capite investiti in prev. universale su popolazione 15-64
Abruzzo	0,00	-	-100,0%	-
Basilicata	746.344,00	6,1	-47,2%	1,95
Bolzano	86.000,00	0,7	+1811,1%	0,26
Calabria	1.573.462,18	3,5	-73,1%	1,21
Campania	3.478.971,00	23,4	-17,4%	0,90
Emilia - Romagna	0,00	0,0	-100,0%	-
Friuli Venezia Giulia	0,00	-	-	-
Lazio	2.562.000,00	20,9	-56,4%	0,71
Liguria	84.000,00	0,7	+7,6%	0,09
Lombardia	2.454.219,83	20,0	-22,9%	0,39
Marche	Dati richiesti e non forniti			
Molise	171.100,00	1,4	-	0,84
Piemonte	0,00	-	-100%	-
Puglia	142.437,32	1,2	-82,3%	0,05
Sardegna	51.071,70	0,4	-	0,05
Sicilia	Dati richiesti e non forniti			
Toscana	2.259.818,14	19,9	+8,4%	0,97
Trento	150.000,00	1,2	0,0%	0,44
Umbria	85.000,00	0,7	-99,0%	0,15
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti			
Veneto	0,00	-	-	-
Totale	12.278.744,79	100	-56,3%	0,32

*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Più che dimezzati i fondi per la prevenzione universale investiti dalle Regioni e PP.AA. (-56,3% rispetto al 2011)

Nella Tabella III.1.3 sono state riportate tutte le Regioni e PP.AA. che hanno indicato nel questionario europeo i progetti di prevenzione universale finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2012.
Nel complesso sono stati finanziati più di 12 milioni di Euro, con quattro regioni che insieme assommano l'84,2% del totale, nell'ordine Campania, Lazio, Lombardia e Toscana.
In riferimento alla popolazione generale 15-64 anni solo la Calabria e la Basilicata investono più di un euro a persona in prevenzione universale.

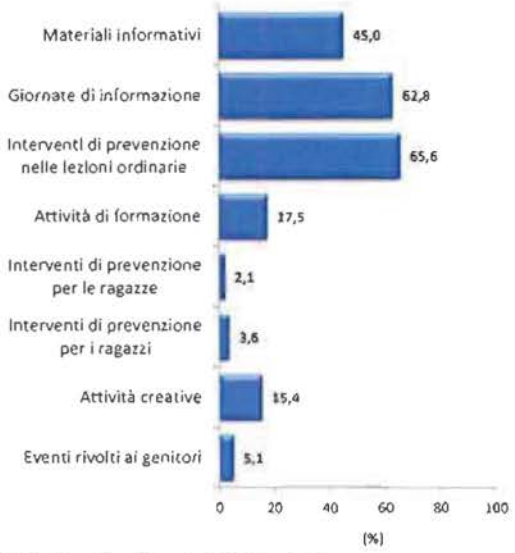
III.1.2.2 Nelle scuole

Questionario sulle attività di prevenzione svolte nelle scuole

Nell'ambito dell'indagine sul consumo di sostanze psicotrope nelle scuole secondarie di secondo grado, ai referenti scolastici è stato somministrato un questionario sulle attività di prevenzione universale e selettiva realizzata nell'anno scolastico 2012/2013.
Su 462 scuole che alla data del 3 maggio 2013 avevano partecipato all'indagine, 363 (78,6%) avevano compilato anche il suddetto questionario, in relazione alle quali sono state svolte le analisi.
Nell'ambito della realizzazione di interventi di prevenzione al consumo di sostanze, il 7,9% delle scuole ha indicato l'attivazione di programmi di prevenzione secondo la metodologia MUSTAP (MUlti-session, STandardised, Printed programmes).

Nell'anno scolastico 2012/2013 l'intervento di prevenzione sull'uso di sostanze psicotrope più diffuso nelle scuole secondarie sono risultate le lezioni ordinarie dedicate alla prevenzione (65,6%), seguito dalle giornate di informazione (62,8%) e dalla distribuzione di materiali informativi (45,0%) (Figura III.1.9).

Figura III.1.9: Distribuzione degli interventi di prevenzione universale sull'uso di sostanze psicotrope realizzati nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2012/2013



Interventi di prevenzione sull'uso di sostanze psicotrope: -65,6% di scuole che hanno svolto interventi di prevenzione nelle lezioni ordinarie - 62,8% di scuole che hanno organizzato giornate di informazione - 45,0% di scuole che hanno divulgato materiale informativo

Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nell'anno scolastico 2012/2013, il 45,0% degli istituti ha divulgato materiali informativi inerenti alla prevenzione sull'uso sostanze psicotrope.
Tra le scuole che hanno dichiarato di aver distribuito materiali informativi, i licei artistici e gli istituti d'arte hanno dedicato maggiore attenzione al consumo di alcol (100%), seguiti dagli istituti professionali (97,0%), mentre gli istituti tecnici si sono concentrati maggiormente sulla prevenzione all'uso di tabacco e farmaci, rispettivamente l'86,2% e il 25,9% (Tabella III.1.4).

Maggiore distribuzione di materiali informativi negli istituti tecnici

Tabella III.1.4: Distribuzione di materiali informativi nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2012/2013

Materiali informativi		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	49	58	33	9	149
	%	45,0	46,8	45,2	36,0	45,0
Prevenzione alcol	N	45	54	32	9	140
	%	91,8	93,1	97,00	100	94,0
Prevenzione tabacco	N	43	48	32	7	130
	%	87,8	82,8	97	77,8	87,2
Prevenzione droga	N	41	50	30	8	129
	%	83,7	86,2	90,9	88,9	86,6
Prevenzione farmaci	N	18	15	20	2	55
	%	36,7	25,9	60,6	22,2	36,9
Totale(*)	N	147	167	114	26	454

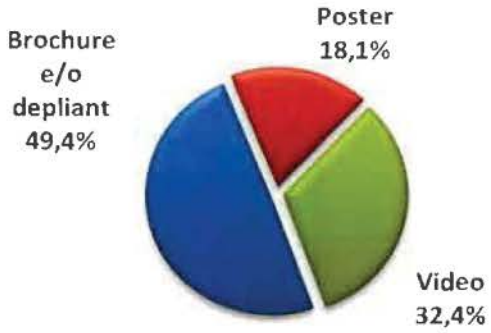
(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito alla distribuzione di materiali informativi per più aree di prevenzione

Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Distribuzione di materiali informativi nel 45,0% del campione di scuole intervistate

Il materiale informativo più distribuito negli istituti scolastici è stato la brochure e/o depliant con 49,4% delle preferenze di utilizzo (Figura III.1.10), con lieve variabilità tra tipologia d'istituto (42,1% nei licei artistici e istituti d'arte, 44,7% nei licei ed ex-magistrali, 51,9% negli istituti professionali, 52,9% negli istituti tecnici).

Figura III.1.10: Distribuzione di frequenza dei materiali informativi distribuiti nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2012/2013



Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nell'anno scolastico 2012/2013, il 62,8% degli istituti ha organizzato delle giornate informative di prevenzione sull'uso sostanze psicotrope. In particolare, i licei artistici ed istituti d'arte risultano essere le scuole che hanno maggiormente utilizzato gli interventi formativi come forma di prevenzione (64,0%).

Il 62,8% degli istituti professionali hanno realizzato interventi informativi

Tra le scuole che hanno dichiarato di aver organizzato giornate di informazione, i licei artistici ed istituti d'arte hanno dedicato maggiore attenzione alla prevenzione sull'uso di alcol e droga (81,3%) e tabacco (75,0%)

Tabella III.1.5: Distribuzione delle giornate d'informazione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2012/2013

Giornata di informazione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e Istituti d'arte	Totale
Scuole	N	68	79	45	16	208
	%	62,4	63,7	61,6	64,0	62,8
Prevenzione alcol	N	52	62	35	13	162
	%	76,5	78,5	77,8	81,3	77,9
Prevenzione tabacco	N	48	59	34	12	153
	%	70,6	74,7	75,6	75,0	73,6
Prevenzione droga	N	50	61	35	13	159
	%	73,5	77,2	77,8	81,3	76,4
Prevenzione farmaci	N	25	27	27	4	83
	%	36,8	34,2	60	25	39,9
Di cui effettuate dalle forze dell'ordine	N	19	32	20	4	75
	%	27,9	40,5	44,4	25	36,1
Di cui effettuate da docenti esterni	N	55	51	34	9	149
	%	80,9	64,6	75,6	56,3	71,6
Totale(*)		175	209	131	42	557

(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito a giornate di prevenzione tenute sia dalle forze dell'ordine sia da docenti esterni

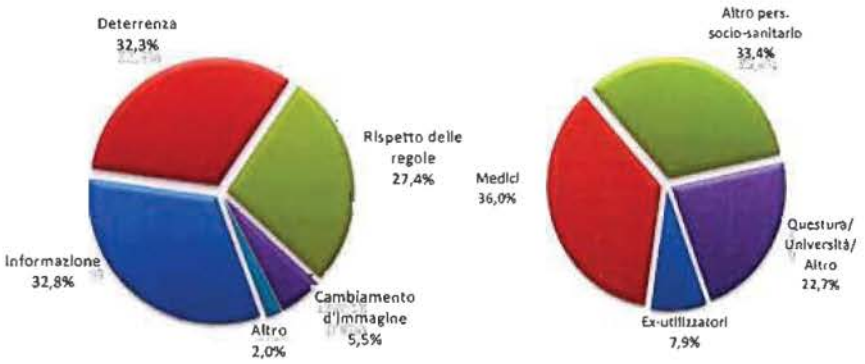
Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per quanto riguarda invece la docenza, il 71,6% delle scuole ha organizzato interventi di informazione tenuti da docenti esterni, con percentuali maggiori per i licei ed ex - magistrali (80,9%) (Tabella III.1.5).

L'80,9% dei licei ed ex magistrali hanno coinvolto docenti esterni

Nell'ambito degli interventi informativi realizzati con il contributo di docenti esterni, sono stati coinvolti *Medici* nel 36,0%, nel 33,4% *Operatori socio-sanitari* (esclusi medici), nel 22,7% *Funzionari della Questura, Docenti Universitari ed* infine *Ex-consumatori* nel 7,9% (Figura III.1.11).

Figura III.1.11: Distribuzione degli interventi delle forze dell'ordine per tipo di obiettivo e distribuzione degli interventi effettuati da docenti esterni per tipologia di docente nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2012/2013



Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

In generale tra le scuole che hanno organizzato giornate d'informazione, il 36,1% degli istituti ha coinvolto le forze dell'ordine nelle giornate di prevenzione; in particolare, invece, gli istituti tecnici si sono avvalsi maggiormente del supporto delle forze dell'ordine (44,4%) (Tabella III.1.5).

Il 44,4% degli istituti tecnici hanno coinvolto le Forze dell'Ordine

Per quanto riguarda invece le giornate informative organizzate dalle scuole, la partecipazione delle forze dell'ordine è stata prevista con la finalità dell'*informazione* nel 32,8%, della *deterrenza* nel 32,3% e del *rispetto delle regole* nel 27,4% (Figura III.1.11).

Dal punto di vista della metodologia didattica, gli interventi informativi sono stati svolti prevalentemente tramite *lezioni frontali* (32,1%) e *discussioni tra docente studente* (30,7%); meno frequenti gli interventi con maggiore interattività con gli studenti, in particolare *discussione tra pari* (20,3%) e *role playing, lavori di gruppo* (16,9%).

Nell'anno scolastico 2012/2013, il 65,6% degli istituti ha trattato argomenti di prevenzione nell'ambito delle lezioni ordinarie: gli istituti professionali e i licei ed ex-magistrali, hanno dedicato maggiore attenzione al consumo di alcol (rispettivamente 94,3% e 94,2%), seguono gli istituti tecnici che si sono dedicati maggiormente alla prevenzione al consumo di tabacco e droga (rispettivamente 92,5% e 98,1%) (Tabella III.1.6).

Tabella III.1.6: Distribuzione degli interventi di prevenzione svolti nell'ambito delle lezioni ordinarie nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2012/2013

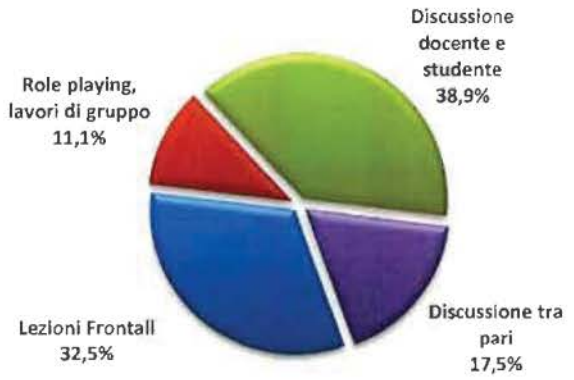
Interventi nelle lezioni ordinarie		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	69	80	53	15	217
	%	63,3	64,5	72,6	60,0	65,6
Prevenzione alcol	N	65	74	50	15	204
	%	94,2	92,5	94,3	100,0	94,0
Prevenzione tabacco	N	64	74	49	14	201
	%	92,8	92,5	92,5	93,3	92,6
Prevenzione droga	N	66	72	52	14	204
	%	95,7	90,0	98,1	93,3	94,0
Prevenzione farmaci	N	29	42	33	5	109
	%	42,0	52,5	62,3	33,3	50,2
Totale(*)	N	224	262	184	48	718

(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito allo svolgimento di più interventi per più aree di prevenzione

Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 72,6% degli istituti professionali hanno trattato argomenti di prevenzione nelle lezioni ordinarie

Figura III.1.12: Distribuzione della metodologia didattica utilizzata durante gli interventi di prevenzione svolti nell'ambito delle lezioni ordinarie effettuati nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2012/2013



Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal punto di vista della metodologia didattica utilizzata nelle lezioni ordinarie in cui sono stati trattati argomenti di prevenzione sulle sostanze psicotrope, gli interventi sono stati svolti prevalentemente tramite *discussioni tra docente studente* (38,9%) e *lezioni frontali* (32,5%); meno frequenti gli interventi con maggiore interattività con gli studenti, in particolare *discussione tra pari* (17,5%) e *role playing, lavori di gruppo* (11,1%) (Figura III.1.12).

Il 17,5% delle scuole coinvolte nell'indagine ha organizzato attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali con una discreta variabilità tra le diverse tipologie d'istituto (21,7% negli istituti tecnici, 19,2% negli istituti professionali, 12,8% nei licei ed ex-magistrali e 12,0% nei licei artistici e istituti d'arte) (Tabella III.1.7)

Tabella III.1.7: Distribuzione delle attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali, non previsti dai programmi scolastici ordinari, organizzate nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2012/2013

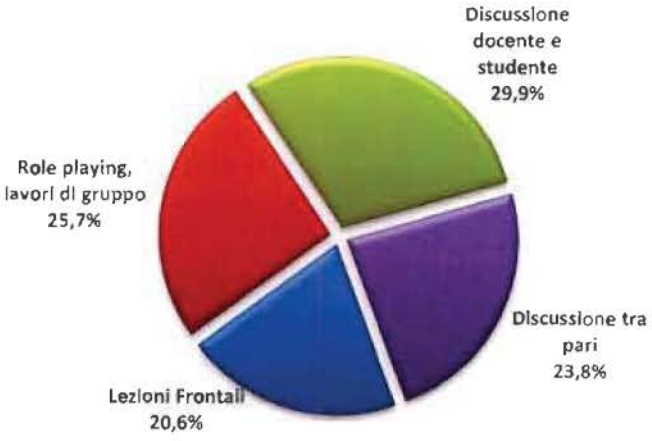
Attività di formazione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e Istituti d'arte	Totale
Scuole	N	14	27	14	3	58
	%	12,8	21,8	19,2	12,0	17,5
Prevenzione alcol	N	12	24	12	3	51
	%	85,7	88,9	85,7	100,0	87,9
Prevenzione tabacco	N	11	25	12	3	51
	%	78,6	92,6	85,7	100,0	87,9
Prevenzione droga	N	12	25	11	3	51
	%	85,7	92,6	78,6	100,0	87,9
Prevenzione farmaci	N	8	12	8	1	29
	%	57,1	44,4	57,1	33,3	50,0
Totale(*)	N	43	86	43	10	182

(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito allo svolgimento di più attività per più aree di prevenzione

Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 17,5% delle scuole ha organizzato attività di formazione sulle abilità personali

Figura III.1.13: Distribuzione della metodologia didattica utilizzata nelle attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali organizzate nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2012/2013



Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal punto di vista della metodologia didattica utilizzata nelle attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali, gli interventi sono stati svolti in modo piuttosto uniforme tramite le metodologie proposte: *discussioni tra docente studente* (29,9%), *discussione tra pari* (23,8%), *lezioni frontali* (27,7%) e *role playing, lavori di gruppo* (25,7%) (Figura III.1.13).

Gli interventi di prevenzione mirati e differenziati per i maschi e femmine sono stati organizzati da 12 istituti per i maschi e 7 per le femmine, pur essendo istituti differenti (Tabella III.1.8).

Pochi gli interventi di prevenzione mirata solo al genere maschile o femminile

Tabella III.1.8: Distribuzione degli interventi di prevenzione sull'uso di sostanze psicotrope nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto – A.S. 2012/2013

Interventi di prevenzione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Per maschi	N	1	4	6	1	12
	%	0,9	3,2	8,2	4,0	3,6
Per femmine	N	1	2	4	0	7
	%	0,9	1,6	5,5	0,0	2,1

Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 15,4% del campione di scuole intervistate ha organizzato nell'istituto attività creative con finalità di prevenzione sulle sostanze psicotrope, con una distribuzione piuttosto uniforme tra le diverse tipologie di istituti (Tabella III.1.9).

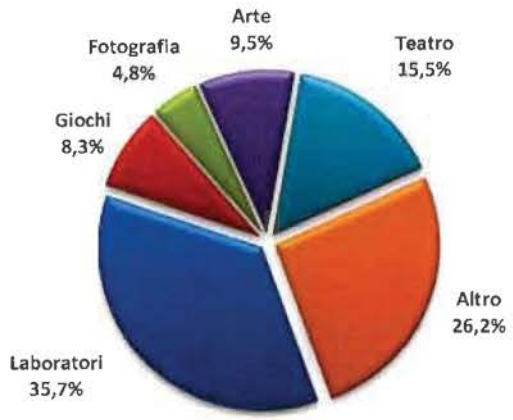
Tabella III.1.9: Distribuzione delle attività creative con finalità di prevenzione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto – A.S. 2012/2013

Attività creative volte alla prevenzione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	17	23	9	2	51
	%	15,6	18,5	12,3	8,0	15,4

Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 15,4% delle scuole ha organizzato attività ricreative con finalità preventive

Figura III.1.14: Distribuzione delle attività creative volte alla prevenzione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2012/2013



Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel complesso degli istituti che hanno organizzato attività creative con finalità di prevenzione, la tipologia di attività creativa maggiormente proposta nelle varie scuole sono i *laboratori* (35,7%), seguiti da *altro* (26,2%), *teatro* (15,5%) e dall'*arte* (9,5%) (Figura III.1.14).

La percentuale di scuole in cui sono stati organizzati eventi rivolti ai genitori si colloca al 5%, maggiormente diffusi nei licei ed ex-magistrali d'arte (7,3%) (Tabella III.1.10).

Nel 35,7% laboratori, nel 26,2% da altro, e nel 15,5% dal teatro

Tabella III.1.10: Distribuzione degli eventi di prevenzione dell'uso di sostanze, organizzati per i genitori, per istituto e durata media (in ore) per evento – A.S. 2012/2013

Eventi d'informazione/ prevenzione rivolti ai genitori		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	8	7	2	0	17
	%	7,3	5,6	2,7	0,0	5,1

Fonte: Studio SPS-ITA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 5,1% delle scuole ha organizzato interventi per i genitori

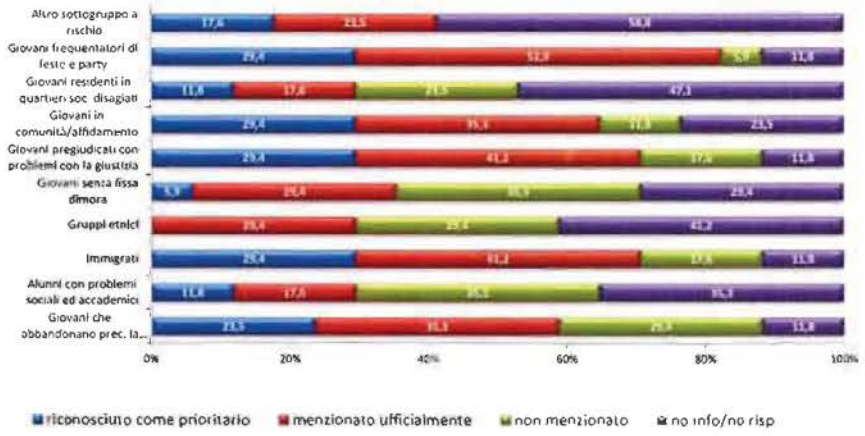
III.1.3. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

III.1.3.1 Gruppi a rischio

Nel corso del 2012, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento ai giovani frequentatori di feste e party, alle attività di prevenzione selettiva rivolta a immigrati ed ai giovani pregiudicati con problemi con la giustizia, indicate dall'88,2% delle Regioni e PP.AA (Figura III.1.14).
Bassi i riferimenti espliciti alle voci, "altro sottogruppo a rischio" (41,2%) e gruppi etnici (58,8%).

Particolare attenzione dichiarata per immigrati, giovani frequentatori di feste e party e giovani pregiudicati

Figura III.1.15: Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione a gruppi a rischio nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2012.

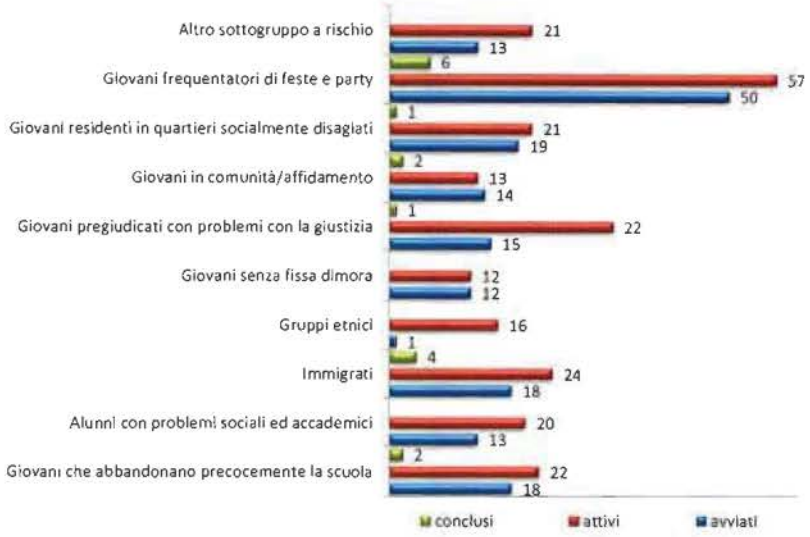


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Buono il numero totale di progetti di prevenzione selettiva e mirata attivi e/o conclusi da Regioni e PP,AA., nel complesso 215, comunque meno dell'anno precedente (dato 2011: 254) (figura III.1.16).
Il più alto numero di progetti avviati (50) è a beneficio dei giovani frequentatori di feste e rave party seguita da quella dei "giovani residenti in quartieri socialmente disagiati" (19).
Gli interventi di prevenzione rivolti ai diversi gruppi a rischio sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.
Il maggior numero di piani attivi nel 2012 è stato indicato per "giovani frequentatori di feste e party" (57), seguito da quelli rivolti ad immigrati (24) e giovani che abbondano precocemente la scuola e giovani pregiudicati con problemi con la giustizia (22) .

Oltre 200 progetti di prevenzione attivi

Figura III.1.16: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2012, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio



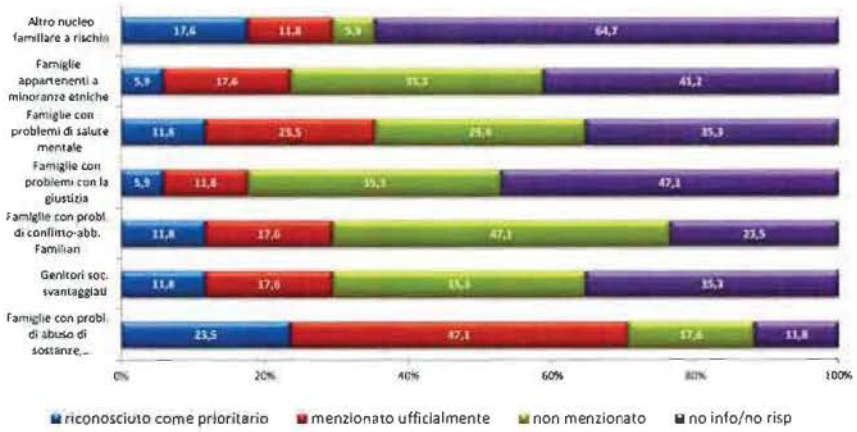
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.3.2 Famiglie a rischio

Per quanto riguarda la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare, tutte le categorie hanno riferimenti espliciti nei documenti ufficiali sopra il 50% ad esclusione di "altro nucleo familiare a rischio oggetto di interventi di prevenzione selettiva e mirata" (Figura III.1.17).

Meno attenzione dichiarata ad "altri nuclei familiari"

Figura III.1.17: Distribuzione di riferimenti espliciti inerenti l'attività di prevenzione alle **famiglie** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Le Regioni e PP.AA. hanno complessivamente 212 piani attivi relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie, più del doppio del 2011 (dati 2011: 98) concentrati per quasi l'80% nelle "famiglie con problematiche di abuso di sostanze (incluso l'alcol), compresi i fratelli" (Figura III.1.18).
Anche per quanto riguarda le famiglie a rischio, gli interventi di prevenzione sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

212 progetti di prevenzione selettiva sulle famiglie: 167 per famiglie con problematiche di abuso di sostanze

Figura III.1.18: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2012, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tabella III.1.11: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle Regioni e PP.AA 2012 e confronto con il 2011

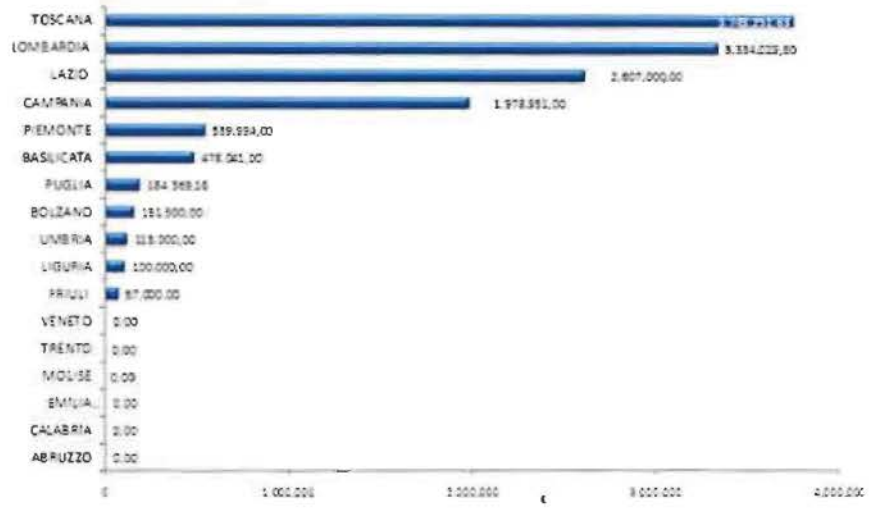
Regioni	Importo	%	Δ % 2012/ 2011*
Abruzzo	0,00	-	-100,0
Basilicata	478.041,00	3,6	-93,8
Bolzano	151.500,00	1,1	-61,7
Calabria	0,00		-100,0
Campania	1.778.951,00	14,9	11,2
Emilia – Romagna	0,00	-	-100,0
Friuli Venezia Giuli	67.000,00	0,5	-73,2
Lazio	2.607.000,00	19,6	=
Liguria	100.000,00	0,8	66,7
Lombardia	3.334.029,80	25,1	=
Marche	Dati richiesti e non forniti		
Molise	0,00	-	=
Piemonte	539.994,00	4,1	50,0
Puglia	184.369,16	1,4	-62,5
Sardegna	Dati richiesti e non forniti		
Sicilia	Dati richiesti e non forniti		
Toscana	3.743.251,63	28,2	-4,5
Trento	0,00	-	-
Umbria	113.000,00	0,8	-9,1
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti		
Veneto	0,00	0,0	-
Totale	13.297.136,59	100	-33,1

Più di 13 milioni investiti dalle Regioni in prevenzione selettiva (-33,1% rispetto al 2011)

*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Figura III.1.19: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle Regioni e PP.AA. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

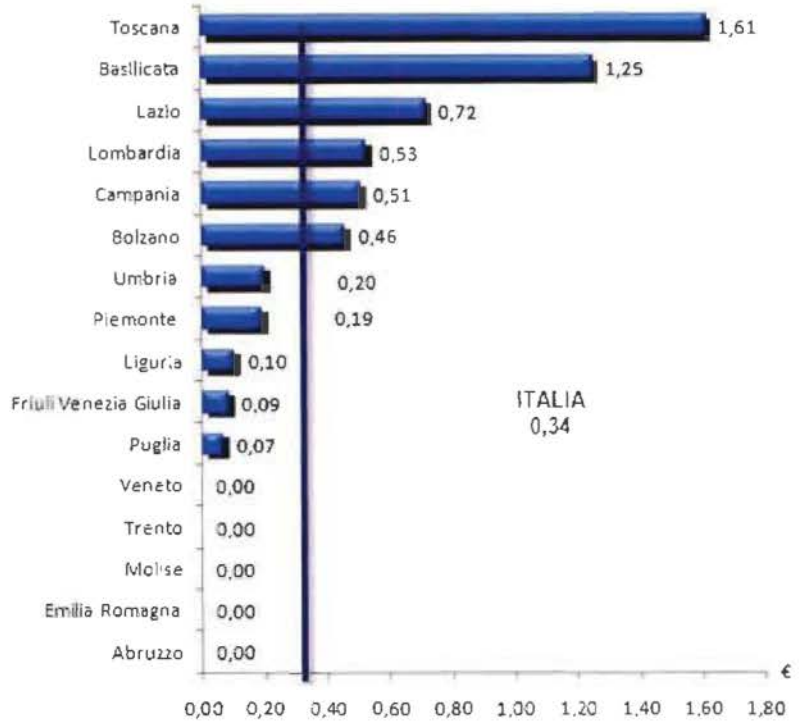
Nella Tabella III.1.11 sono state riportati gli importi finanziati dalle Regioni e PP.AA sia per progetti di prevenzione selettiva su gruppi a rischio sia mirata a gruppi specifici, a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2012.

Nel complesso sono stati finanziati più di 13 milioni di Euro, (decremento del 33,1% rispetto al 2011) principalmente nelle regioni Toscana (28,2%), Lombardia (25,1% del totale) e Lazio (19,6%).

Rispetto all'anno 2011, sulla base dei dati a disposizione, ben cinque regioni non hanno dichiarato finanziamenti o li hanno ridotti di oltre il 90% , solo Campania, Liguria e Piemonte hanno incrementi in questa area.

Facendo il raffronto con la popolazione 15-64 anni (Figura III.1.20) primeggiano Toscana e Basilicata con valori superiori ad 1 € pro capite, sopra la media nazionale anche Lazio, Lombardia, Campania e Provincia Autonoma di Bolzano.

Figura III.1.20: Importo pro capite in € per popolazione 15-64 anni investito in prevenzione selettiva nelle Regioni e PP.AA. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.3.3 Nelle scuole

Nell'ambito della prevenzione selettiva sull'uso di sostanze stupefacenti, l'utilizzo di protocolli e/o criteri standard per l'individuazione precoce degli studenti con comportamenti a rischio relativamente all'uso di sostanze psicotrope è stato indicato dal 5,1% circa del campione di scuole intervistate: per gli istituti professionali il 6,8%, per i licei ed ex-magistrali 5,5%, per gli istituti tecnici 4,8% ed infine per i licei artistici ed istituti d'arte non è stata eseguita nessuna prevenzione selettiva dell'uso di stupefacenti.

Il 47,1% di questi istituti usufruisce di *centri d'ascolto* per la realizzazione degli interventi di prevenzione selettiva, il 29,4% usa *provvedimenti interni* attuati nella scuola e il 17,6% ha attivato *protocolli d'intesa con enti esterni*. Inoltre nel 58,3 di queste scuole sono presenti *referenti per l'educazione alla salute* di riferimento per tali problematiche e nel 41,7% *psico-pedagogisti*.

Altre iniziative di prevenzione selettiva all'uso di sostanze psicotrope, rivolte a studenti con elevato rischio di abbandono scolastico, sono state realizzate da 36 istituti (10,9% degli istituti rispondenti al questionario di prevenzione), con una maggior diffusione negli istituti professionali (15,1%), seguiti dagli istituti tecnici (10,5%), licei ed ex-magistrali (9,2%) e licei artistici e istituti d'arte (8,0%).

L'86,1% di queste scuole hanno attuato *servizi di psicologia educativa ai quali vengono indirizzati o si rivolgono direttamente studenti con queste problematiche*, e il 30,6% *corsi di formazione per gli insegnati*, e distribuzione di *linee guida sulle modalità per come riconoscere gli allievi problematici, compresi i soggetti che fanno uso di droga*.

CAPITOLO III.2.

TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione

III.2.3.1. Premessa

III.2.3.2. Detenuti con problemi droga correlati

III.2.3.3. Detenuti con problemi alcol correlati

III.2.3.4. Minori con problemi droga correlati ristretti in carcere o in altre strutture di detenzione

III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)

III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

PAGINA BIANCA

III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

Premesse

A fronte della crescente richiesta di assistenza socio-sanitaria correlata all'uso di sostanze psicoattive legali o illecite o a comportamenti di addiction, si è sviluppata negli anni a livello regionale e territoriale una rete complessa ed articolata di servizi socio-sanitari composta da servizi pubblici e del privato sociale variamente organizzati e coordinati.

Tale rete assistenziale non si concretizza solo attraverso interventi integrati tra le diverse strutture e servizi che concorrono a soddisfare il bisogno terapeutico-riabilitativo dell'utente, ma anche con lo sviluppo di approcci multidisciplinari per la cura, la prevenzione delle patologie correlate, la riabilitazione e la rieducazione ed il reinserimento del soggetto nella società.

Fonti informative: Regioni e Province Autonome

Nella prima parte di questo capitolo si tenterà di fornire un profilo conoscitivo sulle strategie socio-sanitarie avviate a livello regionale in risposta ai bisogni socio-sanitari accennati in precedenza; tale profilo emerge dalla rilevazione condotta presso le Regioni, mediante un questionario strutturato predisposto dall'Osservatorio Europeo nell'ambito delle attività di monitoraggio delle varie azioni attivate dagli Stati membri dell'UE in materia di tossicodipendenze.

I limiti dell'auto dichiarazione e dei giudizi sulle proprie attività

La parte centrale di questa sezione sarà dedicata alla descrizione dei tratti salienti dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze presso le proprie sedi, nelle strutture socio-riabilitative, relativamente ai soggetti in carico ai servizi e presso gli istituti penitenziari. In questo spazio, attraverso l'analisi dei dati derivanti dallo studio multicentrico, verranno approfonditi alcuni aspetti dei trattamenti di cura orientati alla nuova utenza piuttosto che all'utenza già in carico da periodi precedenti ed i profili di cura in relazione alla sostanza d'uso primaria.

A conclusione di questa parte un paragrafo viene riservato alla Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati.

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni

Articolazione dei trattamenti secondo lo schema OEDT: antiastinenziali, farmacologici assistiti, drug free

L'Osservatorio europeo sulle droghe propone una suddivisione dei programmi di trattamento in tre categorie articolate a loro volta in base al contesto di applicazione. Nello specifico, quindi, i trattamenti sono distinti in: trattamenti antiastinenziali non sostitutivi aspecifici, trattamenti "farmacologicamente assistiti" con terapia specifica, trattamenti "drug free", "abstinence oriented".

Il trattamento farmacologicamente assistito si suddivide ulteriormente in due sottocategorie: trattamenti con farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina) e trattamenti con antagonisti.

Ognuno degli interventi di trattamento sopra menzionati può essere svolto in strutture ambulatoriali, strutture di ricovero o residenziale ed ambulatori presso i medici di base.

In linea generale, anche in Italia sussiste tale classificazione dei trattamenti, con differenze nelle sedi di erogazione degli stessi: raramente trattamenti farmacologici vengono erogati da medici di medicina generale e le strutture di ricovero di norma assistono gli utenti nell'ambito della cura di eventi acuti.

In termini di strategie regionali volte a interventi socio-sanitari a favore delle persone con bisogno di trattamento per uso di sostanze psicoattive, il 53% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste l'89% hanno dichiarato che il relativo documento è presente e accessibile su internet.

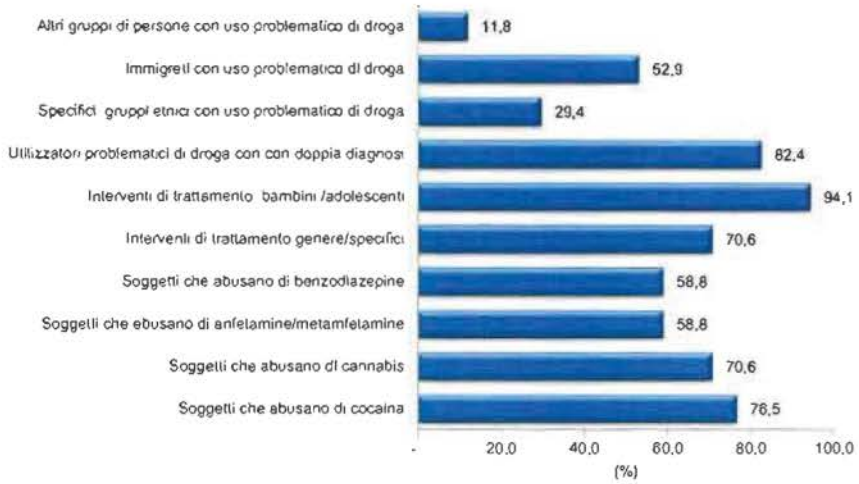
Forte attivazione d'interventi per minori ed adolescenti, e soggetti con doppia diagnosi

In Figura III.2.1 sono indicate le Regioni (in termini percentuali) che hanno realizzato interventi specifici rivolti a diversi soggetti; in particolare si può osservare che il 94,1% ha attivato interventi rivolti a bambini ed adolescenti e l'82,4% verso utilizzatori problematici con doppia diagnosi.

Solo nel 29,4% delle Regioni, invece, esistono specifici interventi di trattamento rivolti a gruppi etnici con bisogno di trattamento ed appena l'11,8% per altri gruppi di persone

con uso problematico di droga.

Figura III.2.1: Percentuale di Regioni e Province Autonome che hanno attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2012

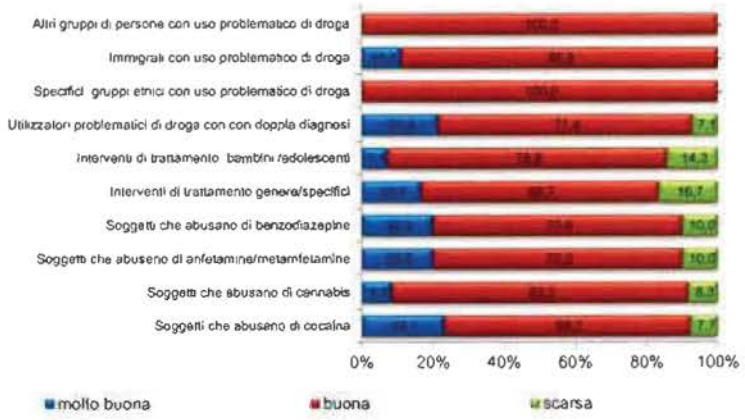


Molta attenzione rivolta a bambini ed adolescenti.

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

La valutazione sulla disponibilità dei servizi offerti è complessivamente molto positiva con un giudizio almeno buono nel 100% delle regioni nei casi di "specifici gruppi etnici con uso problematico di droga", "altri gruppi di persone con uso problematico di droga" e "immigrati con uso problematico di droga".

Figura III.2.2: Giudizi sulla disponibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2012

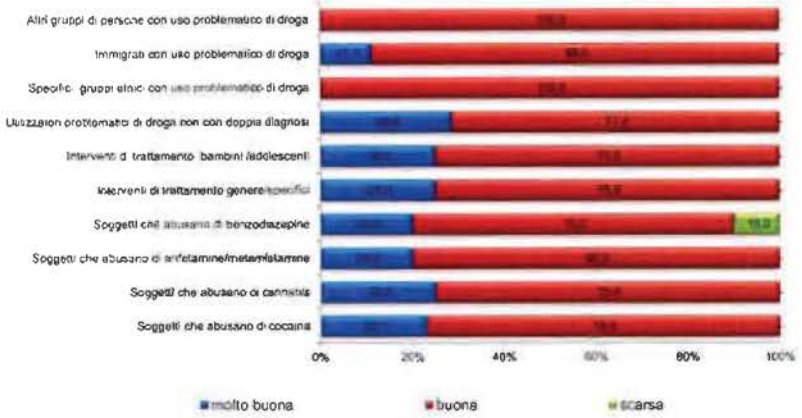


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

L'accessibilità è stata valutata in maniera sempre molto positiva dalle Regioni e Province Autonome, in sette casi su dieci con una valutazione ottima per almeno il 20% dei casi; solamente un 10% ha giudicato scarsa l'accessibilità per soggetti che abusano di benzodiazepine (figura III.2.3).

Molto positiva l'accessibilità dei servizi di trattamento

Figura III.2.3: Giudizi sull'accessibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Almeno il 65% delle Regioni e Province Autonome utilizza i dati sui trattamenti rilevati nei Ser.T./Dipartimenti per programmare, modulare o modificare politiche e pratiche nel campo della lotta alla droga all'interno della propria realtà regionale programmando e riorganizzando i servizi territoriali, programmando l'aggiornamento professionale, e programmando e attuando interventi nel campo degli interventi, della prevenzione primaria e secondaria.

Dallo scorso anno è stata introdotta un'ulteriore sezione dedicata alla garanzia della qualità di trattamento con l'obiettivo di raccogliere informazioni sull'esistenza a livello regionale/aziendale di protocolli/procedure/linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti erogati nei servizi per le dipendenze.
Si articola in tre parti: Linee guida per la valutazione della qualità del trattamento, Monitoraggio e valutazione e l'ultima, Sviluppo, divulgazione e implementazione di "buone prassi".

Linee guida per la valutazione della qualità del trattamento

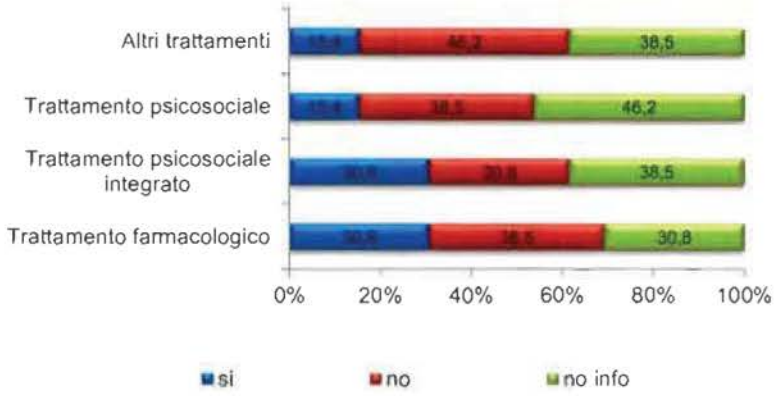
Poco diffuse le linee guida

Nelle regioni e Province Autonome lo strumento delle linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti è ancora poco diffuso, solo nel 30,8% ne esistono inerenti il trattamento farmacologico e quello psicosociale integrato, ancor meno diffuso per il trattamento psicosociale e gli altri trattamenti (Fig. III.2.4).
Rilevante anche la poco disponibilità di informazioni, in almeno il 30% dei casi (con punta del 46,2%) non si dispongono di elementi per rispondere.

Molto scarsa l'applicazione obbligatoria delle linee guida

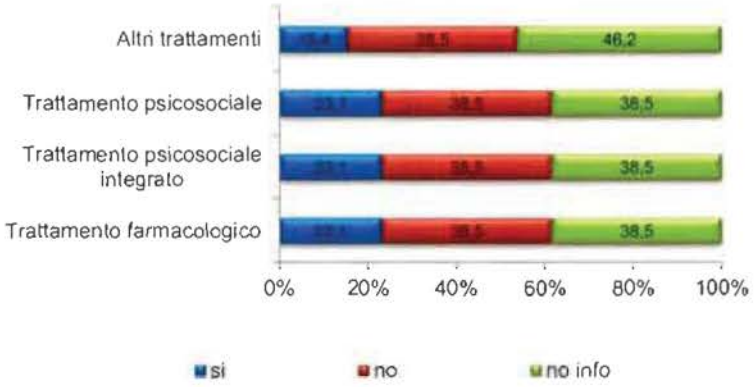
Anche per quanto concerne l'applicazione obbligatoria delle linee guida per la valutazione della qualità al fine dell'erogazione dei trattamenti (Fig. III.2.5) le Regioni solo in pochissimi casi ne fanno uso, addirittura in nessun caso come pre-requisito per il finanziamento del servizio (Fig. III.2.6).

Figura III.2.4: Esistenza documenti ufficiali per la valutazione della qualità dei trattamenti. Anno 2012



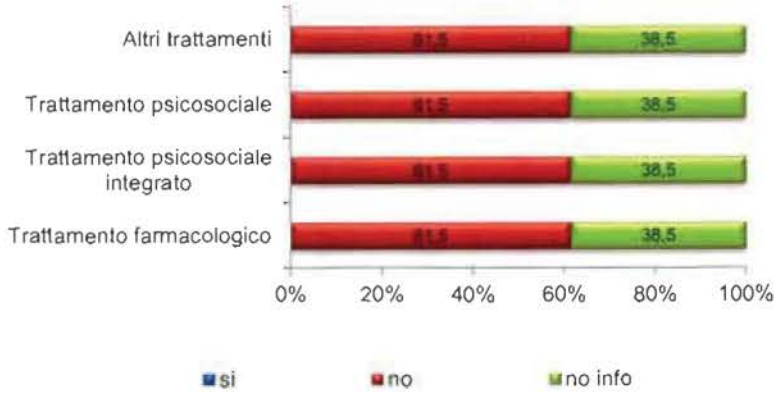
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.5: Applicazione obbligatoria delle linee guida per la valutazione della qualità al fine dell'erogazione dei trattamenti. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.6: Applicazione delle linee guida come pre-requisito per il finanziamento del servizio. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Poche le informazioni messe a disposizione da Regioni e PP.AA

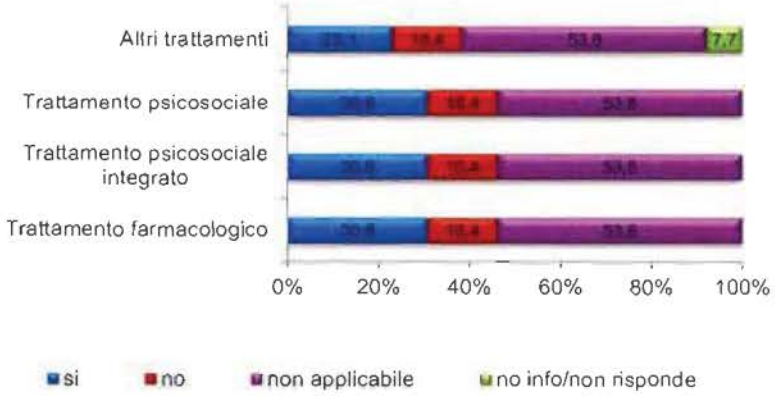
Nell'area delle linee guida sono state chieste alle Regioni e Provincie Autonome ulteriori informazioni in merito "all'inclusione nelle linee guida di aspetti/criteri che riguardano i protocolli terapeutici", "la descrizione della documentazione obbligatoria per la valutazione della qualità del trattamento relativa ad ammissione/dimissione, outcome, soddisfazione dei clienti e del personale", "come fossero elaborate le linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti" e l'eventuale esistenza di un "riferimento normativo", alla serie di tematiche riportate il tasso di informazioni disponibili è stato sempre molto scarso e nei casi di elementi a disposizione la risposta è stata largamente negativa.

Monitoraggio e valutazione

Poco applicabile la valutazione del risultato dei trattamenti

Ancora poco diffusa la valutazione del risultato dei vari trattamenti che hanno le stesse risultanze per psicosociale, psicosociale integrato e farmacologico con quasi un terzo delle Regioni e PP.AA. che la effettuano e più della metà 53,8% che la dichiarano non applicabile.

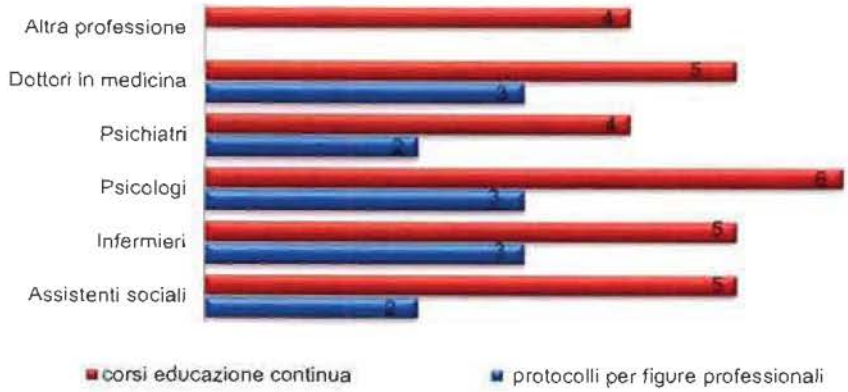
Figura III.2.7: Valutazione del risultato dei trattamenti. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Sviluppo, divulgazione e implementazione di "buone prassi"

Figura III.2.8: Regioni e PP.AA. che dispongono di un portale on line con protocolli per figure professionali e che forniscono corsi di educazione/formazione continua. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Le buone prassi sono nelle Regioni e PP.AA. ancora in una fase embrionale, nel migliore dei casi (psicologi) solo sei regioni attuano corsi di educazione continua, ancora meno diffuse le piattaforme (portali on line) che forniscono protocolli professionali (conoscenza, comprensione e competenze) per le figure professionali, il dato più confortante riguarda gli infermieri, psicologici e medici che in tre regioni hanno la possibilità di fruirne.

Molto scarsa la diffusione delle "buone prassi"

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

Con l'introduzione del flusso SIND, in sostituzione del precedente flusso sui trattamenti (ANN 03), la rilevazione e l'organizzazione dei dati di attività dei servizi per le tossicodipendenze è profondamente modificata in relazione all'obiettivo insito del nuovo sistema informativo sanitario orientato non tanto alla tipologia di trattamenti erogati, piuttosto alla tipologia di prestazioni cedute ai pazienti, quale misura diretta del prodotto erogato dalle unità operative. Tale approccio si configura in un profilo di analisi non solo orientato alla mera conta delle prestazioni erogate, ma coniugandole con la durata del trattamento al fine di ottenere alcuni indicatori sull'output erogato per paziente "equivalente" attraverso il concetto di assistito in "anni persona" che rende l'indicatore più omogeneo ai fini del confronto dell'attività svolta dalle unità operative. Tale indicatore unitamente ad altri utilizzati per il monitoraggio degli esiti dei trattamenti farmacologici, consente di individuare profili di output che meglio descrivono l'efficacia dei trattamenti erogati (misura dell'outcome in termini di effectiveness) e possono inoltre essere utilizzati ai fini della valutazione dell'efficienza allocativa delle risorse anche in relazione degli esiti dei trattamenti ottenuti.

Sulla base delle informazioni rilevate dai servizi e registrate nell'archivio "prestazioni" del flusso SIND, per ciascun utente dei servizi è possibile registrare sedici tipologie di macro categorie di prestazioni (Tabella III.2.1), ciascuna delle quali può essere declinata all'interno dell'unità operativa in ulteriori tipologie per meglio descriverne l'attività svolta.

Le macro-prestazioni del flusso informativo SIND

In relazione al profilo terapeutico erogato all'assistito possono essere registrate differenti tipologie di prestazioni nell'ambito del periodo assistenziale di riferimento. Dall'analisi della distribuzione dei pazienti per macro-categoria di prestazione erogata, dove un assistito può essere conteggiato tante volte quante le tipologie di prestazioni fruite, emerge che per ciascun assistito nel 2012 sono state erogate mediamente dalle 3 alle 4 tipologie differenti di macro-prestazioni, ed in particolare 3 per gli assistiti in trattamento psico-socio-riabilitativo e 4 per gli assistiti in trattamento farmacologico-integrato.

Distinguendo gli utenti in trattamento psico-socio-riabilitativo da quelli in trattamento farmacologico integrato, si osserva che il 51,3% degli assistiti risulta in trattamento farmacologico integrato a fronte del 66,2% rilevato nel 2011. Dall'analisi della distribuzione degli utenti assistiti con trattamento farmacologico integrato, per regione, si nota che ben dieci regioni presentano un dato superiore a quello italiano (51,3%), in particolar modo Campania (85,5%), Valle d'Aosta (82,4%) e Umbria (77,3%).

Percentuali basse, molto inferiori alla media nazionale, si osservano nella Provincia Autonoma di Bolzano (25,8%), in Piemonte (19,2%) e in Sardegna (8,1%); tali valori sembrano non riflettere le reali attività di erogazione delle terapie farmacologiche quanto la parziale registrazione delle stesse (Figura III.2.1).

Tabella III.2.1: Numero complessivo di prestazioni erogate dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anno 2012

Anno	Trattamenti psico-sociale e/o riabilitativo		Trattamenti con integrazione farmacologica		Totale prestazioni
	Numero prestazioni	Prestazioni per utente	Numero prestazioni	Prestazioni per utente	
Relazioni sul caso	281.008	6,8	752.959	18,9	1 033.967
Visite	203.649	6,4	312.131	7,8	515 780
Colloqui di prevenzione	28.493	3,6	34.437	5,3	62.930
Colloqui di assistenza	329.456	7,7	475.314	11,1	804.770
Interventi di prevenzione	3.688	4,3	3.595	3,1	7.283
Esami e procedure cliniche	318.485	11,6	989.614	21,0	1 308 099
Somministrazione farmaci e vaccini	-	-	10.331.875	145,0	10.331.875
Interventi psicoterapeutici	70.033	7,9	47.603	7,8	117 636
Interventi socio-educativi	46.342	5,1	62.732	7,5	109.074
Test psicologici	11.479	2,2	5.562	1,9	17.041
Attività di reinserimento	4 874	1,4	4.884	2,5	9 758
Accompagnamento paziente	12.104	4,7	22.032	5,0	34 136
Predisposizione programma terapeutico	111.652	5,3	227.764	8,6	339.416
Prestazioni alberghiere	395	1.1	552	1,5	947
Prestazioni straordinarie	3.657	2,3	11.647	5,8	15.304
Inserimento in comunità	2.924	2,2	2 877	3,2	5.801
Totale	**1.428.239**	**21,2**	**13.285.578**	**186,5**	**14.713.817**

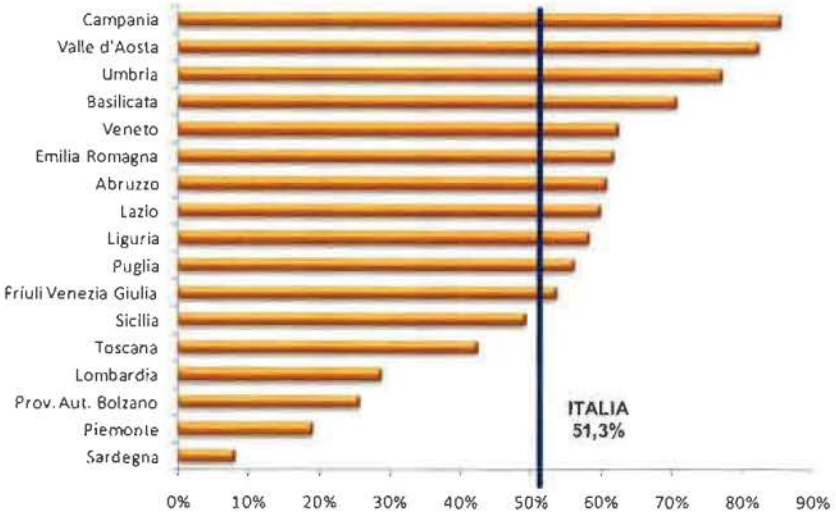
Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Macro categorie di prestazioni: volume di prestazioni e numero medio di prestazioni per assistito

Proseguendo con l'analisi distinta delle prestazioni erogate all'interno dei due gruppi di pazienti, in trattamento psico-socio-riabilitativo e farmacologico integrato, è stato calcolato il numero medio di prestazioni. All'interno del primo gruppo di soggetti, il numero medio di prestazioni erogate per paziente nel periodo di riferimento si attesta a 21 prestazioni, con un valore che si discosta nettamente da quello delle altre regioni; per la Provincia Autonoma di Bolzano, infatti, ad ogni assistito in trattamento psico-sociale o riabilitativo vengono erogate, mediamente, più di 165 prestazioni nel periodo di riferimento a fronte di valori massimi osservati nelle altre regioni pari a 40,2 prestazioni (Veneto), seguito da Piemonte e Liguria (rispettivamente, 26,5 e 26,2 prestazioni) (Figura III.2.10). Tali differenze possono essere imputate in parte alla parziale registrazione delle prestazioni da parte di alcune regioni, in parte dalla differente durata del trattamento.

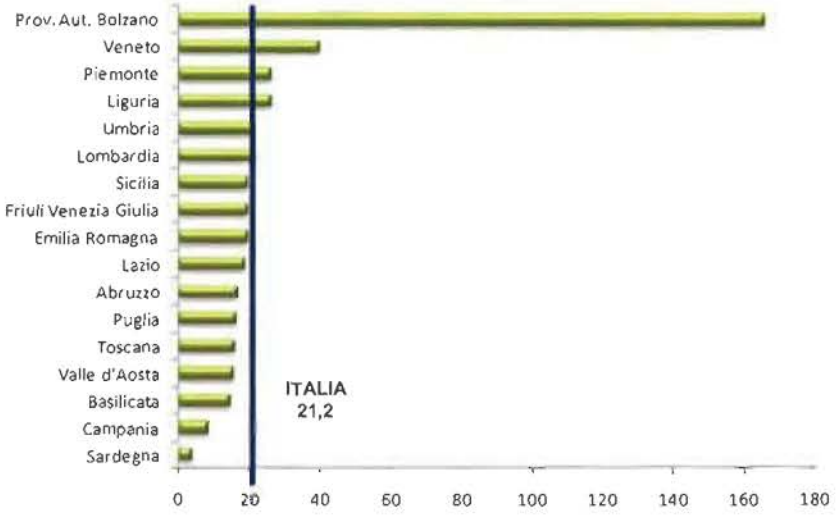
21 prestazioni in media per assistito nel periodo di riferimento tra gli utenti in trattamento psico-socio riabilitativo

Figura III.2.9: Distribuzione % degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze in trattamento farmacologico integrato. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Figura III.2.10: Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento psico-socio-riabilitativo. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Al fine di evidenziare e confrontare i differenti carichi assistenziali tra gli utenti in trattamento farmacologico-integrato e psico-socio-riabilitativo, all'interno del primo gruppo di pazienti l'indicatore relativo al numero medio di prestazioni è stato calcolato sia includendo tutte le prestazioni erogate, sia escludendo dal computo le somministrazioni farmacologiche.

41 prestazioni in media per assistito nel periodo di riferimento tra gli utenti in trattamento farmacologico integrato (escluse le somministrazioni di farmaci)

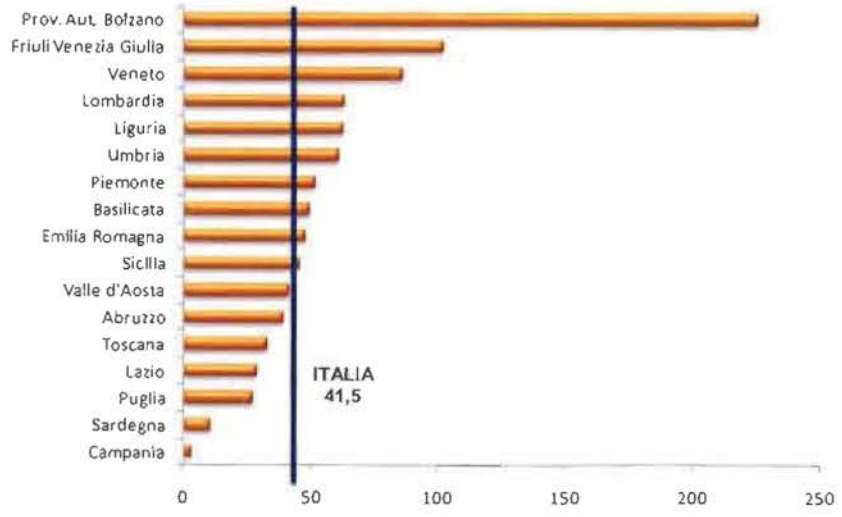
Escludendo la somministrazione di farmaci, il numero medio di altre prestazioni erogate nel periodo di riferimento ammonta a oltre 41 per soggetto, a fronte di un valore di quasi la metà (21,2) osservato nel gruppo di pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo. Tale risultato evidenzia che al netto delle terapie farmacologiche, il carico assistenziale per i pazienti in trattamento farmacologico è superiore, quasi il doppio in termini di numero di prestazioni, rispetto ai pazienti in trattamento psico-socio-riabilitativo. A livello regionale emerge anche in questo caso la Provincia Autonoma di Bolzano con un picco di numero medio di prestazioni nel periodo di riferimento pari a 226,5; valori più alti della media nazionale si osservano anche in Friuli Venezia Giulia (102,6) e in Veneto (86,5) mentre un esiguo numero di prestazioni vengono erogate in Campania (3,3 prestazioni medie per soggetto) ed in Sardegna (10,5) (Figura III.2.11).

145 somministrazioni farmacologiche in media per assistito nel periodo di riferimento

Sempre all'interno del gruppo di assistiti in trattamento farmacologico, prendendo in esame solo le somministrazioni di farmaci, il numero medio di somministrazioni per paziente nel periodo di riferimento è pari a 145 prestazioni (Figura III.2.12); la media nazionale viene superata solo in quattro regioni: Toscana (152,2), Sicilia (161,6), Puglia (239,7) e Campania (246,1).

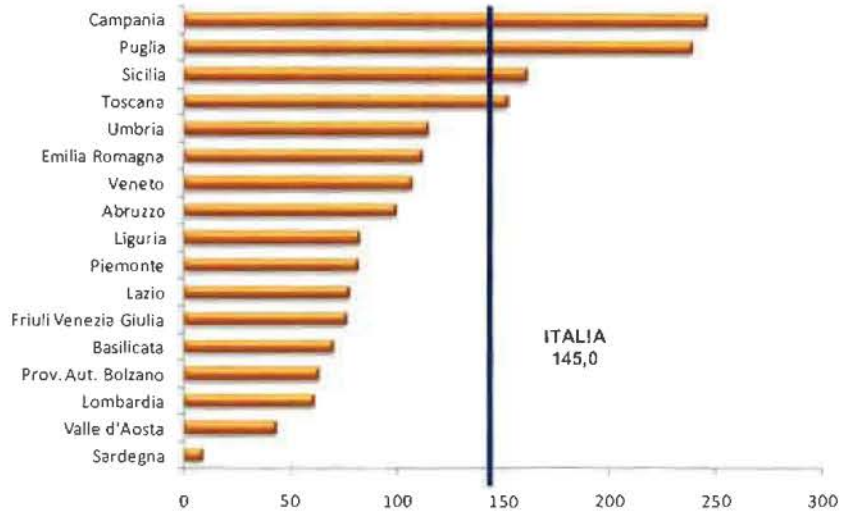
In Sardegna ed in Valle d'Aosta, invece, si registrano meno di 50 prestazioni in media per assistito (rispettivamente, 9,2 e 43,4) a conferma della parziale trasmissione dei dati relativi alle prestazioni in generale ed alle somministrazioni farmacologiche in particolare.

Figura III.2.11: Numero medio di prestazioni per assistito nei Ser.T. in trattamento farmacologico integrato (esclusa l'erogazione dei farmaci). Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

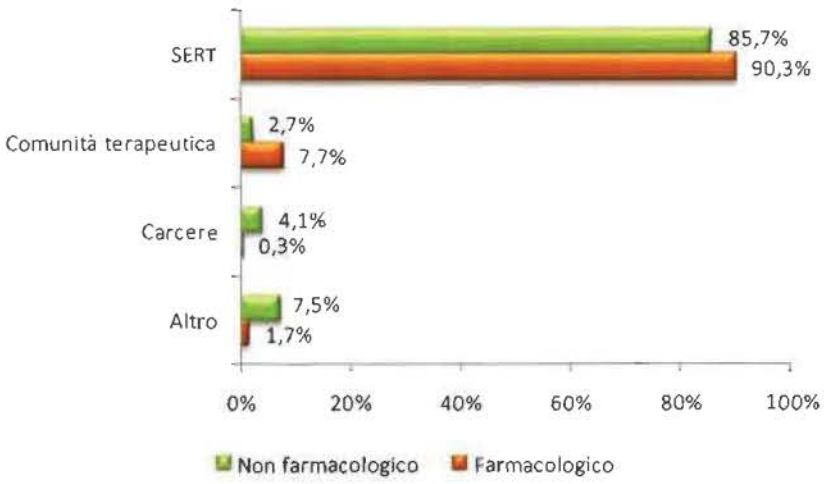
Figura III.2.12: Numero medio di somministrazioni farmacologiche per assistito nei Ser.T.. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

L'analisi della sede di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie evidenzia che più dell'85% delle prestazioni vengono erogate presso i Ser.T. con una lieve differenza tra i trattamenti psico-socio-riabilitativi (85,7%) e quelli con integrazione farmacologica (90,3%). La parte restante delle prestazioni viene erogata principalmente nelle comunità terapeutiche (7,7%) per i trattamenti farmacologici, nelle carceri (4,1%) o in altre sedi (7,5%) per i trattamenti psico-sociali o riabilitativi (Figura III.2.13).

Figura III.2.13: Distribuzione % delle prestazioni erogate agli assistiti dei servizi per le tossicodipendenze in trattamento psico-socio-riabilitativo, per sede e tipo di trattamento. Anno 2012



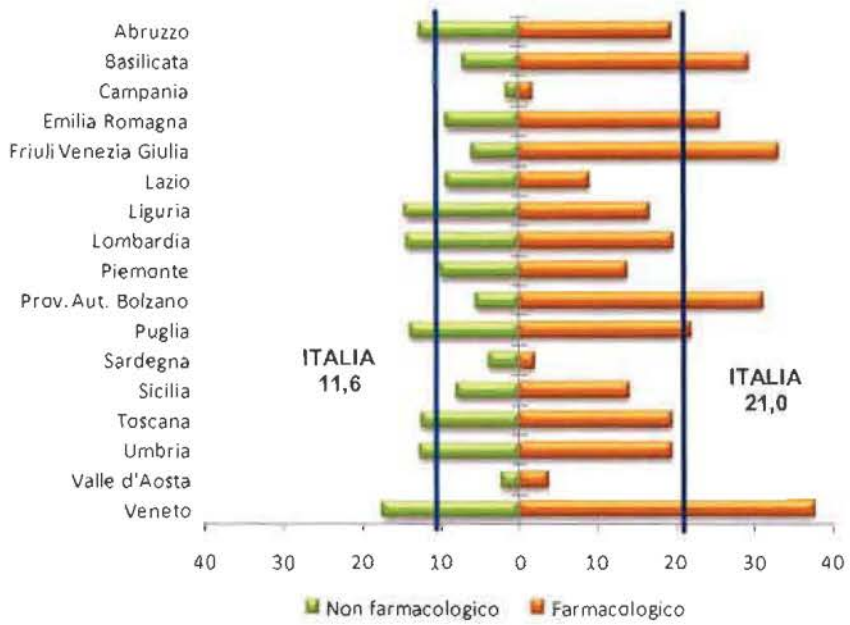
Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Focalizzando l'attenzione sulle singole tipologie di prestazione, si osserva che per alcune categorie di prestazioni come le visite mediche, i colloqui di assistenza, gli

esami e gli interventi psicoterapeutici, il numero medio di prestazioni per assistito è molto variabile tra le varie regioni che hanno registrato l'informazione.

Concentrando l'attenzione sulle prestazioni relative agli esami ed alle procedure cliniche, si nota una certa variabilità non solo tra le regioni, anche tra i gruppi di soggetti in trattamento farmacologico integrato, piuttosto che psico-socio-riabilitativo. Veneto, Friuli Venezia Giulia, Provincia Autonoma di Bolzano e Basilicata presentano i valori più alti per questa categoria di prestazioni in corrispondenza del gruppo di soggetti in trattamento farmacologico, mentre osservando i dati dei soggetti in trattamento psico-socio-riabilitativo il numero medio di prestazioni più elevato si osserva in Veneto, Puglia, Lombardia e Liguria (Figura III.2.14).

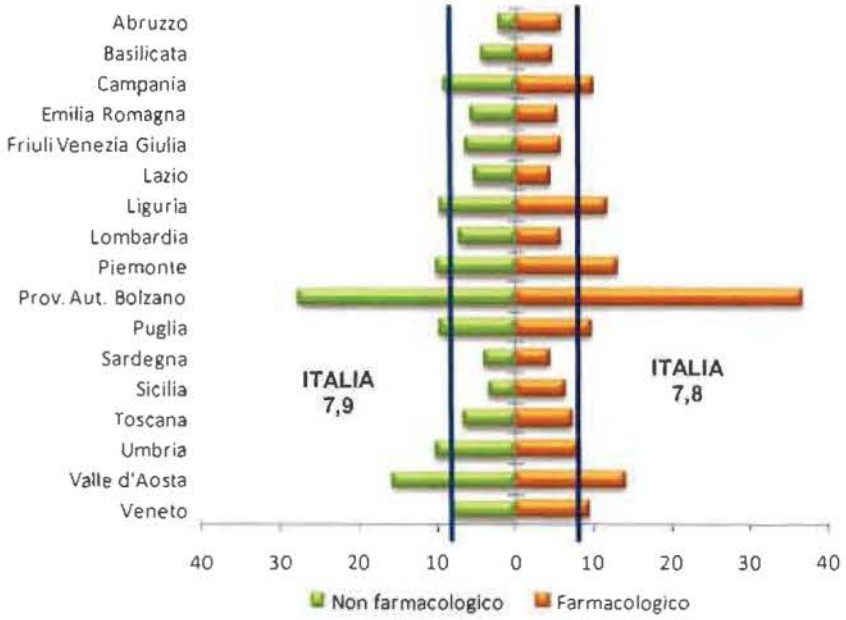
Figura III.2.14: Numero medio di prestazioni per assistito relative a esami e procedure cliniche, per regione e tipo di trattamento. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

La categoria di prestazioni relativa agli interventi psicoterapeutici, invece, si differenzia dal profilo osservato per gli esami e le procedure cliniche: si osserva un picco di prestazioni erogate nella Provincia Autonoma di Bolzano, con valori pari a 4,5 volte quello nazionale per gli assistiti in trattamento farmacologico, e 3,5 volte quello nazionale per il secondo gruppo di utenti in trattamento psico-socio-riabilitativi.
Le restanti regioni presentano valori più in linea con il dato nazionale, ma con significative differenze; Valle d'Aosta e Piemonte hanno un numero medio di prestazioni elevato in entrambe i gruppi di pazienti, mentre Sardegna e Basilicata si distinguono per il minor numero di prestazioni (in entrambi i gruppi di utenti) (Figura III.2.15).

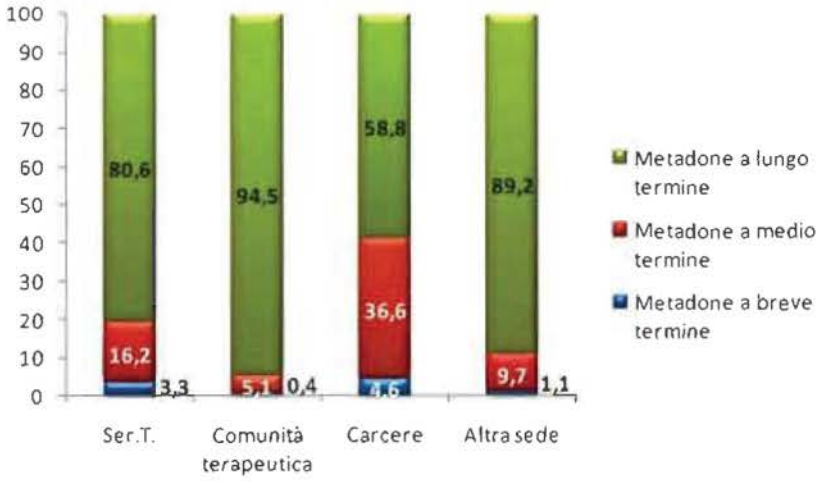
Figura III.2.15: Numero medio di prestazioni per assistito relative a interventi psicoterapeutici, per regione e tipo di trattamento. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

Una situazione simile a quanto osservato per la categoria di prestazioni relative agli interventi psicoterapeutici si osserva anche per le visite ed i colloqui di assistenza: in entrambi i casi vi è un numero medio di prestazioni abbastanza omogeneo tra le regioni, eccezion fatta per Piemonte e Provincia Autonoma di Bolzano, che presentano dati nettamente superiori alla media nazionale (in particolar modo per i soggetti in trattamento farmacologico).

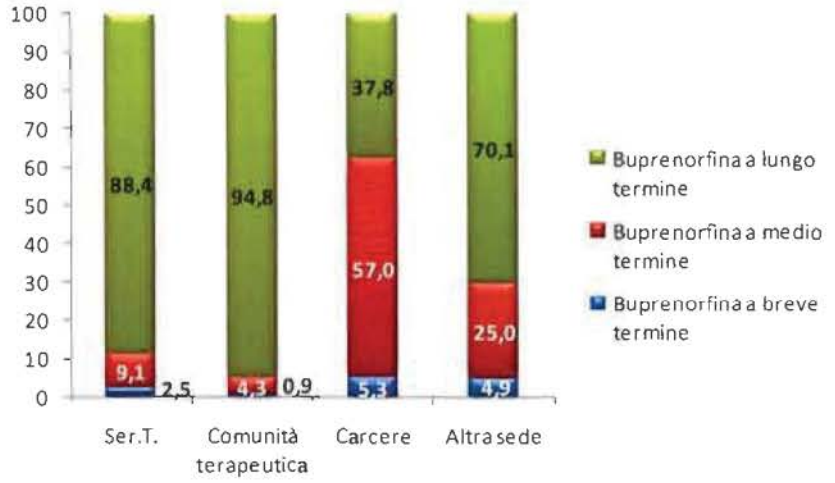
Figura III.2.16: Distribuzione (%) delle prestazioni per assistito relative a trattamento farmacologico con metadone secondo la durata del trattamento e la sede del trattamento. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

All'interno del gruppo di pazienti in trattamento farmacologico il 78,9% dei soggetti viene somministrato il metadone e al 15,3% dei soggetti viene somministrata la buprenorfina.
Nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica con metadone, si riscontra un approccio differenziato tra le diverse tipologie di sede: emerge una tendenza generale a privilegiare terapie a lungo termine in tutte le tipologie di servizio (Ser.T., Carcere, Comunità terapeutica), con percentuali meno evidenti nel carcere. In quest'ultimo, infatti, si osserva una maggior somministrazione di terapia a medio termine (36,6%) rispetto a quanto osservato nelle altre strutture.
Tale differenza è molto più evidente nei trattamenti farmacologici con buprenofrina, dove il numero di trattamenti a medio termine erogati negli istituti penitenziari sono pari al 57,0%. Per quanto riguarda le altre due sedi, le percentuali di trattamenti a lungo termine sono ancora più elevate di quanto osservato per il metadone: 88,4% contro 80,6% nei Ser.T. e 94,8% contro 94,5% nelle comunità terapeutiche.

Figura III.2.17: Distribuzione (%) delle prestazioni per assistito relative a trattamento farmacologico con buprenorfina secondo la durata del trattamento e la sede del trattamento. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione

III.2.3.1. Premessa

Trasferimento al SSN delle competenze in materia di sanità penitenziaria

Con DPCM del 1 aprile 2008 sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, fino al 2010 di competenza del Ministero di Giustizia- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, è così transitato alle Regioni secondo l'accordo in Conferenza Unificata siglato in data 18 maggio 2011. Secondo questo accordo le Regioni sono tenute a raccogliere, per il tramite delle Unità operative dei Sert.T. presenti in carcere, dati sui detenuti tossico e alcol dipendenti attraverso la compilazione di apposite schede. Per gli adulti la rilevazione ha cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre) e descrive la situazione istantanea a quella data, mentre per i minori si rileva il dato complessivo annuale.
L'obiettivo della rilevazione, che sostituisce il vecchio flusso del DAP, è quello di consentire la raccolta di dati e informazioni che consentano di rappresentare meglio la situazione dei detenuti tossico e alcol dipendenti, e inoltre di identificare la quota di

soggetti che possono accedere e accedono alla pena alternativa attraverso l'art. 94 del D.P.R. 309/90.

Se nel 2011 il monitoraggio effettuato per la prima volta secondo l'accordo del 18 maggio 2011 non ha raccolto i dati da alcune Regioni e ha utilizzato dati dalla qualità non sempre soddisfacente, la rilevazione con dati 2012 ha visto il contributo di tutte le Regioni e, se talvolta la realtà carceraria è stata sottorappresentata (Veneto e in misura minore Calabria), per la maggior parte delle Regioni sono stati raccolte informazioni per alcol dipendenti e tossicodipendenti detenuti in tutte le strutture carcerarie localmente presenti.

Tutte le Regioni e Province autonome hanno partecipato al monitoraggio

In sintesi, il 100% delle Regioni rispondenti, oltre il 90% della popolazione carceraria rappresentata.

III.2.3.2. Detenuti con problemi droga correlati.

Con il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria alle Aziende Sanitarie, vengono rilevati i soggetti tossicodipendenti ristetti in carcere per i quali vi è una dipendenza da sostanze definita su base clinica diagnostica (ICD-IX CM) e quelli per i quali la dipendenza è solo anamnestica o auto dichiarata (mero consumo).

Nonostante l'avvio della rilevazione specifica in base all'accordo in Conferenza Unificata del 18 maggio 2011, il DAP ha mantenuto la sua modalità di rilevazione anche per i detenuti adulti in riferimento alla presenza di problematiche socio-sanitarie droga correlate. Si ritiene utile e opportuno riportare anche questi dati per aggiornare l'andamento storico del flusso.

Si tratta del totale degli ingressi dalla libertà nel corso del 2012 e dei presenti in carcere, dati totali e relativi ai soli soggetti tossicodipendenti.

Rispetto al 2011, nel 2012 si è osservato un calo degli ingressi totali da 76.982 a 63.020 unità, con un decremento del 18,1%. Anche i soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati hanno subito una riduzione (18,4%) passando da 22.413 a 18.285, ma percentualmente rispetto al totale si confermano in quota pari al 29%.

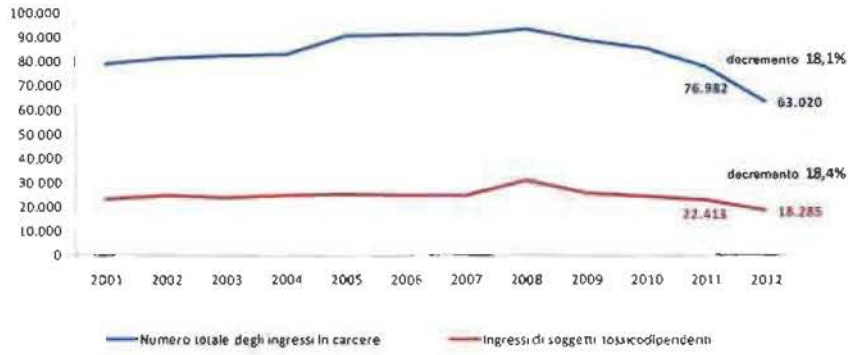
Calo degli ingressi in carcere nel 2012

Tabella III.2.2: Andamento degli **ingressi annuali** in carcere e andamento degli ingressi dei soggetti con problemi droga correlati – Anni 2001-2012

Anno	Numero totale ingressi in carcere	Ingressi di soggetti tossicodipendenti	%
2001	78.649	22.808	29,0
2002	81.185	24.356	30,0
2003	81.790	23.719	29,0
2004	82.275	24.683	30,0
2005	89.887	25.168	28,0
2006	90.714	24.493	27,0
2007	90.441	24.371	27,0
2008	92.800	30.528	33,0
2009	88.066	25.180	29,0
2010	84.641	24.008	28,0
2011	76.982	22.413	29,0
2012	63.020	18.285	29,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Dicembre 2012.

Figura III.2.18: Andamento degli **ingressi annuali** in carcere e andamento degli ingressi dei soggetti con problemi droga correlati – Anni 2001-2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria.Dicembre 2012.

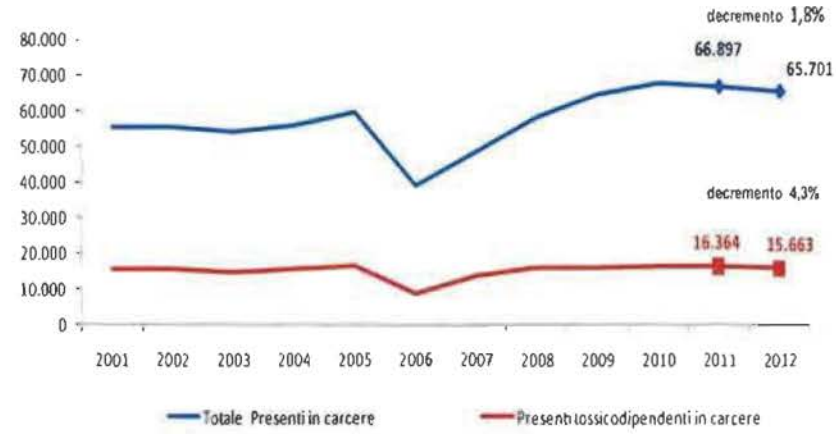
L'andamento si conferma anche analizzando il dato puntuale al 31 dicembre e relativo alla popolazione presente in carcere e al suo sottoinsieme dei detenuti presenti con problemi droga correlati.
In tal caso, rispetto al 2011, nel 2012 si è osservato un calo dei presenti in carcere totali da 66.897 a 65.701 con un decremento del 1,8%. Anche i soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati presenti hanno subito una flessione (-4,3%) passando da 16.364 rilevato nel 2011 a 15.663, questi ultimi in quota rappresentano il 24% dei soggetti in carcere al 31 dicembre del 2012.

Tabella III.2.3: Andamento dei detenuti **presenti al 31/12 in carcere** e andamento dei detenuti con problemi droga correlati – Anni 2001-2012

Anno	Numero Totale Presenti in carcere	Presenti tossicodipendenti in carcere	%
2001	55.275	15.442	28,0
2002	55.670	15.429	28,0
2003	54.237	14.501	27,0
2004	56.068	15.558	28,0
2005	59.523	16.135	27,0
2006	39.005	8.363	0,21
2007	48.693	13.424	28,0
2008	58.127	15.772	27,0
2009	64.791	15.887	25,0
2010	67.961	16.245	24,0
2011	66.897	16.364	24,0
2012	65.701	15.663	24,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Dicembre 2012.

Figura III.2.19: Andamento dei detenuti **presenti al 31/12 in carcere** e andamento dei detenuti con problemi droga correlati – Anni 2001-2012



Calo dei presenti in carcere nel 2012

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria. Dicembre 2012.

Venendo alle risultanze della Rilevazione DPA, si specifica che i dati sono stati raccolti al dicembre 2012 e sono stati rilevati con modelli elettronici dalla compilazione guidata che ha permesso di ottenere una buona qualità del dato finale.

Nel 2012 la quota dei soggetti con problemi droga correlati si attesta sul valore (complessivo nazionale) del 34,2% rispetto al totale dei soggetti detenuti negli istituti penitenziari. E' da rilevare però che la percentuale scende fino al 23,5% considerando unicamente i soggetti per i quali la tossicodipendenza sia stata diagnosticata dal SER.T competente.

Il dato massimo dei tossicodipendenti diagnosticati, pari al 45,5% della popolazione carceraria rappresentata, è stato rilevato in Emilia Romagna e il dato minimo del 9,6% in Umbria.

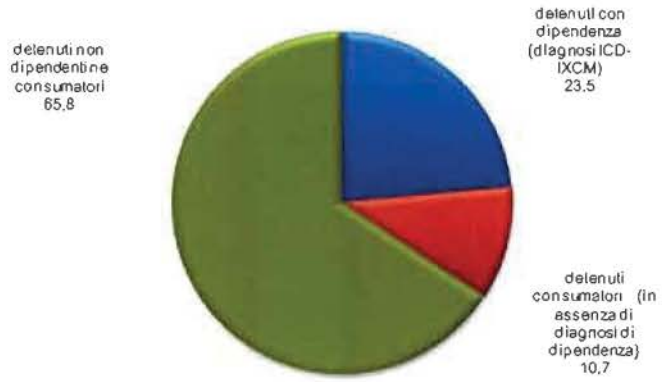
Tabella III.2.4: Detenuti come risultanti dagli archivi del Ministero di Giustizia e detenuti con problemi droga correlati, dai dati trasmessi dalle Regioni. Dicembre 2012.

Regioni e PP.AA.	Ministero di Giustizia		Ministero di Giustizia - Regioni			Dati delle Regioni			
	N. Carcere	Tot. carcerati	N. carceri per i quali è stata fatta la rilevazione DPA	Tot. carcerati nei carceri osservati	% Rispetto al totale	Carcerati con problemi sanitari droga correlati	Carcerati con diagnosi dipendenza	% Rispetto al totale	Carcerati senza diagnosi dipendenza
ABRUZZO	8	1.894	7	1.815	95,8	462	407	22,4	55
BASILICATA	3	454	3	454	100,0	118	72	15,9	46
CALABRIA	12	2.916	4	1.288	44,2	216	197	15,3	19
CAMPANIA	17	8.165	15	7.790	95,4	3.567	1.882	24,2	1685
EMILIA ROMAGNA	13	3.469	13	3.469	100,0	1.995	1.579	45,5	416
FRIULI VENEZIA GIULIA	5	862	5	862	100,0	318	261	30,3	57
LAZIO	14	7.012	13	6.952	99,1	2.012	1.024	14,7	988
LIGURIA	7	1.819	6	1.482	81,5	762	598	40,4	164
LOMBARDIA	19	9.307	18	8.998	96,7	2.769	2.094	23,3	675
MARCHE	7	1.225	7	1.225	100,0	308	192	15,7	116
MOLISE	3	480	3	480	100,0	143	130	27,1	13
P.A. BOLZANO	1	130	1	130	100,0	44	30	23,1	14
P.A. TRENTO	1	286	1	286	100,0	76	44	15,4	32
PIEMONTE	13	4.997	13	4.997	100,0	1.319	1.141	22,8	178
PUGLIA	11	4.145	11	4.145	100,0	2.431	1.581	38,1	850
SARDEGNA	12	2.133	8	1.602	75,1	524	312	19,5	212
SICILIA	27	7.098	22	6.867	96,7	1.555	1.238	18,0	317
TOSCANA	18	4.148	17	4.071	98,1	1.278	888	21,8	390
UMBRIA	4	1.630	4	1.630	100,0	199	156	9,6	43
VALLE D'AOSTA	1	281	1	281	100,0	31	31	11,0	0
VENETO	10	3.250	3	574	17,7	193	107	18,6	86
Totale	**206**	**65.701**	**175**	**59.398**	**90,4**	**20.320**	**13.964**	**23,5**	**6.356**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Schede 1 - Dicembre 2012.

Il 23,5% dei detenuti ha una diagnosi di tossicodipendenza

Figura III.2.20: La dipendenza e il consumo di droghe nella popolazione detenuta. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

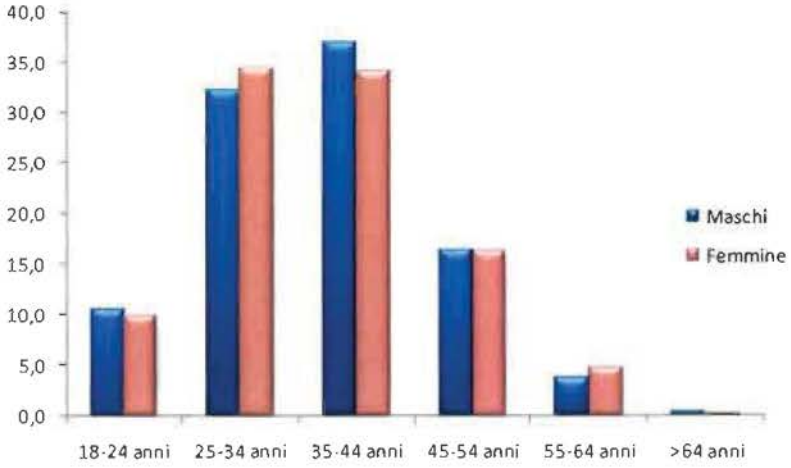
Riportando il numero dei 13.964 soggetti carcerati con diagnosi di dipendenza al totale della popolazione carceraria del ministero di Giustizia (si ricordi che il dato DPA fa riferimento al 90% circa della popolazione carceraria italiana del 2012) si ottiene un dato di stima pari a 15.400 soggetti con diagnosi di dipendenza con prevalenza sulla popolazione totale pari al 25% con valori, quindi, sovrapponibili al dato censuario del Ministero di Giustizia.

Il 38,2% dei detenuti tossicodipendenti sottoposto al drug test all'ingresso in carcere

Il 38,2% dei soggetti con problemi droga correlati risulta essere stato sottoposto al drug test al momento dell'ingresso in carcere (il 26,2% nel 2011). Tuttavia questo dato, nonostante una migliore copertura rispetto alla passata edizione, risultata di difficile reperimento per i Ser.T. competenti pertanto è ragionevole ipotizzare che sia sottostimato rispetto alla situazione reale. Quanto alle caratteristiche demografiche dei detenuti con problema droga correlati (sia dipendenza che consumo) si evince che, analogamente allo scorso anno, il 96,7% di essi è di sesso maschile e che rispettivamente il 69,2% dei maschi e il 68,5% delle femmine ha una età compresa tra i 25 e i 44 anni. La distribuzione per classi di età non mostra particolari differenze per i due generi se si escludono la classe 35-44 con netta predominanza dei maschi (37% vs 34%) e quella 55-64 anni nella quale le femmine risultano in termini percentuali più rappresentate (3,7% vs 4,8%).

Figura III.2.21: Soggetti con problemi droga correlati per sesso e classi di età. Anno 2011

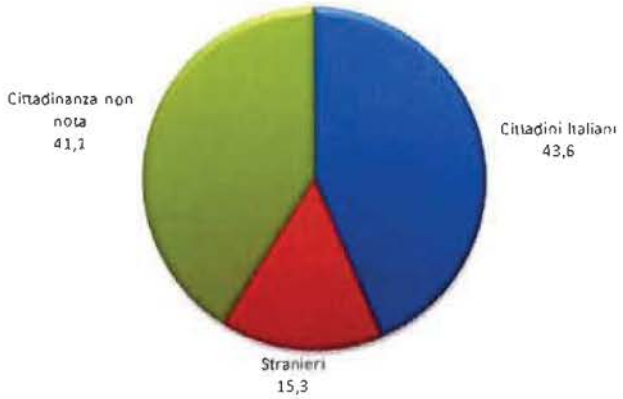
Circa il 70% dei detenuti tossicodipendenti di ambo i sessi ha età compresa tra i 25- e i 44 anni.



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012..

Quanto alla cittadinanza è da rilevare che il dato non è noto per il 41% dei soggetti mentre il 43,6% ha cittadinanza italiana (8.857 soggetti) e il 15,3% (3.111 soggetti) è cittadino straniero (di cui l'82% extracomunitari).

Figura III.2.22: Percentuale dei soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza. Anno 2012

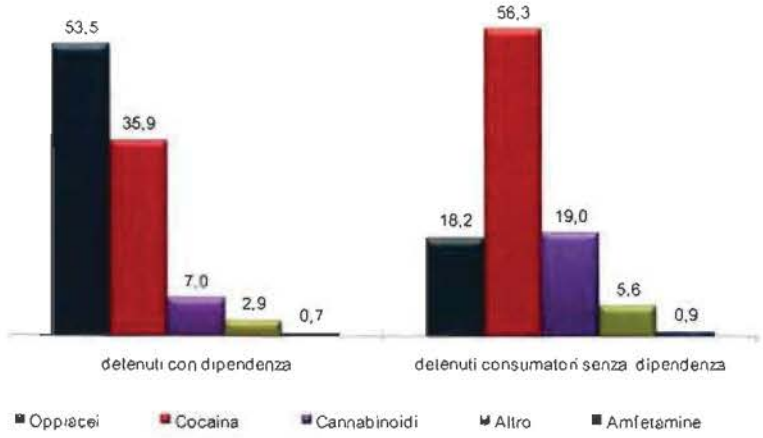


Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

Diversa scelta di sostanze tra dipendenti e consumatori

I detenuti con problemi droga correlati manifestano una diversa scelta di sostanze a seconda che manifestino dipendenza (diagnosi ICD –IX CM) o consumo. Per i dipendenti con diagnosi (pari al 68,7% dei detenuti con problemi droga correlati), pur rimanendo gli oppiacei la sostanza di elezione (53,5% la quota dei dipendenti da oppiacei, in calo rispetto al 65% del 2011) cresce la quota dei dipendenti da cocaina (35,9% +4,8% rispetto al 2011) e soprattutto da cannabinoidi (7% vs 2,3% del 2011).
Tra i consumatori non dipendenti, la cocaina resta la sostanza di elezione (56,3% in leggero aumento rispetto al 54,9% del 2011), decresce la quota dei consumatori di oppiacei (18,2% vs 24,1% del 2011) e ancora aumenta la quota dei consumatori di cannabinoidi che passa dal 13,2% rilevato nel 2011 al 19% del 2012.

Figura III.2.23: Soggetti con problemi droga correlati per tipo di dipendenza e prima sostanza utilizzata. Dati percentuali. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

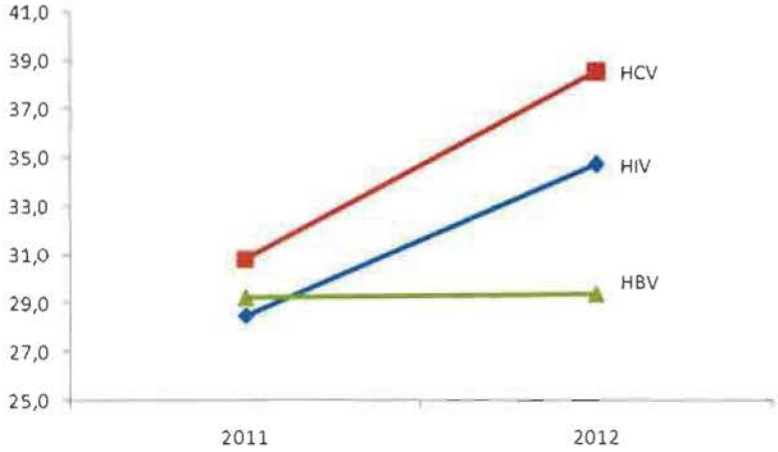
Va detto in oltre che, indipendentemente dalla diagnosi di dipendenza o consumo, il 41,9% (37,1% nel 2011) dei soggetti con problema droga correlati per un totale di oltre 8.500 casi presenta poliabuso di sostanze all'ingresso in carcere.

Il 42% dei tossicodipendenti in carcere manifesta poliabuso

Nonostante la quota dei tossicodipendenti in carcere sottoposta a test per malattie infettive sia cresciuta rispetto all'anno passato, si rileva che solo il 34,7% dei detenuti tossicodipendenti all'ingresso in carcere è stato sottoposto al test per l'HIV (28,5% nel 2011), il 38,6% (30,8% nel 2011) è stato sottoposto al test per l'HCV e ancora il 29,4% (29,25 nel 2011) al test dell'HBV.

Pochi i test per HIV, HCV e HBV

Figura III.2.24: Percentuale dei detenuti con problemi droga correlati testati in carcere. Anni 2011 - 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

Si rileva, invece, un consistente incremento dei soggetti sottoposti a trattamento: 90,6% la quota dei detenuti dipendenti sottoposti a trattamento in carcere contro il 78% rilevato nel 2011. Il trattamento più utilizzato sembra essere quello psicosociale integrato farmacologicamente che riguarda oltre 6.300 detenuti.

Tabella III.2.5: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a trattamento. Anno 2012

	Valori assoluti	%
Detenuti sottoposti a trattamento	12.656	90,6
Di cui:		
in trattamento solo farmacologico	*2.598*	*20,5*
in trattamento psicosociale	*3.737*	*29,5*
in trattamento farmacologico, psicosociale (integrato)	*6.321*	*49,9*
Detenuti non sottoposti a trattamento	1.308	9,4
Totale	**13.964**	**100,0**

90,6% dei detenuti tossicodipendenti viene sottoposto a trattamento di cura e prevenzione.

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

Il dato relativo alla situazione giuridica dei detenuti con problemi droga correlati è disponibile solo per 12.272 casi pari al 60,4% della popolazione considerata. La difficoltà nel reperire questo tipo di informazioni deriva dal fatto che i dati sono presenti in archivi del Sistema AFIS del Ministero della Giustizia e non sono attualmente accessibili ai professionisti delle Unità operative Ser.T.
Tuttavia, si può dire che il 55,2% dei soggetti per il quale il dato è presente godono di almeno una sentenza definitiva, il 32,0% è in attesa di primo giudizio e il 12,8% circa ha una posizione giuridica mista.

Tabella III.2.6: Soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza e posizione giuridica. Anno 2012

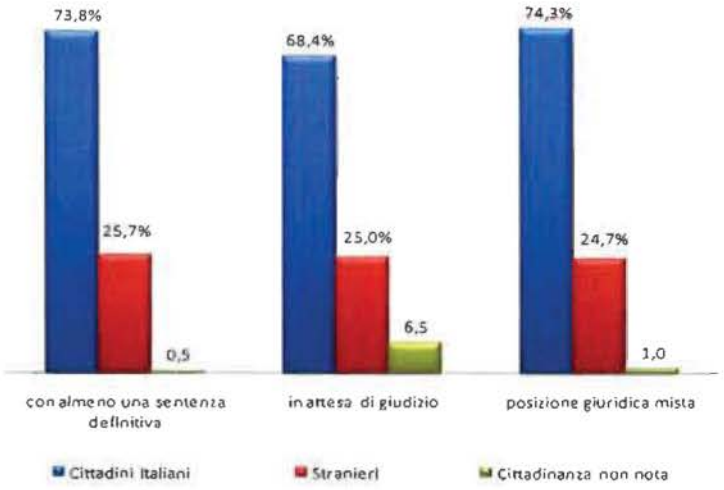
Provenienza geografica	con almeno una sentenza definitiva	in attesa di giudizio	con posizione giuridica mista
Cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'istituto	3.510	2.249	803
Cittadini italiani residenti in altre regioni	1.496	439	360
Cittadini stranieri comunitari	246	245	67
Cittadini stranieri extracomunitari	1.497	737	319
Con cittadinanza non nota	31	257	16
Totale	**6.780**	**3.927**	**1.565**

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

Il 55,2% dei detenuti tossicodipendenti ha una sentenza definitiva

La posizione giuridica non è influenzata statisticamente dalla cittadinanza dei tossicodipendenti in carcere essendo le quote assolutamente confrontabili per italiani e stranieri.

Figura III.2.25: Soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza e posizione giuridica. Dati percentuali. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

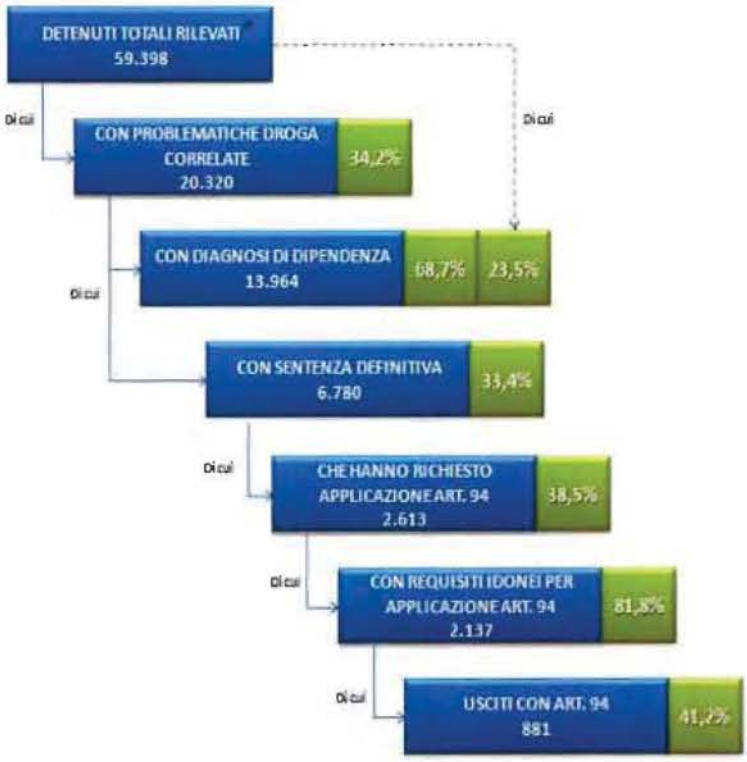
L'applicazione dell'art. 94 del DPR 309/90 è possibile solo per i casi in cui si ha una sentenza definitiva pur se l'accesso alla pena alternativa è vincolata anche al possesso di altri requisiti tra cui la diagnosi di dipendenza, una pena residua non superiore a sei anni e non aver già usufruito due volte dell'alternativa.
Nel 2012 dei 6.780 detenuti tossicodipendenti con almeno una sentenza definitiva, 2.613 soggetti hanno richiesto l'affidamento art. 94. L'81,8% presentava i requisiti per potervi accedere ma sul campione preso in esame il 41% degli aventi diritto ha usufruito dell'alternativa. Sono usciti dal carcere 881 tossicodipendenti.

Figura III.2.26: Soggetti con problemi droga correlati rispetto alle misure alternative alla detenzione ai sensi dell'art. 94 D.P.R. 309/90. Anno 2012

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012.

Riepilogando la struttura del nuovo flusso dati è quindi possibile costruire un diagramma attraverso il quale identificare con maggiore dettaglio le caratteristiche dei detenuti con problematiche droga correlate e le concrete possibilità di usufruire della pena alternativa.

Figura III.2.27. Flusso della popolazione detenuta (le percentuali fanno riferimento al livello precedente)



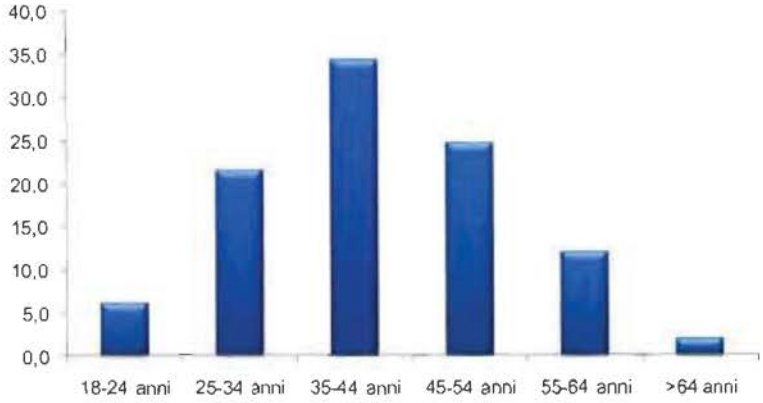
Fonte: elaborazioni su Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2012
(*) Il nuovo flusso delle Regioni è in via di attivazione e risente di sottonotifica in relazione della iniziale fase di implementazione del sistema. L'attuale sottonotifica è del 9,6% rispetto ai dati del Ministero di Giustizia.
Nota: nel corso del 2012 il 56,4% degli affidi è stato archiviato per chiusura del procedimento. Fonte Ministero di Giustizia –Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria - Ufficio Esecuzione Pena Esterna.

III.2.3.3. Detenuti con problemi alcol correlati.

I detenuti con problemi di alcol dipendenza ammontano a 1.620 unità, pari al 2,7% della popolazione carceraria oggetto della rilevazione; il dato è in leggera crescita rispetto al all'1,8% (939 soggetti) rilevato nel 2011. Tra gli alcol dipendenti in carcere il 96,8% è di sesso maschile e i soggetti appaiono per lo più concentrati nella fascia di età 35-44 anni che da sola ne assorbe il 34,2%.

Figura III.2.28: Detenuti con problemi di alcol dipendenza per classi di età. Anno 2012

Detenuti alcol dipendenti più numerosi nella classe di età 35-44



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 2 - Dicembre 2012.

Le Regioni non sono riuscite a fornire informazioni relative alla cittadinanza per il 33,3% dei detenuti alcol dipendenti mentre il 48,1% è cittadino italiano e il 18,8% cittadino straniero (di cui il 71,5% extracomunitario). Si hanno informazioni circa la posizione giuridica di 1.085 soggetti pari al 67% circa del totale alcol dipendenti carcerati). Di essi, indipendentemente dalla nazionalità, il 60,7 ha almeno una condanna definitiva dato in diminuzione rispetto al 67% del 2011.

Tabella III.2.7: Detenuti con problemi di alcol dipendenza per provenienza geografica e posizione giuridica. Anno 2012

Provenienza geografica	con almeno una sentenza definitiva	In attesa di giudizio	con posizione giuridica mista
Cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'istituto	381	203	43
Cittadini italiani residenti in altre regioni	112	28	13
Cittadini stranieri comunitari	49	23	15
Cittadini stranieri extracomunitari	117	82	19
Con cittadinanza non nota	0	0	0
Totale	**659**	**336**	**90**

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere – Scheda 2 - Dicembre 2012

Sono 1.315, pari all'81,6% del totale, i detenuti con problemi di alcol dipendenza ad essere sottoposti a trattamento di cura da parte del Ser.T. In particolar modo, tra coloro che ricevono trattamenti sanitari la maggior parte, pari al 45,9% (603 soggetti), riceve un trattamento psicosociale. Sono inoltre il 41,4% coloro che ricevono un trattamento psicosociale integrato farmacologicamente.

L'82% degli alcol dipendenti in carcere riceve un trattamento.

Tabella III.2.8: Detenuti con problemi di alcol dipendenza che godono di trattamenti sanitari o di misure alternative alla detenzione. Anno 2012

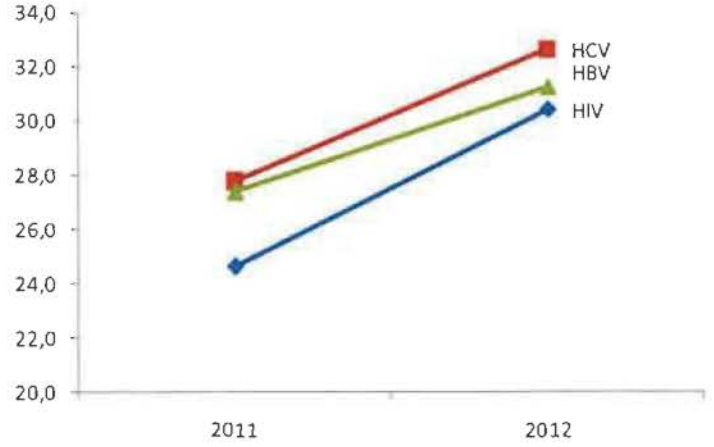
Trattamenti sanitari per la cura dell'alcol dipendenza		
	Valori assoluti	%
Detenuti sottoposti a trattamento per alcoldipendenza	1.315	81,2
Di cui:		
in trattamento solo farmacologico	*167*	*12,7*
in trattamento psicosociale	*603*	*45,9*
in trattamento farmacologico, psicosociale (integrato)	*545*	*41,4*
Detenuti non sottoposti a trattamento	305	18,8
Totale	**1.620**	**100,0**

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 2 - Dicembre 2012.

Il 31% presenta anche dipendenza da stupefacenti all'ingresso

Si rileva che 497 soggetti, pari al 30,7% circa dei detenuti alcol dipendenti, presentava anche dipendenza da sostanze stupefacenti all'ingresso. Il dato è del tutto analogo a quanto rilevato nel 2011.
Come visto per i tossicodipendenti, nonostante un generale incremento del testing, nel 2012 risulta ancora bassa la quota dei detenuti alcol dipendenti sottoposti ai principali test di infettivologia: il 30,4% (24,6 nel 2011) è stato testato per HIV, il 32,7% (27,8% nel 2011) per l'HCV e il 31,3% (27,4% nel 2011) per l'HBV.

Figura III.2.29: Percentuale dei detenuti con problemi di alcol dipendenza testati in carcere. Anni 2011 - 2012



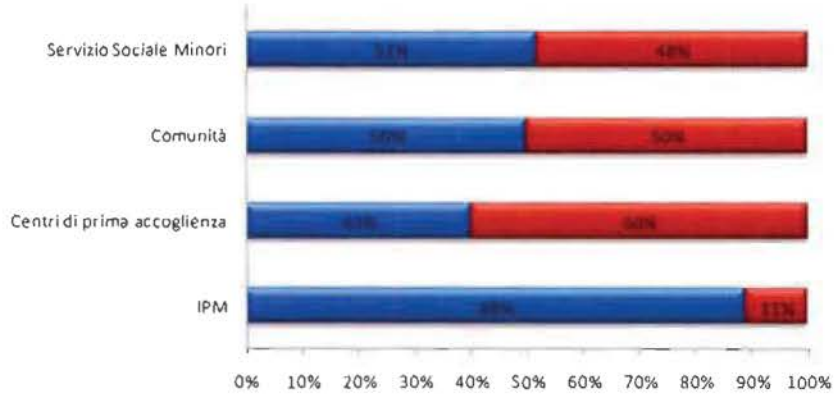
Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 2 - Dicembre 2012.

Le misure alternative alla detenzione ai sensi dell'art. 94 del D.P.R. 309/90 coinvolgono un piccolo numero di detenuti alcol dipendenti: 226 soggetti, pari al 14% del totale degli alcol dipendenti carcerati, ha richiesto l'affidamento in prova (in aumento rispetto ai 155 richiedenti rilevati nel 2011). Di questi 189 presentavano i requisiti per accedere all'alternativa pena e 68 (pari al 36,0% degli aventi diritto) sono usciti dal carcere con una sentenza del tribunale di sorveglianza.

III.2.3.4. Minori con problemi droga correlati ristretti in carcere o in altre strutture di detenzione.

A partire dall'anno 2012, le caratteristiche dei minori tossicodipendenti in carcere o in strutture di detenzione diverse, con il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria alle Aziende Sanitarie, viene rilevata dai Ser.T secondo il principio della competenza territoriale.
Per ciascun soggetto si distingue la dipendenza da alcol e droga, secondo la diagnosi ICD –IX CM, dal mero consumo in assenza di diagnosi. Per il 2012 il tasso di risposta delle Regioni è stato abbastanza alto considerando anche le difficoltà di rilevazione dei dati relativi ai minori in strutture alternative all'IPM caratterizzate da un breve tempo di permanenza dei minori ospitati. In particolare si è riusciti a rilevare i dati nella quasi totalità degli IPM presenti sul territorio nazionale e circa nella metà delle strutture di detenzione alternativa.

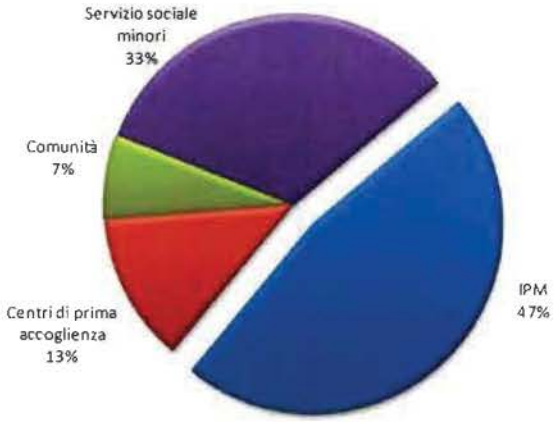
Figura III.2.30: Strutture di detenzione che hanno fornito informazioni sui Minori con problemi droga e/o alcol correlati. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

Come rilevato lo scorso anno, anche per il 2012 è davvero esiguo il numero di soggetti con dipendenza o consumo di alcol, pertanto si descrive esclusivamente la situazione dei minori tossicodipendenti ristretti in carcere o nelle altre strutture di detenzione con un focus particolare per gli IPM.
Guardando all'insieme dei dati rilevati, sono 762 i minori che nel corso del 2012 si trovavano in stato di detenzione e risultavano affetti da problemi droga correlati.
La maggior parte di essi era recluso in Istituti per Minori (47%) mentre molto bassa (7%) la percentuali di minori accolti in comunità.

Figura III.2.31: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012

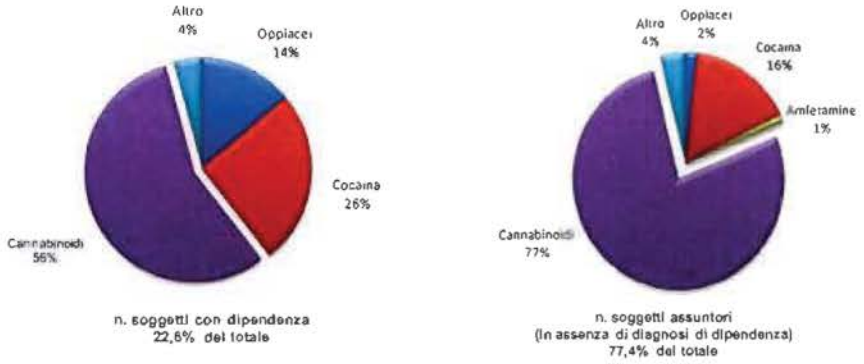
Rispetto al 2011 diminuisce la percentuale dei soggetti tossicodipendenti con una diagnosi di dipendenza (22,6% vs 30% rilevato nel 2011), di contro aumenta proporzionalmente la quota dei soggetti dediti al mero consumo.
Classificando i minori rispetto alla tipologia di struttura che li accoglie e allo stato di dipendenza o consumo, si nota che i tossicodipendenti secondo diagnosi ICD IX sono particolarmente presenti negli IPM e nei Centri di prima accoglienza mentre la loro quota risulta nettamente inferiore nelle altre tipologie di strutture.

Figura III.2.32: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2012

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012

Quanto al tipo si sostanza consumata, la maggior parte dei minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi, utilizza cannabinoidi ed in misura minore cocaina. In particolare tra i dipendenti il 56% abusa di cannabinoidi , il 26% di cocaina e il 14% di oppiacei mentre tra i consumatori non dipendenti il 77% sceglie i cannabinoidi e il 16% la cocaina resta invece residuale (2%) il consumo di oppiacei.
Si aggiunge che il 10,2% dei minori tossicodipendente detenuto presentava poliabuso.

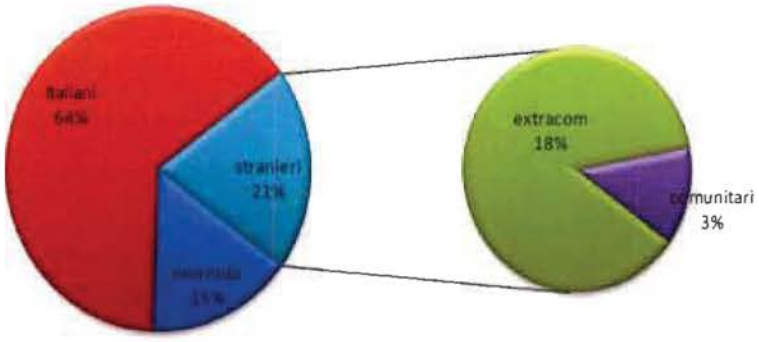
Figura III.2.33: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

I dati raccolti presso gli istituti per Minori (IPM) come detto rappresentano l'89% delle strutture presenti sul territorio. Vista dunque l'alta rappresentatività del dato campionario e la presenza di dati di dettaglio sulle caratteristiche socio sanitarie e giuridiche dei detenuti segue una analisi più approfondita della tossicodipendenza tra minori in carcere.
Negli IPM nel 2012 risultano entrati 359 minori tossicodipendenti per il 64% di cittadinanza italiana, un quinto gli stranieri per lo più extracomunitari.

Figura III.2.34: Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi per cittadinanza. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

Si tratta di minori di sesso maschile (sono 16 le ragazze tossicodipendenti in IPM nel 2012) e per lo più di giovani adulti (18-21 anni) che da soli rappresentano il 51,5% del campione.

Tabella III.2.9: Minori con problemi droga correlati ristretti in IPM. Anno 2012

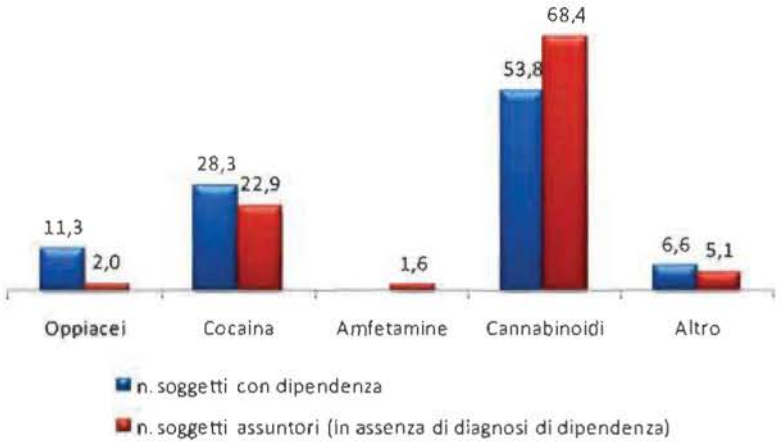
Classi di età	maschi	femmine	Totale (valori %)
14	1	0	0,3
15	29	1	8,4
16	52	3	15,3
17	82	6	24,5
18-21	179	6	51,5
Totale	**343**	**16**	**100,0**

Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

Maschi e giovani adulti i minori carcerati in IPM

Considerando che nel 2012 gli ingressi negli IPM sono stati pari a 1.252 unità (fonte Ministero di Giustizia – Giustizia Minorile), e che gli ingressi DPA rappresentano l'89% del totale, se ne deduce che il 30,7% dei minori carcerati è affetto da problemi droga correlati e il 9,5% ha una diagnosi di dipendenza.
Ritornando ai dati DPA 2012, si nota che il 70,5% dei minori tossicodipendenti carcerato in IPM è consumatore mentre per il restante 29,5% vi è una diagnosi di dipendenza (rispettivamente 64% e 36% le quote misurate nel 2011).
I cannabinoidi per entrambi i gruppi restano le sostanze principalmente utilizzate, seguono la cocaina e gli oppiacei. Come già notato nell'analisi per il totale delle strutture di detenzione minorile, anche per i soggetti detenuti IPM vi è una diversa combinazione nelle quote delle sostanze consumate a seconda che si mostri dipendenza o mero consumo.

Figura III.2.35: Sostanze utilizzate Minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi detenuti in IPM. Anno 2012



Fonte: Rilevazione Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2012.

Si rileva, infine, che il 12,8% dei minori tossicodipendenti detenuto abusa contemporaneamente di più sostanze.
La totalità dei minori con diagnosi di dipendenza in IPM riceve un trattamento di cura. La percentuale dei soggetti con trattamento scende al 30,1% se si considerano sia i dipendenti che consumatori. Ad ogni modo, dei 108 soggetti che risultano beneficiari di un trattamento antidroga, il 48,1% è sottoposto a trattamento farmacologico e il 49,1% a trattamento psicosociale; residuale la quota dei soggetti fruitori di trattamento integrato.

In IPM drug test all'ingresso e test di infettivologia solo per un terzo dei ristretti tossicodipendenti

Quanto al testing si rileva che solo un terzo dei soggetti tossicodipendenti detenuti in IPM è stato sottoposto a drug test all'ingresso (27,3%); bassa (21,7%) la quota dei soggetti sottoposti a test per l'HIV pur se raddoppiata rispetto al 2011, il 37% viene testato per HBV e HCV (la quota era circa il 34% per il 2011).

Si rileva, infine che solo il 9,2% dei minori trattati (33 soggetti su 359) è stato inviato in comunità terapeutica, socio educativa o socio riabilitativa.

III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)

Necessità e possibilità di valutare gli esiti dei trattamenti

Negli ultimi anni l'attenzione alla qualità e all'efficacia dei trattamenti farmacologici adottati dai professionisti che si occupano di soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti è aumentata considerevolmente, in particolar modo tra le organizzazioni cliniche e le strutture amministrative. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) ha pertanto avviato un progetto denominato "Outcome", al fine di creare un network di unità operative per favorire lo sviluppo, il monitoraggio e la diffusione della valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici erogati dalle strutture socio-sanitarie ad utenti che fanno uso di sostanza stupefacenti.
Al fine di agevolare la rilevazione di tali dati presso le unità operative che utilizzano la piattaforma MFP, è stato realizzato ed implementato un applicativo informatico, denominato "Outcome – Output Extractor", integrato nella reportistica web standard, per l'estrazione automatica dei dati anagrafici e clinici di ogni singolo utente, garantendo necessariamente l'anonimato. Mediante tale estrattore è possibile ottenere informazioni per singolo soggetto (analogamente al flusso informativo SIND) relative al trattamento, alle prestazioni e alle caratteristiche socio anagrafiche, permettendo un controllo di qualità del dato maggiore rispetto all'estrattore di dati aggregati usato in passato.

Macro indicatore di esito: N di giorni liberi da droghe durante il trattamento

Al fine di poter valutare al meglio l'efficacia dei trattamenti farmacologici erogati, gli utenti sono stati suddivisi in tre categorie, secondo l'indicatore "giorni liberi da sostanze", inteso come numero totale di giorni con morfinurie negative rapportato ai giorni totali di trattamento. In particolare, i giorni di terapia con morfinurie negative vengono calcolati considerando negativi tutti i giorni compresi tra due controlli negativi, e conteggiando la metà dei giorni quando uno di due controlli adiacenti è positivo.

Tre tipologie di soggetti:
- Responder
- Low responder
- No responder

Il criterio utilizzato permette di stratificare gli utenti in tre classi: "soggetti responder", ossia quelli con una percentuale di giorni liberi da droghe superiore al 60%, "soggetti low responder" con una percentuale compresa tra il 30% ed il 60%, ed infine i "soggetti no responder" con meno del 30% di giorni liberi dall'uso di droghe (Tabella III.2.1).

Tabella III.2.10: Stratificazione dell'utenza secondo il grado di risposta al trattamento farmacologico

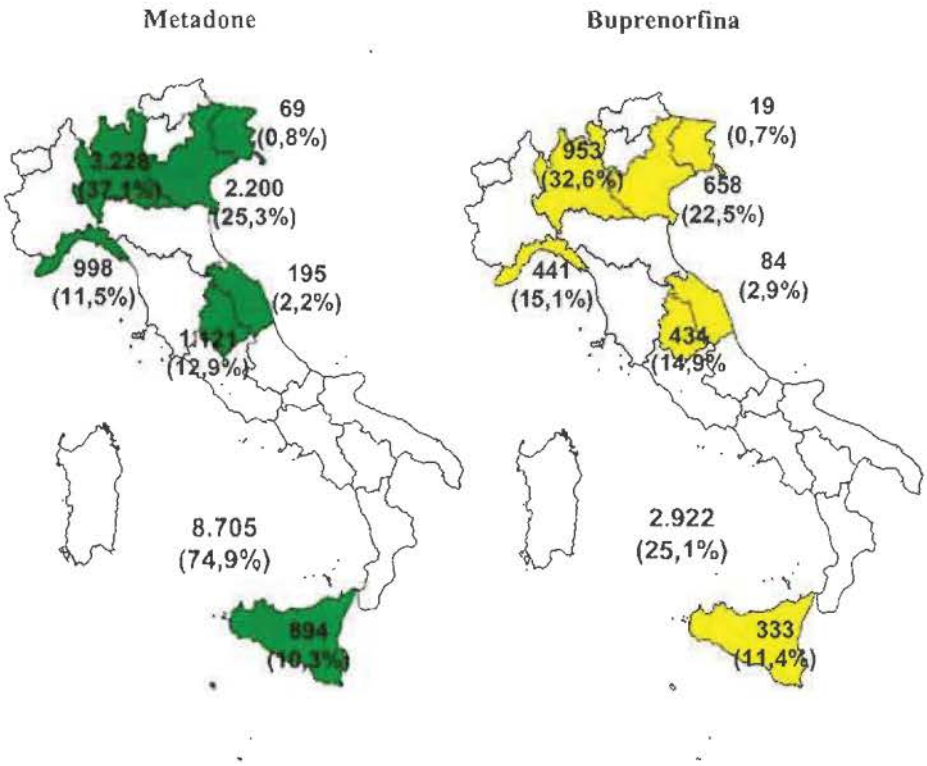
	No Responder	Low Responder	Responder
Percentuale di giorni liberi dall'uso di droghe	< 30%	30-60%	> 60%

Fonte: Progetto Outcome DPA

Nel complesso sono stati campionati 11.627 utenti in carico presso le strutture sanitarie per almeno trenta giorni, 8.705 in trattamento con metadone e 2.922 in terapia con buprenorfina (Figura III.2.36).

Figura III.2.36: Percentuale e numero di utenti per tipo di trattamento farmacologico e per Regione. Anno 2012

11.627 soggetti esaminati, di cui: 8.705 soggetti in terapia con metadone 2.922 soggetti in terapia con buprenorfina



Fonte: Progetto Outcome DPA

L'analisi delle caratteristiche socio-demografiche degli utenti mostrano in maggioranza soggetti di sesso maschile (9.724, 83,6%) e di nazionalità italiana (11.333, 97,5%), con importanti differenze se si considera il tipo di trattamento farmacologico (Tabella III.2.11). Riguardo gli stranieri, il gruppo più cospicuo è rappresentato da cittadini africani, seguito dagli utenti provenienti dai paesi dell'Europa dell'Est (Figura III.2.38).

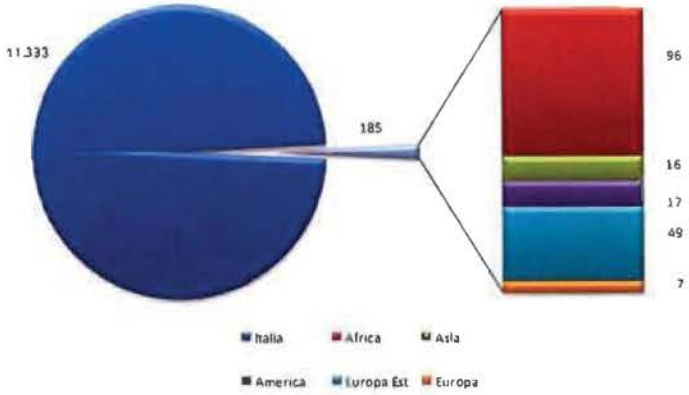
Figura III.2.27: Percentuale di utenti in trattamento farmacologico secondo il genere. Anno 2012

L'83,6% degli utenti in trattamento è di genere maschile

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.38: Utenti in trattamento farmacologico secondo la provenienza geografica. Anno 2012

La maggior parte degli utenti è italiana



Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.11: Soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per sesso e cittadinanza. Anno 2012

	Buprenorfina		Metadone		Totale	
Sesso	**N**	**%c**	**N**	**%c**	**N**	**%c**
Maschi	2.568	87,9	7.156	82,2	9.724	83,6
Femmine	354	12,1	1.549	17,8	1.903	16,4
Totale (%R)	2.922	25,1	8.705	74,9	11.627	100,0
Cittadinanza						
Italiani	2.864	98,0	8.469	97,3	11.333	97,5
Stranieri	27	0,9	158	1,8	185	1,6
Non noto	12	0,4	32	0,4	44	0,4
Non Applicabile*	19	0,7	46	0,5	65	0,5
Totale (%R)	2.922	25,1	8.705	74,9	11.627	100,0

** Informazione non rilevata in quanto gli utenti hanno richiesto l'anonimato.*

Fonte: Progetto Outcome DPA

La distribuzione percentuale dell'utenza per stato d'occupazione evidenzia una prevalenza di utenti in trattamento farmacologico professionalmente attiva (63,2%), mentre il 33,1% dichiara di essere disoccupato o economicamente non attivo (Tabella III.2.12).

Dall'analisi del livello di istruzione si nota, invece, come la maggior parte degli utenti possiede un grado di istruzione basso con oltre il 70% di soggetti in possesso di un diploma di licenza media inferiore e solo l'1,5% della laurea, segno ulteriore del grado di disagio sociale nel quale versano i soggetti che si rivolgono ai Ser.T..

Infine, per quanto riguarda la condizione abitativa degli utenti considerati, la maggior parte di questi vive con i genitori (45,9%) o con il partner e gli eventuali figli (30,3%).

Tabella III.2.12: Distribuzione dei soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per titolo di studio, occupazione e convivenza. Anno 2012

	Buprenorfina		Metadone		Totale	
Titolo di studio	N	%c	N	%c	N	%c
Livello basso [1]	1.899	69,7	6.058	74,9	7.957	73,6
Livello medio [2]	780	28,7	1.909	23,6	2.689	24,9
Livello alto [3]	44	1,6	122	1,5	166	1,5
Totale (%R)	2.723	25,2	8.089	74,8	10.812	100,0
Occupazione						
Occupato	1.877	69,0	5.028	61,2	6.905	63,2
Disoccupato	718	26,4	2.906	35,4	3.624	33,1
Altro (studente, casalingo/a, altro)	126	4,6	281	3,4	407	3,7
Totale (%R)	2.721	24,9	8.215	75,1	10.936	100,00
Convivenza						
Da solo/da solo con figli	291	13,9	984	15,4	1.275	15,0
Con i genitori	1.005	47,9	2.894	45,2	3.899	45,9
Con partner/con partner e figli	685	32,6	1.893	29,6	2.578	30,3
Con amici/altro	117	5,6	629	9,8	746	8,8
Totale (%R)	2.098	24,7	6.400	75,3	8.498	100,0

[1] livello di istruzione nullo, licenza elementare, licenza media inferiore
[2] diploma di qualifica professionale e diploma di media superiore
[3] laurea e laurea magistrale

Fonte: Progetto Outcome DPA

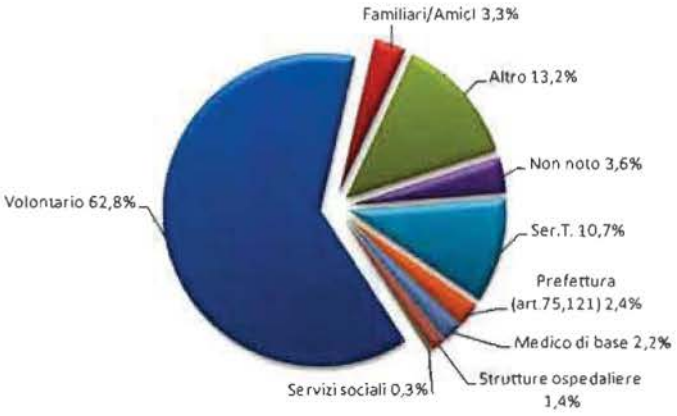
Basso livello di istruzione

Il 63,2% dei soggetti ha un'occupazione

Il 45,9% dei soggetti vive con i genitori

Per quanto riguarda l'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze essa avviene con diverse modalità, sebbene la percentuale più elevata si riscontri in corrispondenza dell'accesso volontario (62,8%), seguito, con valori nettamente inferiori, da invio da altri Ser.T. (10,7%) e dalla famiglia o dagli amici (3,3%).

Figura III.2.39: Percentuale di soggetti in trattamento secondo il canale di invio. Anno 2012



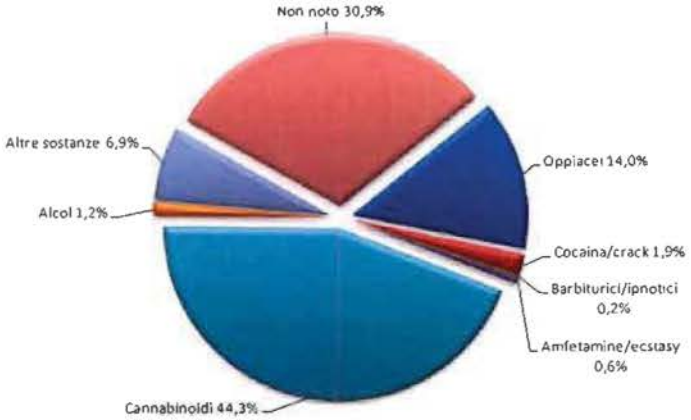
Il 62,8% degli utenti ha avuto un accesso volontario al Ser.T.

Fonte: Progetto Outcome DPA

L'analisi secondo la sostanza psicotropa utilizzata per la prima volta mostra una percentuale molto elevata di consumatori di cannabis (44,3%), seguita da altre sostanze (6,9%) e purtroppo anche da una percentuale piuttosto elevata in corrispondenza della modalità "non noto" (30,9%). Coloro che, invece, hanno indicato gli oppiacei come sostanza d'abuso iniziale rappresentano il 14,0% del campione analizzato.

Figura III.2.40: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza di primo uso. Anno 2012

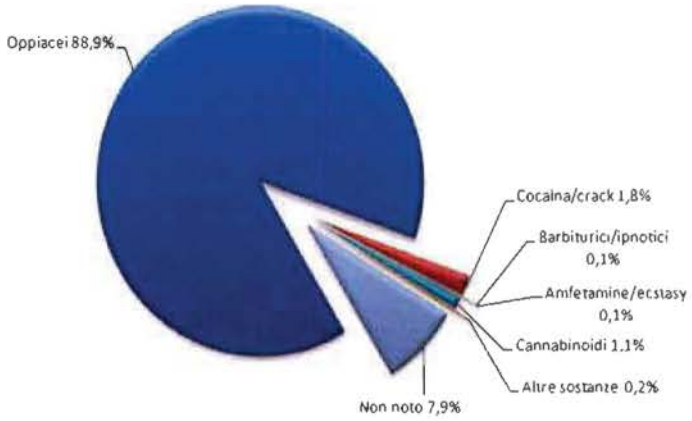
La principale sostanza di iniziazione sono i cannabinoidi



Fonte: Progetto Outcome DPA

Riguardo invece l'osservazione della sostanza d'abuso primaria, ossia quella per la quale gli utenti sono in carico ai Ser.T. ed in trattamento farmacologico, emerge che l'88,9% dei soggetti ha dichiarato di consumare oppiacei e per il 7,9% l'informazione non è nota (Figura III.2.40).

Figura III.2.41: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza primaria. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Concentrando l'analisi sui trattamenti farmacologici la maggior parte dei soggetti sembra rispondere alla terapia, rispettivamente il 74,5% per il metadone e l'87,4% per la buprenorfina (Tabella III.2.13 e Figura III.2.41). In generale, non si rilevano grosse differenze tra maschi e femmine nei due tipi di trattamento farmacologico, mostrando una netta maggioranza di utenti di genere maschile per entrambe le terapie erogate. Al fine di condurre analisi approfondite sull'esito dei trattamenti farmacologici, sia dal punto di vista della qualità delle informazioni ricavate sia dal punto di vista delle analisi statistiche, è stato definito un tracciato record per singolo utente da implementare nei sistemi informativi delle unità operative.

Tabella III.2.13: Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso e tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

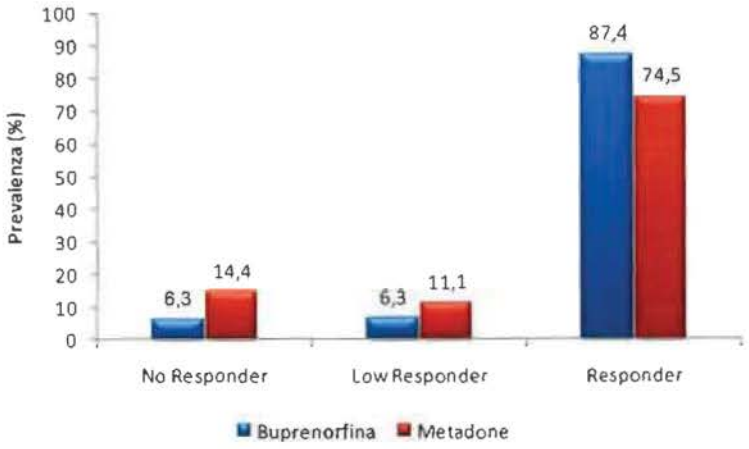
	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Maschi	1.040	83,1	779	80,6	5.337	82,3	7.156	82,2
Femmine	212	16,9	187	19,4	1.150	17,7	1.549	17,8
Totale (%R)	**1.252**	**14,4**	**966**	11,1	**6.487**	**74,5**	**8.705**	**100,0**
Buprenorfina								
Maschi	154	84,2	164	88,6	2.250	88,1	2.568	87,9
Femmine	29	15,8	21	11,4	304	11,9	354	12,1
Totale (%R)	**183**	**6,3**	**185**	**6,3**	**2.554**	**87,4**	**2.922**	**100,0**
Totale								
Maschi	1.194	83,2	943	81,9	7.587	83,9	9.724	83,6
Femmine	241	16,8	208	18,1	1.454	16,1	1.903	16,4
Totale (%R)	**1.435**	**12,3**	**1.151**	**9,9**	**9.041**	**77,8**	**11.627**	**100,0**

Fonte: Progetto Outcome DPA

Il 74,5% dei pazienti in cura con metadone risponde bene alle terapie

L'87,4% dei pazienti in cura con buprenorfina risponde bene alle terapie

Figura III.2.42: Percentuale di soggetti per tipo di trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento. Anno 2012



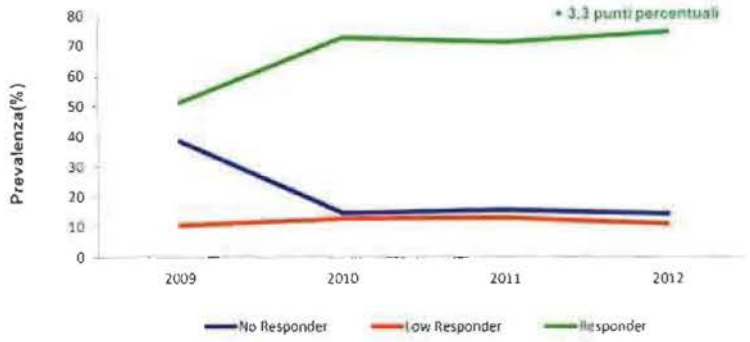
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.14: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012

	2009	2010	2011	2012	Diff. delle % 2011/2012
No Responder	38,3	14,6	15,6	14,4	-1,2
Low Responder	10,5	12,7	13,2	11,1	-2,1
Responder	51,2	72,6	71,2	74,5	3,3

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.43: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012



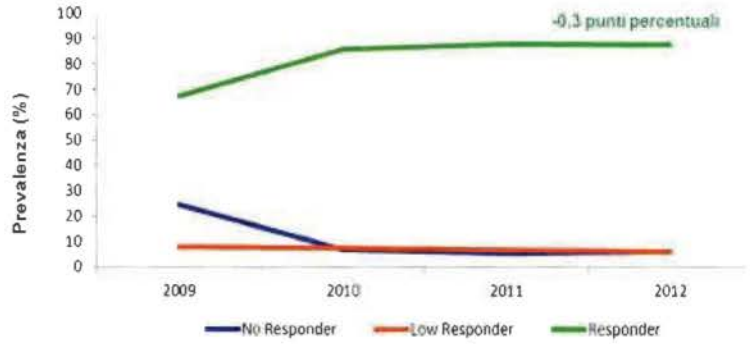
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.215: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012

	2009	2010	2011	2012	Diff. delle % 2011/2011
No Responder	24,6	6,8	6,3	6,3	0,0
Low Responder	8,0	7,4	6,9	6,3	-0,6
Responder	67,4	85,8	87,7	87,4	-0,3

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.3: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012



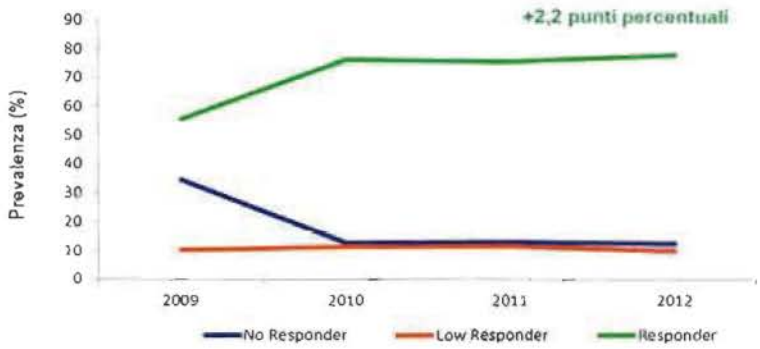
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.16: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** o **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012

	2009	2010	2011	2012	Diff. delle % 2011/2012
No Responder	34,6	12,5	12,9	12,3	-0,6
Low Responder	10,0	11,3	11,5	9,9	-1,6
Responder	55,4	76,3	75,6	77,8	2,2

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.45: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone o buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

L'età media per tipologia di trattamento farmacologico risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti con buprenorfina, anche se non in modo considerevole . I soggetti con età media più "elevata" (39,8 anni per il metadone e 38,1 anni per la buprenorfina) sono coloro che rispondono positivamente alla terapia con entrambi i trattamenti farmacologici.
Per tutti i gruppi di soggetti analizzati, l'età media tende ad aumentare rispetto alla rilevazione del 2011.

Tabella III.2.17: Età media dei soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

I pazienti più anziani rispondono di più ad trattamenti farmacologici

	No Responder	Low Responder	Responder
Metadone			
Età media	37,3	37,4	39,8
Min	17,0	15,0	16,0
Max	63,0	63,0	70,0
Dev. STD	9,0	9,2	9,0
Buprenorfina			
Età media	33,6	34,5	38,1
Min	19,0	18,0	16,0
Max	57,0	55,0	69,0
Dev. STD	8,7	9,0	8,9

Fonte: Progetto Outcome DPA

Riguardo gli esami effettuati per la ricerca di oppiacei nelle urine, dalla Tabella III.2.18 si nota che, complessivamente, le unità operative nel 2012 hanno effettuato più di un esame ogni due settimane e che le Asl più attive in tal senso sono quelle della regione Veneto e Lombardia. Effettuando un confronto rispetto al tipo di trattamento farmacologico non emergono differenze significative.

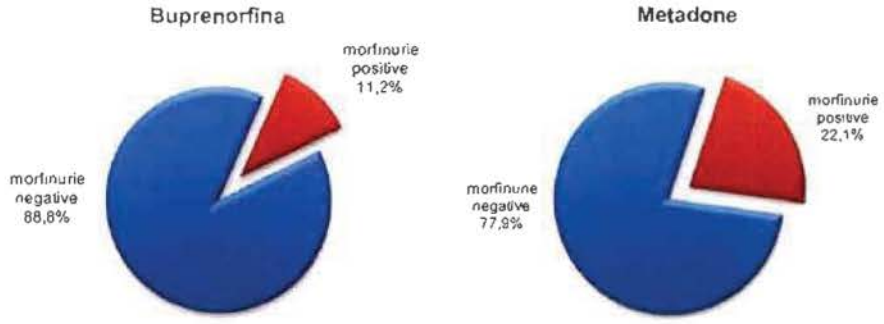
Tabella III.2.18: Media dei controlli urinari per Regione e terapia farmacologica. Anno 2012

Regione	Metadone	Buprenorfina	Totale
Friuli Venezia Giulia	0,30	0,25	0,29
Liguria	0,43	0,47	0,44
Lombardia	0,71	0,69	0,70
Marche	0,58	0,66	0,60
Sicilia	0,49	0,52	0,50
Umbria	0,44	0,50	0,46
Veneto	0,82	0,77	0,81
Totale	0,66	0,63	0,65

Fonte: Progetto Outcome DPA

Confrontando le percentuali di giorni con morfinurie negative per tipologia di trattamento farmacologico nell'intero campione, sembra che gli utenti in terapia con buprenorfina rispondano più positivamente rispetto ai soggetti in terapia con metadone, infatti l'88,8% dei giorni di trattamento con buprenorfina risulta libero da droghe, contro il 77,9% degli utenti in terapia con metadone (Figura III.2.46).

Figura III.2.46: Percentuale di giorni con morfinurie negative e positive, per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.19: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	Σ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	Σ gg con Morfinurie negative		Σ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*2	Adh Tratt %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Bupre orfina	2.922	707.891	242	7,8	628.845	88,8	79.047	11,2	83,3	67,6
Metadone	8.705	2.210.311	254	50,8	1.722.077	77,9	488.235	22,1	82,1	68,7
Totale	11.627	2.918.202	251	-	2.350.922	80,6	567.281	19,4	82,4	68,4

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Outcome DPA

Buona risposta alle terapie farmacologiche integrate: 80,6% dei gg in terapia senza uso di droghe

Nel complesso, gli utenti che sembrano non rispondere alla terapia farmacologica sono 1.435, con una durata media del trattamento compreso tra 205 giorni per la buprenorfina e 224 giorni per il metadone. La dose media giornaliera di metadone utilizzata da questi individui è di 52,0 mg, mentre per la buprenorfina è di 10,0 mg. Per gli utenti "no responder", la percentuale di giorni liberi da droghe è complessivamente pari al 9,2%, rispettivamente il 10,1% per la buprenorfina e il 9,1%

1.435 soggetti "No responder"

per il metadone. Tuttavia, i soggetti "no responder" mantengono un'aderenza ai controlli elevata, a scapito di un'aderenza al trattamento meno performante (rispettivamente il 73,8% e il 61,9%).

Tabella III.2.20: Soggetti No Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*2	Adh Tratt %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	Gg	%	%	%
Buprenorfina	183	37.476	205	10,0	3.792	10,1	33.685	89□9	83,0	65,6
Metadone	1.252	280.974	224	52,0	25.595	9,1	255.379	90,9	72,5	61,4
Totale	1.435	318.450	222	-	29.387	9,2	289.064	90,8	73,8	61,9

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Outcome DPA

1.151 soggetti "Low responder"

Gli utenti classificati come "low responder" sono 1.151, pari al 9,9% del campione analizzato, con una durata media del trattamento variabile tra 203 giorni per la buprenorfina e 239 giorni per il metadone (Tabella III.2.21). La dose media giornaliera di metadone erogata è pari a 49,3 mg, mentre per la buprenorfina è di 8,1 mg, ossia risulta inferiore rispetto ai valori riscontrati per gli utenti "no responder". La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 46,6%, rispettivamente il 47,7% per la buprenorfina e il 46,4% per il metadone. In linea con quanto osservato per gli utenti "no responder" i livelli di aderenza ai controlli sono decisamente elevati, mentre l'aderenza al trattamento risulta più contenuta (rispettivamente il 78,1% e il 65,0%).

Tabella III.2.21: Soggetti Low Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*2	Adh Tratt %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	185	37.575	203	8,1	17.93[illegible]	47,7	19.645	52,3	79,2	65,4
Metadon[illegible]	966	230.429	239	49,3	106.871	46,4	123.558	53,6	77,9	64,9
Totale	1.151	268.004	233	-	124.802	46,6	143.203	53,4	78,1	65,0

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Outcome DPA

9.041 soggetti "Responder"

Infine, il gruppo degli utenti che rispondono alla terapia farmacologica sono in totale 9.041, il 77,8% del campione indagato, 2.554 in trattamento con buprenorfina e 6.487 soggetti con metadone (Tabella III.2.22). La durata media del trattamento varia tra 248 giorni per la buprenorfina e 262 giorni per il metadone. La dose media giornaliera utilizzata dai soggetti "responder" è di 7,7 mg per la buprenorfina e di 50,7 mg per il metadone. La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 94,2%, con una percentuale più elevata in corrispondenza degli utenti in terapia farmacologica con buprenorfina (95,9%). I valori medi percentuali dell'aderenza ai controlli e dell'aderenza al trattamento tendono ad aumentare ulteriormente per i

soggetti "responder" (rispettivamente l'84,3% e il 69,9%).

Tabella III.2.22: Soggetti Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2012

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*2	Adh Tratt %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	2.554	632.840	248	7,7	607.123	95,9	25.718	4,1	80,6	67,9
Met done	6.487	1.698.908	262	50,7	1.589.611	93,6	109.298	6,4	84,6	70,7
Totale	9.041	2.331.748	258	-	2.196.734	94,2	135.016	5,8	84,3	69,9

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

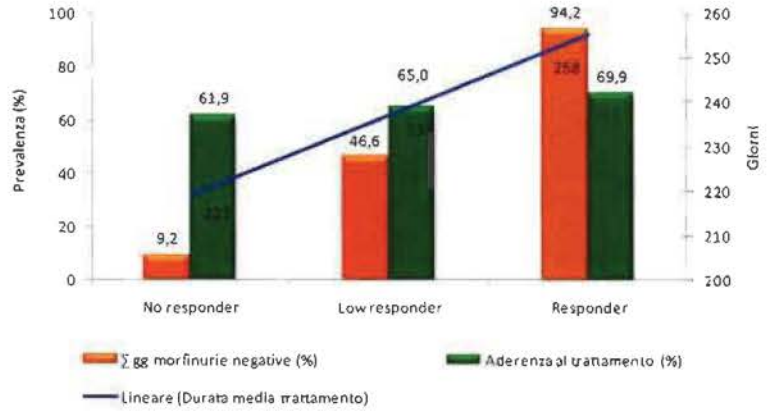
Fonte: Progetto Outcome DPA

Maggiore aderenza al trattamento tra i soggetti responder

Maggiore durata media di trattamento tra i soggetti responder

Confrontando i risultati ottenuti per tipologia di risposta al trattamento, è possibile osservare che il valore medio percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolata come rapporto tra le somministrazioni di farmaco erogato e quelle prescritte, aumenta, passando dal 61,9% dei soggetti "no responder" al 69,9% dei "responder".
Considerando, invece, la durata media di trattamento farmacologico, non sembra esserci una sostanziale differenza tra coloro che non rispondono alla terapia e i soggetti "low responder" (rispettivamente 222 e 233 giorni). Lo stesso discorso non vale per gli utenti che rispondono positivamente al trattamento, per i quali è stata riscontrata una durata media pari a 258 giorni.

Figura III.2.47: Durata media del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Unità operative coinvolte

Di particolare interesse risulta l'analisi del campione nel suo complesso, senza tener conto, quindi, della stratificazione per tipo di risposta al trattamento.
Nel complesso, sono stati coinvolti 31 Dipartimenti per le Dipendenze per complessive 88 unità operative appartenenti a sette regioni d'Italia (Liguria, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Umbria, Marche, Sicilia). Osservando i risultati ottenuti, sembra non esserci differenza tra le durate medie di trattamento nelle due tipologie di oppiacei erogati (circa 8 mesi ciascuno). Inoltre, in accordo con quanto descritto in precedenza, la dose media giornaliera di buprenorfina utilizzata è pari a 7,8 mg, mentre per il metadone è 50,8 mg (Tabella III.2.23).

Tabella III.2.23: Durata media dei trattamenti e dose media giornaliera erogata per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2012

La dose media/die di farmaco sostitutivo non sembra avere influenza sulla risposta

	Unità operativa	Sogg.	Media	SD	Mediana	Range
Durata media Trattamenti giorni						
Buprenorfina	93	2.922	242,3	108,1	274,5	30 - 366
Metadone	106	8.705	253,9	106,6	295,0	30 - 366
Dose media Giornaliera mg						
Buprenorfina	93	2.922	7,8	5,7	6,5	0,5 - 32,0
Metadone	106	8.705	50,8	30,4	46,9	0,3 - 150,0

Fonte: Progetto Outcome DPA

Valutazione della % di altre positività per altre sostanze durante il trattamento

Al fine di comprendere quali altre sostanze psicotrope vengono consumate dagli utenti in trattamento farmacologico, per i pazienti che presentano morfinurie negative per eroina, è stata esaminata la positività per uso di altre sostanze). In particolare, sembra che la cannabis sia la sostanza stupefacente più comunemente utilizzata in astinenza da eroina per entrambi i tipi di trattamento farmacologico, con una percentuale totale di urine positive del 24,5%. Anche la cocaina e l'alcol sembrano essere abbastanza utilizzate tra gli utenti in terapia farmacologica per dipendenza da eroina (rispettivamente 14,4% e 10,6%).

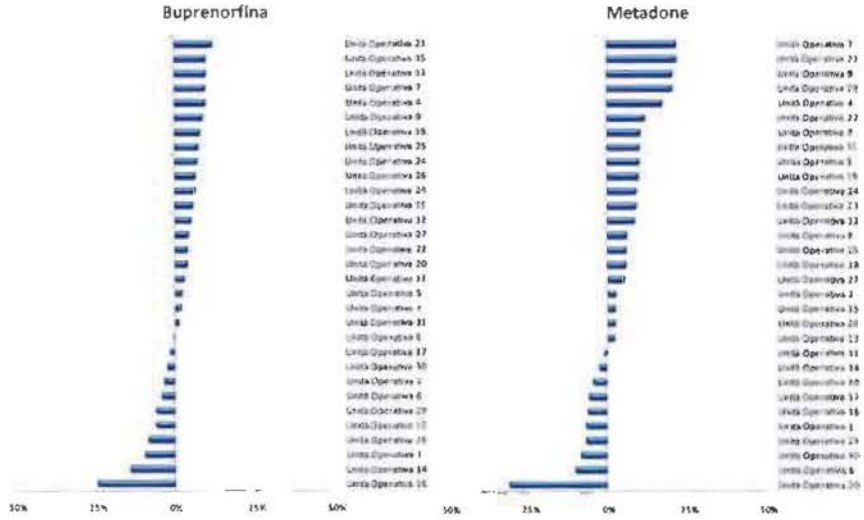
Tabella III.2.24: Percentuale di morfinurie positive per altre sostanze psicotrope tra i soggetti con morfinurie negative per uso di eroina, per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2012

Terapia	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcol
Buprenorfina	10,72	25,02	0,85	2,33	8,80
Metadone	15,59	24,25	1,01	1,01	11,16
Totale	14,42	24,45	0,96	1,40	10,60

Fonte: Progetto Outcome DPA

Dato l'ampio numero di unità operative coinvolte nello studio, l'entità dello scostamento percentuale dei giorni di astensione dall'uso di eroina dal valore medio complessivo, per tipologia di trattamento farmacologico, è stato valutato raggruppando gli utenti secondo le 31 Aziende Sanitarie Locali (ASL) di pertinenza . Confrontando le due tipologie di terapia si osserva che la percentuale di giorni con morfinurie negative dei soggetti in terapia con buprenorfina si discosta meno dal dato medio dell'intero campione (88,8%) rispetto agli utenti in terapia farmacologica con metadone (77,9%), a conferma di quanto emerso negli studi precedenti.

Figura III.2.48: Scostamento percentuale delle morfinurie negative dal valore medio del campione per ASL e per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2012



Fonte: Progetto Outcome DPA

Rispetto alla dose media giornaliera di terapia farmacologica somministrata i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (Tabella III.2.25), il cui confronto non evidenzia differenze sensibili per l'esito della terapia (% giorni di astensione) in relazione alla quantità di farmaco somministrato.

Tabella III.2.25: Dose media di farmaco e percentuale di giorni di astensione dall'uso di eroina, per tipologia di trattamento. Anno 2012

	Sogg.	Dose media Giornaliera	Giorni di astensione
Metadone	N	mg	%
Dose < 50 mg/die	4.571	27,89	78,47
Dose ≥ 50 mg/die	4.134	76,07	77,35
Totale	8.705	50,77	77,91
Buprenorfina			
Dose < 8 mg/die	1.707	4,17	90,75
Dose ≥ 8 mg/die	1.215	12,96	86,29
Totale	2.922	7,83	88,83

Fonte: Progetto Outcome DPA

Analisi della densità prestazionale media in base alla risposta al trattamento

Di particolare interesse ai fini dello studio risulta l'analisi della densità prestazionale media ricevuta dal singolo paziente in relazione al tipo di risposta al trattamento. La densità prestazionale media/giornaliera per soggetto si ottiene rapportando le prestazioni erogate nell'anno di riferimento agli anni persona riferiti all'utenza assistita dell'unità operativa nell'anno di riferimento (sommatoria dei tempi di assistenza erogata per singolo utente).

Complessivamente non si osservano sensibili differenze tra il numero medio di prestazioni giornaliere dei soggetti in terapia con metadone o buprenorfina. Tuttavia, fatta eccezione degli utenti "no-responder", la densità media prestazionale propende lievemente per gli utenti in trattamento con metadone (Tabella III.2.26).

Tabella III.26 Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di terapia e per risposta al trattamento. Anno 2012

Non differenze significative della densità prestazionale tra terapie

Terapia	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Metadone	1,12	1,15	1,10	**1,11**
Buprenorfina	1,19	1,09	0,94	**0,96**

Fonte: Progetto Outcome DPA

Nelle Tabelle seguenti sono riportati i dati relativi alle prestazioni erogate secondo il trattamento farmacologico e la risposta al trattamento, sia in termini assoluti sia come densità prestazionale media.

Tabella III.2.27: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

Prestazioni nei soggetti in terapia con metadone

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	**N**	**%c**	**N**	**%c**	**N**	**%c**	**N**	**%c**
Attività telefonica	2.433	1,3	2.593	1,6	17.424	1,6	22.450	1,6
Relazioni, prescrizioni	38.282	20,2	33.141	20,6	243.251	22,2	314.674	21,8
Attività di accompagnamento	324	0,2	285	0,2	2.423	0,2	3.032	0,2
Visite	3.649	1,9	4.062	2,5	30.823	2,8	38.534	2,7
Colloqui	6.833	3,6	7.222	4,5	50.222	4,6	64.277	4,4
Esami e procedure cliniche	19.083	10,1	17.746	11,0	145.692	13,3	182.521	12,6
Somministrazione farmaci	109.527	57,9	88.245	54,9	551.261	50,3	749.033	51,8
Psicoterapia individuale	370	0,2	589	0,4	3.085	0,3	4.044	0,3
Psicoterapia coppia-famiglia	35	0,0	18	0,0	450	0,0	503	0,0
Interventi educativi	121	0,1	59	0,0	1.547	0,1	1.727	0,1
Test psicologici	2.290	1,2	1.459	0,9	10.907	1,0	14.656	1,0
Attività supporto generale	389	0,2	608	0,4	5.851	0,5	6.848	0,5
Revisione programma	3.874	2,0	3.571	2,2	23.638	2,2	31.083	2,1
Prestazioni alberghiere	1.914	1,0	1.128	0,7	9.483	0,9	12.525	0,9
Prestazioni straordinarie	0	0,0	1	0,0	20	0,0	21	0,0
Prevenzione secondaria	2	0,0	21	0,0	30	0,0	53	0,0
Totale	189.126	100,0	160.748	100,0	1.096.107	100,0	1.445.981	100,0
Totale soggetti (%R)	1.252	14,4	966	11,1	6.487	74,5	8.705	100,0
Totale giorni di trattamento	280.974	224,4	230429	238,5	1.698.908	261,9	2.210.311	253,9
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,12		1,15		1,10		1,11	

Fonte: Progetto Outcome DPA

Per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, gli utenti ricevono in percentuale maggiore le prestazioni "relazioni, prescrizioni" e "somministrazione di farmaci".

Inoltre, è interessante osservare come i soggetti che rispondono ad entrambi i trattamenti sono sottoposti a terapia farmacologica per un periodo di tempo più lungo rispetto alle altre due categorie di utenti.

Prestazioni nei soggetti in terapia con buprenorfina

Tabella III.2.28: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2012

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Buprenorfina	**N**	**%c**	**N**	**%c**	**N**	**%c**	**N**	**%c**
Attività telefonica	413	1,8	363	1,4	4.178	1,1	4.954	1,2
Relazioni, prescrizioni	5.938	25,4	6.041	24,0	90.129	24,5	102.108	24,5
Attività di accompagnamento	56	0,2	35	0,1	486	0,1	577	0,1
Visite	631	2,7	621	2,5	10.104	2,7	11.356	2,7
Colloqui	1.170	5,0	1.295	5,1	16.542	4,5	19.007	4,6
Esami e procedure cliniche	3.229	13,8	3.150	12,5	58.001	15,7	64.380	15,4
Somministrazione farmaci	10.261	43,9	12.244	48,6	171.632	46,6	194.137	46,6
Psicoterapia individuale	99	0,4	143	0,6	1.842	0,5	2.084	0,5
Psicoterapia coppia-famiglia	39	0,2	3	0,0	192	0,1	234	0,1
Interventi educativi	2	0,0	16	0,1	276	0,1	294	0,1
Test psicologici	420	1,8	382	1,5	4.136	1,1	4.938	1,2
Attività supporto generale	45	0,2	43	0,2	1.832	0,5	1.920	0,5
Revisione programma	579	2,5	576	2,3	5.460	1,5	6.615	1,6
Prestazioni alberghiere	468	2,0	272	1,1	3.652	1,0	4.392	1,1
Prestazioni straordinarie	0	0,0	2	0,0	0	0,0	2	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	8	0,0	8	0,0
Totale	23.350	100,0	25.186	100,0	368.470	100,0	417.006	100,0
Totale soggetti ($\%_R$)	183	6,3	185	6,3	2.554	87,4	2.922	100,0
Totale giorni di trattamento	37.476	204,8	37.575	203,1	632.840	247,8	707.891	242,3
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,19		1.09		0,94		0,96	

Fonte: Progetto Outcome DPA

Osservando, inoltre, la densità prestazionale media giornaliera per soggetto, per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, sembra che i pazienti ricevano maggiormente le prestazioni "relazioni, prescrizioni" e "somministrazione di farmaci" (Tabella III.2.29 e Tabella III.2.30), come già osservato nelle precedenti tabelle relative alla percentuale di prestazioni eseguite.

Tabella III.2.29: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2012

Non diversità della densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con metadone in base alla diversa risposta

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,14	0,15	0,15	0,15
Attività di accompagnamento	0,02	0,02	0,02	0,02
Visite	0,02	0,03	0,03	0,03
Colloqui	0,03	0,04	0,04	0,04
Esami e procedure cliniche	0,08	0,09	0,09	0,09
Somministrazione farmaci	0,41	0,40	0,34	0,36
Psicoterapia individuale	0,02	0,03	0,02	0,02
Psicoterapia coppia-famiglia	0,01	0,01	0,01	0,01
Interventi educativi	0,03	0,02	0,04	0,03
Test psicologici	0,09	0,07	0,07	0,07
Attività supporto generale	0,02	0,02	0,02	0,02
Revisione programma	0,05	0,05	0,04	0,05
Prestazioni alberghiere	0,19	0,18	0,19	0,19
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,01	0,04	0,01	0,01
Totale	**1,12**	**1,15**	**1,10**	**1,11**

Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.30: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2012

Non diversità della densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con buprenorfina in base alla diversa risposta

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,16	0,17	0,14	0,15
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,01	0,01
Visite	0,02	0,02	0,03	0,03
Colloqui	0,04	0,04	0,03	0,03
Esami e procedure cliniche	0,10	0,10	0,10	0,10
Somministrazione farmaci	0,30	0,35	0,28	0,29
Psicoterapia individuale	0,03	0,03	0,03	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,03	0,02	0,02	0,02
Interventi educativi	0,00	0,02	0,03	0,03
Test psicologici	0,09	0,08	0,07	0,07
Attività supporto generale	0,01	0,01	0,02	0,02
Revisione programma	0,05	0,05	0,03	0,03
Prestazioni alberghiere	0,31	0,17	0,12	0,13
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	**1,19**	**1,09**	**0,94**	**0,96**

Fonte: Progetto Outcome DPA

L'analisi qui presentata costituisce uno stato di avanzamento rispetto alle precedenti analisi (Relazioni Parlamento 2009, 2010, 2011). Le esperienze precedenti ci hanno permesso di sviluppare un software che, seppur ancora perfettibile, aumenta notevolmente la qualità delle informazioni per la valutazione degli esiti nei pazienti in terapia farmacologica.
Un punto di forza della presente indagine è che i risultati sono basati sugli esami dei controlli urinari e non sul "riferito" o riportato dagli utenti, riducendo di molto quindi distorsioni legate all'affidabilità del dato.

U.O. che hanno partecipato al progetto Outcome

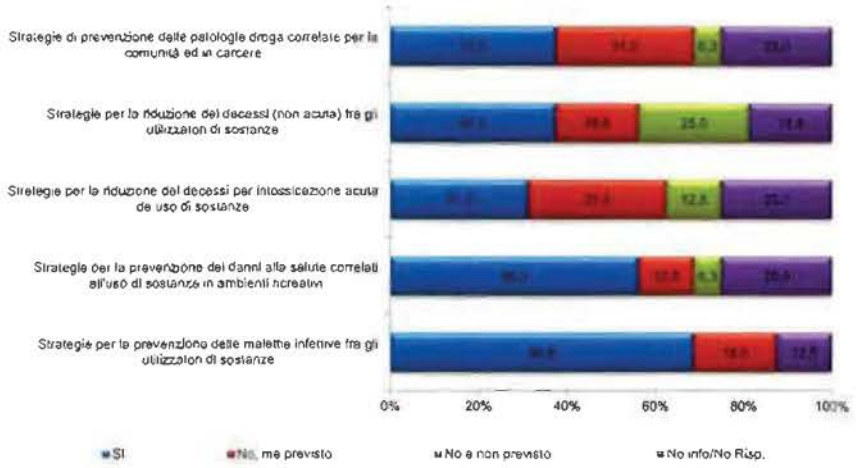
Unità Operative partecipanti: Dipartimento Dipendenze di Brescia (Brescia, Montichiari, Orzinuovi, Rovato, Salò), Servizio Dipendenze ASL Vallecamonica-Sebino, Dipartimento Dipendenze di Varese (Varese, Gallarate, Saronno, Arcisate, Tradate, Busto Arsizio, Cittiglio), Dipartimento di Bergamo (Bergamo, Gazzaniga, Lovere, Martinengo, Ponte San Pietro, Treviglio), Dipartimento Dipendenze Como (Como, Appiano Gentile, Menaggio, Erba, Mariano Comense), Dipartimento Lodi (Lodi, Sant'Angelo Lodigiano, Casalpusterlengo), Dipartimento Dipendenze Vicenza, Dipartimento Dipendenze Pieve di Soligo, Dipartimento Dipendenze Treviso, Dipartimento Dipendenze San Donà di Piave, Dipartimento Dipendenze Dolo/Mirano, Dipartimento Dipendenze Chioggia, Dipartimento Dipendenze Cittadella, Dipartimento Dipendenze Este, Dipartimento Dipendenze Rovigo, Dipartimento Dipendenze Verona, Dipartimento Dipendenze Legnago-Zevio, Dipartimento Dipendenze Pordenone, Unità operative di Sanremo, Bordighera, Imperia, unità operativa di Savona, Dipartimento Dipendenze di Genova (Genova zona 1, zona 2, zona 3, zona 4, zona 5, zona 6, Carcere), ASL Savonese (Savona, Albenga, Finale, Cairo), Dipartimento delle Dipendenze di Macerata, Dipartimento Dipendenze di Foligno (Spoleto e Foligno), Dipartimento Dipendenze La Spezia, unità operative Città di Castello (SerT Alto Tevere, Servizio Alcologia Alto Tevere, SerT Alto Chiascio, Servizio Alcologia Alto Chiascio), Dipartimento delle Dipendenze di Perugia (Perugia, Assisi, Marsciano, Magione), Dipartimenti delle Dipendenze di Terni (Terni, Narni, Orvieto), unità operativa di Messina nord, Messina Sud, Taormina, Milazzo, unità operative di Enna (Enna e Nicosia), unità operativa di Palermo (Sert PA1, SerT PA4, SerT Termini Imerese, SerT Cefalù) unità operativa di Ragusa, Modica e Vittoria.

III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

Sempre più ridotte le strategie ufficiali adottate

I questionari strutturati dell'EMCDDA prevedono una sezione dedicata alle politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze psicoattive; in base alle risposte fornite dalle Regioni, l'esistenza di documenti ufficiali riportanti strategie varia da un minimo del 31,3% ad un massimo del 68,8% per la prevenzione delle malattie infettive tra gli utilizzatori di sostanze (Figura III.2.49).

Figura III.2.49: Percentuale di Regioni e Province Autonome che dispongono di documenti ufficiali con strategie di prevenzione delle patologie correlate. Anno 2012

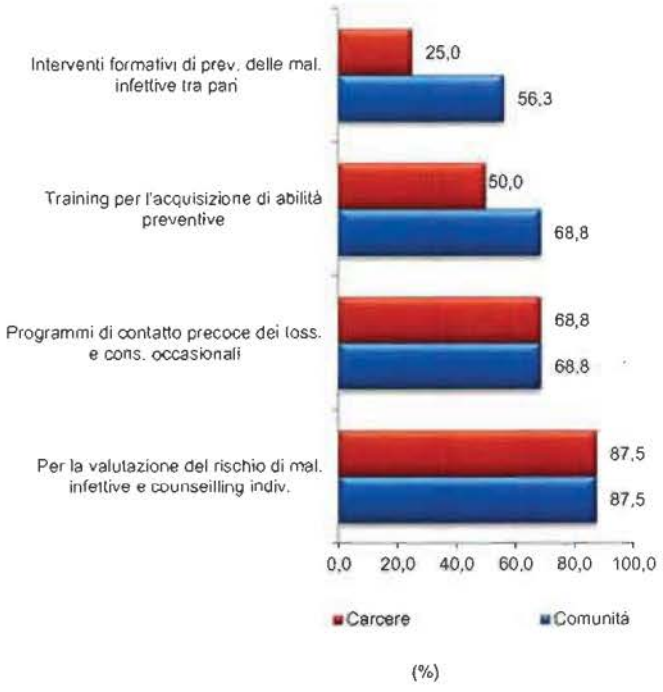


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Maggiori gli interventi nelle Comunità

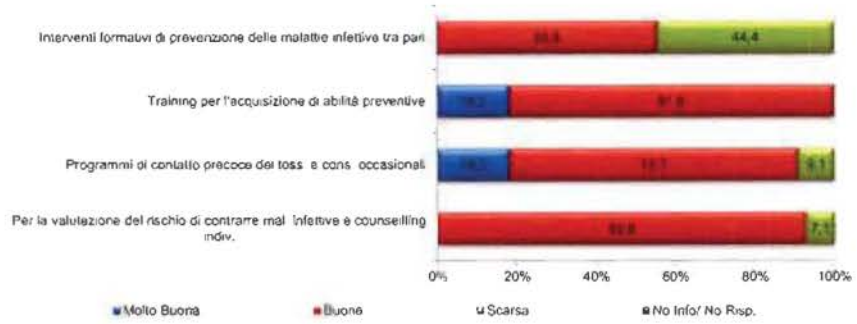
Gli interventi prioritari di prevenzione sono stati svolti in particolare per quanto concerne la valutazione del rischio di malattie infettive e counselling individuale, con l'87,5% delle Regioni e PP.AA dichiarato sia per le comunità che per il carcere; buoni anche i programmi di contatto precoce dei tossicodipendenti e consumatori occasionali con il 68,8% , scarsi gli interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive tra pari nell'ambito dei carceri con solo il 25%.

Figura III.2.50: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato interventi prioritari di prevenzione delle malattie infettive nella comunità o in carcere – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.51: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2012

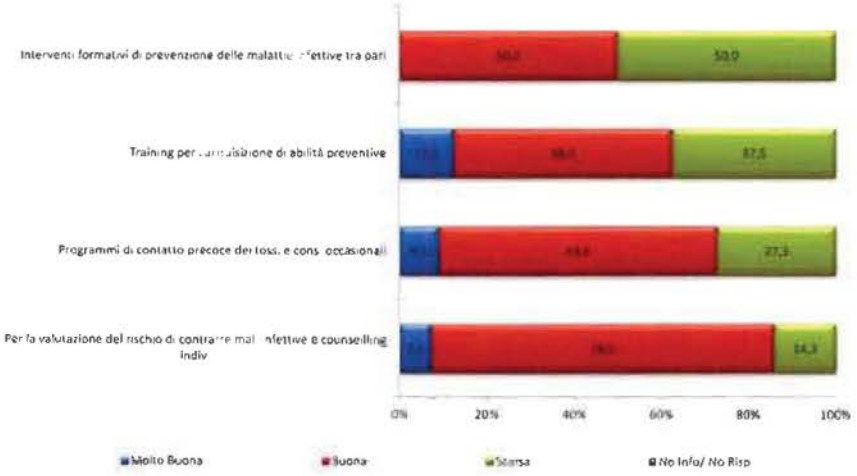


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Buona disponibilità generale

La valutazione della disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità ed in carcere (Figure III.2.51 e III.2.52) è sempre positiva, particolarmente bene i servizi per la valutazione del rischio di contrarre malattie infettive e counselling individuale.

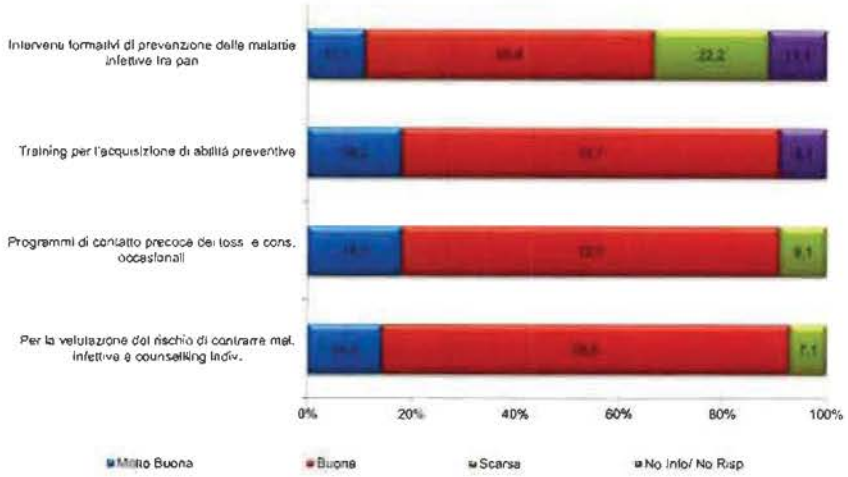
Figura III.2.52: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

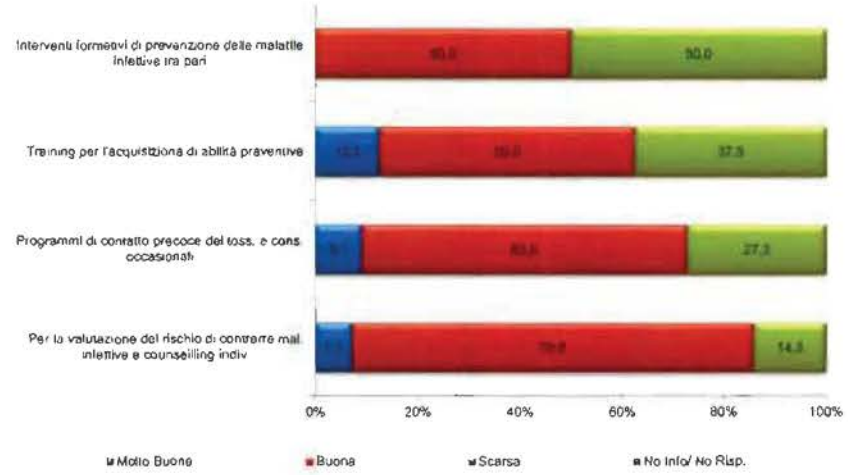
Per quanto concerne l'accessibilità a questi servizi si conferma il giudizio positivo medio; buoni, in particolare, i giudizi inerenti l'accessibilità per la valutazione del rischio di contrarre malattie infettive e counseilling individuale con il 92,9% dei giudizi positivi per le comunità e l'85,7% per i carceri.

Figura III.2.53 Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.54: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2012

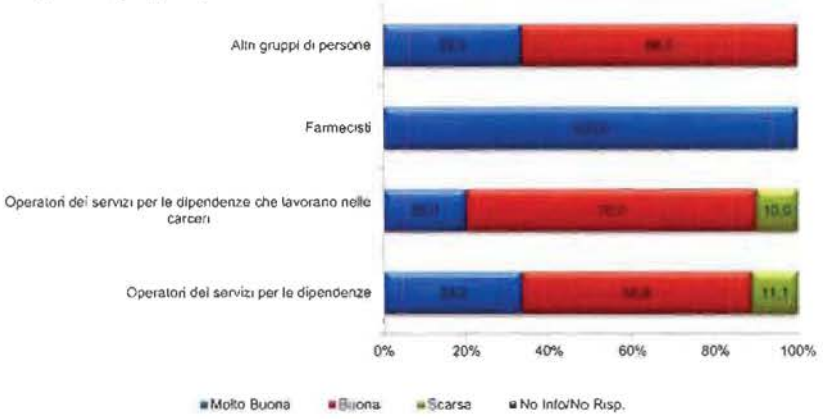


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Le Regioni e Province Autonome che hanno attivato training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone non sono molte, esattamente il 56,3% per Operatori dei servizi per le dipendenze, il 62,5% per quelli che lavorano nelle carceri, il 18,8% altri gruppi di persone e solamente il 6,3% per la categoria dei farmacisti.

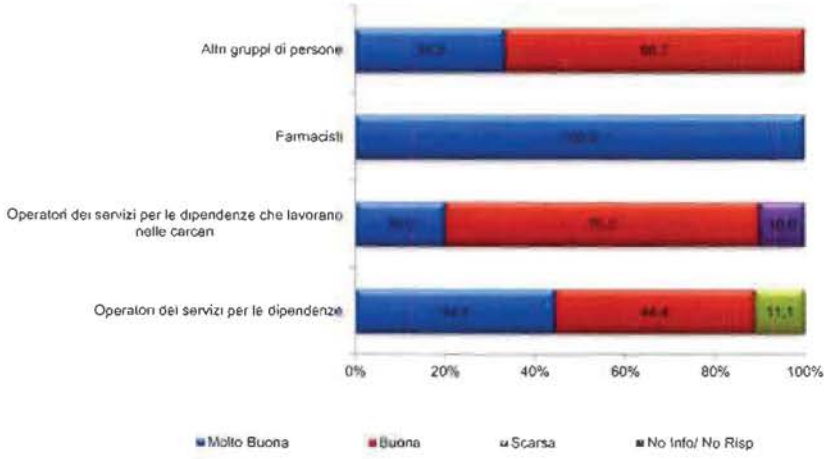
Ove presenti, i training comunque riscontrano una disponibilità molto buona, mediamente sopra il 90% ed un giudizio complessivamente positivo, per l'accessibilità .

Figura III.2.55: Giudizi sulla disponibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

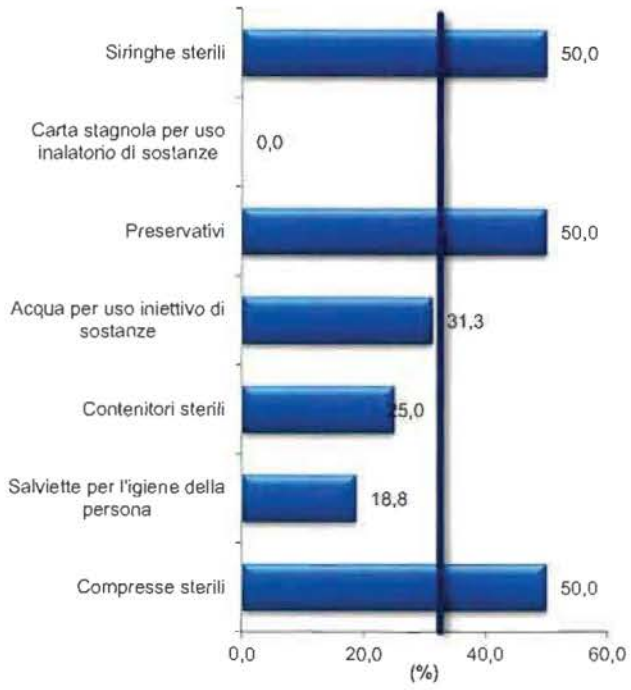
Figura III.2.56: Giudizi sulla accessibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Non più del 50% la distribuzione presso i SERT di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive; in particolare, nulla l'indicazione di carta stagnola per uso inalatorio di sostanze.

Figura III.2.57: Percentuale di Regioni e Province Autonome che distribuiscono presso i SERT strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive – Attività di prossimità - Anno 2012

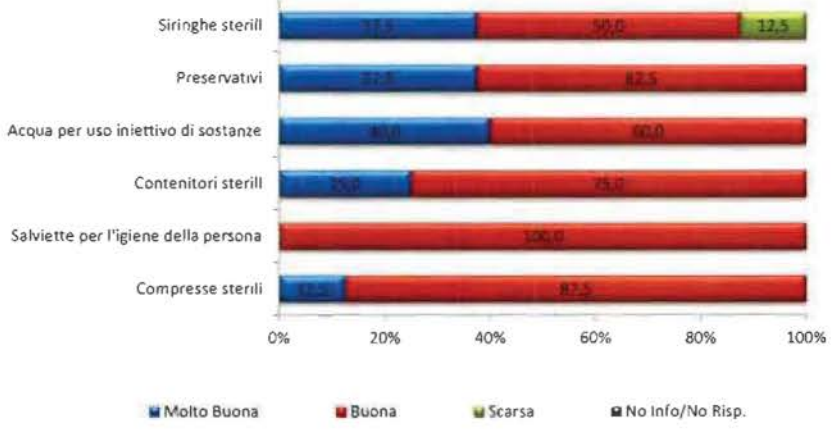


Bassa la distribuzione di strumenti parafernalia per l'acquisizione di abilità preventive

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Ove in uso la disponibilità è ovunque buona, in particolare per l'acqua per uso iniettivo di sostanze e per i preservativi.

Figura III.2.58: Giudizi sulla disponibilità (ove presente) di strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive. Anno 2012



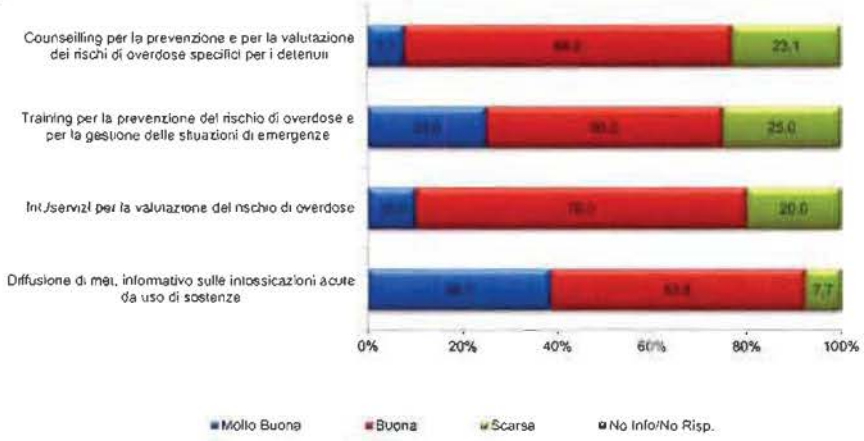
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Nelle Regioni e province autonome sono stati attuati nel 2012 in quasi il 70% delle Regioni e PP:AA. interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta di sostanze; in più dell'80% dei casi è stato diffuso materiale informativo sull'argomento ed effettuato counselling per la prevenzione e valutazione dei rischi

Bene gli interventi prioritari di prevenzione

di overdose specifici per i detenuti, solo nel 50% però sono stati effettuati interventi/servizi per la valutazione del rischio di overdose e training per la prevenzione di rischio di overdose per la gestione delle situazioni di emergenza. Il giudizio sulla disponibilità è generalmente buono e sempre sopra il 70%.

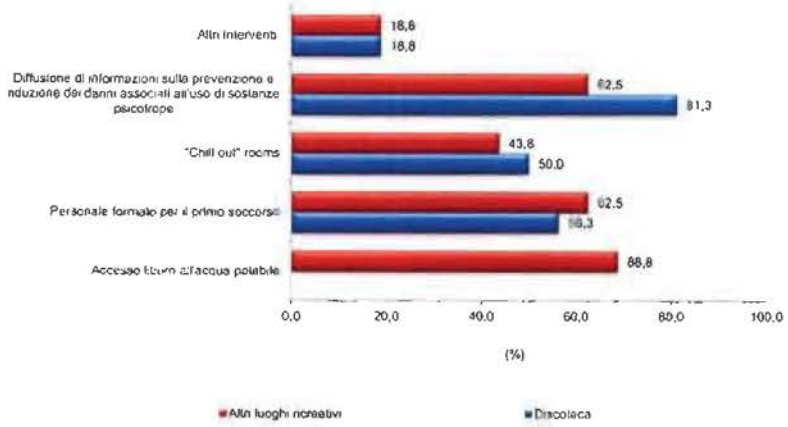
Figura III.2.59: Giudizi sulla disponibilità degli interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze. Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Gli interventi di prevenzione in luoghi ricreativi (discoteche ed altri luoghi) presentano riscontri positivi, come nel caso della diffusione di informazioni sulla prevenzione associate all'uso di sostanze psicotrope attuati nell'81,3% per discoteche e nel 62,5% degli altri luoghi ricreativi, e riscontri negativi, come per i bidoni e contenitori dove conferire le sostanze illecite, non presente in nessuna Regione né nelle discoteche né in altri luoghi ricreativi.
Sono nuovamente presenti (18,8%) altri tipi di interventi che nel 2011 non furono indicati delle Regioni e PP.AA. sia in discoteche che in altri luoghi ricreativi.

Figura III.2.60: Percentuale di Regioni e Province Autonome che attuano interventi di prevenzione in luoghi ricreativi. Anno 2012

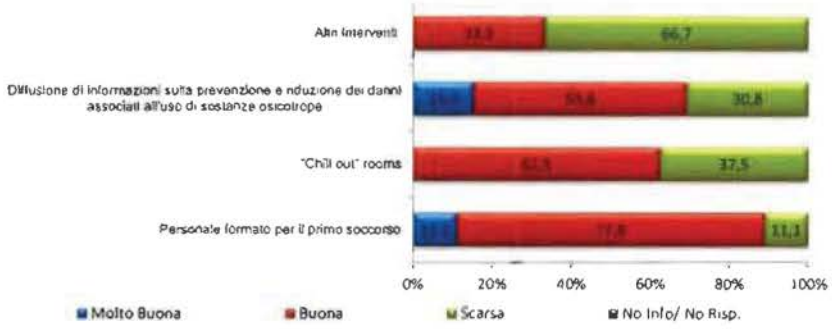


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La disponibilità di interventi di prevenzione sia per le discoteche (figura III.2.61) che per gli altri luoghi ricreativi (III.2.62) è generalmente positiva ad eccezione della categoria altri interventi. Giudizio molto positivo per la formazione del personale di primo soccorso

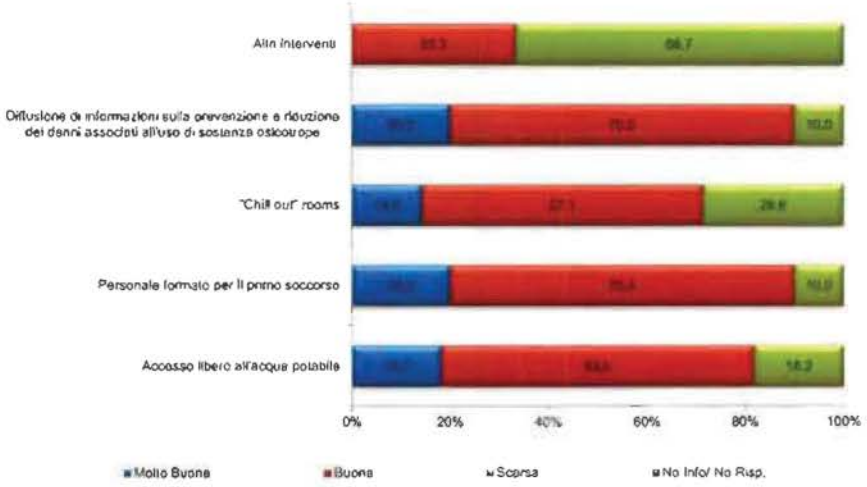
Positiva disponibilità per interventi di prevenzione in discoteche

Figura III.2.61: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in discoteche - Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.62: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in altri luoghi ricreativi – Anno 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Rispetto al 2011 le somme stanziate per la prevenzione della mortalità acuta sono aumentate di quasi due milioni di euro (più 23,9%), ciò è stato causato principalmente dai forti investimenti effettuati dalla Regione Lombardia.

Quasi 2 milioni di euro in più del 2011

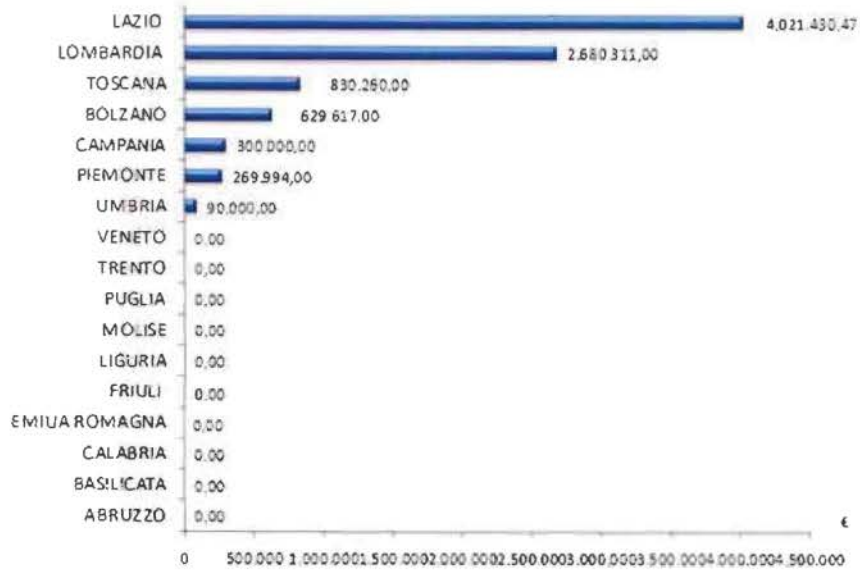
Tabella III.2.31: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione dei rischi sanitari con specifiche previsioni di intervento di prevenzione della mortalità acuta di overdose nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012

Quasi 9 milioni di euro per la prevenzione dei decessi droga correlati

Regioni	Importo	€ pro capite su popolazione 15-64	%
Abruzzo	0,00	0,00	0,0
Basilicata	0,00	0,00	0,0
PA. Bolzano	629.617,00	1,89	7,1
Calabria	0,00	0,00	0,0
Campania	300.000,00	0,08	3,4
Emilia Romagna	0,00	0,00	0,0
Friuli Venezia Giulia	0,00	0,00	0,0
Lazio	4.021.430,47	1,06	45,6
Liguria	0,00	0,00	0,0
Lombardia	2.680.311,00	0,41	30,4
Marche	Dato richiesto e non fornito		
Molise	0,00	0,00	0,0
Piemonte	269.994,00	0,09	3,1
Puglia	0,00	0,00	0,0
Sardegna	Dato richiesto e non fornito		
Sicilia	Dato richiesto e non fornito		
Toscana	830.260,00	0,35	9,4
Umbria	90.000,00	0,16	1,0
Valle d'Aosta	Dato richiesto e non fornito		
Veneto	0,00	0,00	0,0
Totale	**8.821.612,47**	**0,22**	**100,0**

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.63: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione dei rischi sanitari con specifiche previsioni di intervento di prevenzione della mortalità acuta di overdose nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

49 unità di strada per la prevenzione del rischio sanitario da droghe.

A supporto delle politiche e delle strategie a favore della prevenzione delle patologie correlate e delle limitazioni dei rischi, le Regioni hanno attivato specifici servizi strutturati.

Nel 2012 le Regioni e Provincie Autonome hanno potuto contare su 110 servizi strutturati (-10,6% rispetto al 2011) con un numero di soggetti contattati superiore a ottantamila; l'unico servizio che incrementa la propria offerta sono le unità di strada LDR alcool/rischi della notte.

In particolare sono state 49 unità di strada per la prevenzione del rischio sanitario da droghe, 25 le unità di strada (LRD) alcool/rischi della notte, 12 unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione, 14 servizi di Drop in diurni, 3 servizi di accoglienza bassa soglia 24/24, 2 dormitori specializzati per le dipendenze patologiche e 5 servizi per i bisogni primari.

Tabella III.2.32: Servizi strutturati di prevenzione dei rischi sanitari presenti nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2012

Tipologia	Numero dei servizi	Soggetti contattati nell'anno
Unità di strada PRS droghe	49	17.963
Unità di strada LDR alcool/rischi della notte	25	65.407
Unità di strada prostituzione	12	1.130
Drop in diurni	14	1.937
Accoglienza bassa soglia 24/24	3	345
Dormitori specializzati per dipendenze patologiche	2	n.d.
Altri servizi sociali (bisogni primari) specializzati	5	640

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

CAPITOLO III.3.

REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

III.3.1. Progetti di reinserimento sociale

III.3.1.1 Strategie e programmazione di interventi di reinserimento sociale

III.3.2. Misure alternative alla detenzione

III.3.2.1 Affido in prova ai servizi sociali attivati nel corso del 2012

III.3.2.2 Totale affidi in prova ai servizi sociali

PAGINA BIANCA

III.3. REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

Premesse

Nell'ambito delle attività svolte dai servizi territoriali per le tossicodipendenze, dalle amministrazioni regionali, dalle Province Autonome e dagli organi del Ministero della Giustizia, particolare attenzione viene dedicata al reinserimento dei soggetti con problemi legati all'uso di sostanze, che al termine del percorso terapeutico-riabilitativo vengono inseriti in progetti specifici per il reinserimento nella società, ovvero in caso di procedimenti giudiziari pendenti, possono essere affidati ai servizi sociali, in alternativa alla detenzione.

Fonti informative

Queste attività sono da ricondurre a programmi strategici orientati al recupero dei soggetti secondo il recovery model, un profilo conoscitivo relativo ai progetti avviati, già attivi o conclusi nel 2012 da parte delle amministrazioni regionali o dei servizi territoriali, descritto nel paragrafo "III.3.1. Progetti di reinserimento sociale", sulla base delle informazioni acquisite dalle amministrazioni stesse mediante la somministrazione di specifici questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona.

Mediante l'analisi dell'archivio della Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia, è stato possibile estrapolare un quadro generale sulle caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze illecite, che in alternativa alla detenzione per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti o in violazione del codice penale, sono stati affidati ai servizi sociali.

Tale analisi è stata inserita nel paragrafo III.3.2. "Misure alternative alla detenzione".

III.3.1. Progetti di reinserimento sociale

III.3.1.1 Strategie e programmazione di interventi di reinserimento sociale

Il 65% di Regioni e PP.AA. dichiara di avere strategie specifiche per il reinserimento

Secondo le indicazioni riportate nei questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo, nel 2012 quasi il 65% delle Regioni e Province Autonome (PPAA) ha dichiarato di avere una strategia specifica e definita per il reinserimento sociale di consumatori ed ex consumatori problematici di droga; la maggioranza di queste (90%) ne rende accessibile su internet il documento ufficiale.

L'obiettivo maggiormente indicato è stato il reinserimento a livello sociale e lavorativo .

-21,4% dei finanziamenti per il reinserimento sociale pari a più di 2 milioni di € in meno rispetto al 2011

In Tabella III.3.1 sono riportate tutte le Regioni e PPAA che dichiarano di aver indicato nel questionario dell'EMCDDA i progetti di reinserimento sociale finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico relativi al 2012.

Rispetto al 2011 complessivamente si segnala un forte decremento dei finanziamenti (-21,4%) sostanzialmente attribuibile alla cessazione di quelli della Calabria, Emilia Romagna, Marche e Sicilia. La sola Lombardia rappresenta quasi un quarto (24,6%) del totale nazionale.

Tabella III.3.1: Importo complessivo finanziato per i progetti di reinserimento sociale dalle regioni e Province Autonome nel corso del 2012

Più di 7 milioni di euro per programmi di reinserimento sociale

Regioni	Importo	%
Abruzzo	0,00	-
Basilicata	0,00	-
Bolzano	1.459.908,00	19,7
Calabria	0,00	-
Campania	974.798,00	13,2

continua

continua

Regioni	Importo	%
Emilia - Romagna	0,00	-
Friuli Venezia Giulia	1.131.500,00	15,3
Lazio	0,00	-
Liguria	0,00	-
Lombardia	1.819.828,00	24,6
Marche	Dato richiesto e non fornito	2,2
Molise	0,00	-
Piemonte	998.200,00	13,5
Puglia	465.591,02	6,3
Sardegna	Dato richiesto e non fornito	-
Sicilia	Dato richiesto e non fornito	-
Toscana	400.264,00	5,4
Trento	50.000,00	0,7
Umbria	93.055,00	1,3
Valle d'Aosta	Dato richiesto e non fornito	-
Veneto	0,00	-
Totale	**7.393.144,02**	**100,0**

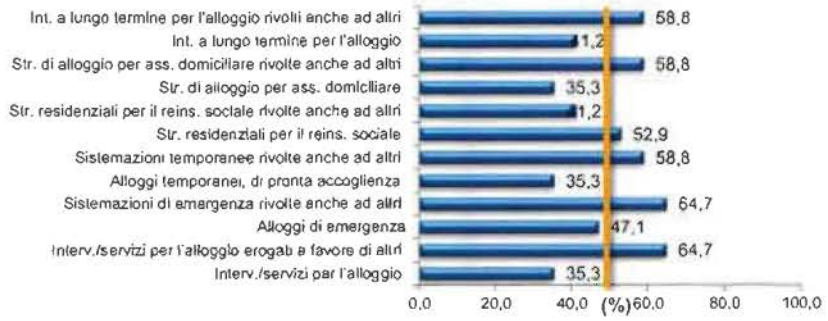
Fonte: Elaborazione su dati rilevati mediante indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Alloggio

Nel 2012, mediamente il 50% di Regioni e PPAA ha realizzato interventi in tema di abitazione rivolti specificatamente a persone in trattamento socio-sanitario per uso di sostanze psicotrope.

Il 50% delle Regioni ha dichiarato di avere attivato interventi per l'abitazione dei TD

Figura III.3.1: Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato interventi rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Nella maggior parte dei casi per questi soggetti è possibile usufruire di servizi per l'alloggio e sistemazioni temporanee di pronta accoglienza realizzati a favore di altri gruppi socialmente svantaggiati (64,7%). Al fine di un reinserimento sociale più efficace, nel 52,9% delle Regioni e PP.AA., le persone in trattamento socio-sanitario per uso di sostanze psicotrope, possono beneficiare di strutture residenziali finalizzate esclusivamente al reinserimento di consumatori ed ex consumatori di droga.

52,9% di Regioni e PP.AA. dichiara di fornire strutture residenziali di reinserimento sociale dei tossicodipendenti

Calano gli interventi specifici a lungo termine per l'alloggio (Figura III.3.1), con le Regioni che hanno dichiarato esistenti nel 41,2% ma salgono al 58,8% se rivolti

ad altri gruppi socialmente svantaggiati.

La disponibilità dei diversi servizi è stata giudicata di almeno buon livello mediamente dal 54,7% (rispetto al 57% dell'anno 2011) dei referenti regionali, raggiungendo alti livelli (88,9%) per quel che riguarda le strutture residenziali per il reinserimento sociale.

Molto buona la disponibilità delle strutture residenziali per il reinserimento sociale

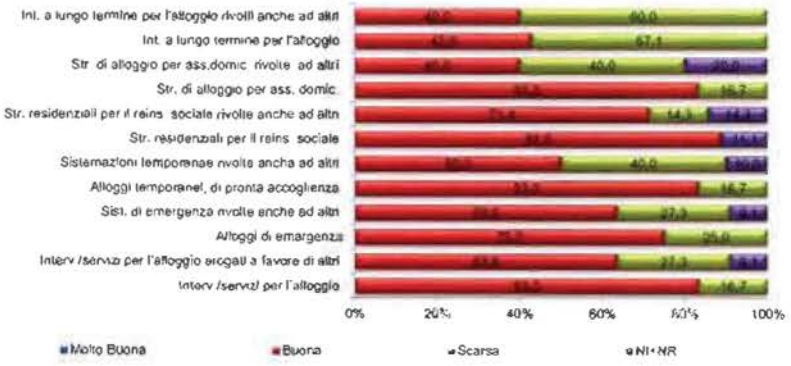
Figura III.3.2: Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio. Anno 2012

Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

L'accessibilità, è stata valutata nel complesso più che positivamente da Regioni e PPAA; la possibilità di accedere a servizi per alloggi rivolti esclusivamente a consumatori ed ex consumatori di droga è stata giudicata mediamente buona nella totalità dei casi. Spicca il buon giudizio unanime per strutture residenziali per il reinserimento sociale ed alloggi di emergenza.

Dichiarata una buona accessibilità dei servizi per l'abitazione

Figura III.3.3: Giudizio sull'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

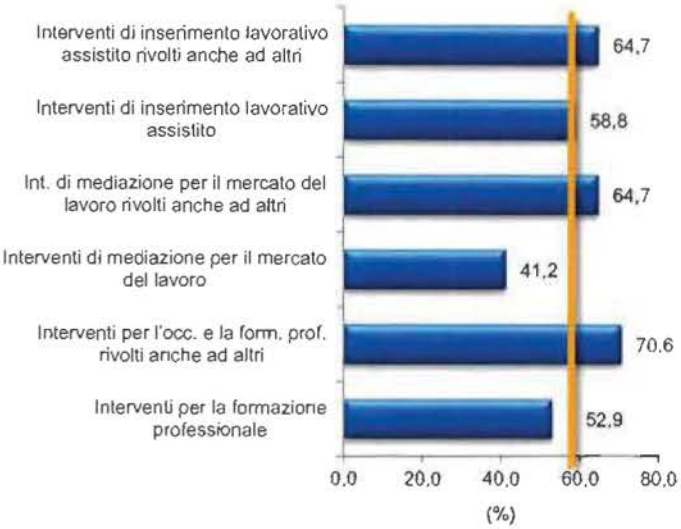
Occupazione

Nel 2012, il reinserimento lavorativo è stato uno degli obiettivi indicato dalle Regioni e le PPAA come prioritario.

Sono stati realizzati interventi per l'occupazione e la formazione professionale rivolti esclusivamente ai consumatori ed ex consumatori di droga nel 52,9% delle Regioni e PPAA; se si considerano le possibilità in interventi anche per altri gruppi socialmente svantaggiati la percentuale sale al 70,6%; quest'area di intervento presenta forti miglioramenti rispetto ai dati 2011 (52,9% vs 35% e 70,6% vs 35%). La maggioranza dei referenti regionali ha indicato che sono stati attivati interventi di reinserimento lavorativo assistito.

Migliorano molto gli interventi attivati per la formazione professionale

Figura III.3.4: Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato interventi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione. Anno 2012

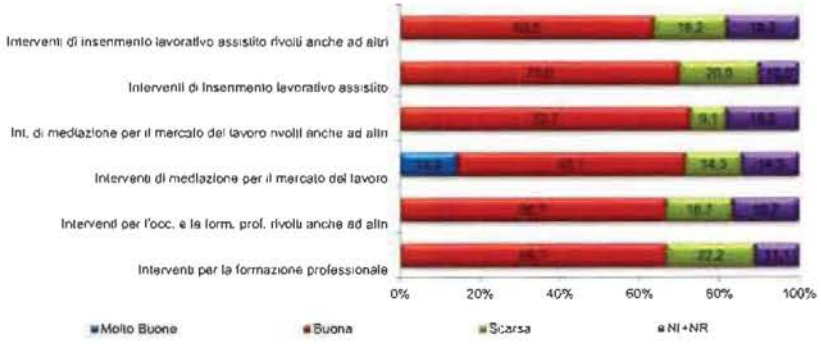


Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Dichiarata una positiva disponibilità dei servizi per l'occupazione

La disponibilità dei servizi per l'occupazione rivolti esclusivamente ai consumatori e agli ex consumatori di droga è stata sempre valutata mediamente in maniera positiva in quasi il 70% dei casi (68,5%); bene in particolare gli interventi per l'occupazione e la formazione professionale rivolti anche ad altri.

Figura III.3.5: Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione. Anno 2012

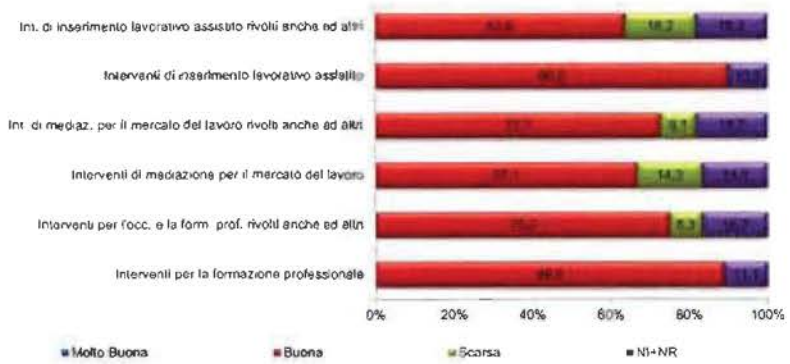


Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Dichiarata una alta accessibilità dei servizi per l'occupazione

Sono stati attribuiti giudizi ancor più positivi per l'accessibilità dei servizi per l'occupazione: le valutazioni sono sempre positive e vanno da un minimo di 57,1% per interventi di mediazione per il mercato del lavoro ad un massimo del 90,0% per gli interventi di inserimento lavorativo assistito specificatamente rivolto a consumatori o ex consumatori.

Figura III.3.6: Giudizio sull'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione. Anno 2012



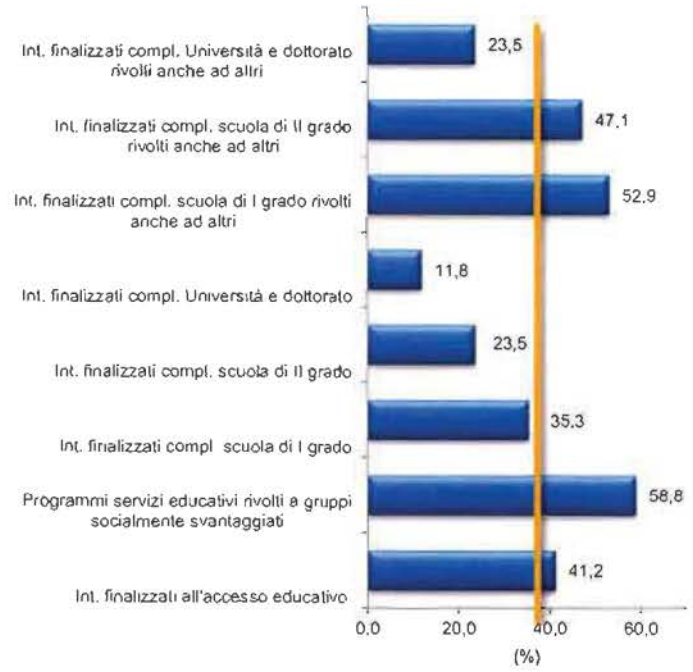
Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Istruzione

Interventi finalizzati al completamento dell'istruzione sotto il 40%

Con "istruzione" si intende l'acquisizione di un livello scolastico superiore o di un perfezionamento ma non una formazione specifica per un dato tipo di lavoro.
Nel 2012, il 58,8% delle Regioni e PPAA ha realizzato programmi/servizi educativi rivolti anche ad altri gruppi socialmente svantaggiati mentre per il 52,9% interventi finalizzati al completamento dell'istruzione di base rivolta anche ad altri gruppi. Bassi gli interventi specifici per completamento del percorso di istruzione secondaria (23,5%), e per Università e dottorato (11,8%).
Buona nel complesso la disponibilità e l'accesso agli interventi .

Figura III.3.7: Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato interventi rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga per Istruzione. Anno 2012



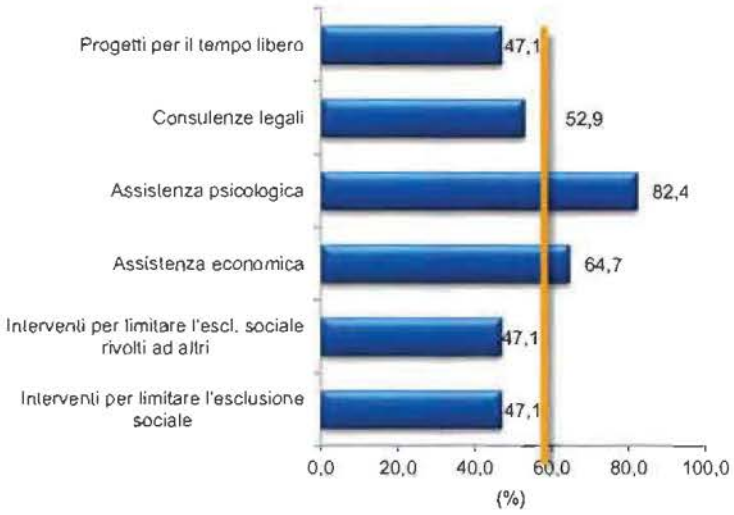
Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Altri interventi di reinserimento sociale

Forte presenza di interventi di assistenza psicologica

Tra le attività previste per il reinserimento sociale dei consumatori ed ex consumatori di droga, sono da segnalare gli interventi di assistenza psicologica per le relazioni sociali e familiari attivati nell'82,4% delle Regioni e PP.AA.
Bene anche l'assistenza economica e le consulenze legali con valori superiori al 50% , prossimi al 50% anche gli altri interventi.
Da segnalare i giudizi molto positivi sulla disponibilità ed accessibilità degli interventi di assistenza psicologica.

Figura III.3.8: Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato altri interventi di reins. sociale rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.3.2. Misure alternative alla detenzione

III.3.2.1 Affido in prova ai servizi sociali attivati nel corso del 2012

L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari è disciplinato dall'art. 94 del DPR 309/90 e riguarda sia tossicodipendenti che alcol dipendenti, sebbene in realtà la maggior parte dei casi sia riconducibile a soggetti tossicodipendenti.

Tabella III.3.2: Soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2012

Caratteristiche	2011[1]		2012		Diff. delle %	Δ% 2011/2010
	N	% c	N	% c		
Genere						
Maschi	2.192	93,7	2.366	94,0	+0,3	+7,9
Femmine	148	6,3	152	6,0	-0,3	+2.7
Totale	2.340		2.518			+7,6
Nazionalità						
Italiani	2.103	89,9	2.309	91,7	+1,8	+9,8
Stranieri	162	6,9	185	7,3	+0,4	+14,2
Non noti	75	3,2	24	1,0	-2,2	-68,0

Incremento (+7,6%) dei soggetti tossicodipendenti che hanno beneficiato dell'affidamento con uscita dal carcere

continua

continua

Caratteristiche	2011[1]		2012		Diff. delle %	Δ% 2011/2010
	N	% c	N	% c		
Età media						
Maschi	37,8		38,0			+0,2
Femmine	37,3		36,9			-0,4
Totale	37,8		38,0			+0,2
Classi di età						
18-24	109	4,7	133	5,3	+0,6	22,0
25-34	770	32,9	794	31,5	-0,6	3,1
35-44	976	41,7	1.020	40,5	-0,8	4,5
45-54	398	17,0	472	18,7	+1,7	18,6
> 54	87	3,7	99	3,9	+0,2	13,8

[1] dati 2011 aggiornati nel 2013

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

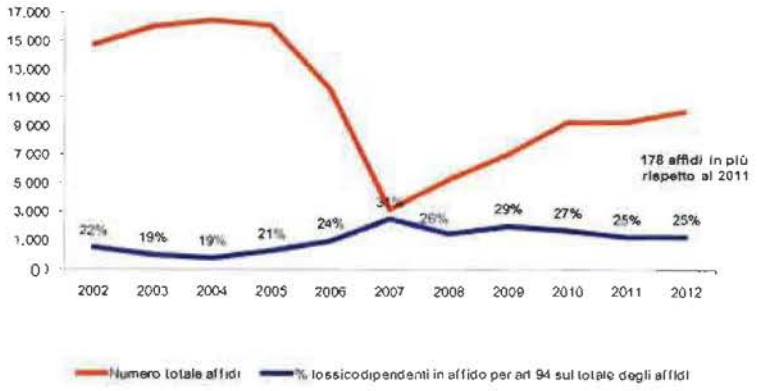
Nel 2012 il 25% delle persone in affido ai servizi sociali è tossicodipendente

Nel 2012 sono state affidate complessivamente ai servizi sociali 10.018 nuove persone delle quali 2.518 tossicodipendenti che hanno usufruito dell'art. 94 del DPR 309/90, pari al 25% del totale delle persone in affido.

Fatta salva una leggera flessione nel 2011, dal 2007 ad oggi si osserva un andamento degli ingressi dei soggetti che hanno beneficiato delle misure alternative alla detenzione in costante aumento (+7,8% nel 2012 rispetto all'anno precedente) (Figura III.3.9). Va precisato che la sensibile riduzione degli affidi evidenziata nel triennio 2005 - 2007, in cui si passa da oltre 16.000 affidi a poco più di 3.200, è da attribuire all'applicazione della Legge 241 del 31 luglio 2006, relativa alla concessione dell'indulto. L'applicazione della suddetta legge, oltre a comportare l'estinzione della misura per i casi già seguiti dagli anni precedenti, riguardando i procedimenti in atto relativi a reati commessi fino al 2 maggio 2006 con pena detentiva prevista non superiore ai tre anni, ha inciso fortemente anche sul numero di casi presi in carico nel corso dell'anno.

I tossicodipendenti che hanno usufruito delle misure alternative al carcere pur rappresentando, come nel 2011 la quota del 25% dei soggetti affidati alle misure alternative, in valore assoluto sono cresciuti di 178 unità riportando il valore del 2012 (2.518 affidi) a valori analoghi a quelli del 2010.

Figura III.3.9: Totale ingressi di soggetti in affido e percentuale tossicodipendenti in affido per art.94 sul totale. Anni 2002 – 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

In analogia con quanto rilevato negli anni precedenti, il 94% degli affidati per art. 94 è di genere maschile, l'età media è di 38 anni in lieve aumento rispetto all'anno precedente (38 vs 37,8), la classe di età compresa tra i 35 e i 44 anni, si conferma ancora la più rappresentata (40,5%).
Gli stranieri, sempre poco presenti tra gli affidati agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna, nel 2012 costituivano il 7,3% dell'intero collettivo.

Tabella III.3.3: Tipo di reato commesso dai soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2012

Caratteristiche	2011[1]		2012		Diff. delle %
	N	%c	N	%c	
Tipi di reato[2]					
Contro la famiglia, la moralità pubblica e il buon costume	18	0,8	19	0,8	0,0
Contro l'incolumità pubblica	1	0,0	1	0,8	0,8
Contro il patrimonio	575	26,8	596	25,9	-0,9
Contro la persona	79	3,7	83	3,6	-0,1
Contro lo Stato, le altre istituzioni sociali e l'ordine pubblico	18	0,8	11	0,5	-0,3
Disciplina sugli stupefacenti	776	36,1	810	35,2	-0,9
Altri reati	680	31,7	783	34,0	+2,7

[1] dati 2011 aggiornati nel 2013
[2] nel 2011 l'8,2% dei soggetti non presenta tale informazione, mentre nel 2012 la percentuale è pari a 8,5%

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

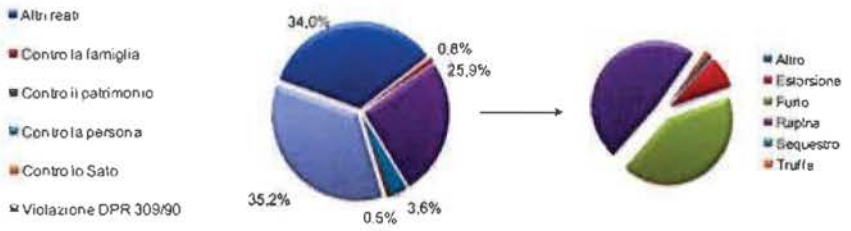
Il 35,2% degli affidati ha commesso reati in violazione del DPR 309/90

Prendendo in considerazione il tipo di reato commesso dai soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali, rispetto all'anno precedente si osservano lievi differenze: il 35,2% ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) con un decremento di quasi 1 punto percentuale rispetto a quanto rilevato nel 2011 (36,1%); nel dettaglio sono diminuiti in percentuale i tossicodipendenti che hanno commesso reati connessi alla produzione, vendita e traffico (28,8% i reati in violazione dell'art. 73 vs 29,7% rilevato nel 2011) a fronte di un numero costante dei crimini previsti dall'art. 74 (associazione finalizzata al traffico di sostanze) pari al 2%; il rimanente 4,3% ha commesso altri reati previsti dalla stessa normativa.

Il 25,9% degli affidati ha commesso reati contro il patrimonio

Al secondo posto della graduatoria dei reati più frequentemente commessi da tossicodipendenti affidati ai servizi sociali, dopo quelli in violazione della normativa sugli stupefacenti, figurano i reati contro il patrimonio (25,9%), rappresentati in prevalenza da rapine (12,5%) e da furto e ricettazione (10,9%). Un ulteriore 3,6% di soggetti ha commesso reati contro la persona, riferiti prevalentemente (1,4%) a lesioni, minacce, ingiurie, diffamazione e nell' 0,6% dei casi a violenza sessuale (Figura III.3.10).

Figura III.3.10: Nuovi soggetti in affido per art.94 secondo i reati commessi sul totale. Anno 2012

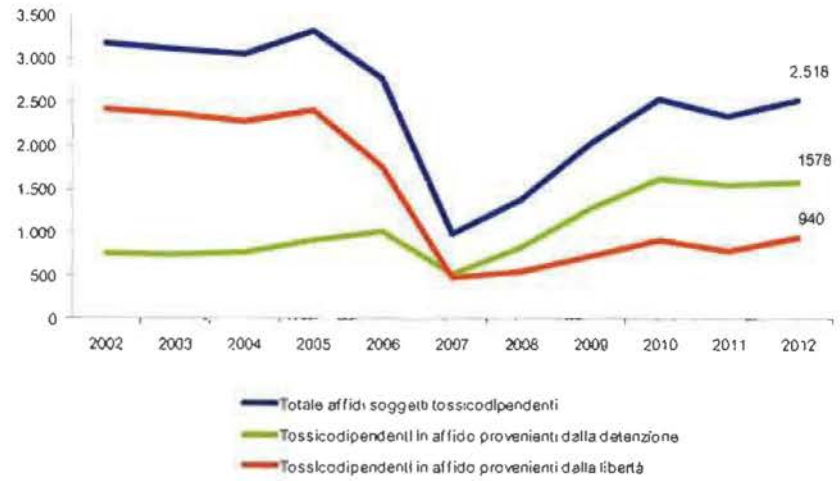


Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

In crescita nell'ultimo biennio la quota di affidati agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie (III.3.12), passata dal 36,7% nel 2006 al 52,2% nel 2007 fino al 62,7% nel 2012, in leggera diminuzione tuttavia rispetto al dato 2011 (-3,5%) .Tale dato può essere letto alla luce della riduzione della pena prevista dalla legge 241/06 che, ad eccezione di alcune tipologie di crimine, ha accelerato la possibilità di usufruire delle misure alternative per condannati a pene detentive superiori ai sei anni ed allo stesso tempo ha comportato una forte diminuzione dell'accesso di quei condannati fino a sei anni che avrebbero usufruito della misura direttamente dalla libertà.

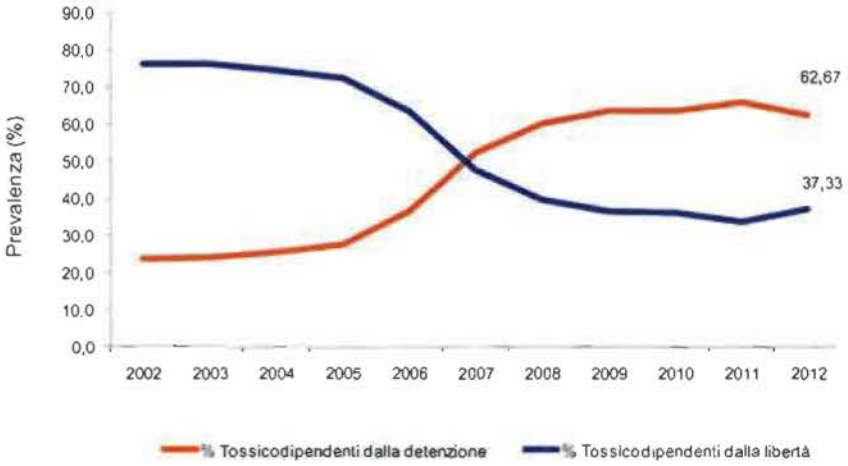
Forte aumento della quota degli affidati agli UEPE: dal 36,7% del 2006 al 62,7% del 2012

Figura III.3.11: Numero di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla detenzione e dalla libertà, affidati al servizio sociale. Anni 2002 – 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

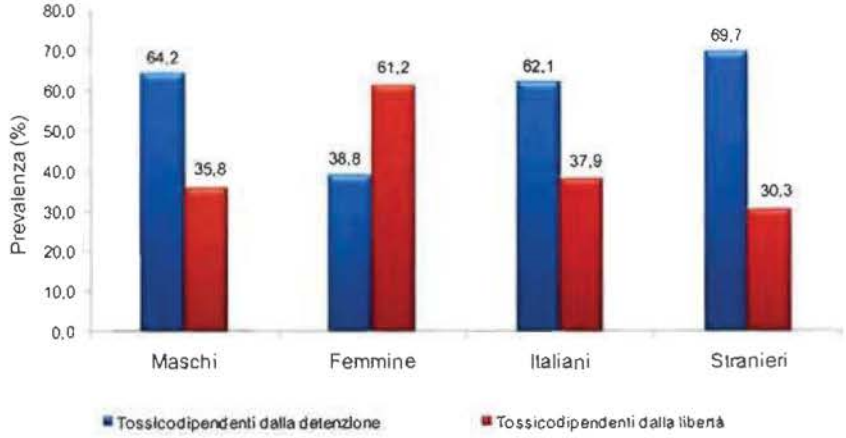
Figura III.3.12: Percentuale di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla detenzione e percentuale di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla libertà, affidati al servizio sociale. Anni 2002 – 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Pur con valori diversi, si confermano invece le differenze tra maschi e femmine e tra italiani e stranieri, relativamente alla provenienza da condizioni detentive piuttosto che dalla libertà. Analogamente al 2011, anche nel 2012 l'analisi per genere e per nazionalità mostra tra le femmine una maggior quota di affidati ai servizi sociali provenienti dalla libertà rispetto ai maschi e tra gli stranieri una maggior percentuale proveniente dalla detenzione (Figura III.3.13).

Figura III.3.13: Percentuale di soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali provenienti dalla detenzione o dalla libertà, secondo il genere e la nazionalità. Anno 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Tabella III.3.4: Motivo di archiviazione del procedimento riguardante i soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2012

Caratteristiche	2011[1]		2012		Diff. delle %
	N	%c	N	%c	
Motivo di archiviazione					
Revoca per andamento negativo	292	17,8	147	23,0	+5,2
Revoca per nuova posizione giuridica	28	1,7	12	1,9	+0,2
Revoca per commissione reati durante la misura	42	2,6	20	3,1	+0,5
Revoca per irreperibilità	24	1,5	21	3,3	+1,8
Revoca per altri motivi	19	1,2	7	1,1	-0,1
Archiviazione per chiusura procedimento	991	60,4	361	56,4	-4,0
Archiviazione per trasferimento	212	12,9	62	9,7	-3,2
Archiviazione per altri motivi	33	2,0	10	1,6	-0,4

[1] dati 2011 aggiornati nel 2013

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

Evoluzione dei procedimenti:

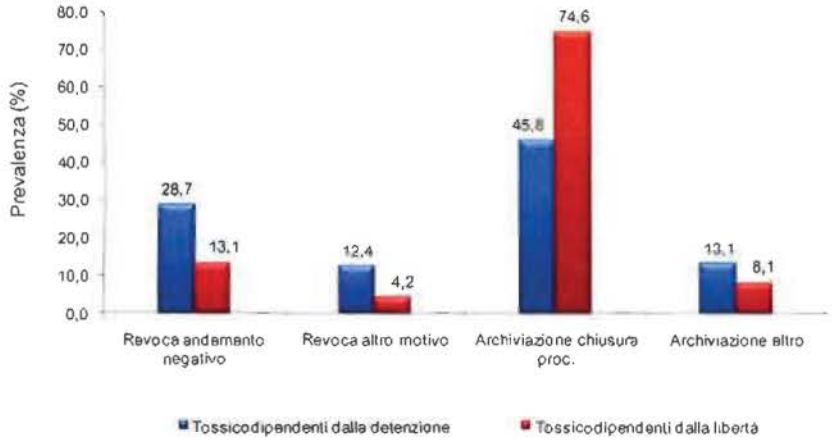
Buona % di efficacia: il 74,6% è giunto a buon fine.

Solo il 25,4% è stato revocato o archiviato

Rispetto al totale dei soggetti condannati ammessi alle misure alternative in questo ultimo anno di osservazione in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, nell'8,2% dei condannati la misura alternativa è stata revocata, nella maggior parte dei casi per andamento negativo della stessa. Per un ulteriore 17,2% di condannati la misura alternativa è stata archiviata, nella maggior parte dei casi per chiusura del procedimento giudiziario. In generale, confrontando i soggetti rispetto alla condizione di provenienza, emerge che le revoche hanno riguardato maggiormente gli affidati provenienti dalla detenzione (41,1% di revoche in detenzione vs 17,4% in libertà), contrariamente alle archiviazioni che invece hanno riguardato in percentuale maggiore gli affidati provenienti da condizioni di libertà (58,9% di archiviazioni in detenzione vs 82,6% in libertà) (Figura III.3.14). Nello specifico, rispetto al 2011, si è riscontrato un aumento percentuale di revoche per andamento negativo in coloro che provengono dalla detenzione e di revoche per altro motivo in coloro che provengono sia dalla libertà che dalla detenzione.

Maggiori revoche per gli affidati provenienti dalla detenzione

Figura III.3.14: Percentuale di tossicodipendenti affidati ai servizi sociali provenienti dalla detenzione o dalla libertà secondo l'esito del provvedimento. Anno 2012



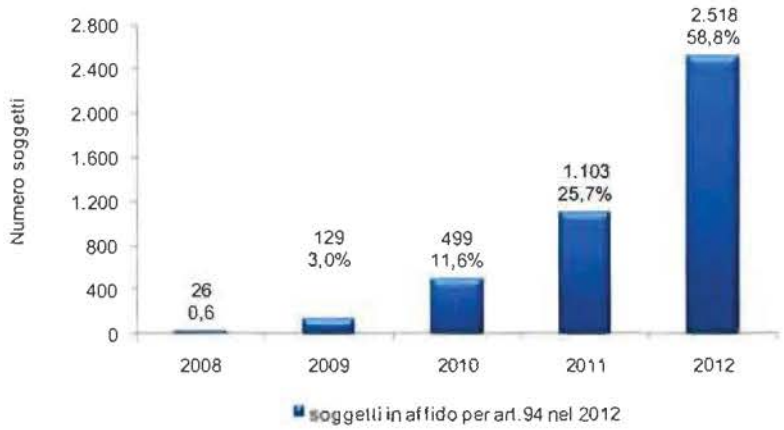
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna

III.3.2.2 Totale affidi in prova ai servizi sociali

L'affidamento in prova ai servizi sociali, disciplinato dall'art. 94 del DPR 309/90, come già spiegato nel paragrafo precedente, riguarda i soggetti tossicodipendenti e non, ed ha una durata tale da registrare ogni anno non solo gli ingressi di nuovi soggetti, ma anche un numero molto consistente di persone che ne usufruiscono da anni precedenti.
Per il 2012 l'analisi dettagliata della distribuzione dei soggetti in base all'anno in cui è avvenuto l'affido per l'art. 94 mostra una maggior prevalenza di tossicodipendenti beneficiari dell'affidamento ai servizi sociali provenienti dagli anni precedenti, ma anche una percentuale altrettanto elevata (58,8%) di tossicodipendenti che invece hanno iniziato proprio nel 2012 l'affidamento (Figura III.3.15).

Figura III.3.15: Totale soggetti tossicodipendenti in affido ai servizi sociali, secondo l'anno della presa in carico. Anno 2012

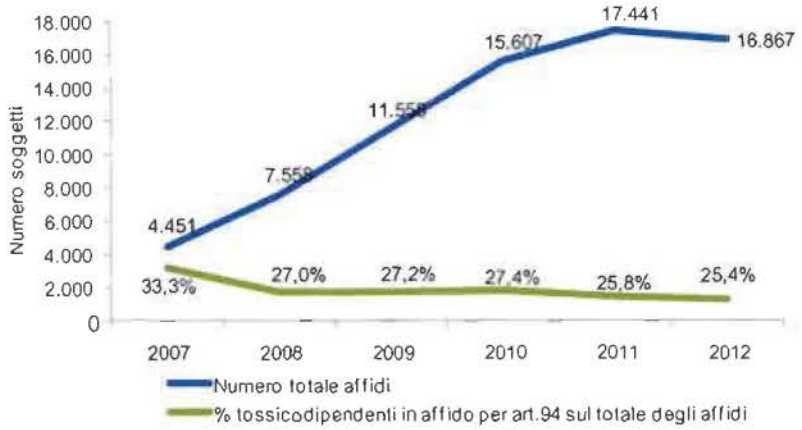
Il 58,8% dei tossicodipendenti in affido ha iniziato nel 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

La Figura III.3.16 mostra l'andamento dei soggetti che dal 2008 al 2012 hanno beneficiato, a qualsiasi titolo, delle misure alternative alla detenzione, ed in particolare il rapporto tra i tossicodipendenti ed il totale degli affidi: la percentuale dei soggetti in affido ai servizi sociali secondo l'art.94 ha registrato un lieve calo in tutto il periodo considerato. Questo stesso andamento è ancora più dettagliatamente visibile analizzando i soggetti in affido per art. 94 rispetto alla data della presa in carico: se da una parte si nota, infatti, un incremento dei tossicodipendenti nuovi in affido, dall'altro il numero di coloro che hanno usufruito della presa in carico ai servizi sociali da anni precedenti risulta in diminuzione (Tabella III.3.5).

Figura III.3.16: Totale soggetti in affido e percentuale tossicodipendenti in affido ai servizi sociali sul totale degli affidi. Anni 2007 – 2012



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Tabella III.3.5: Soggetti in affido ai servizi sociali, secondo la tipologia di soggetto e l'anno della presa in carico. Anni 2007 - 2012

	2008	2009	2010	2011	2012
Nuovi tossicodipendenti in affido per art. 94	1.385	2.023	2.538	2.340	2.518
Tossicodipendenti in affido da anni precedenti	653	1.126	1.731	2.160	1.766
Totale tossicodipendenti in affido per art. 94	2.038	3.149	4.269	4.500	4.284

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna. Dati aggiornati nel 2013

Decremento dei soggetti in affido per art .94 da anni precedenti

In analogia con quanto rilevato nei nuovi soggetti in affido per art. 94, circa il 94,6% dei tossicodipendenti in affido da anni precedenti al 2012 risultano essere di genere maschile; per quanto riguarda la nazionalità, invece, il 7,7% sono stranieri.

Ciò che, invece, evidenzia un'importante differenza tra i due gruppi è l'età media dei soggetti: i nuovi tossicodipendenti in affido risultano più vecchi di quelli già in affido ai servizi sociali (38 anni vs 37,5 anni) dovuta in particolare ai soggetti di sesso maschile (38 anni vs 37,6 anni).

Tabella III.3.6: Caratteristiche demografiche dei soggetti tossicodipendenti in affido ai servizi sociali, secondo la tipologia di soggetto. Anno 2012

Caratteristiche	Nuovi		In affido da anni precedenti	
	N	%	N	%
Genere				
Maschi	2.366	94,0	1.671	94,6
Femmine	152	6,0	95	5,4
Totale	**2.518**		**1.766**	**100,0**
Nazionalità [1]				
Italiani	2.309	91,7	1.576	89,2
Stranieri	185	7,3	131	7,4
Non nota	24	1,0	59	3,3
Totale	**2.518**	**100,0**	1.766	**100,0**
Età media				
Maschi	38,0		37,6	
Femmine	36,9		37,4	
Totale	**38,0**		**37,5**	
Classi di età				
18-24	133	5,3	99	5,6
25-34	794	31,5	592	33,5
35-44	1.020	40,5	711	40,3
45-54	472	18,7	293	16,6
> 54	99	3,9	71	4,0
Totale	**2.518**	**100,0**	**1.766**	**100,0**

[1] il 1%% dei soggetti nuovi ed il 3,3% dei soggetti in affido dagli anni precedenti non presenta tale informazione

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

I tossicodipendenti in affido da anni precedenti sono più giovani

Figura III.3.17: Percentuale dei soggetti in affido ai servizi sociali, secondo l'età anagrafica e la tipologia di soggetto. Anno 2012

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Prendendo in considerazione il tipo di reato commesso dai soggetti tossicodipendenti in affido dal 2012 ai servizi sociali, rispetto ai soggetti in affido da anni precedenti, si osservano lievi differenze: il 35,2% ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90), valore nettamente

inferiore a quanto registrato nell'altro gruppo (40,4%), a differenza della percentuale di coloro che hanno commesso reati contro il patrimonio che invece risulta essere più elevata proprio tra i nuovi soggetti in affido per art. 94 (25,9% vs 24,7%).

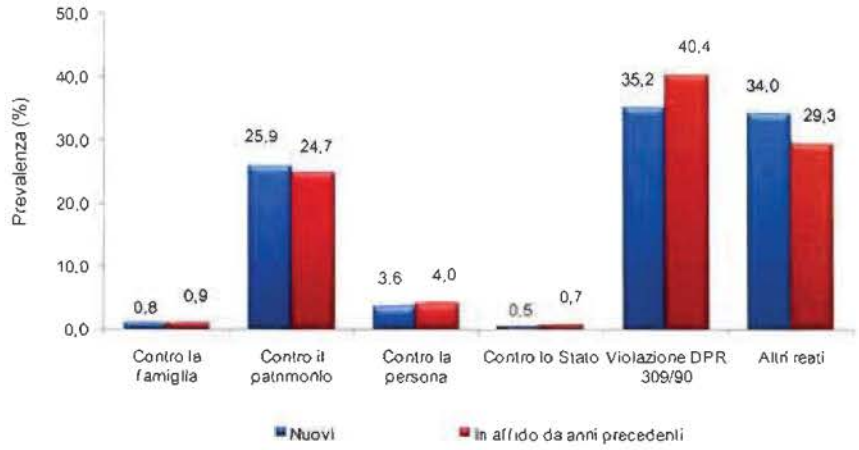
Tabella III.3.7: Tipo di reati dei soggetti in affido ai servizi sociali, secondo la tipologia di soggetti. Anno 2012

Caratteristiche	Nuovi		In affido da anni precedenti		Diff. delle %
	N	%c	N	%c	
Tipi di reato					
Contro la famiglia, la moralità pubblica e il buon costume	19	0,8	14	0,9	+0,1
Contro l'incolumità pubblica	1	0,0	0	0,0	0,0
Contro il patrimonio	596	25,9	404	24,7	+1,2
Contro la persona	83	3,6	66	4,0	-0,4
Contro lo Stato, le altre istituzioni sociali e l'ordine pubblico	11	0,5	12	0,7	-0,2
Disciplina sugli stupefacenti	810	35,2	659	40,4	-5,2
Altri reati	783	34,0	478	29,3	+4,7
Totale	2.303	100	1.633	100	

Nei nuovi affidi percentuale minore di reati commessi in violazione del DPR 309/90

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Figura III.3.18: Percentuale dei soggetti in affido ai servizi sociali, secondo i reati commessi e la tipologia di soggetti. Anno 2012



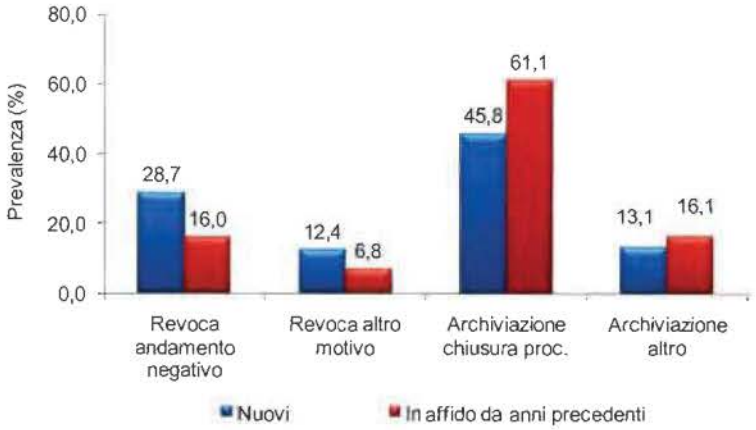
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Analizzando il motivo dell'archiviazione emerge che, in coloro che provengono dalla detenzione, il 61,1% dei tossicodipendenti in affido da anni precedenti ha avuto archiviazioni per chiusura del procedimento a fronte del 45,8% dei soggetti nuovi che, invece, registrano una percentuale maggiore di revoche, soprattutto quelle per andamento negativo (28,7% nuovi vs 16,0% già in affido). Situazione in parte diversa si presenta in coloro che provengono dalla libertà per i quali si registrano percentuali molto più omogenee tra i due gruppi di soggetti affidati ai servizi sociali, ma soprattutto un elevatissimo valore dei tossicodipendenti che

hanno avuto l'archiviazione della chiusura del procedimento (74,6% nei nuovi affidati e 76,3% negli affidi da anni precedenti).

Figura III.3.19: Percentuale di tossicodipendenti in affido ai servizi sociali provenienti dalla detenzione, secondo il motivo dell'archiviazione e la tipologia di soggetto. Anno 2012

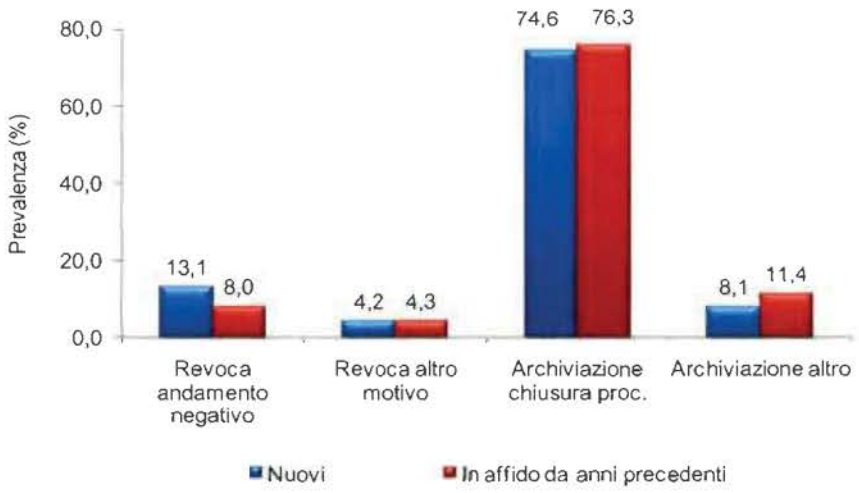
Il 61% dei soggetti in affido da anni precedenti e proveniente dalla detenzione ha avuto l'archiviazione per chiusura del procedimento



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Figura III.3.20: Percentuale dei soggetti in affido ai servizi sociali provenienti dalla libertà, secondo il motivo dell'archiviazione e la tipologia di soggetto. Anno 2012

Il 75% del totale dei soggetti in affido per art. 94 provenienti dalla libertà ha avuto l'archiviazione per chiusura del procedimento



Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Analisi dell'arco temporale che intercorre dalla presa in carico all'archiviazione o revoca del procedimento

L'affidamento disciplinato dall'art. 94 del DPR 309/90 che permette ai soggetti tossicodipendenti di beneficiare dell'affidamento in prova ai servizi sociali ha una durata variabile, per un massimo di 6 anni. L'analisi dell'arco temporale che intercorre dalla presa in carico all'archiviazione o revoca del procedimento è avvenuta considerando sia la provenienza (libertà o detenzione) che l'esito del procedimento. La tabella III.3.8 mostra, ovviamente, una maggior durata del provvedimento nei soggetti in affidamento da anni precedenti rispetto ai nuovi,

ma con lievi differenze rispetto alla provenienza. Infatti, ciò che maggiormente si nota è che l'arco temporale che intercorre tra la presa in carico e l'archiviazione per un motivo che non sia la chiusura tra i soggetti nuovi è superiore in coloro che provengono dalla libertà; ciò avviene anche nei soggetti che sono in affido da anni precedenti.

Tabella III.3.8: Distribuzione dei soggetti e durata media del periodo trascorso in affido dai tossicodipendenti, secondo l'esito del provvedimento, la provenienza e la tipologia di soggetti. Anno 2012

	Detenzione		Libertà	
	Numero soggetti	durata media periodo (gg)	Numero soggetti	durata media periodo (gg)
Motivo archiviazione		**Nuovi**		
Revoca per andamento negativo	116	138	31	151
Revoca per altro motivo	50	126	10	128
Archiviazione per chiusura procedimento	185	131	176	153
Archiviazione per altro	53	102	19	112
		In affido da anni precedenti		
Revoca andamento negativo	174	404	45	488
Revoca altro motivo	74	409	24	483
Archiviazione chiusura procedimento	666	538	427	529
Archiviazione altro	176	425	64	439

Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

PAGINA BIANCA

Parte Quarta

Interventi di contrasto all'offerta di droga

PAGINA BIANCA

CAPITOLO IV.1.

SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE

IV.1.1. Premesse

IV.1.1.1. Aspetti organizzativi

IV.1.2. Collaborazione con il National Institute on Drug Abuse

IV.1.3. I centri collaborativi del Sistema

IV.1.4. Collaborazione con l'Arma dei Carabinieri

IV.1.5. Principali attività del Sistema nel 2012

IV.1.5.1. Segnalazioni in ingresso – input

IV.1.5.2.Comunicazioni in uscita – output

IV.1.6. Altre attività

IV.1.7. I risultati

IV.1.8. Sintomi inattesi e atipici dopo l'assunzione

IV.1.9. Monitoraggio web per la prevenzione dell'offerta di droghe – Offerta di sostanze su internet (tipologia di prodotti e modalità di commercializzazione)

IV.1.10. Monitoraggio online dei Rave Party

IV.1.11. Cannabis con elevate percentuali di principio attivo

IV.1.12. Nuovi tagli e/o adulteranti

IV.1.12.1.Eroina e Bacillus Anthracis

IV.1.12.2.Eroina e Metiorfano

IV.1.12.3. Cocaina e Benzocaina

IV.1.13. Legislazione

IV.1.14. Conclusioni

PAGINA BIANCA

IV.1. SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE

IV.1.1. Premesse

In conformità a disposizioni Europee in materia, il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha attivato nel nostro Paese il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System (N.E.W.S.).

Finalità del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

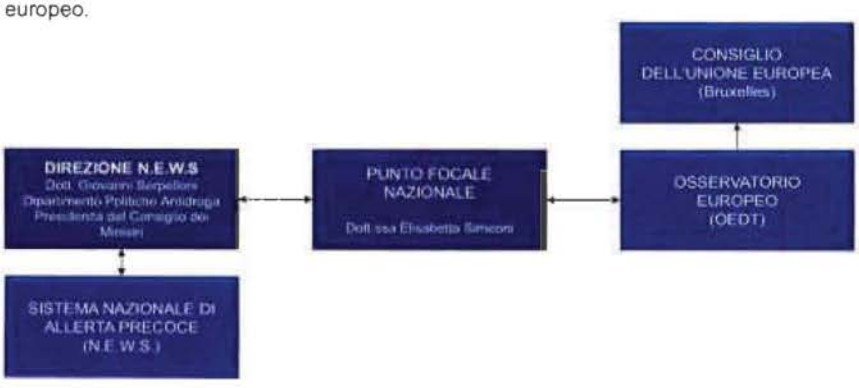
Il Sistema è finalizzato, da un lato, ad individuare precocemente i fenomeni potenzialmente pericolosi per la salute pubblica, correlati alla comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo sul territorio, e dall'altro ad attivare segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture deputate alla tutela della salute e responsabili dell'eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze.

IV.1.1.1 Aspetti organizzativi

Il meccanismo per lo scambio rapido di informazioni in materia di nuove sostanze psicoattive coinvolge tutti gli Stati Membri dell'UE grazie alla Decisione 2005/387/GAI del Consiglio d'Europa. In questa cornice, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce italiano costituisce lo strumento attraverso cui viene alimentato lo scambio di informazioni tra Europa e Punto Focale Nazionale, interfaccia ufficiale con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT). Tutte le segnalazioni raccolte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce attraverso i canali nazionali vengono convogliate verso il Punto Focale Nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga, il quale ha il compito di trasferire le informazioni all'OEDT che provvede a sua volta a farle circolare tra i diversi Paesi Europei. Analogamente, quando il Punto Focale riceve una segnalazione dall'OEDT, la trasmette al Sistema Nazionale di Allerta Precoce che ne informa il proprio network o ne sollecita informazioni al riguardo, quando richieste. Le interazioni tra OEDT e Sistema di Allerta possono riguardare anche approfondimenti tecnico-scientifici importanti per l'osservazione ed il monitoraggio di nuove sostanze e di nuove modalità di consumo.

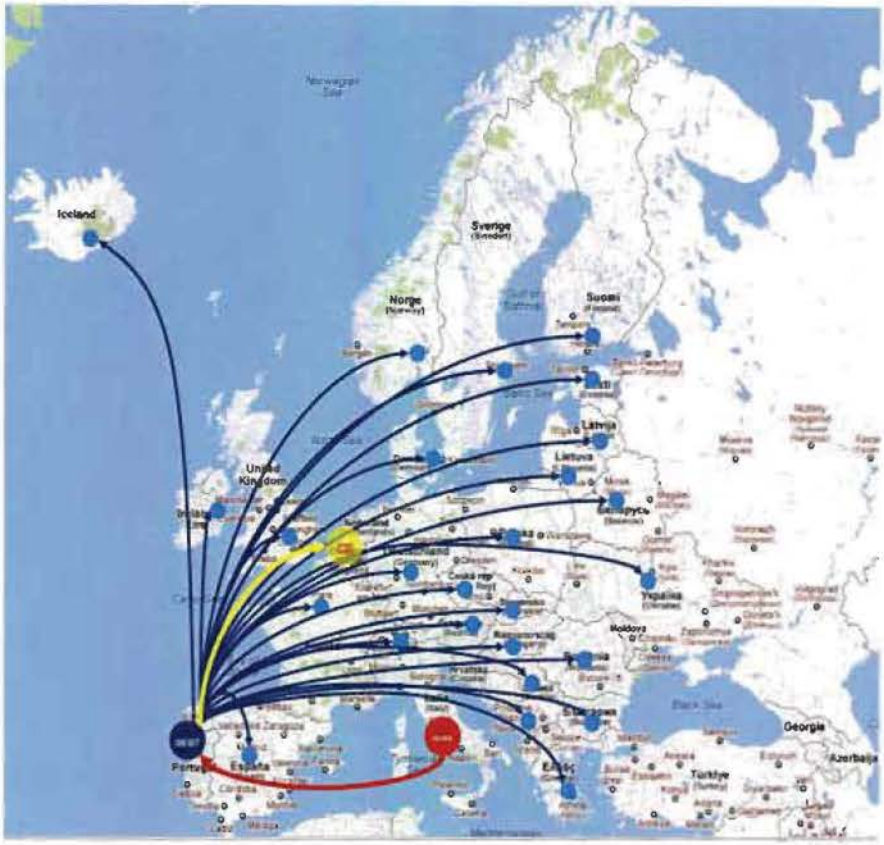
Livello europeo

Figura IV.1.1: Struttura organizzativa del Sistema Nazionale di Allerta Precoce a livello europeo.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

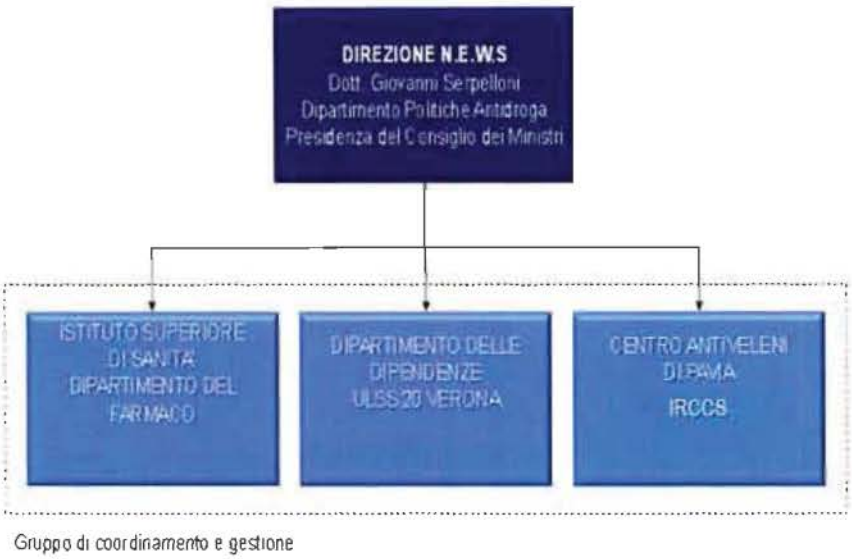
Figura IV.1.2: Rappresentazione grafica di flussi informativi tra Sistema Nazionale di Allerta Precoce, Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze e Consiglio dell'Unione Europea.



A livello nazionale, la Direzione del Sistema si avvale della consulenza e dell'operatività di tre strutture, ognuna competente e responsabile per il coordinamento di un'area specifica:

- Coordinamento nazionale degli aspetti bio-tossicologici: di competenza dell'Istituto Superiore di Sanità, fornisce pareri, consulenze, supervisione ai documenti ed agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito bio-tossicologico;
- Coordinamento nazionale degli aspetti clinico-tossicologici: di competenza del Centro Antiveleni di Pavia, IRCCS fornisce pareri, consulenze, supervisione ai documenti ed agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito clinico-tossicologico;
- Coordinamento nazionale degli aspetti operativi: di competenza del Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona, costituisce il centro di raccolta delle segnalazioni, coordina i flussi informativi, predispone le segnalazioni e le allerte per la supervisione degli altri coordinamenti e della direzione, cura l'aggiornamento del network di input e output, coordina l'aggiornamento e il funzionamento tecnico del software, gestisce il sistema di comunicazione interna, coordina le indagini di campo.

Figura IV.1.3: Organigramma organizzativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Collaborazione con il Ministero della Salute e con la DCSA

Il Sistema collabora con il Ministero della Salute e con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA).
In particolare, per quanto riguarda il Ministero della Salute, la collaborazione si esplicita soprattutto con le Direzioni di seguito indicate cui spettano compiti specifici in relazione all'attività del Sistema di Allerta:

- Direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure
  - Valutazione dell'attivazione istruttoria per l'inserimento nelle Tabelle del DPR 309/90
  - Richiesta di parere al Consiglio Superiore di Sanità
  - Comunicazione del parere espresso dal Consiglio Superiore di Sanità al Dipartimento Politiche Antidroga
  - Predisposizione del decreto di aggiornamento delle tabelle del D.P.R. 309/90
  - Trasmissione della proposta di decreto al Ministro per il tramite dell'Ufficio di Gabinetto
  - Invio in G.U. del decreto per la pubblicazione
  - Recepimento ALLERTA EWS per cosmetici
  - Valutazione dell'attivazione misure di sicurezza previste dal D.L.vo 713/86

- Direzione Generale della Prevenzione
  - Attivazione allerta
  - Attivazione Codice del Consumo a seguito del rischio di un pericolo per la salute pubblica
  - Attivazione di un'ordinanza cautelativa per il ritiro dei prodotti commerciali contenenti la sostanza segnalata con l'allerta – Comando Carabinieri per la tutela della Salute

- Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione
  - Recepimento allerte del Sistema Nazionale di Allerta Precoce
  - Verifica dell'eventuale notifica del prodotto
  - Attivazione del RASFF

Figura IV.1.4: Dettaglio delle collaborazioni del Sistema Nazionale di Allerta Precoce con il Ministero della Salute.

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

IV.1.2 Collaborazione con il National Institute on Drug Abuse

Accordo Italia-USA

E' stato siglato a Roma il 25 luglio 2011, il secondo importante accordo internazionale di collaborazione scientifica tra l'Italia e gli Stati Uniti sottoscritto tra il Capo del Dipartimento Politiche Antidroga, Giovanni Serpelloni, e la Direttrice del National Institute on Drug Abuse, Nora Volkow. L'accordo favorisce lo svolgimento di ricerche reciprocamente vantaggiose per migliorare la diagnosi, il trattamento dell'uso di droga e la dipendenza, sviluppando delle aree di particolare interesse che comprendono: la ricerca, la diagnosi precoce, lo screening, il trattamento e gli interventi brevi per disturbi da dipendenza, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti. Nell'ambito della prevenzione, i due enti hanno deciso di collaborare anche sul versante del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Gruppo di lavoro del NEWS

Nel corso del 2012, quindi, l'organizzazione, le attività e i risultati del Sistema di Allerta Italiano sono stati presentati ad un gruppo di lavoro specificatamente indicato dalla prof.ssa Volkow per scambiare informazioni e conoscenze sia sugli aspetti organizzativi del Sistema, sia sulle nuove sostanze psicoattive e le nuove modalità di consumo che sono state individuate attraverso la sua attività. Lo scambio di informazioni è avvenuto tramite videoconferenze e incontri vis-a-vis in occasione del 2012 NIDA International Forum, tenutosi a giugno a Palm Springs (California). La collaborazione permane tutt'oggi si traduce soprattutto in scambio di informazioni e di best practice nonché nella supervisione, da parte del NIDA, dello sviluppo e realizzazione del database istituzionale del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

IV.1.3 I Centri Collaborativi del Sistema

Nella Figura IV.1.5 si evidenziano i Centri Collaborativi del Sistema che vengono differenziati in centri collaborativi di segnalazione e risposta (I livello) e Early Expert Network per la consultazione rapida (II livello).
Tra i primi (circa 1.500 centri) si possono annoverare le Regioni e Provincie Autonome, i Dipartimenti delle Dipendenze, le Comunità terapeutiche, le unità mobili, i laboratori, le strutture del sistema di emergenza/urgenza e le Forze dell'Ordine. Tali centri hanno il compito di inviare segnalazioni al Sistema e di attivare le misure di risposta adeguate in caso di allerta.
Tra i centri di secondo livello, invece, vengono inclusi la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, la Polizia Scientifica, i Reparti di Investigazioni Scientifiche dei Carabinieri, l'Agenzia delle Dogane, le tossicologie forensi, i centri antiveleni, i laboratori universitari e alcuni centri di ricerca. A costoro spetta il compito non solo di inviare segnalazioni e attivare misure di risposta, se necessario, ma anche di supportare il Sistema nell'attività di completamento delle segnalazioni e di fornire opinioni e consigli relativi alle segnalazioni e all'eventuale attivazione di allerte.

Figura IV.1.5a: Rappresentazione grafica dell'organizzazione dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Figura IV.1.5b: Georeferenziazione dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (aggiornamento marzo 2013).

IV.1.4 Collaborazione con l'Arma dei Carabinieri

Accordo tra DPA e Arma dei Carabinieri

A dicembre 2012 è stato sottoscritto un accordo tra la Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga, e l'Arma dei Carabinieri. Attraverso tale accordo, i centri Reparto Investigazioni Scientifiche (RIS) e Laboratori Analisi Sostanze Stupefacenti (LASS) dell'Arma dei Carabinieri (coordinati dal Ra.C.I.S.) sono stati inseriti a tutti gli effetti nel network dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga (Presidenza del Consiglio dei Ministri) - National Early Warning System (N.E.W.S.), al fine di collaborare e supportare tale Sistema nell'identificazione di nuove droghe e di nuove modalità di consumo attraverso l'analisi dei reperti sequestrati da parte dei Laboratori Analisi Sostanze Stupefacenti. Dall'esigenza di aggiornamento del personale specializzato sull'analisi delle nuove sostanze psicoattive, il Dipartimento Politiche Antidroga (DPA) ha quindi promosso un progetto specifico, denominato "R.I.S. – N.E.W.S.", il cui obiettivo generale è quello di sostenere una più efficiente e tempestiva individuazione delle nuove sostanze stupefacenti sul territorio italiano facilitando l'entrata dei laboratori dell'Arma dei Carabinieri (RIS e LASS) nel Sistema Nazionale di Allerta Precoce, la loro partecipazione al flusso dati nazionale e l'adozione di metodiche analitiche adeguate all'individuazione delle

Progetto RIS-NEWS per sostenere l'ingresso dei laboratori nel NEWS

66 laboratori coinvolti nel progetto

nuove sostanze. Attualmente, grazie a questa collaborazione, il numero dei laboratori coinvolti nel progetto è 66.

Corso di formazione

Nel corso del 2013 è in programma un corso di formazione finalizzato ad aggiornare il personale specializzato in particolare sui temi che riguardano:

- Protocolli analitici e buone prassi di laboratorio per l'analisi chimica quali-quantitativa di campioni di sostanze stupefacenti, con particolare riguardo alle nuove sostanze psicoattive;
- Partecipazione al Sistema Nazionale di Allerta Precoce, per la rilevazione tempestiva dei fenomeni droga correlati potenzialmente pericolosi per la salute pubblica e l'invio di segnalazioni di allerta e l'attivazione di azioni di risposta.

Tabella IV.1.1: Elenco dei Centri Collaborativi italiani del Sistema Nazionale di Allerta Precoce riportati in Figura 5b (aggiornamento marzo 2013).

N	Nome del Centro Collaborativo
1	Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento del Farmaco
2	Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento del Farmaco
3	Ministero Interno UTG Trieste- Nucleo Operativo Tossicodipendenze
4	Ministero della Salute
5	Ministero della Salute – Ufficio IV – DG Prevenzione Sanitaria
6	Ministero della Salute – Direttore Ufficio IV – DG Prevenzione Sanitaria
7	Osservatorio Italiano sulle Droghe - Dipartimento Politiche Antidroga
8	Centro Antiveleni Pavia, Centro Nazionale di Informazione Tossicologica
9	Centro Antiveleni – Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze
10	Centro Antiveleni Bergamo, Az. Ospedali Riuniti
11	Centro Antiveleni Milano - Az. Osp. Ospedale Niguarda Cà Granda
12	Centro Antiveleni Policlinico Gemelli - Roma
13	Centro Antiveleni, Ospedale Cardarelli - Napoli
14	Centro Antiveleni, Ospedale Gaslini - Genova
15	Centro Antiveleni, Ospedali Riuniti - Foggia
16	Laboratorio di Tossicologia Analitica - IRCCS Policlinico San Matteo
17	Tossicologia forense Università degli studi di Firenze
18	Tossicologia forense Università degli studi di Bologna
19	Tossicologia forense II Università degli studi di Napoli
20	Tossicologia forense Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma
21	Tossicologia forense Università degli studi di Padova
22	Tossicologia forense Università "La Sapienza" - Roma
23	Tossicologia forense Università degli studi di Verona
24	Tossicologia Forense - Università degli studi di Perugia
25	Tossicologia Forense - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
26	Tossicologia Forense - Università degli Studi di Catania

continua

continua

N	Nome del Centro Collaborativo
27	Tossicologia Forense - Istituto di Medicina Legale Università Cattolica del S. Cuore
28	Laboratorio di Tossicologia - Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
29	Laboratorio Generale Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi
30	Dipartimento di Scienze Farmaceutiche - Università degli Studi di Pisa
31	Dipartimento di Scienze Farmaceutiche - Università degli Studi di Milano
32	Dip. Scienze anatomiche, istologiche, medico-legali e dell'apparato locomotore - Università "La Sapienza", Roma
33	Direzione Centrale Anticrimine - Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica
34	Servizio Polizia Scientifica - Sez. Indagini sulle droghe d'abuso - Polizia di Stato
35	Arma dei Carabinieri - Reparto Investigazioni Scientifiche
36	Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Parma
37	Arma dei Carabinieri - Laboratorio Analisi Sostanze Stupefacenti Verona
38	Agenzia delle Dogane - Laboratorio chimico di Roma
39	Laboratorio e Servizi Chimici dell'Agenzia delle Dogane di Napoli
40	Polizia di Stato - Squadra mobile di Bologna
41	Presidenza del Consiglio dei Ministri
42	Laboratorio Antidoping - Torino
43	ARPAC - Dipartimento tecnico di Benevento
44	AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco - Ufficio Valutazioni e Autorizzazioni
45	U.O. Biochimica clinica e tossicologia - Az. Sanitaria USL2 Lucca
46	U.O.Chimica e Clinica Tossicologica ASP Catania - Regione Sicilia
47	Laboratorio di Sanità Pubblica - Area Vasta Toscana Centro - Azienda Sanitaria di Firenze
48	Laboratorio Ospedale "S. Anna" - Como
49	Laboratori di Ricerche di appartenenza Analitiche e Tecnologiche su Alimenti e Ambiente - Università degli Studi di Milano
50	Istituto di Medicina Legale -Dipartimento Neuroscienze Università Politecnica Marche
51	Procura della Repubblica - Torino
52	Direzione Politiche Sociali Servizio promozione e inclusione sociale - Comune di Venezia
53	Libero professionista
54	Libero professionista
55	Centro Antiveleni Policlinico Umberto I - Roma
56	TF Università degli studi di Bari
57	DCSA - III Servizio
58	University of Heartfordshire department of Pharmacy
59	Laboratorio Igiene e Tossicologia Industriale Az. ULSS 12 Veneziana Dipartimento di Prevenzione

continua

continua

N	Nome del Centro Collaborativo
61	Università degli studi di Ferrara - Dipartimento di Scienze Farmaceutiche
62	Tossicologia Clinica - SSD Area Critica
63	Struttura semplice Organizzativa Di Tossicologia Clinica C/O Pronto Soccorso
64	Laboratorio di Prevenzione - ASL Milano
65	Laboratorio di Tossicologia - ASL 5 Spezzino
66	Laboratorio Analisi Sostanze Stupefacenti - Firenze
67	AOSP di Bologna S. Orsola-Malpighi U.O Laboratorio Centralizzato - Motta
68	Laboratorio di Sanità Pubblica - Dipartimento di Prevenzione - Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari di Trento
69	Arma Carabinieri - Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Cagliari
70	Polizia di Stato - Squadra Mobile di Verona
71	Arma Carabinieri - Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Roma
72	Arma Carabinieri - Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Messina

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Figura IV.1.6: Immagini varie scattate durante il corso di formazione svolto nelle sedi dei RIS di Roma, Parma e Messina.

IV.1.5 Principali attività del Sistema nel 2012

IV.1.5.1 Segnalazioni in ingresso – input

42,0% delle segnalazioni da OEDT, 31,8% dalle Forze dell'Ordine e 14,6% dai laboratori di analisi

Nel 2012, sono state complessivamente registrate dal Sistema 157 segnalazioni. La maggior parte di queste è giunta dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (42,0%), altre dalle Forze dell'Ordine (31,8%) e dai laboratori di analisi (14,6%). Nel 5,1% dei casi, le segnalazioni sono pervenute da Centri Antiveleni, nel 3,2% dal Ministero della Salute. In misura minore, le segnalazioni sono state inviate al Sistema da Strutture Sanitarie (pronto soccorso o Dipartimenti delle Dipendenze) (1,3%) e Uffici Giudiziari (0,6%).

Figura IV.1.7: Segnalazioni giunte al Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel corso del 2012 indicate secondo la tipologia della struttura segnalante – percentuale – Anno 2012

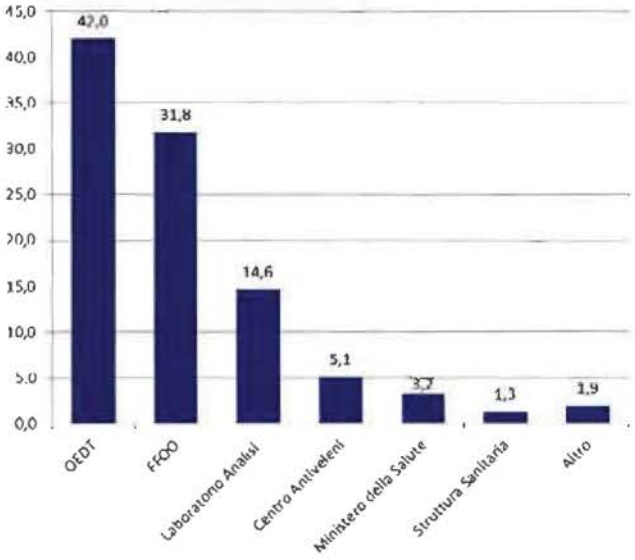
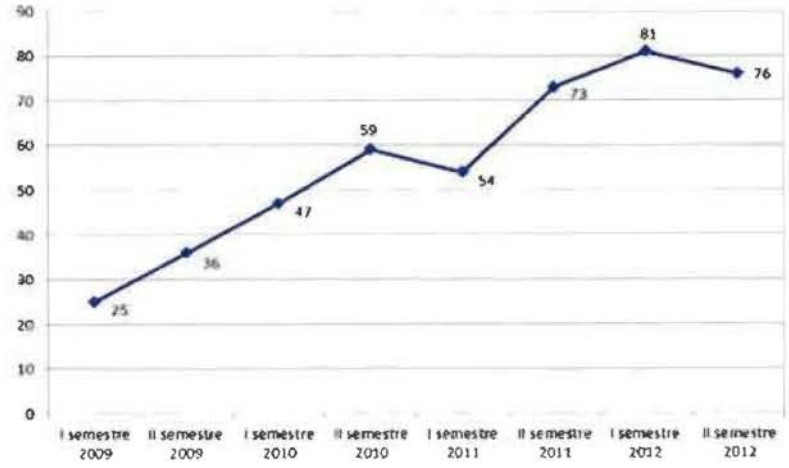


Figura IV.1.8: Segnalazioni semestrali ricevute dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2009 al 2012 – numerosità.



Come evidenziato dal trend riportato nel Figura IV.1.8, il numero di segnalazioni

(157) ricevute dal Sistema di Allerta nel corso del 2012 risulta in aumento (+157,4%) rispetto al 2009, quando le segnalazioni erano state 61, rispetto al 2010 (+48,1%), quando le segnalazioni erano state 106 e rispetto al 2011 (+23,6%).

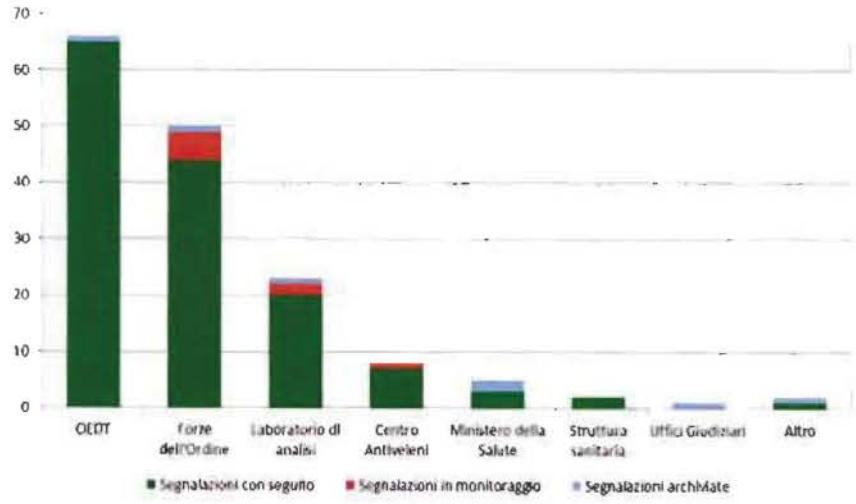
Aumento del 157,4% delle segnalazioni dal 2009, del 48,1% dal 2010 e del 23,6% dal 2011

Tale incremento potrebbe essere correlabile ad almeno due aspetti. Il primo consiste nel fatto che dal 2009 è aumentata la visibilità del Sistema di Allerta a livello nazionale stimolando, quindi, la segnalazione dalle unità di input. In secondo luogo, l'attività di sensibilizzazione del network operata dal Sistema già da febbraio 2010 sul tema dei cannabinoidi e dei catinoni sintetici ha contribuito a coinvolgere le unità segnalanti attraverso il frequente invio al network di informazioni utili all'individuazione di nuove molecole e di nuovi casi clinici correlati alla loro assunzione. A seguito di ciò, e della distribuzione alla rete di laboratori degli indispensabili standard di riferimento avvenuta nel 2010 e nel 2012 ad opera dell'Istituto Superiore di Sanità, le unità segnalanti sono state messe in grado di individuare le nuove molecole e di segnalarle al Sistema incrementando, quindi, il numero di segnalazioni su base non presuntiva, ma analiticamente accertata.

Il numero maggiore di segnalazioni con seguito (65) è giunto dall'OEDT. Delle segnalazioni con seguito trasmesse dall'OEDT, l'83,1% è stato inoltrato al network di output attraverso le cosiddette Comunicazioni OEDT (vedi oltre). Il 13,9% è stato fonte di Allerta, mentre il 3,1% è stato gestito come altri documenti in uscita.

L'83,1% delle segnalazioni dell'OEDT è stata trasmessa al network

Figura IV.1.9: Segnalazioni ricevute dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce secondo l'evoluzione e la tipologia di struttura segnalante - numerosità.

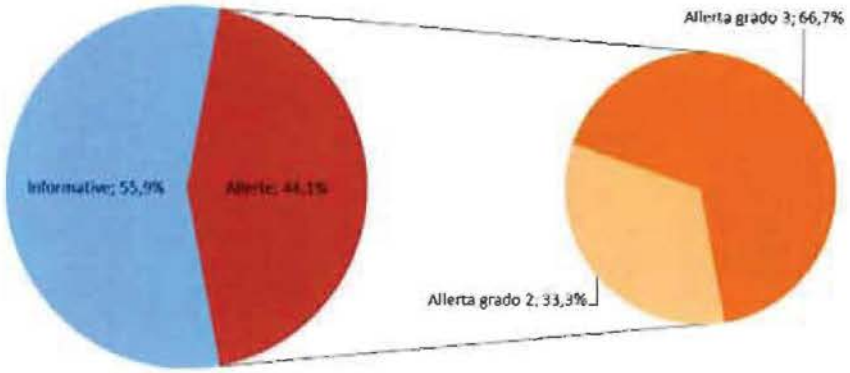


IV.1.5.2 Comunicazioni in uscita - output

Nel 2012 sono state 34 le comunicazioni inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce al network di output. Per la maggior parte sono state trasmesse delle Informative (55,9%). Tra le Allerte (44,1%), 5 Allerte di secondo grado (33,3%) e 10 di terzo grado (66,7%); nessuna Pre-allerta è stata inviata nel 2012.

19 Informative inviate; 15 Allerte attivate

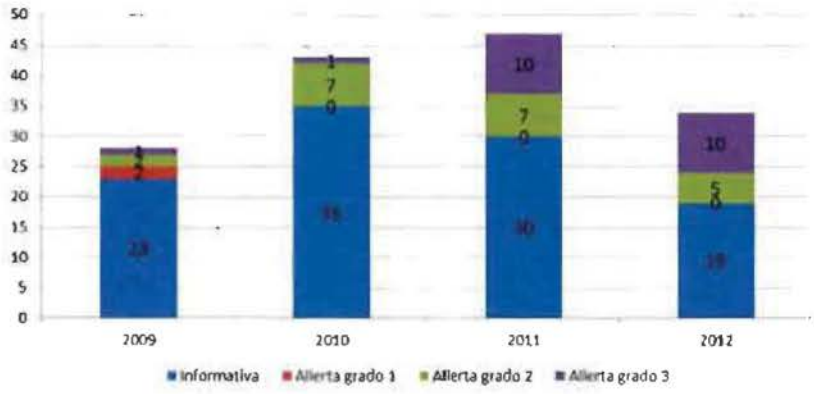
Figura IV.1.10: Comunicazioni in uscita inviate nell'anno 2012 dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce distribuite secondo la tipologia - percentuale.



Comunicazioni di output: confronto 2009-2012

Rispetto all'anno 2011, risultano diminuite le Informative (-11) e le Allerte di grado 2 (-2). Si registra un incremento invece rispetto al 2010 per le Allerte di grado 3 (+9), mentre risulta in diminuzione il numero di Allerte di grado 2 (-2).

Figura IV.1.11: Numerosità delle comunicazioni di output inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce negli anni 2009-2012.



I principali fenomeni segnalati attraverso le Allerte

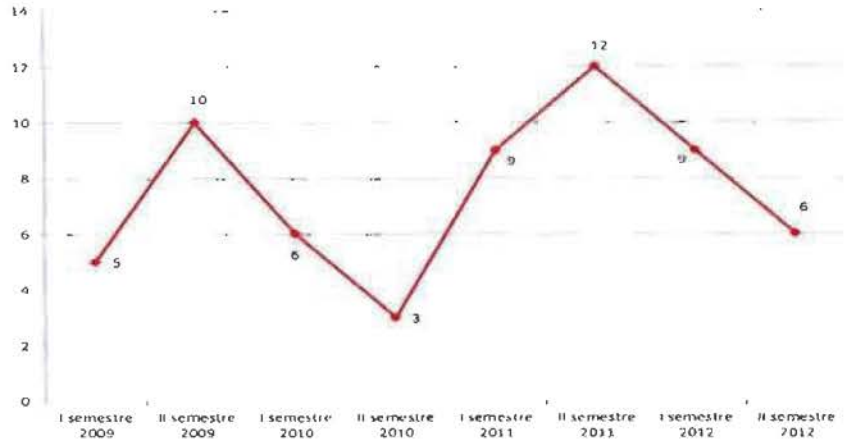
Nel 2012 sono state attivate 15 Allerte: 5 Allerte di grado 2 e 10 Allerte di grado 3. Nessuna Allerta di grado 1 è stata attivata.

La maggior parte delle Allerte (4) ha riguardato intossicazioni acute e l'identificazione di nuove molecole appartenenti alla classe dei cannabinoidi sintetici; 3 Allerte hanno riguardato decessi ed infezioni da *Bacillus anthracis*, tra consumatori di eroina in Europa; 2 Allerte comprendevano nuove intossicazioni in Italia ed identificazione di catinoni sintetici in materiali posti sotto sequestro; altre 2 Allerte in cui sono stati registrati decessi ed intossicazioni acute in seguito al consumo di oppiacei. Infine 4 Allerte riguardanti: un caso di intossicazione acuta a Roma a seguito di assunzione di metossietamina ed identificazione della molecola in materiali sequestrati; un caso di grave intossicazione da 6-APB; numerosi casi di decesso e di intossicazione acuta registrati in Europa e correlabili all'assunzione della molecola 5-IT e registrazione in Europa di numerosi decessi correlabili alla molecola 4-metilamfetamina (4-MA).

Trend allerte 2009-2012

Nel grafico sottostante viene riportato il trend delle Allerte attivate per semestre dal 2009 al 2012.

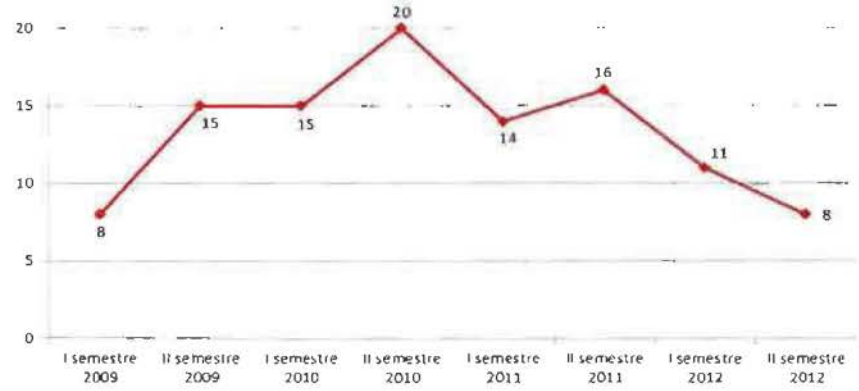
Figura IV.1.12: Trend delle Allerte attivate per ciascun semestre dal 2009 al 2012 - numerosità.



Facendo un confronto con gli anni precedenti, emerge che nel 2012 le informative inviate sono state 4 in meno rispetto al 2009 (23), 16 in meno rispetto al 2010 (35) e 11 in meno rispetto al 2011. Nel grafico sottostante si riporta il trend delle Informative attivate per ciascun semestre dal 2009 al 2012.

Trend Informative: 2009-2012

Figura IV.1.13: Trend delle Informative attivate per ciascun semestre dal 2009 al 2012 - numerosità.



IV.1.6 Altre attività

Il network

Rispetto al 2011, il numero di centri collaborativi di II livello è aumentato del 22%, passando da 59 a 72 centri (nel 2009 i centri erano 30). Ciò ha contribuito ad aumentare la visibilità e l'operatività del Sistema sul territorio nazionale e ad incrementare il numero di segnalazioni da parte delle unità di input.

Aumento del 22% dei Centri Collaborativi di II livello rispetto al 2011

Standard analitici

Con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità e del Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 20 di Verona, è stato supportato l'invio di 36 standard analitici ai laboratori centri collaborativi del Sistema di Allerta. Le molecole per le quali sono stati forniti gli standard analitici sono per gli analoghi 3-(1-naftoil)indolo: JWH-007, JWH-018, JWH-016, JWH-019, JWH-073, JWH-081,

JWH-098, JWH-122, JWH-200, JWH-210, JWH-398 e AM-2201; per gli analoghi 3-fenilacetilindolo: JWH-203, JWH-250, JWH-251, JWH-302, RCS-8, WIN 48,098; per gli analoghi 3-benzoilindolo: AM-694, RCS-4, AM-2233; per gli analoghi 2-amino-1-fenil-1-propanone: Mefedrone, Metcatinone, Metamfepramone, N-Etilcatinone, Metedrone (bk-PMMA), Flefedrone, 3,4-dimetilmetcatinone (3,4-DMMC), 4-metil-N-etilcatinone (4-MEC), Bufedrone, Pentedrone, Metilone (β-keto-MDMA), Etilone (β-keto-MDEA), Butilone (β-keto-MBDB), Pentilone (β-keto-MBDP), Metildiossipirovalerone (MDPV); altri: CP 47,497, CP 47,497 C8-analogo, 4-Fluotoamfetamina, MDAI.
La distribuzione è avvenuta tramite corriere; gli standard sono stati frazionati in soluzioni da 100 ng/mL (fiale da 1 mL) e recapitati in kit congiuntamente ai certificati di analisi ai laboratori che avevano richiesto le opportune autorizzazioni al Ministero della Salute per l'approvvigionamento degli standard dall'Istituto Superiore di Sanità. Grazie all'acquisizione degli standard di riferimento e alla condivisione dei dati analitici, la capacità dei laboratori di individuare le nuove molecole è risultata migliorata, con aumento della specificità, della sensibilità e della tempestività del Sistema di Allerta. Di riflesso, è stato anche possibile ridurre i tempi per la diagnosi presso le unità cliniche nonché il tempo per l'inserimento in Tabella I del D.P.R. 309/90 di nuove molecole risultate pericolose per la salute della popolazione dei consumatori.

IV.1.7 I risultati

IV.1.7.1 Sostanze nuove non conosciute (nei reperti sequestrati, nei campioni biologici dei pazienti, nei campioni acquistati online o in esercizi commerciali)

Dal 2009, sono state intercettate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce 237 molecole, tra cui:

- 70 cannabinoidi sintetici
- 35 catinoni sintetici
- 51 fenetilamine
- oltre 80 molecole di varia natura (piperazine, triptamine, derivati PCP, ketamina, farmaci, sostanze naturali, ecc.)

Le segnalazioni relative a tali molecole sono giunte dall'Osservatorio Europeo di Lisbona e dai laboratori italiani e dai centri clinici afferenti al Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

IV.1.8 Sintomi inattesi e atipici dopo l'assunzione

Grazie alla distribuzione degli standard analitici dei cannabinoidi sintetici e di altre nuove molecole ai laboratori del network da parte dell'Istituto Superiore di Sanità, è stato possibile facilitare il lavoro dei laboratori permettendo loro di identificare tali molecole nei materiali analizzati. Una maggior tempestività nel riconoscimento ha quindi reso più veloci anche le diagnosi fatte dal personale del pronto soccorso, consentendo di attivare più rapidamente le adeguate misure di trattamento e cura dei pazienti intossicati.

Casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici

Nella Figura IV.1.14 viene riportata la georeferenziazione dei casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici e i nomi dei prodotti consumati con i relativi cannabinoidi sintetici riscontrati. La maggior parte dei casi sono stati registrati nel Nord Italia e hanno visto coinvolti soggetti tra i 15 e i 55 anni. Responsabili delle intossicazioni sono stati diversi cannabinoidi sintetici, indicati nella legenda di Figura IV.1.14.

Figura IV.1.14: Georeferenziazione dei casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici che hanno richiesto un accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010, nomi dei prodotti consumati dai pazienti e relativi cannabinoidi sintetici riscontrati nei campioni analizzati.

Analogamente, tra il 2010 e il 2012, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha ricevuto segnalazione dal Centro Antiveleni di Pavia e in un caso dalla Struttura di Tossicologia Forense dell'Università di Firenze di 8 casi di intossicazione acuta correlata all'assunzione di catinoni sintetici. Tutti i casi sono stati registrati tra la Regione Lombardia, la Regione Veneto e la Regione Toscana e hanno visto coinvolti soggetti tra i 18 e i 38 anni. Responsabili delle intossicazioni sono stati i catinoni sintetici butilone, mefedrone e metiletcatinone. I principali sintomi registrati in pronto soccorso sono stati miosi, tachicardia, agitazione, allucinazioni.

Casi di intossicazione acuta da catinoni sintetici

Figura IV.1.15: Georeferenziazione dei casi di intossicazione da catinoni sintetici che hanno richiesto l'accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010 e relativi catinoni sintetici riscontrati nei campioni analizzati.

Sempre nel corso dell'anno 2012 sono stati segnalati inoltre numerosi casi di intossicazione da metossietamina. Complessivamente sono 10 (1 caso registrato nel 2011) i casi di intossicazione da metossietamina registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce, la maggior parte dei quali (6) identificati nel Nord Italia, mentre i restanti quattro nel centro Italia, nelle Regioni della Toscana, Lazio ed Emilia Romagna. I principali sintomi registrati all'ingresso in pronto soccorso sono stati: grave agitazione psicomotoria associata ad allucinazioni, midriasi, tachicardia, stato confusionale, obnubilamento del sensorio.

Nella Figura IV.1.17 viene riportata la georeferenziazione dei casi di intossicazione correlati all'assunzione di metossietamina con ingresso al pronto soccorso.

Figura IV.1.16: Georeferenziazione dei casi di intossicazione da metossietamina che hanno richiesto l'accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010.

IV.1.9 Monitoraggio web per la prevenzione dell'offerta di droghe - Offerta di sostanze su Internet (tipologia di prodotti e modalità di commercializzazione)

Complessivamente sono stati individuati 59 siti web in lingua italiana con server localizzato all'interno dei confini nazionali, e sono state segnalate 451 pagine web.

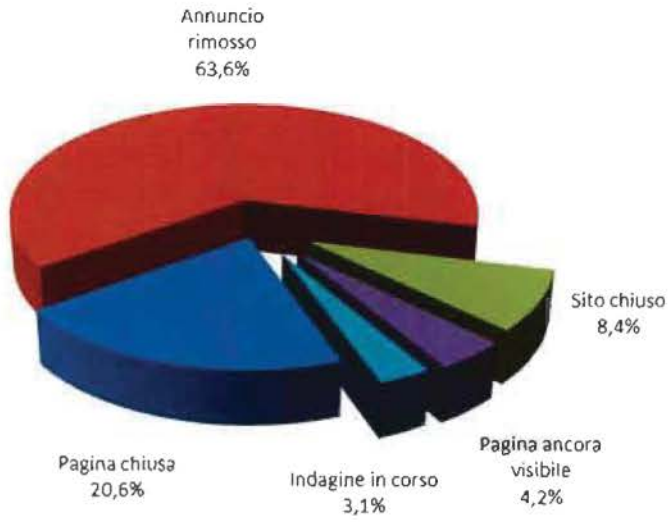
451 pagine web segnalate

Le segnalazioni alle Forze dell'Ordine dei siti che vendono sostanze poste sotto controllo hanno avuto come esito nel 63,6% dei casi la rimozione dell'annuncio e nel 20,6% dei casi la chiusura della pagina web. Il sito segnalato risulta chiuso nell'8,4% dei casi. Solo il 4,2% delle pagine segnalate è ancora visibile sul web.

Tabella IV.1.2: Esito delle segnalazioni dei siti che commercializzano sul web sostanze stupefacenti illegali.

Esito segnalazioni	N	%
Annuncio rimosso	287	63,6%
Pagina chiusa	93	20,6%
Sito chiuso	38	8,4%
Pagina ancora visibile	19	4,2%
Indagine in corso	14	3,1%
Totale	451	100,0%

Figura IV.1.17: Esito delle segnalazioni dei siti che commercializzano sul web sostanze stupefacenti illegali



Grazie all'attività di monitoraggio, sono state individuate complessivamente 45 differenti sostanze, tra cui sostanze psicoattive sotto controllo e tabellate (DPR 309/90 e s.m.i) e farmaci venduti senza prescrizione medica.

Nella fattispecie, è stata riscontrata l'offerta di:

- catinoni sintetici: mefedrone (4-metilmetcatinone), MDPV (3,4-metilendiossipirovalerone), butylone (bk-MBDB), 4-MEC (4-metiletcatinone), Methylone (bk-MDMA), Naphyrone, Flephedrone, Methedrone, alpha-PPP, Buphedrone, 3,4-DMMC;
- cannabinoidi sintetici: JWH-018, JWH-019, JWH-073, JWH-081, JWH-122, JWH-200, JWH-203, JWH-210, JWH-250, RCS-4, AM-2201, AM-694, Eric-4, CP 47,497.
- derivati fenetilamminici: 2C-B, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, 4 metilamfetamina, 4-fluoroamfetamina.
- ketamina, cocaina, MDMA, LSD, marijuana, eroina, MDAI;
- farmaci che non possono essere venduti senza prescrizione medica: Xanax, Valium, ossicodone, metadone, idrocodone, morfina, fentanil.

IV.1.10 Monitoraggio online dei rave party

L'attività di monitoraggio condotta da ottobre 2010 a maggio 2013 ha portato all'individuazione di 120 eventi musicali illegali promozionati online. 117 di questi sono stati segnalati per competenza a Prefettura, Questura, Comune e, per conoscenza, alla Procura del luogo dove l'evento si sarebbe tenuto e alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, al fine di verificare la legittimità dell'organizzazione. 40 di questi (33,33%) sono stati impediti, cioè fermati prima che si svolgessero; 27 sono stati gestiti con l'intervento in loco delle Forze dell'Ordine (22,50%) e 39 (32,50%) si sono comunque svolti, nonostante la trasmissione della segnalazione (Figura IV.1.18 e Figura IV.1.19). 11 eventi (9,17%) ancora in attesa di riscontro; 3 eventi indicati come "Non segnalati" (2,50%) sono eventi di cui non si è riusciti a raccogliere sufficienti informazioni in anticipo circa il luogo di svolgimento e che, quindi, non è stato possibile segnalare alle Forze dell'Ordine e alle Amministrazioni territoriali.

Figura IV.1.18: Rave party individuati attraverso il monitoraggio web e segnalati a DCSA, Prefettura, Questura, Comune e Procura del luogo di svolgimento.

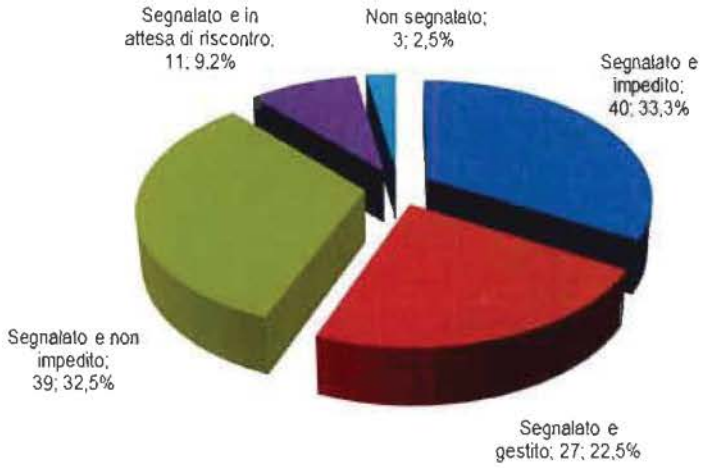


Figura IV.1.19: Georeferenziazione dei rave party individuati attraverso il monitoraggio web e segnalati alle Forze dell'Ordine e alle Amministrazioni locali

IV.1.11 Cannabis con elevate percentuali di principio attivo

Elevata percentuale di THC nella cannabis e suoi derivati

Nel corso dell'anno sono state numerose le segnalazioni di reperti di cannabis e derivati, sequestrati dalle Forze dell'Ordine, dalle cui analisi sono emerse elevate percentuali di principio attivo Δ^9-Tetraidrocannabinolo (THC). Si è trattato nello specifico di 18 segnalazioni giunte da varie Regioni d'Italia, relative a diversi reperti di cannabis, infiorescenze, hasbish, risultati contenere percentuali di THC variabili tra il 15% e il 35% con picchi anche oltre il 40% di principio attivo.

IV.1.12 Nuovi tagli e/o adulteranti

Le segnalazioni giunte al Sistema nell'ultimo anno di attività evidenziano che le sostanze da taglio/adulteranti più frequentemente incontrate per l'eroina sono risultate paracetamolo, caffeina e metorfano. Tetramisolo/levamisolo, dipirone, amminopirina, benzocaina, sono invece i tagli/adulteranti riscontrati per la cocaina.
Per quanto riguarda l'eroina inoltre, segnalazioni giunte al Sistema attraverso l'Osservatorio Europeo (OEDT) nell'ultimo anno di attività evidenziano che sul territorio europeo circolano partite di eroina contaminata con *Bacillus anthracis*.

IV.1.12.1 Eroina e Bacillus Anthracis

Il 2012 è stato caratterizzato da una nuova ondata di casi di infezioni anche letali, da *Bacillus anthracis*, registrati in Europa in consumatori di eroina per via iniettiva. L'antrace è una grave malattia causata dal batterio *Bacillus anthracis*, che dà origine a spore. La tossina secreta dal Bacillus anthracis, agevola il batterio ad evitare il sistema immunitario e può uccidere l'ospite durante un'infezione.

Casi di decesso per antrace in Europa: Allerta 3 in Italia

In seguito alla segnalazione del decesso di un consumatore di eroina per via iniettiva risultato positivo al *Bacillus antracis* in Germania e data la rapidità con cui le sostanze stupefacenti possono essere commercializzate nell'area europea e, quindi, raggiungere l'Italia, si è pertanto ritenuto opportuno attivare, nel mese di giugno, un'Allerta grado 3 tra le strutture competenti in materia di protezione della salute pubblica e tra i laboratori e le Forze dell'Ordine. Tale allerta nel corso dell'anno è stata successivamente oggetto di due aggiornamenti: il primo nel mese di luglio, in seguito alla registrazione di 4 casi di infezione, di cui un decesso in Europa ed il secondo a dicembre relativo ad altri 7 nuovi casi di infezione, di cui 2 decessi, tra consumatori di eroina.

Figura IV.1.20: Antrace in coltura

Ad oggi, nessun caso di infezione da *Bacillus antracis* è stato registrato in consumatori in Italia e in nessun operatore a contatto con reperti.

IV.1.12.2 Eroina e Metorfano

Ad oggi, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha raccolto numerose segnalazioni provenienti dai Centri Collaborativi del Sistema, relative a reperti provenienti da sequestri di eroina adulterata con metorfano. A partire dalle prime segnalazioni registrate dal Sistema nel luglio 2010, anche nel 2012 sono stati registrati casi di identificazione di metorfano in campioni di eroina provenienti da sequestri, che portano alla fine del 2012, a 33 le segnalazioni complessive, elencate nella Tabella 12. Per quanto riguarda la stereoisomeria del metorfano identificato, destro o levo, tale informazione risulta critica date le differenti caratteristiche tossicologiche che hanno portato alla tabellazione della sola forma levogira. Il destrometorfano è un sedativo e, secondo quanto riportato nella

Il problema della stereoisomeria

letteratura internazionale, il consumo ricreazionale di destrometorfano è stato anche correlato a casi di decesso, mentre il levometorfano è un analgesico narcotico. Pertanto nel corso del 2012, il Sistema di Allerta ha ritenuto opportuno effettuare un approfondimento sulla questione contattando i laboratori che avevano trasmesso tali segnalazioni. Nello specifico, è emersa la necessità di comprendere la natura del metorfano identificato, destro o levometorfano, considerata la notevole differenza negli effetti farmacologici prodotti dalle due molecole. In soli quattro casi è stato possibile accertare che si trattava di destrometorfano.

Eroina assunta al posto di cocaina

Nel 2012 si è inoltre riscontrato un caso in cui eroina contenente metorfano era stata venduta e consumata come presunta cocaina portando ad assunzione inconsapevole di eroina da parte dei consumatori.

IV.1.12.3 Cocaina e Benzocaina

Reperti e campioni biologici

A giugno 2012 sono stati inviati al Sistema di Allerta dal laboratorio dell'Unità Operativa Biochimica Clinica-Tossicologia del Presidio Ospedaliero di Lucca, i risultati delle analisi effettuate su una polvere di colore bianco cristallino, inodore e compattata, sequestrata a Lucca dalla locale squadra mobile. L'analisi qualitativa aveva rilevato che si trattava di cocaina contenete anche tetramisolo, fenacetina e benzocaina.

Una segnalazione relativa all'uso di benzocaina in Italia è giunta anche nel mese di luglio 2012 dal Centro Antiveleni di Pavia, che aveva registrato il caso di intossicazione acuta di un uomo di 20 anni, il quale si era recato in pronto soccorso circa 6 ore dopo aver inalato un prodotto acquistato su Internet come "cocaina legale" e denominato "Sintacaina" (Figura 13).

Figura IV.1.21: Immagine della polvere bianca consumata dal paziente segnalato dal Centro Antiveleni di Pavia, contenuta in un sacchetto di plastica e corrispondente al peso di 650 mg. Fonte: Centro Antiveleni di Pavia.

Lo screening urinario per sostanze d'abuso, eseguito in loco, era risultato positivo per cocaina e negativo per amfetamina, THC e MDMA, mentre le analisi tossicologiche sul prodotto e sui campioni biologici, eseguite presso il Laboratorio di Tossicologia Clinica Analitica della Fondazione Policlinico San Matteo avevano evidenziato che il residuo del prodotto consumato era risultato positivo, oltre che per zuccheri, per benzocaina e per MAM-2201, un cannabinoide sintetico (compatibilità analitica mediante confronto con lo spettro di massa GCMS). Erano invece risultate assenti cocaina e dimetocaina.

Anestetico locale come sostanza da taglio

La benzocaina, o 4-amminobenzoato di etile, è un anestetico locale spesso impiegato per alleviare fastidi o dolori alla bocca, alla cute o alle mucose. Viene utilizzato come sostanza da taglio nella cocaina in quanto in grado di produrre un effetto anestetico nel naso e nella bocca simulando una polvere a concentrazione di cocaina più elevata del reale.

La presenza di benzocaina (anomala in assenza di cocaina) espone al possibile rischio di metaemoglobinemia (effetto tossico documentato dopo assunzione di cocaina adulterata con benzocaina).

IV.1.13. Legislazione

Di seguito vengono riportati gli aggiornamenti normativi che, dal 2010 ad oggi, hanno reso possibile l'inclusione di nuove molecole psicoattive nella Tabella I del DPR 309/90 e s.m.i.
Tali aggiornamenti fanno seguito all'approvazione di sei Decreti a firma del Ministro della Salute, che vanno ad aggiornare il numero complessivo delle sostanze stupefacenti riportate nel Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
Tali sostanze sono state inserite nella Tabella I del DPR 309/90 dal Ministero della Salute, sulla base delle evidenze e della documentazione scientifica raccolte nell'ambito delle attività di monitoraggio del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga, documentazione certificata dall'Istituto Superiore di Sanità e dal Centro Antiveleni di Pavia.
Dopo aver sentito il parere favorevole all'inserimento delle sostanze, espresso dal Consiglio Superiore di Sanità e il parere favorevole espresso dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero della Salute ha ritenuto di dover procedere al citato inserimento a tutela della salute pubblica.
Si riportano di seguito elencate le date di approvazione dei suddetti Decreti e il riferimento di pubblicazione in Gazzetta Ufficiale, nonché l'elenco, per ogni decreto, delle sostanze psicoattive aggiunte, nella tabella I, di cui all'art. 14 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309:

- DECRETO 16 giugno 2010 (10A07887) (G.U. Serie Generale n. 146 del 25 giugno 2010)
  - JWH-018, denominazione comune; (naftalen-1-il)(1-pentil-1H-indol-3-il) metanone, denominazione chimica.
  - JWH-073, denominazione comune; (naftalen-1-il)(1-butil-1H-indol-3-il) metanone, denominazione chimica.
  - Mefedrone, denominazione comune; 4-Metilmetcatinone, denominazione chimica.

- DECRETO 11 maggio 2011 (11A06400) (G.U. Serie Generale n. 112 del 16 maggio 2011)
  - 3,4-Metilendiossipirovalerone (MDPV), denominazione comune; (RS)-1-(benzo[d][1,3] diossol-5-il)-2-(pirrolidin-1-il)pentan-1-one, denominazione chimica.
  - JWH-250, denominazione comune; 1-pentil-3-(2-metossifenilacetil)indolo, denominazione chimica; [2-(2-metossifenil)-1-(1-pentilindol-3-il)etanone], altra denominazione.
  - JWH-122, denominazione comune; [1-pentil-3-(4-metil-1-naftoil)indolo], denominazione chimica; 4-metilnaftalen-1-il-(1-pentilindol-3-il)metanone, altra denominazione.
  - Analoghi di struttura derivanti dal 3-fenilacetilindolo, denominazione comune.
  - Analoghi di struttura derivanti dal 3-(1-naftoil)indolo, denominazione comune.

- DECRETO 29 dicembre 2011 (12A00013) (G.U. Serie Generale n. 3 del 4 gennaio 2012)
  - Butilone, denominazione comune; 1-(1,3-benzodiossol-5-il)-2-(metilamino)butan-1-one, denominazione chimica; Bk-MBDB, altra denominazione.
  - AM-694, denominazione comune; 1-[(5-fluoropentil)-1H-indol-3-il]-(2-iodofenil)metanone, denominazione chimica; 1-(5-fluoropentil)-3-(2-iodobenzoil)indolo, altra denominazione.
  - Analogbi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone, per una o più sostituzioni sull'anello aromatico e/o sull'azoto e/o sul carbonio terminale in posizione 4 della catena butilica, denominazione comune.
  - Analoghi di struttura derivanti dal 3-benzoilindolo, denominazione comune.

Inoltre nel presente decreto viene aggiunta la seguente nota:

- Dalla tabella I del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 sono espressamente escluse le sostanze Bupropione e Pirovalerone.

- DECRETO 11 giugno 2012 (12A06931) (G.U. Serie Generale n. 142 del 20 giugno 2012)
  - 6-Monoacetilmorfina, denominazione comune; 3-idrossi-6-acetil-7,8-dideidro-4,5-epossi-N-metilmorfinano, denominazione chimica; 6-MAM, altra denominazione.
  - 3-Monoacetilmorfina, denominazione comune; 3-acetil-6-idrossi-7,8-dideidro-4,5-epossi-N-metilmorfinano, denominazione chimica; 3-MAM, altra denominazione.

Inoltre nel presente decreto l'Art. 2 riporta quanto segue:

- Nella tabella I del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, la denominazione: «Analoghi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone, per una o più sostituzioni sull'anello aromatico e/o sull'azoto e/o sul carbonio terminale in posizione 4 della catena butilica» è sostituita dalla seguente: «Analoghi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone, per una o più sostituzioni sull'anello aromatico e/o sull'azoto e/o sul carbonio terminale».

- DECRETO 24 ottobre 2012 (12A11823) (GU n. 264 del 12 novembre 2012)

  - Metossietamina, denominazione comune; 2-(etilamino)-2-(3-metossifenil)cicloesanone, denominazione chimica; MXE, MKET, altra denominazione.
  - 4-Metilamfetamina, denominazione comune; 1-(4-metilfenil)propan-2-amina, denominazione chimica; (4-MA), altra denominazione.
  - CP 47,497, denominazione comune; (2-[(1R,3S)-3-idrossicicloesil]-5-(2-metilottan-2-il)fenolo, denominazione chimica.
  - CP 47.497-omologo C8, denominazione comune; (2-[(1R,3S)-3-idrossicicloesil]-5-(2-metilnonan-2-il)fenolo, denominazione chimica; Cannabicicloesanolo, altra denominazione.
  - 4-Fluoroamfetamina, denominazione comune; (RS)-1-(4-fluorofenil)propan-2-amina), denominazione chimica; (4-FA), altra denominazione.

- MDAI, denominazione comune; 5,6-Metilendiossi-2-aminoindano, denominazione chimica.

➢ DECRETO 10 dicembre 2012 (12A13463) (GU n.303 del 31 dicembre 2012)

- 5-(2-aminopropli)indolo, denominazione comune; (1H-indol-5-yl)propan-2-amine), denominazione chimica; 5-IT o 5-API, altre denominazioni.

Inoltre con DECRETO 02 agosto 2011 (G.U. Serie Generale, n. 180 del 04 agosto 2011) è stata effettuata la ricollocazione in tabella I delle seguenti sostanze e che le stesse sono state eliminate dalla tabella II sezione B di cui all'articolo 14 del decreto del Presidente della Repubblica del 9 ottobre 1990, n. 309:

- Amfepramone, denominazione comune; 2-(dietilamino)propiofenone, denominazione chimica; Dietilpropione, altra denominazione
- Fendimetrazina, denominazione comune;(+) - (2S,3S)-3,4-dimetil-2-fenilmorfolina, denominazione; chimica
- Fentermina, denominazione comune; Alfa,alfa-dimetilfeniletilamina, denominazione chimica
- Mazindolo, denominazione comune; 5-(para-clorofenil)-2,5-diidro-3H-imidazo[2,1-a]isoindol-5-olo, denominazione chimica.

Ognuno dei decreti di riferimento è entrato in vigore il quindicesimo giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

IV.1.14. Conclusioni

Dopo 4 anni di attività presso il Dipartimento Politiche Antidroga, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha raggiunto risultati significativi che hanno concretamente contribuito al contrasto della diffusione, di nuove sostanze stupefacenti nel territorio italiano.
La collaborazione di un network di servizi clinici che individuano casi di intossicazione, insieme all'aumentata adesione dei Centri Collaborativi e alla loro accresciuta capacità di individuare nuove molecole grazie all'acquisizione degli standard di riferimento e alla condivisione dei dati analitici, ha elevato la specificità, la sensibilità e la tempestività del Sistema. Di riflesso, è stato possibile ridurre drasticamente i tempi per l'inserimento nelle Tabelle del D.P.R. 309/90 di nuove molecole risultate pericolose per la salute della popolazione e rendere, quindi, illegali i prodotti che le contengono.
La nuova condizione di illegalità di tali prodotti, ha permesso al Dipartimento Politiche Antidroga di far attivare le Forze dell'Ordine per serrati controlli sugli smart shop che li commercializzano e togliere, quindi, dal mercato la ragione di numerose intossicazioni avvenute anche nel nostro Paese a causa del consumo di prodotti contenenti cannabinoidi o catinoni sintetici.
Tali operazioni sono state rese possibili grazie al coordinamento tra Dipartimento Politiche Antidroga, Ministero della Salute, Centri Collaborativi e Istituzioni e ai flussi informativi che sono stati mantenuti durante il periodo di attività.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO IV.2.

MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

IV.2.1. Produzione, offerta e traffico di droga

IV.2.2. Prezzo e purezza

IV.2.2.1 Prezzo

IV.2.2.2 Purezza

IV.2.3 Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti

IV.2.4 Interventi delle Forze dell'Ordine

IV.2.4.1 Persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90

IV.2.4.2 Deferiti alle Autorità Giudiziarie per reati in violazione al DPR 309/90

IV.2.5. Interventi della Giustizia

IV.2.5.1 Procedimenti penali pendenti e condanne

IV.2.5.2 Ingressi negli istituti penitenziari per adulti

IV.2.5.3 Ingressi negli istituti penali per minorenni

IV.2.6. Criminalità droga-correlata

PAGINA BIANCA

IV.2. MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

Premessa

In questa sezione vengono descritte le caratteristiche dell'offerta di sostanze illecite sul mercato nazionale. Tali informazioni sono necessarie per poter formulare eventuali ipotesi su possibili evoluzioni future della domanda di consumo di sostanze psicoattive, consapevoli dello scenario sempre più complesso ed in evoluzione che vede la continua comparsa e introduzione nel mercato di nuove sostanze o mix di sostanze già note, dagli effetti parzialmente o totalmente sconosciuti.

DCSA: la principale fonte informativa

Il profilo conoscitivo descritto in questa sezione deriva dalle elaborazioni condotte sui dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e con riferimento alla relazione annuale sul traffico di droga nel Paese, alla quale si rimanda per ulteriori dettagli ed approfondimenti.

IV.2.1. Produzione, offerta e traffico di droga[1]

Ruolo della criminalità organizzata

La penisola italiana, grazie alla sua baricentrica posizione nel Mar Mediterraneo e per la sua peculiare conformazione geografica caratterizzata da ottomila chilometri di coste, rappresenta una delle principali porte d'accesso delle droghe al Vecchio Continente, il prevalente mercato mondiale di consumo dell'eroina e secondo[2] solo al Nord America per la cocaina. A questi elementi di ordine geografico si sommano la presenza di importanti organizzazioni criminali, caratterizzate da diffuse e consolidate ramificazioni all'estero, e un capillare controllo del proprio territorio, che consente loro di gestire i traffici internazionali di stupefacenti mantenendo il controllo dei rispettivi mercati interni.

L'Italia è un importante crocevia per il narcotraffico internazionale, specialmente per quanto riguarda le rotte marittime, tale andamento è caratterizzato in modo particolare dai sequestri di hashish e marijuana, che presso le frontiere marittime rappresentano la quasi totalità dei sequestri di cannabinoidi in ambito nazionale. Anche per la cocaina, gran parte della quale era sequestrata fino al 2008 presso gli aeroporti internazionali, la frontiera marittima riveste oggi un ruolo strategico determinante.

Aumento dei quantitativi di droga sequestrati

Nell'ultimo decennio, mentre l'andamento quantitativo dei sequestri sul territorio nazionale è altalenante, quello presso le frontiere registra un *trend* di crescita in termini assoluti, con un aumento costante dal 2008 al 2012.

Tale risultato, frutto di un'ampia e mirata strategia di contrasto da parte delle Forze di Polizia, è fondamentale in quanto consente di evitare che una notevole quantità di droga si diffonda nei mercati di consumo, nazionali ed esteri (l'Italia non è solo la destinazione finale del narcotraffico ma spesso zona di transito) e permette di colpire le più qualificate e pericolose organizzazioni criminali che gestiscono la fase più rischiosa del traffico di stupefacenti (il transito alla frontiera di grossi quantitativi di droga).

Le quantità di stupefacenti sequestrati e il dettaglio delle denunce per violazione del D.P.R. 309 del 1990, mostrano sensibili differenze tra una regione e l'altra, i fattori che determinano tali disomogeneità, oltre alla presenza di zone di confine, di porti e di aeroporti, all'estensione del territorio e alla densità della popolazione, sono riferibili soprattutto

---

[1] Tratto dal rapporto annuale relativo al traffico delle sostanze stupefacenti nel 2012 della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga. – Parte Seconda – Stato e andamento del narcotraffico in Italia.

[2] Il mercato europeo è più conveniente sia perché la domanda è in continuo aumento sia perché da kg di cocaina all'ingrosso si ricavano dai 32.000 dollari del Lussemburgo ai 77.000 dollari del Regno Unito contro i 27.000 dollari degli U.S.A..

all'esistenza in loco di radicate organizzazioni criminali anche straniere.
Il quadro nazionale, delineato dall'analisi delle attività di contrasto insieme ai dati e alle informazioni catalogate ed elaborate dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, dimostra che anche nel 2012 la gestione della gran parte del narcotraffico nazionale è propria delle tradizionali consorterie criminali autoctone ('Ndrangheta, Cosa Nostra, Camorra e criminalità organizzata pugliese). La struttura delle grandi organizzazioni criminali dedite al narcotraffico si presenta come un sistema di tipo reticolare, il cui *modus operandi* è quello di non fare sempre riferimento a modelli operativi predefiniti, ma di creare rapporti di cooperazione e sinergie spesso occasionali e transitori, tanto dinamici e rapidi quanto insoliti ed inaspettati.

Traffico internazionale di cocaina

La criminalità organizzata calabrese è quella che tende ad operare più di tutte fuori dalla propria Regione d'origine, fatta eccezione per lo sfruttamento delle rotte commerciali marittime che giungono al porto di Gioia Tauro (RC) ai fini del traffico internazionale di cocaina.

La **'Ndrangheta**, inserita nel 2008 dal Governo americano nella "lista nera" (*Foreign Narcotics Kingpin Designation Act*) delle principali organizzazioni straniere dedite al narcotraffico, si mantiene *leader* del traffico mondiale di cocaina, come confermano i risultati investigativi e l'attività di *intelligence*.
La mafia calabrese, negli ultimi decenni, ha sfruttato l'enorme traffico di merci del porto di Gioia Tauro (RC), trasformando l'Italia in un centro strategico per il traffico di cocaina in Europa. In tale contesto ha incrementato i propri contatti diretti con i narcotrafficanti centro-sudamericani nonché le pregresse collaborazioni con altri sodalizi criminali stranieri e con le maggiori organizzazioni mafiose italiane.
Relativamente al 2012 si ricordano le indagini "Dionisio" e "Revolution", entrambe condotte in Lombardia e in Calabria, connotate da importanti risvolti esteri in Paesi sudamericani e nordeuropei, soprattutto in Ecuador e nei Paesi Bassi.

Il credito della **'Ndrangheta** presso i trafficanti internazionali scaturisce dalla sua peculiare struttura, fortemente incentrata sui rapporti di parentela e di comparaggio, elementi di affidabilità che la rendono meno vulnerabile rispetto al fenomeno delle collaborazioni con la giustizia.

Un'altra storica organizzazione mafiosa, **Cosa Nostra,** sta implementando il proprio ruolo nei grandi traffici internazionali di stupefacenti, specie di cocaina. Sembrerebbe, infatti, che elementi di spicco della mafia siciliana stiano rivitalizzando quei canali e contatti grazie ai quali la consorteria è stata nel passato indiscussa protagonista nel traffico dell'eroina con il nord America.
Nel contempo, gli stessi affiliati alla mafia siciliana hanno condotto attività illecite con la 'Ndrangheta e la Camorra al fine di trarre vantaggio dai loro consolidati appoggi logistico-operativi presenti in sud America, nella penisola Iberica e in nord Europa, ovvero nelle principali aree di produzione e di snodo del narcotraffico.

Campania: importazione di cocaina e hashish

Per quanto riguarda la **Camorra**, le risultanze investigative dimostrano che quasi tutti i *clan* campani sono coinvolti nel traffico di stupefacenti, attraverso autonomi canali di approvvigionamento e propri referenti dislocati nei Paesi di produzione, di transito e di stoccaggio della droga, ove svolgono a pieno regime funzioni di intermediazione per il rifornimento sia dei mercati illeciti in Italia sia in altri Paesi europei.
Naturalmente la mafia campana utilizza per l'importazione di ingenti

quantitativi di cocaina e di hashish i collegamenti marittimi internazionali dei due importanti porti regionali: quello di Napoli e quello di Salerno, come è stato più volte accertato da attività d'indagine.

Puglia: smistamento di eroina e marijuana; grande numero di piante di cannabis sequestrate

Nel settore degli stupefacenti, così come per altri traffici illeciti, la **criminalità pugliese** si propone rispetto alle altre organizzazioni quale "criminalità di servizio". Essa funge da intermediaria, in particolare, con i gruppi di origine balcanica o semplicemente fornisce servizi ed appoggi logistici sul proprio territorio, spesso con una compartecipazione agli utili.
Questa particolare connotazione dipende dal fatto che la Puglia, prossima alle coste balcaniche, è un importante crocevia per il passaggio di eroina e marijuana, con elevato principio attivo, di produzione albanese. La Puglia è la 1^ regione per quantitativo complessivo di droghe sequestrate: la 1^ sia per la marijuana sia per il rinvenimento di piante di cannabis (oltre 4 milioni che rappresentano il 97% del totale nazionale) e la 2^ per sequestri di eroina.
Le attività investigative antidroga, inoltre, delineano scenari complessi e in continua evoluzione, contraddistinti dalle trasformazioni delle organizzazioni criminali, le quali non sempre fanno riferimento a modelli operativi predefiniti, ma creano rapporti di cooperazione e partenariato occasionali e transitori. In tale contesto proliferano compagini delinquenziali straniere che tendono a generare ed estendere il sistema relazionale che ruota attorno ad esse superando i confini regionali e sviluppando *network* criminali multietnici.

Criminalità straniera

Da diversi anni in Italia, in materia di stupefacenti, la criminalità estera rappresenta un fenomeno rilevante, caratterizzato da una diffusa ramificazione sul territorio con caratteristiche organizzative e peculiarità multiformi che ne accentuano le potenzialità offensive.
Nell'ultimo decennio si è assistito a un continuo e costante aumento sia nel numero complessivo dei denunciati stranieri, relativamente alla loro nazionalità di appartenenza, si confermano nelle prime quattro posizioni i Marocchini, i Tunisini, gli Albanesi ed i Nigeriani. Le organizzazioni criminali straniere contribuiscono ad espandere il traffico di sostanze stupefacenti nel territorio italiano usufruendo del traffico marittimo e dei valichi di frontiera.
Nel 2012 in Italia non si riscontrano elementi di discontinuità rispetto all'anno precedente per quanto riguarda gli attori dello scenario del narcotraffico, che si conferma il terreno più fertile per un sincretismo criminale anche in quelle aeree ad alto indice di criminalità di tipo mafioso. Ciò in quanto la capacità di recepire e di assorbire i mutamenti imposti dall'evoluzione del contesto sociale e criminale sono caratteri fondamentali del fenomeno mafioso e della sua persistenza nel tempo.

IV.2.2. Prezzo e purezza

IV.2.2.1 Prezzo

L'andamento dei prezzi al dettaglio e all'ingrosso delle sostanze stupefacenti è una delle variabili che regola l'incontro tra domanda e offerta di sostanze; pertanto è una variabile di capitale importanza per la valutazione e l'analisi degli effetti delle politiche nazionali e internazionali di gestione delle politiche antidroga. Oltre a questo l'andamento dei prezzi, quando le variazioni sono significative, può far comprendere indirettamente l'andamento dei consumi. Un decremento del prezzo infatti, normalmente corrisponde ad un calo della domanda o all'entrata sul mercato di una sostanza competitiva o di altre reti di distribuzione alternative.
Attualmente la rilevazione dei prezzi è affidata alla Direzione Centrale per i

Servizi Antidroga che elabora i dati provenienti dalle forze di polizia locali di 12 città campione (Palermo, Reggio Calabria, Napoli, Bologna, Venezia, Firenze, Trieste, Torino, Roma, Genova, Milano, Verona).
Nel 2012 si registra un aumento dei prezzi massimi e minimi dell'hashish e della cocaina, e vi è un aumento anche del prezzo minimo dell'eroina bianca. Si osserva, invece, un decremento dei prezzi massimi di eroina bianca ed eroina brown, mentre si mantengono stabili i prezzi di amfetamine, marijuana, ecstasy ed LSD (Tabella IV.2.1).

Differenti variazioni dei prezzi: diminuzione dei prezzi massimi eroina bianca e brown; stabili amfetamine, marijuana, ecstasy e LSD; aumento hashish e cocaina

Tabella IV.2.1: Prezzo minimo e massimo per unità (grammo/dose/pillola) di sostanza stupefacente – Anni 2011 e 2012

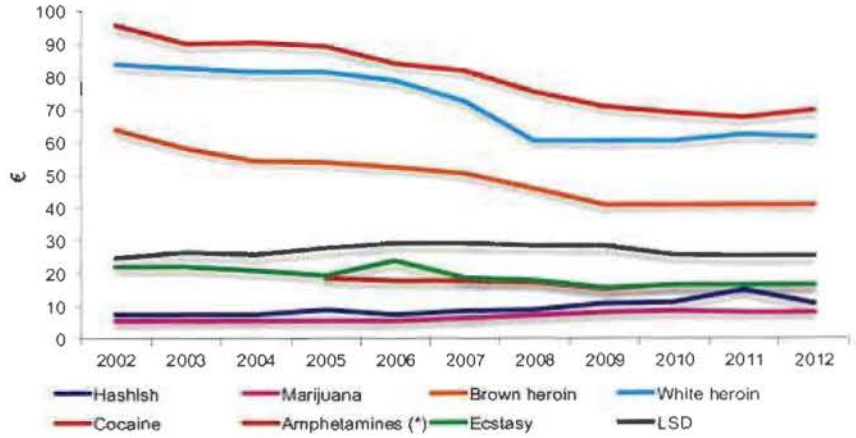
	Prezzo minimo			Prezzo massimo		
Sostanze	**2011**	**2012**	**Δ%**	**2011**	**2012**	**Δ%**
Hashish (gr)	8,3	9,2	10,6	11,5	12,6	9,1
Marijuana (gr)	7,2	7,3	1,0	9,4	9,4	0,5
Eroina brown (gr)	35,5	35,5	0,0	48,4	47,4	-2,1
Eroina bianca (gr)	53,3	55,0	3,1	72,0	69,0	-4,2
Cocaina (gr)	55,4	57,1	3,0	80,3	82,8	3,1
Amfetamine (gr)	16,0	16,0	0,0	17,4	17,6	1,1
Ecstasy (dose)	14,8	14,8	0,0	18,8	18,8	0,0
LSD (dose)	23,3	23,3	0,0	27,0	27,0	0,0

Fonte: Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Dal 2002 al 2012, la media dei prezzi è passata da 96 € a quasi 70 € per grammo per la cocaina e da circa 29 € a poco più di 25 € per una dose di LSD. Vi è una diminuzione per l'hashish, mentre restano quasi invariati i prezzi medi per marijuana, eroina brown, eroina bianca e droghe sintetiche. Complessivamente si osserva una tendenza dei prezzi a ricompattarsi al ribasso (Figura IV.2.1).

Trend generale dei prezzi medi dal 2002 al 2012 in ribasso

Figura IV.2.1: Media dei prezzi per dose di sostanza psicoattiva. Anni 2002 – 2012



(*) I dati relativi al prezzo delle amfetamine sono disponibili solo dal 2005

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

IV.2.2.2 Purezza

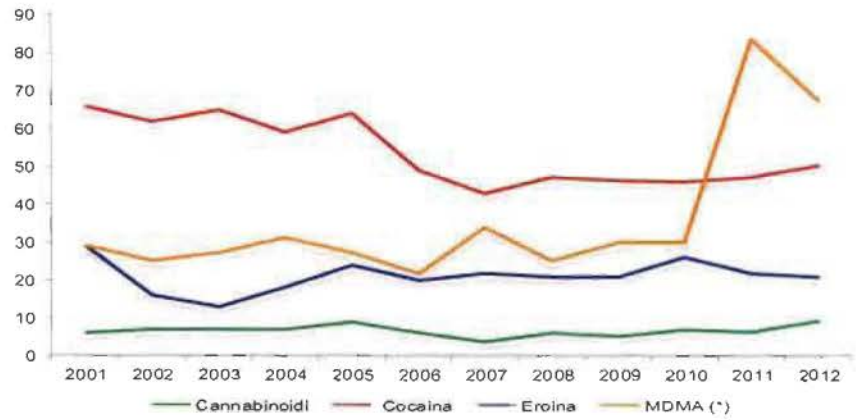
I dati di purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato inseriti nelle schede dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions. I dati sono relativi sia ai sequestri di maggiori quantitativi che ai sequestri di droga da strada.

Aumento della % di principio attivo dei cannabinoidi e della cocaina

Nel 2012, la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è aumentata sia per i cannabinoidi (THC), passando dal 6% al 10%, che per la cocaina, passando dal 47 al 50%. La percentuale di sostanza pura nell'eroina è leggermente diminuita, mentre per quanto riguarda l'MDMA si passa da un peso di 84 mg per pasticca/unità nel 2011 ad un peso di 68 mg nell'anno 2012; tale risultanza tuttavia rappresenta l'esito delle analisi condotte su un campione esiguo di sostanze, essendo soggetto quindi ad elevata variabilità sia all'interno del campione che tra campioni di sostanze rilevati in periodi differenti (Figura IV.2.2 e Tabella IV.2.2).

Stabile la % di principio attivo nell'eroina
Diminuzione dei mg di MDMA per pasticca/unità

Figura IV.2.2: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2012



(*) Per l'MDMA viene riportato il trend del peso medio in mg per pasticca/unità.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Alta variabilità della quantità dei principi attivi

Nella tabella IV.2.2 sono contenuti i valori massimi, minimi, medi e mediani di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali nel 2012. La variabilità è molto elevata: dall'1% al 27% per i cannabinoidi, dal 6% all'87% per la cocaina, dal 2% al 50% per l'eroina ed il peso dell'MDMA per pasticca/unità varia da un minimo di 27 mg ad massimo di 107 mg: tutte le variabili registrate possono dipendere anche dal mixing della tipologia dei sequestri (grosse partite o sequestri al dettaglio) che possono avere forti differenze di percentuale di principio attivo.

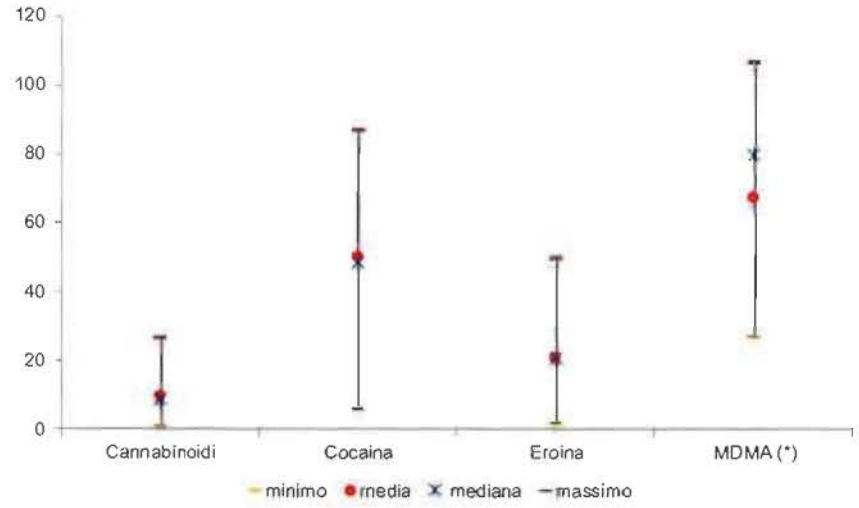
Tabella IV.2.2: Valori medi, minimi e massimi di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali. Anno 2012

	Cannabinoidi	Cocaina	Eroina	MDMA (*)
minimo	1	6	2	27
media	10	50	21	68
mediana	9	49	21	80
massimo	27	87	50	107

(*) Per l'MDMA vengono riportati i valori del contenuto in mg per pasticca/unità.

Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Figura IV.2.3: Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2012



(*) Per l'MDMA vengono riportati i valori del contenuto in mg per pasticca/unità.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Per la percentuale di principio attivo della cannabis e i suoi derivati va considerato però che nel 2012 si sono rilevati dal sistema di allerta valori di alcuni sequestri estremamente elevati (38% in piante di skunk e 58% in olio di hashish) con una tendenza alla selezione e produzione di piante con sempre più principio attivo. Infatti rispetto alle concentrazioni di THC osservate nel 2011, si registrano valori minimi, medi e massimi più elevati nel 2012. Questi dati preliminari dovranno essere verificati nel tempo con l'andamento delle offerte, verificabili via internet ed in relazione anche alla domanda dei clienti, la tendenza è quella di tentare di selezionare e introdurre sul mercato piante e modalità intensive di coltura in grado di produrre sempre maggiore presenza di THC.

IV.2.3 Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti

Le attività di contrasto delle Forze dell'Ordine al mercato delle sostanze illecite si concentrano su tre principali direttrici: la produzione, il traffico e la vendita di sostanze illegali. In questo paragrafo viene fornita una sintesi delle attività svolte nel 2012 dalle FFOO e dei risultati ottenuti al fine di contrastare tale fenomeno.

Diminuzione dell'1,5% delle operazioni antidroga nel 2012

Nel 2012 le operazioni antidroga condotte dalle Forze dell'Ordine ammontano a 22.748 con una diminuzione dell'1,5% rispetto all'anno precedente.

Tali operazioni hanno portato al sequestro di sostanze illecite nell'83,4% dei casi,

Tipologia di operazione

alla scoperta di reato nell'8,4% delle operazioni ed al rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 7,8% delle attività di contrasto (Tabella IV.2.3). Anche nel 2012, come nel 2011, non sono stati scoperti laboratori per la trasformazione delle droghe, a differenza dell'anno 2010 in cui erano stati rinvenuti e smantellati tre laboratori per la trasformazione della cocaina e dell'hashish liquido.

Operazioni antidroga per area geografica

La distribuzione geografica del numero delle azioni antidroga evidenzia che, analogamente a quanto visto nel 2011, le regioni con una maggiore concentrazione di operazioni sono la Lombardia (15,6%), il Lazio (13%), la Campania (10,3%) e l'Emilia Romagna (8,2%) (Figura IV.2.4). Mentre, quelle che risultano meno interessate dal fenomeno, con quote inferiori al 4% del totale delle operazioni, sembrano le regioni settentrionali a statuto speciale quali la Valle d'Aosta, le PPAA di Bolzano e Trento ed il Friuli Venezia Giulia, le regioni centrali che si affacciano sull'adriatico (Marche, Abruzzo e Molise), l'Umbria, la Liguria, alcune regioni meridionali (Calabria, Basilicata) e la Sardegna.

Tabella IV.2.3: Operazioni antidroga e sequestri di sostanze illecite. Anno 2012

	2011		2012		Δ %
	N	%	N	%	
Operazioni antidroga					
Sequestro	19.469	84,3	18.969	83,4	-2,6
Scoperta di reato	1.972	8,5	1.915	8,4	-2,9
Rinvenimento	1.530	6,6	1.764	7,8	15,3
Altro	132	0.6	100	0,4	-24,2
Totale	23.103	100,0	22.748	100,0	-1,5
Cocaina (Kg)	6.342	16,1	5.324	10,6	-16,1
Eroina (Kg)	811	2,1	951	1,9	17,3
Hashish (Kg)	20.258	51,5	21.893	43,6	8,1
Marijuana (Kg)	10.908	27,7	21.496	42,9	97,1
Piante di cannabis (piante)	1.008.215	-	4.122.617	-	308,9
Droghe sintetiche (unità/dosi)	16.620	-	22.711	-	36,6

Lieve diminuzione delle operazioni di sequestro

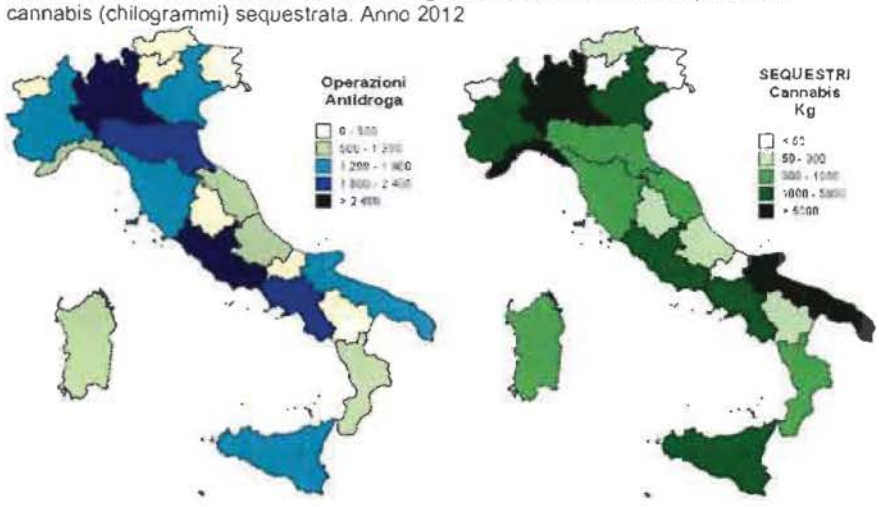
Diminuzione dei volumi per la cocaina

Forte aumento per le piante di cannabis

Aumento anche di marijuana, droghe sintetiche, eroina e hashish

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Figura IV.2.4: Numero di operazioni antidroga effettuate dalle FFOO e quantità di cannabis (chilogrammi) sequestrata. Anno 2012



Maggiori volumi di cannabis: Puglia, Lombardia e Liguria

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Nel 2012, analogamente all'anno precedente, si è registrato un notevole aumento pari al 97,1% dei sequestri di marijuana, e vi è un aumento anche dei sequestri di hashish (+8,1%). I quantitativi più consistenti dei derivati della cannabis sono stati sequestrati principalmente in Puglia (29,2% del totale), in Lombardia (18,9%) e in Liguria (13,3%) (Figura IV.2.4).

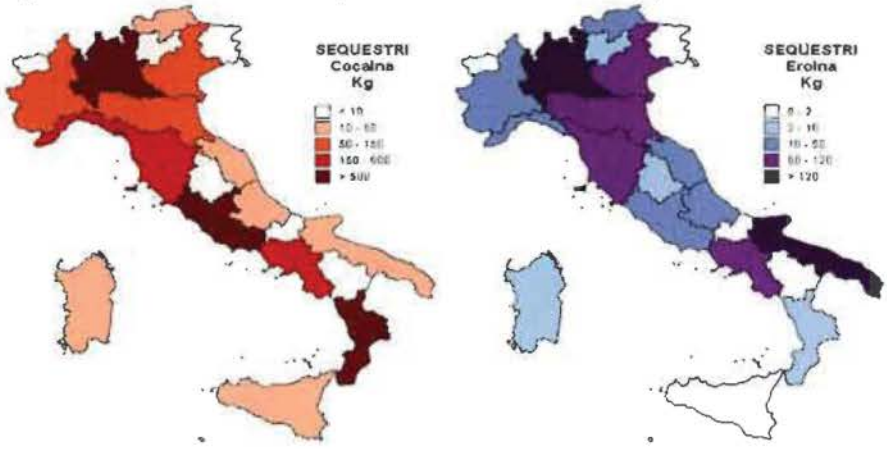
Aumento dei sequestri di marijuana

Si è osservata invece una diminuzione per i quantitativi di cocaina (da oltre 6 tonnellate a 5,3 tonnellate circa), mentre per l'eroina vi è stato un lieve aumento delle quantità sequestrate dalle Forze dell'Ordine (da 0,8 a quasi 1 tonnellata), si è ottenuto perciò un decremento del 16,1% rispetto al 2011 per la cocaina e ad un aumento del 17,3% per l'eroina.

Diminuzione dei sequestri di cocaina, aumento per l'eroina

Le quantità più consistenti di cocaina sono state sequestrate sostanzialmente in Calabria (40%), seguita da Lombardia (21,1%) e Lazio (12,1%); mentre i maggiori sequestri di eroina sono stati registrati in Lombardia (34,2%), in Puglia (13,0%) e in Emilia Romagna (12,3%) (Figura IV.2.5).

Figura IV.2.5: Distribuzione delle quantità di cocaina e di eroina sequestrate nel 2012

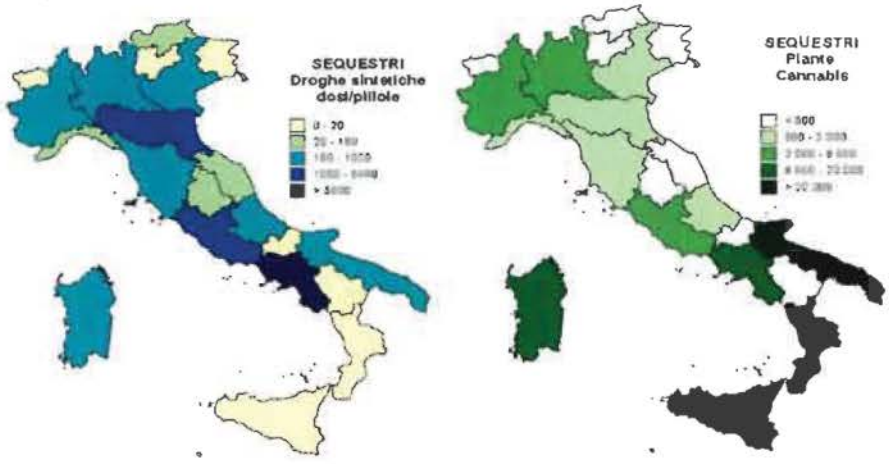


Maggiori volumi di cocaina: Calabria, Lombardia e Lazio

Di eroina: Lombardia, Puglia e Emilia Romagna

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Figura IV.2.6: Distribuzione delle quantità di amfetaminici e delle piante di cannabis sequestrate nel 2012



Di droghe sintetiche: Campania e Lazio

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Sequestri di droghe sintetiche per area geografica

La maggior parte dei sequestri di droghe sintetiche, che nel 2012 presenta un incremento pari al 36,6% rispetto all'anno 2011, è stata effettuata in Campania (66,6% della quantità complessiva di sostanze sequestrate) e in misura minore nel Lazio con un valore pari al 12,6%.

Produzione in proprio e forte aumenti dei sequestri di piante di cannabis per area geografica: Puglia e Calabria

Per quanto riguarda le attività di sequestro delle piante di cannabis, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha lanciato l'allarme circa la diffusione della produzione in proprio di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata. I sequestri di piante di cannabis hanno fatto registrare un aumento molto forte, che si era già registrato lo scorso anno, passando da 1.008.215 nel 2011 a 4.122.617 nel 2012. Nel 2011 il maggior numero di piante sequestrate era stato rilevato sostanzialmente in Sicilia con il 91,8% del totale complessivo, nel 2012 tale numero si concentra nella regione Puglia (97,1%), seguita in maniera minore dalla Calabria (1,3%) (Figura IV.2.6).

Si evidenziano le operazioni di maxi sequestro per gli anni 2011 e 2012 inerenti la cocaina (quantitativo maggiore di 20 Kg) e la marijuana (quantitativo maggiore di 100 Kg). Si prendono in analisi le province in corrispondenza delle quali le operazioni hanno fatto registrare un quantitativo (Kg) di droga maggiore della soglia fornita dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga attraverso cui è possibile definire l'operazione un "maxi sequestro". Dalla tabella emerge che per l'anno 2012 aumenta il quantitativo di droga sequestrata dalle FFOO nei maxi sequestri per la maggior parte delle province prese in considerazione. In particolare per la marijuana grandi quantitativi sono stati individuati nella provincia di Roma, Bari, Brindisi, Foggia e Siracusa. Tali operazioni sono state effettuate principalmente in province situate lungo le coste e ai valichi di frontiera a motivazione del fatto che le grandi quantità sequestrate non sono destinate solo al mercato interno, ma il territorio nazionale funge anche da territorio di transito per l'Europa.

Tabella IV.2.4: Quantitativi di Cocaina e Marijuana sequestrati nelle operazioni di "maxi sequestro" - Anni 2011-2012

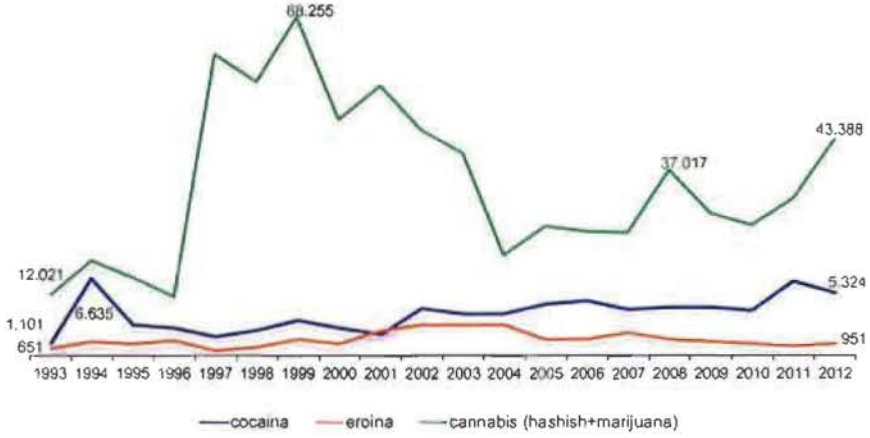
		Cocaina > 20 Kg			Marijuana > 100 Kg		
Regione	**Provincia**	**2011**	**2012**	**Diff. Kg**	**2011**	**2012**	**Diff. Kg**
Abruzzo	Chieti	-	-	-	-	102,4	+102,4
Calabria	Reggio Calabria	525,5	2.128,1	+1.602,6	-	293,4	+293,4
Campania	Caserta	-	84,8	+84,8	-	-	-
	Napoli	43,5	297,1	+253,6	327,1	288,3	-38,8
	Salerno	-	-	-	-	163,3	+163,3
Emilia Romagna	Bologna	27,9	40,9	+13,0	-	176,1	+176,1
	Piacenza	-	39,5	+39,5	-	-	-
	Rimini	46,7	-	-	-		-
Lazio	Frosinone	-	-	-	-	141,5	+141,5
	Roma	291,5	615,5	+324,0	1.040,2	2.291,7	+1.251,5
Liguria	Genova	-	247,4	+247,4	-	-	-
	Imperia	-	30,3	+30,3	-	-	-
	La Spezia	57,1	-	-	-	-	-
Lombardia	Bergamo	-	23,3	+23,3	-	258,8	+258,8
	Brescia	27,8	25,5	-2,3	706,4	-	-
	Como	33,9	-	-	-	251,1	+251,1
	Milano	172,9	686,5	+513,6	147,3	333,2	+185,9
	Monza-Brianza	-	-	-	182,1	118,0	-64,1
	Varese	354,4	357,5	+3,1	662,0	-	-
Marche	Ancona	-	-	-	548,3	783,6	+235,3
PA Bolzano	Bolzano	39,8	22,5	-17,3	-	-	-
Piemonte	Alessandria	-	20,7	+20,7	-	-	-
	Novara	-	20,3	+20,3	-	-	-
	Torino	50,2	72,9	+22,7	-	-	-
Puglia	Bari	-	-	-	1.999,8	5.052,4	+3.052,6
	Barletta-Andria-Trani	-	-	-	401,0	183,8	-217,2
	Brindisi	-	-	-	659,2	4.357,4	+3.698,2
	Foggia	-	-	-	-	1.703,9	+1.703,9
	Lecce	-	-	-	325,8	914,4	+588,6
Sardegna	Sassari	512,0	-	-	-	123,9	+123,9
Sicilia	Catania	20,8	-	-	-	245,2	+245,2
	Palermo	-	-	-	-	267,8	+267,8
	Ragusa	-	-	-	-	110,6	+110,6
	Siracusa	-	-	-	-	1.435,7	+1.435,7
Toscana	Firenze	25,8	-	-	228,7	120,4	-108,3
	Livorno	351,3	-	-	-	-	-
	Pisa	-	219,6	+219,6	-	-	-
Veneto	Padova	-	49,0	+49,0	-	-	-
	Venezia	-	-	-	-	567,8	+567,8
	Verona	-	22,0	+22,0	-	-	-
Totale		2.581,1	5.003,5	+2.422,4	7.227,9	20.284,7	+13.056,8

Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Trend quantità di sostanze illecite sequestrate

Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi quindici anni pone al vertice della classifica i derivati della cannabis, particolarmente elevati nel periodo 1997 - 2003; dal 2004 in poi si registrano due aumenti, uno nel 2008 in cui le FFOO hanno intercettato un quantitativo che superava le 37 tonnellate ed uno nel 2012 in cui tale quantitativo supera le 43 tonnellate.
Variabilità più contenute si osservano per gli andamenti dei sequestri di cocaina e di eroina: dal 2002 al 2010 la cocaina è oscillata tra 3,5 e 4,5 tonnellate, nel 2012 tale quantità assume valore oltre le 5 tonnellate, in calo rispetto al 2011 (6,3 tonnellate); per l'eroina sono stati rilevati valori tra 1,0 e 2,5 tonnellate, raggiungendo nel 2011 il valore minimo registrato nell'ultimo decennio pari a 0,8. Nel 2012 vi è un leggero aumento che porta i quantitativi di eroina sequestrati a quasi una tonnellata. (Figura IV.2.7).

Figura IV.2.7: Quantitativi di sostanze illecite sequestrati dalle FFOO nell'ambito delle operazioni antidroga. Anni 1993 – 2012



Aggiornamento dati 2008-2012.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

IV.2.4 Interventi delle Forze dell'Ordine

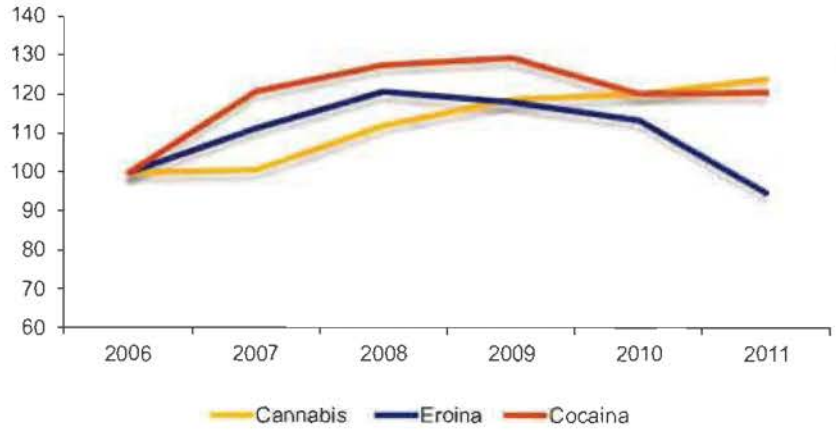
Premesse

Gli interventi di prevenzione e contrasto alla diffusione delle sostanze illecite vengono pianificati e realizzati in prima istanza dalle Forze dell'Ordine e riguardano la lotta alla produzione, al traffico illecito ed al possesso di sostanze illegali, la prevenzione all'uso personale ed alla guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di alcol o sostanze stupefacenti. In seconda istanza gli Organi della Giustizia intervengono in applicazione della disciplina penale specifica in materia di sostanze stupefacenti (DPR 309/90).

Fonti informative

Le segnalazioni relative agli interventi delle Forze dell'Ordine sono raccolte ed archiviate rispettivamente dal Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie del Ministero dell'Interno, con riferimento alle violazioni per possesso ed uso di sostanze illecite, e dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, per quanto riguarda i dati sulle azioni di contrasto alla produzione ed al traffico illecito di sostanze stupefacenti.

Figura IV.2.8 Andamento indicizzato(*) delle segnalazioni di reati (penali e non) in violazione della legge sugli stupefacenti negli Stati membri dell'UE, per tipo di sostanza. Anni 2006 - 2011



Europa: trend in aumento dei reati per cocaina e cannabis

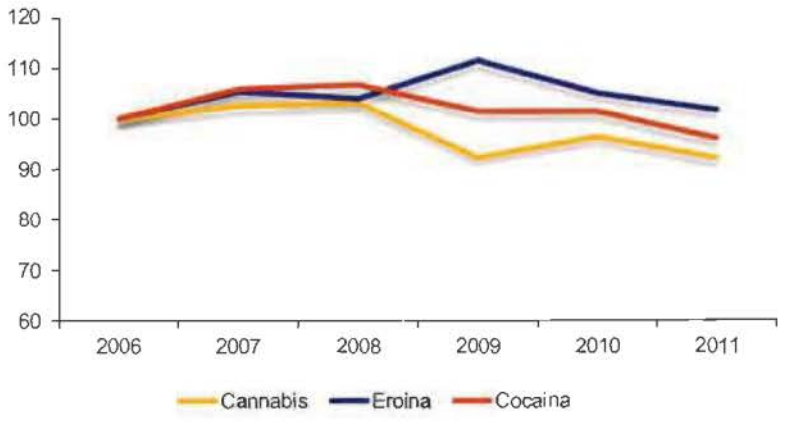
diminuzione per l'eroina

(*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2006

Fonte: Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Relazione Annuale 2012 (figura DLO - 03 del Bollettino Statistico 2013)

L'andamento complessivo delle segnalazioni per condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (penale e non) a livello europeo nel periodo 2006 – 2011 indica un progressivo aumento degli illeciti correlati alla cocaina e alla cannabis (nella maggior parte dei Paesi europei i reati correlati alla cannabis rappresentano una percentuale variabile tra il 50% e il 70% dei reati di droga citati per il 2011) a fronte di una contrazione degli illeciti per eroina dal 2008.
In Italia nell'anno 2011 si osserva nel complesso una lieve diminuzione delle segnalazioni in violazione della legge sugli stupefacenti (art.73, art. 74 e art.75) per gli illeciti per eroina dal 2009, mentre vi è una sostanziale stabilità per le segnalazioni di cannabis e cocaina nel triennio 2009-2011.

Figura IV.2.9: Andamento indicizzato(*) delle segnalazioni di condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (art.73, art. 74 e art.75) in Italia. Anni 2006 - 2011



Italia: dal 2010 diminuzione delle segnalazioni (artt. 73,74,75) per eroina, cocaina e cannabis

(*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2006

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie e Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

IV.2.4.1 Persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90

Segnalati ex artt.121 e 75 del D.P.R 309/90 e successive modifiche

Il Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie, ex Direzione Centrale per Documentazione e la Statistica, sin dall'entrata in vigore del D.P.R. n. 309/1990 cura le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti, ai sensi degli artt. 75 e 121 dello stesso D.P.R.
Tale attività, che viene svolta nell'ambito delle attribuzioni demandate all'Osservatorio nazionale sulle tossicodipendenze, permette la raccolta di utili elementi conoscitivi su taluni aspetti del complesso fenomeno delle tossicodipendenze.

Segnalazioni ex art. 121

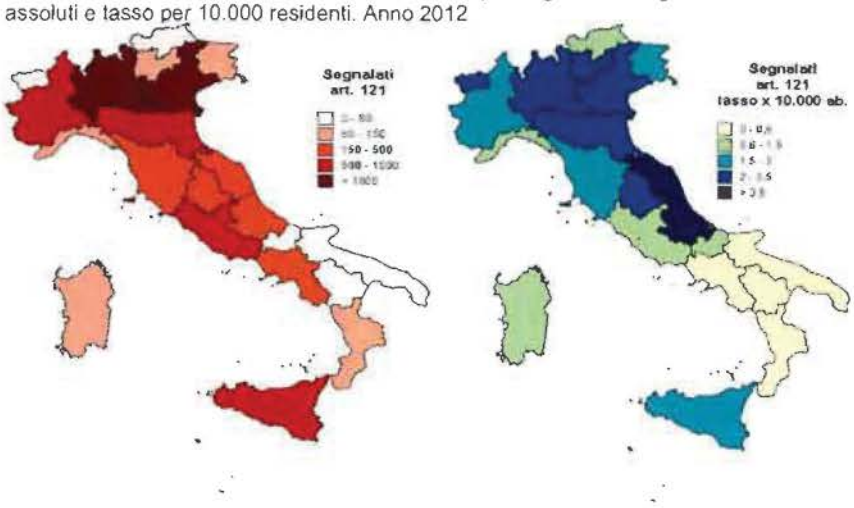
Notevole diminuzione delle segnalazioni dalle Prefetture per art. 121 da verificare nel tempo per ritardo di notifica

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione civile e per le risorse finanziarie e strumentali del Ministero dell'Interno (ex Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica), si evidenzia che nell'anno 2012 i soggetti segnalati dai Prefetti, in base all'art 1213, ai Ser.T. competenti territorialmente, sono stati complessivamente 7.001, di cui il 97,9% è stato segnalato una sola volta e il restante 2,1% due o più volte (4 soggetti sono stati segnalati 3 volte ed 1 soggetto è stato segnalato 4 volte).
Il dato complessivo risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2011, pari a 9.887 persone, anche se va evidenziato che i dati relativi all'anno 2012 sono da considerarsi provvisori, in relazione al ritardo di notifica delle Prefetture.
Sul totale dei soggetti in questione, 6.578 persone risultano essere maggiorenni di cui 6.011 maschi (pari al 91% circa) e 567 femmine (pari al 9% circa), 408 minorenni, pari al 5,8 % circa del totale dei segnalati ex art.121 (343 maschi e 65 femmine). L'età media dei segnalati è 28 anni circa.

Età media: 28 anni

[3] L'art. 121 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad una segnalazione per uso di sostanza stupefacente senza sequestro (overdose, guida in stato di alterazione psicofisica per assunzione di sostanze,...) In questi casi la Prefettura segnala il soggetto interessato al Ser.T competente per territorio, che a sua volta ha l'obbligo di convocarlo. Il soggetto può rispondere all'invito in modo discrezionale e, qualora si presentasse al Servizio pubblico per le Tossicodipendenze decidendo di intraprendere un percorso terapeutico, il trattamento sarebbe comunque volontario e non sottoposto al controllo della Prefettura.

Figura IV.2.10: Soggetti segnalati ex art. 121 per regione di segnalazione - Valori assoluti e tasso per 10.000 residenti. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, le Regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono la Lombardia (1.274), il Veneto (1.008) e l'Emilia-Romagna (894); mentre le Regioni che hanno il minor numero di soggetti segnalati sono la Valle d'Aosta (17), la Basilicata (22), il Molise (23) e la Provincia Autonoma di Bolzano (39). Se si considera il tasso per 10.000 abitanti, le regioni che presentano il maggior numero di soggetti segnalati sul totale della popolazione residente sul loro territorio sono l'Abruzzo, le Marche, l'Emilia-Romagna e il Veneto.

Dei 7.001 soggetti segnalati ex art. 121, 2.560 (37%) sono stati segnalati nel 2012 anche per art. 75, principalmente maschi (93,1%) e segnalati per detenzione per uso personale di cannabinoidi (Tabella IV.2.5).

Tabella IV.2.5: Soggetti segnalati ex artt. 121 e 75 per sostanza primaria. Anno 2012

Segnalazioni per sostanza	2011		2012		Δ%
	N	%c	N	% c	
Oppiacei (eroina, meladone, morfina)	272	10,7	179	7,0	-34,2
Cocaina	327	12,8	358	14,0	9,5
Cannabinoidi	1.919	75,3	2.006	78,4	4,5
Altre sostanze	23	0,9	14	0,5	-39,1
Non noto	7	0,3	3	0,1	-57,1
Totale	**2.548**	**100,0**	**2.560**	**100,0**	**0,5**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Segnalazioni ex art. 75

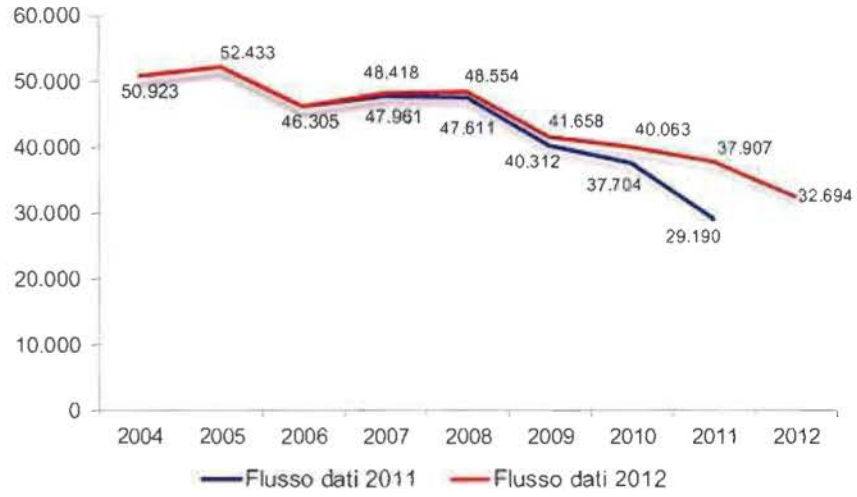
Nel 2012 le persone segnalate ex art 75[4] con dati aggiornati alla data del 15 marzo 2013 sono state in totale 32.694, di cui 30.628 maschi (pari al 93,7 %) e 2.066 femmine (pari al 6,3%).

Segnalati ex art.75 del D.P.R 309/90 e successive modifiche

I soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75 del DPR 309/90 e successive modifiche risultano in diminuzione rispetto ai dati relativi allo stesso periodo del 2011 pari a 37.907 sebbene i dati dell'ultimo triennio siano da considerarsi tuttora provvisori[5].

Il confronto tra i flussi rilevati nel 2012 (dati 2011) e nel 2013 (dati 2012) evidenzia che l'aggiornamento delle persone segnalate fino al 2009 può ritenersi concluso a meno di percentuali minime e trascurabili. L'andamento delle segnalazioni nel periodo 2004-2009 evidenzia una contrazione delle segnalazioni ex art. 75 del 18% (50.923 vs 41.658).

Figura IV.2.11: Soggetti segnalati ex art. 75. Anni 2004 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Il ritardo negli accertamenti tossicologici, dovuto alla carenza di laboratori tossicologici a livello provinciale, ha allungato i tempi di convocazione in quanto i NOT possono procedere nell'iter amministrativo nei confronti dei soggetti segnalati solo in presenza degli esiti delle analisi delle sostanze, e ciò può avere determinato a sua volta una diminuzione del numero dei segnalati.

[4] L'art.75 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad un sequestro di sostanza stupefacente detenuta per uso personale. Alla segnalazione segue la convocazione dell'interessato da parte della Prefettura competente per il colloquio e l'applicazione del relativo provvedimento. In base alla nuova normativa la competenza per il procedimento amministrativo è del Prefetto del luogo di residenza del soggetto segnalato e non quello del luogo di accertata violazione come stabilito prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006.

[5] In base ai dati, rilevati alla data del 05 Marzo 2012 relativi all'anno 2011, il numero di persone segnalate ex art.75 risultava pari a 29.190. I dati sono costantemente aggiornati dal personale dei NOT delle Prefetture-UTG e risultano consolidati dopo circa due anni ed oltre .

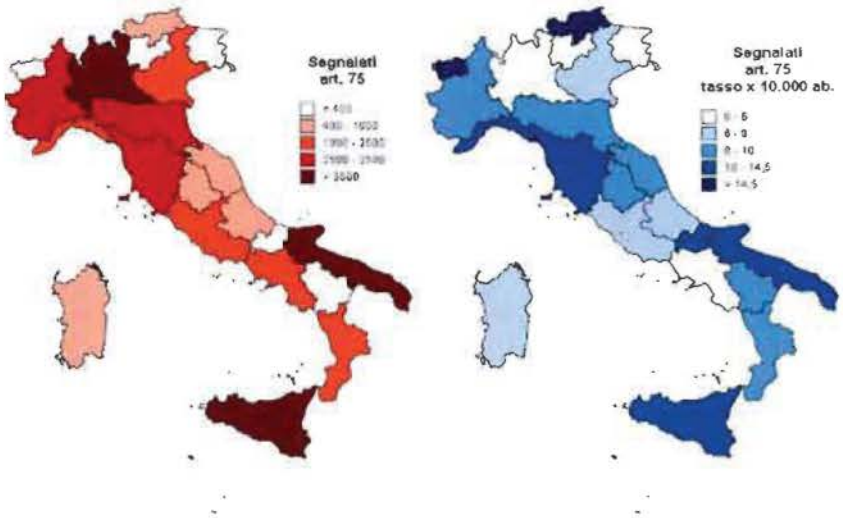
Tabella IV.2.6: Caratteristiche dei soggetti segnalati ex art. 75 alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine. Anno 2012

Caratteristiche	2011		2012		Δ%
	N	%c	N	%c	
Segnalati					
Nuove segnalazioni	21.125	72,4	23.786	72,8	12,6
Già segnalati in anni precedenti	8.065	27,6	8.908	27,2	10,5
Totale	**29.190**	**100,0**	**32.694**	**100,0**	**12,0**
Frequenza					
Una sola volta nell'anno	27.937	95,7	31.347	95,9	12,2
Due o più volte nell'anno	1.253	4,3	1.347	4,1	7,5
Maschi	27.275	93,4	30.628	93,7	12,3
Femmine	1.915	6,6	2.066	6,3	7,9
Età media					
Maschi	26,5		26,4		
Femmine	26,8		26,7		
Segnalazioni per sostanza					
Oppiacei (eroina, metadone, morfina)	3.036	10,4	2.494	7,6	-17,9
Cocaina/Crack	3.908	13,4	4.578	14,0	17,1
Cannabinoidi	21.956	75,2	25.210	77,1	14,8
Stimolanti	140	0,5	178	0,5	27,1
Altre sostanze	150	0,5	234	0,7	56,0
Totale	**29.190**	**100,0**	**32.694**	**100,0**	**12,0**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Riguardo alla distribuzione geografica le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono nell'ordine: Puglia (3.824), Sicilia (3.731), Lombardia (3.590), Toscana (2.873). Le regioni presso le quali sono stati segnalati il minor numero di soggetti sono nell'ordine: PA Trento (56), Friuli Venezia Giulia (154) e Molise (217).

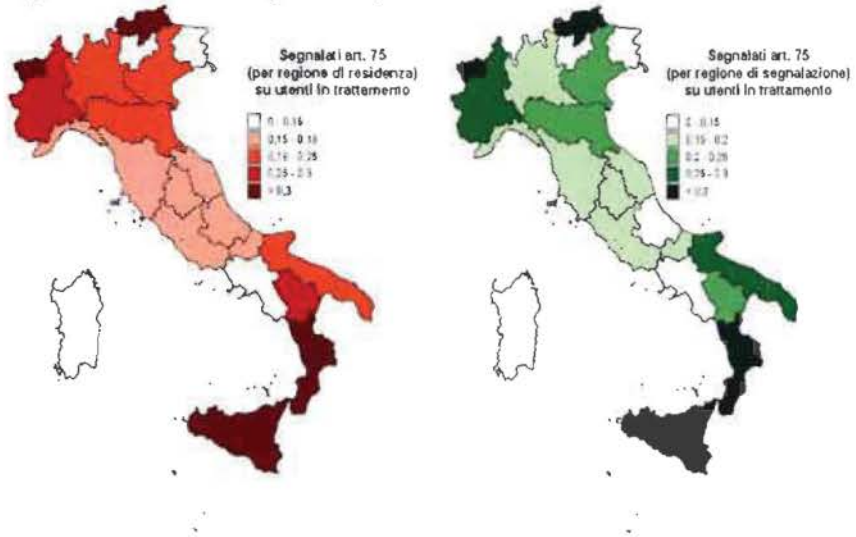
Figura IV.2.12: Soggetti segnalati ex art. 75 per regione di segnalazione e tasso per 10.000 residenti. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Confrontando la distribuzione geografica per regione di segnalazione e il tasso per 10.000 abitanti si osserva che le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono la Valle D'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano.
Il tasso dei soggetti segnalati sul numero di utenti in trattamento presenta valori più elevati in corrispondenza della PA di Bolzano, della Valle D'Aosta, della Sicilia e della Calabria sia per la regione di residenza che per la regione di segnalazione.

Figura IV.2.13: Segnalati ex art. 75 sul numero degli utenti in trattamento, secondo la regione di residenza e la regione di segnalazione. Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Aumento del trend delle persone con età maggiore di 30 anni

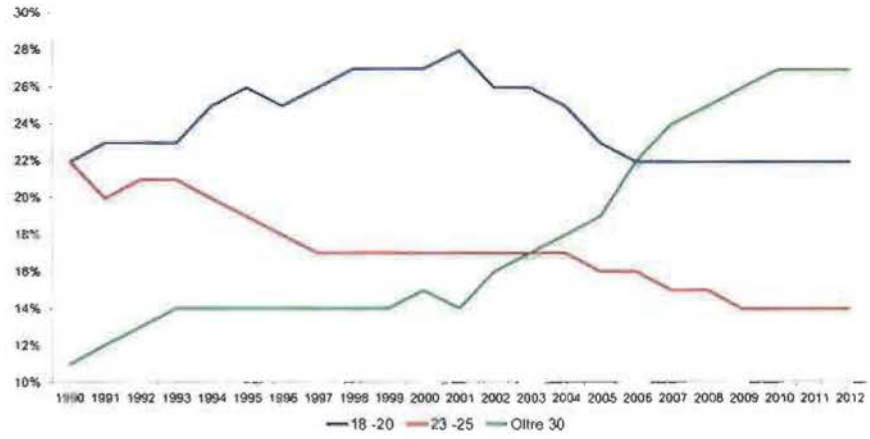
Sul totale dei segnalati nel 2012, risultano minori di 18 anni 2.801 soggetti (pari al 9% circa) di cui 2.619 maschi e 182 femmine. L'età media dei segnalati è di circa 26 anni, le classi di età con maggiore prevalenza sono quelle tra i 18 ed i 22 anni (35%) e quella oltre i 30 anni (27%). Il trend delle diverse fasce di età dal 1990 al 2012 evidenzia che, nel corso degli anni, i segnalati ai sensi dell'art. 75 sono in maggioranza persone che hanno un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni e la percentuale di segnalati oltre i 30 anni di età è in aumento in modo più consistente a partire dall'anno 2002 (Figura IV.2.14).

Dai NOT delle prefetture: diminuzione dell'età di primo consumo, aumento dei policonsumatori e del consumo di alcol

Le fasce più giovani (fino a 14 anni e 15 – 17 anni) non mostrano percentuali d'aumento consistenti; tuttavia sulla base delle informazioni acquisite durante i colloqui presso le Prefetture, gli operatori dei NOT confermano che si è abbassata l'età del primo consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope e che anche tra le persone segnalate si registra, negli ultimi anni, una maggiore incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici.

Figura IV.2.14 Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo le principali fasce di età. Anni 1990 – 2012

Dal 2002 aumentano le segnalazioni delle persone oltre i 30 anni e diminuzione di quelle con età minore di 25 anni



Fonte: Dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Sostanze di segnalazione: 77% delle segnalazioni per cannabis

Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, nell'anno 2012 la maggioranza dei segnalati, cioè il 77% del totale dei nuovi soggetti e dei recidivi, è stata trovata in possesso di cannabinoidi, seguita dai detentori di cocaina (14%) e dai possessori di eroina, che raggiunge il 7% del totale dei segnalati nell'anno di riferimento. Sommando alle persone segnalate per consumo di eroina quelle segnalate per metadone, morfina ed altri oppiacei si ottiene una percentuale pari al 7,6%.

Bassa percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina

I segnalati per sostanze come ecstasy e analoghi, amfetamine, LSD raggiungono appena lo 0,5% del totale, valore percentuale simile si osserva per i possessori di altre sostanze (0,7%). Si deve tener conto, tuttavia, del fatto che uno stesso soggetto può essere segnalato per detenzione di una o più sostanze.

Diminuzione del trend dell'uso di eroina

Rispetto al passato, negli ultimi quattro anni si è registrata una lieve diminuzione dei detentori per uso personale di eroina, il numero di consumatori di cannabinoidi in costante diminuzione fino al 2009 (dall'81% del 2002 al 73% nel 2009), nel 2010 torna lievemente ad aumentare (75%) e fa registrare nel 2012 un ulteriore lieve aumento (77%). La percentuale di consumatori di hashisb e marijuana resta indubbiamente quella più elevata tra i soggetti segnalati per consumo personale ai sensi della predetta normativa

Aumento del trend consumatori di cannabinoidi segnalati dal 2009

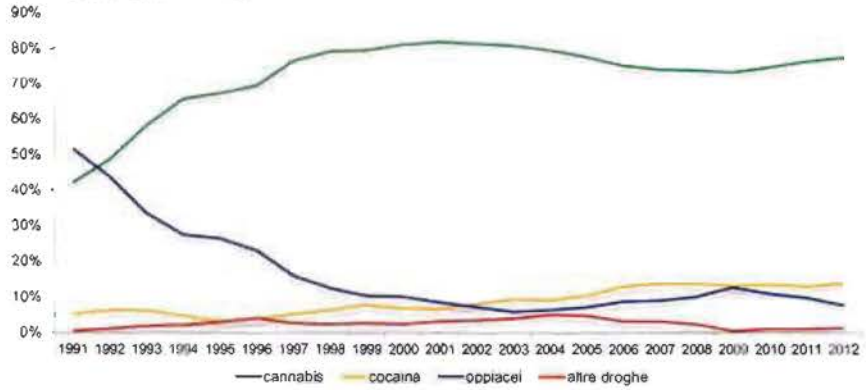
(Figura IV.2.15).

Stabile il trend consumatori di cocaina segnalati

I detentori per uso personale di cocaina (passati dal 10% del 2005 al 13% nel 2006 e al 14 % del 2007 e del 2008) mostrano un leggero calo nel 2009 (13%) e i valori si mantengono più o meno stabili fino al 2012 (14%); la cocaina resta comunque la seconda sostanza di segnalazione più rilevata e ciò desta particolare preoccupazione in quanto buona parte dei soggetti segnalati sono giovani con età compresa tra i 18 ed i 25 anni.

L'andamento del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione dei segnalati ai Prefetti, in linea con i dati e le stime rilevate a livello internazionale ed europeo, necessita una particolare attenzione in quanto la maggioranza di loro possono considerarsi "consumatori occasionali", rappresentando una fonte di informazioni importante per le stime del consumo nella popolazione generale.

Figura IV.2.15: Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo il tipo di sostanza. Anni 1991 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Provvedimenti

Nel 2012, 13.660 soggetti sono stati sottoposti a colloquio svolto dai NOT delle Prefetture. A seguito dei colloqui, 9.145 soggetti sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (formale invito).

In calo le sanzioni amministrative

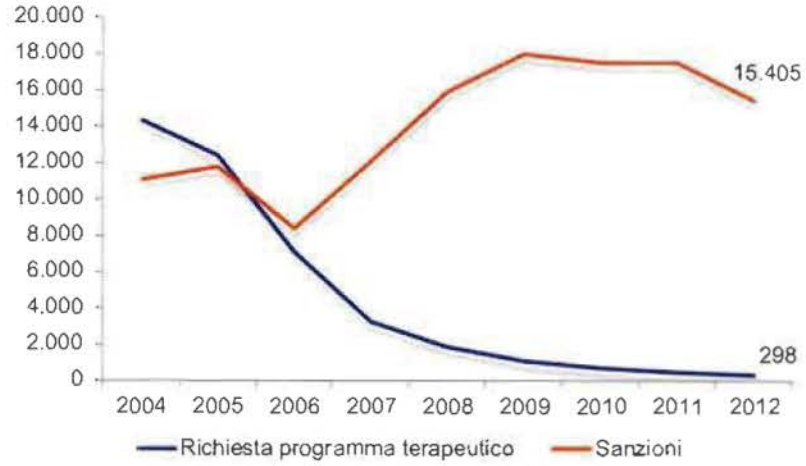
Le sanzioni amministrative adottate dai Prefetti nell'anno 2012, ai sensi del comma 1 del precitato art. 75, sono state 15.405, di cui 10.216 (66,3%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze delle Prefetture-U.T.G. e 5.189 (pari al 33,7 %) per mancata presentazione al colloquio stesso.

Rispetto all'anno precedente in cui erano state irrogate 17.512 sanzioni, il dato relativo all'anno 2012 risulta pertanto in riduzione, anche in considerazione della maggiore provvisorietà del dato.

In calo le richieste di invio a programma

Nell'anno di riferimento, sono state emesse 298 richieste di invio a programma terapeutico presso i Servizi per le Tossicodipendenze o in comunità socio-riabilitativa e in 1.559 casi, nello stesso periodo, è stato archiviato il procedimento amministrativo per conclusione del programma terapeutico. Il dato relativo all'invio al programma terapeutico risulta in netta diminuzione, sia rispetto all'anno precedente, in cui la richiesta di programma terapeutico era stata effettuata in seguito a 438 segnalazioni, sia rispetto al dato rilevato nel 2010 (655) e negli anni precedenti (Figura IV.2.16).

Figura IV.2.16: Sanzioni amministrative e richieste di invio a programma terapeutico in seguito a segnalazione ex art. 75. Anni 2004 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Dal 2006 forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico

In base alla legge 49/2006, attualmente in vigore, il provvedimento sanzionatorio non viene sospeso, come previsto in precedenza, ma viene comunque sempre applicato e, solo successivamente la persona segnalata è invitata ad intraprendere un percorso terapeutico. Per questo le persone segnalate non sarebbero più motivate ad accettare il programma di recupero. Ciò spiega la drastica diminuzione del numero di persone inserite in programmi che, invitate a curarsi, non hanno accettato di intraprendere il trattamento perché comunque non sarebbe stata sospesa la sanzione.

Fenomeno sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006)

Fin dall'entrata in vigore del T.U 309/90, i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture hanno svolto una efficace opera di dissuasione nei confronti dei consumatori di stupefacenti, soprattutto giovani, che senza tale attività di prevenzione, realizzata attraverso il colloquio con i funzionari e gli assistenti sociali, sarebbero rimasti privi di una rete di sostegno che tali organismi hanno contribuito a costruire con gli altri Enti del territorio (Ser.T. e Comunità Terapeutiche).

Fondamentale rivalutare e ripristinare il ruolo svolto dai NOT

IV.2.4.2 Deferiti alle Autorità Giudiziarie per reati in violazione al DPR 309/90

Con riferimento alle azioni di contrasto in violazione della normativa sugli stupefacenti, le Forze dell'Ordine, nell'ambito di 22.748 operazioni antidroga effettuate sul territorio nazionale nel 2012, hanno emesso 34.971 denunce per reati inerenti la produzione, il traffico e la vendita di sostanze illegali, l'associazione finalizzata al traffico illecito ed altri reati del DPR 309/90, facendo registrare un decremento del 5% rispetto al 2011.

Oltre 22.700 operazioni: forte attività di prevenzione e contrasto. Quasi 35.000 denunce (diminuzione del 5% dal 2011)

Il 65% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2012 erano a carico di italiani ed un 8,5% riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di circa trentuno anni, con alcune differenze per nazionalità (32 anni per gli italiani e 30 anni per gli stranieri), mentre risultano più marcate in relazione al tipo di reato commesso (31 anni per reati art. 73 e 36 anni per reati art. 74).

Caratteristiche segnalazioni: 65% italiani 35% stranieri

Bassa presenza del genere femminile (9% circa)

Tabella IV.2.7: Caratteristiche delle denunce all'Autorità Giudiziaria dalle Forze dell'Ordine per violazione del DPR 309/90. Anno 2012

Caratteristiche	2011 N	2011 %c	2012 N	2012 % c	Δ%
Genere					
Maschi	33.673	91,5	31.993	91,5	-5,0
Femmine	3.123	8,5	2.978	8,5	-4,6
Totale	**36.796**	**100,0**	**34.971**	**100,0**	**-5,0**
Italiani	24.148	65,6	22.745	65,0	-5,8
Stranieri	12.648	34,4	12.226	35,0	-3,3
Art. 73 – italiani	24.109	65,5	22.739	65,0	-5,7
Art. 73 – stranieri	12.647	34,4	12.226	35,0	-3,3
di cui Art. 74 – italiani	2.164	70,5	2.282	67,7	5,5
di cui Art. 74 – stranieri	906	29,5	1.090	32,3	20,3
Età media					
Italiani con reati Art. 73	31,9		32,0		
Stranieri con reati Art. 73	30,0		30,3		
di cui italiani con reati Art. 74	37,5		37,1		
di cui stranieri con reati Art. 74	34,5		33,6		
Tipo di provvedimento					
Arresto	28.552	77,6	27.300	78,1	-4,4
In libertà	7.936	21,6	7.267	20,8	-8,4
Irreperibilità	308	0,8	404	1,2	31,2

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Diminuzione del 4,4% degli arrestati

Dal 2003, anno in cui è stato registrato il minor numero di soggetti denunciati (circa 29.500), l'andamento delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria è risultato in continua crescita fino al 2010, anno in cui viene rilevato il valore massimo negli ultimi diciassette anni, mentre negli anni 2011 e 2012 vi è una diminuzione (Figura IV.2.17).

Trend deferiti alle A.G.

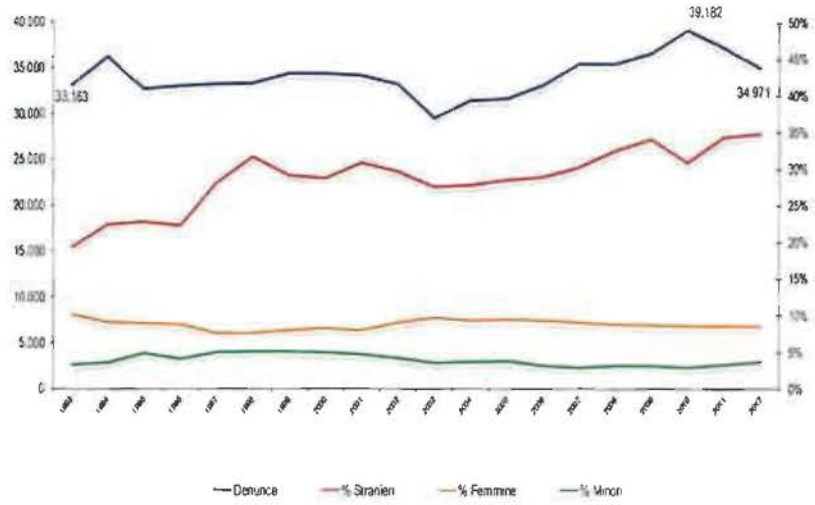
Nel 2012 è diminuita anche la percentuale di stranieri intercettati e deferiti all'Autorità Giudiziaria (35% sul totale delle persone denunciate in operazioni antidroga), le donne segnalate all'A.G. sono state 2.978, con un decremento, rispetto all'anno 2011, del 4,6%. In termini di valori assoluti, negli ultimi 11 anni, le denunce a carico delle donne hanno registrato il picco più alto nel 2010, ma se si considera la percentuale di donne segnalate sul totale delle denunce il valore massimo si registra nel 2003 (9,7%) e quello più basso nel 2001 (circa l'8%). Per quanto riguarda le denunce a carico dei minori, nel 2012 sono risultate pari a 1.263 (3,6% del totale delle persone segnalate a livello nazionale), con un aumento del 7,5% rispetto al 2011.

Diminuzione % degli stranieri denunciati

Diminuzione del 4,6% delle donne segnalate

Aumento del 7,5% dei minori segnalati

Figura IV.2.17: Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, percentuale di denunce di stranieri, di donne e minori. Anni 1993 – 2012



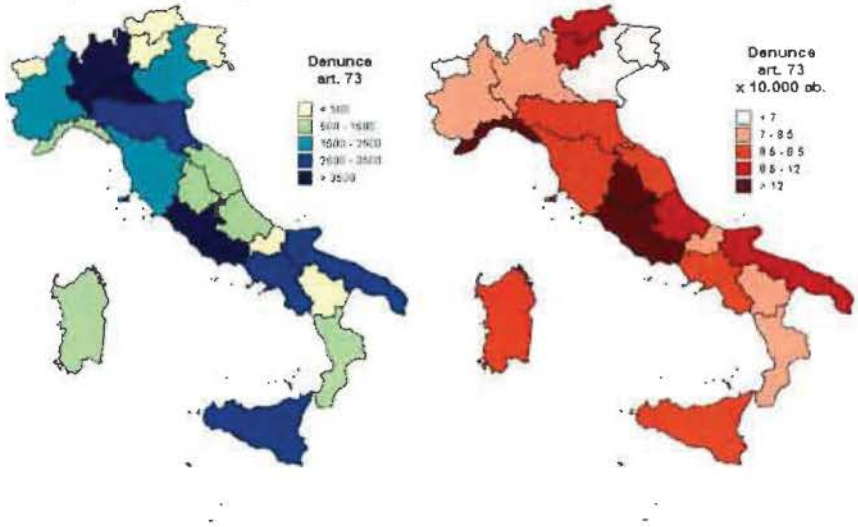
Aggiornamento dati di denunce, stranieri e minori 2008-2012.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Segnalazioni per tipo di reato

Le azioni di contrasto al traffico di stupefacenti attivate nel 2012 dalle FFOO hanno evidenziato differenti caratteristiche rispetto al tipo di reato contestato. Le denunce per reati legati alla produzione, traffico e vendita di sostanze illecite si concentrano soprattutto in Lombardia (14,6% delle denunce complessive), seguita dal Lazio (13,1%), dalla Campania (9,8%) e dalla Sicilia (8,3%) senza sostanziali differenze rispetto alla distribuzione dell'anno precedente. La distribuzione del tasso di denunce per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Liguria (15,4 denunce per 10.000 residenti), del Lazio (12,6 denunce per 10.000 residenti), dell'Umbria (12,1 denunce per 10.000 residenti) e dell'Abruzzo (11,7 denunce per 10.000 residenti).

Figura IV.2.18: Denunce per reati ex art. 73 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e tasso per 10.000 residenti. Anno 2012

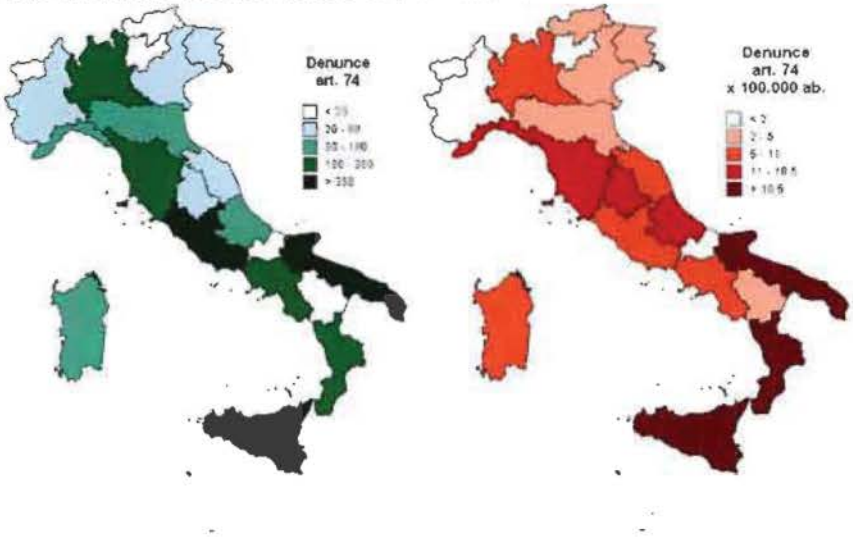


Lombardia regione con più denunce

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Le denunce per i reati più gravi si concentrano maggiormente nella penisola meridionale (17,5% delle denunce complessive in Sicilia, 13,6% in Puglia e per l'11,6%, al centro nel Lazio). Anche la distribuzione del tasso di denunce per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza delle regioni del sud quali la Sicilia (17,9 denunce per 100.000 residenti), la Puglia (17,1 denunce per 100.000 residenti) e la Calabria (16,8 denunce per 100.000 residenti).

Figura IV.2.19: Denunce per reati ex art. 74 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e tasso per 100.000 residenti. Anno 2012



Al sud i reati più gravi: Sicilia, Puglia e Lazio

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Oltre alla regione di residenza del soggetto denunciato, l'archivio contiene anche l'informazione del territorio in cui è stata eseguita l'operazione. L'incrocio di questi due dati consente di identificare e stimare il livello di mobilità e migrazione dei soggetti implicati nei reati.

Per l'articolo 73, che punisce la produzione, il traffico e la detenzione illecita di sostanze stupefacenti e psicotrope, si nota che i soggetti residenti nelle macro aree tendono a commettere i reati in zone sostanzialmente uguali a quelle di propria residenza: infatti per il 90% dei casi vi è corrispondenza tra denuncia e residenza del soggetto denunciato.

Tabella IV.2.8: Percentuale di denunce per reati ex art. 73 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e per regione di residenza del soggetto denunciato

Area Operazione	Area Residenza						
	NO	NE	Centro	Sud	Isole	Estero	Totale
NO	91,4	2,9	1,9	1,8	1,7	37,7	24,5
NE	3,8	93,1	2,1	1,8	1,6	24,0	16,4
Centro	2,0	1,8	91,7	4,5	1,6	28,9	23,8
Sud	1,8	1,4	3,7	90,7	1,3	6,7	24,1
Isole	1,0	0,7	0,6	1,2	93,9	2,7	11,2
Totale valori assoluti	5.512	3.461	5.814	8.238	3.694	8.246	34.965

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

I reati commessi in violazione dell'articolo 74 (che comprende l'articolo 73 con l'aggravante dell'associazione a delinquere) mostrano una maggiore mobilità per i soggetti residenti nel Nord-Est rispetto a quelli delle altre aree. Tali soggetti, quindi, tendono a commettere reati in zone differenti da quelle di propria residenza in particolare al Centro e al Sud. Per le altre aree invece si rileva una mobilità meno evidente (oltre l'80% sebbene più concentrata al Sud sia per i residenti nel Nord-Ovest sia per quelli residenti al Centro), la zona in cui la percentuale risulta molto elevata è quella insulare (95% circa).

Tabella IV.2.9: Percentuale di denunce per reati ex art. 74 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e per regione di residenza del soggetto denunciato

Area Operazione	Area Residenza						
	NO	NE	Centro	Sud	Isole	Estero	Totale
NO	80,7	3,2	3,0	1,6	1,0	21,2	14,6
NE	2,5	74,7	0,2	0,6	0,0	13,0	6,9
Centro	4,2	9,5	80,5	4,8	1,4	41,9	23,4
Sud	10,4	8,9	14,6	88,5	2,8	15,2	34,8
Isole	2,2	3,8	1,7	4,5	94,8	8,6	20,2
Totale valori assoluti	357	158	471	1.042	576	768	3.372

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Principali segnalazioni per tipo di sostanza: 40,3% cannabis 35,4% cocaina 16% eroina

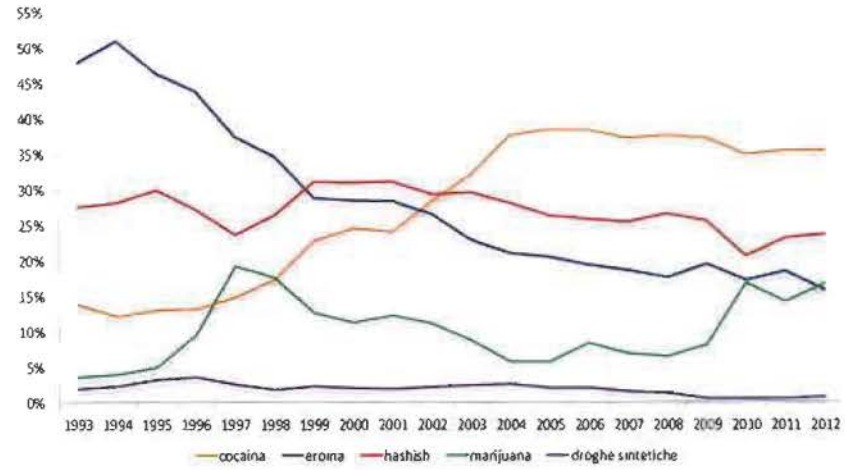
Il 40,3% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti ha riguardato il traffico di cannabis in aumento rispetto al 2011 (37,3%), seguite dalla cocaina (35,4%) ed in percentuale minore da eroina (16%) in calo rispetto al 2011 (18,5%) . Tra i denunciati di nazionalità italiana, circa il 90% era di genere maschile ad eccezione delle denunce per traffico di eroina, per le quali la percentuale scende all'82%. Mentre per quanto riguarda la popolazione maschile straniera si rilevano percentuali più elevate, ciò si osserva soprattutto in corrispondenza dell'eroina e della cannabis (96% e 97%, rispettivamente).

Più giovani i denunciati per traffico di droghe sintetiche

Trend denunce per tipo di sostanza: aumento % denunce per marijuana,

I denunciati per traffico di droghe sintetiche risultano mediamente più giovani (26 anni) rispetto ai deferiti per altre sostanze e in genere l'età media delle donne risulta più elevata rispetto i maschi (rispettivamente 33 e 32 anni nella popolazione italiana e 32 e 30 anni nella popolazione straniera).
Negli ultimi diciassette anni il profilo del traffico di sostanze illecite si è notevolmente evoluto: la percentuale di denunce per il commercio di eroina è passata dal 48% nel 1993 al 16% nel 2012, a fronte di un forte incremento della percentuale di segnalazioni per spaccio di cocaina fino al 2004, che si è stabilizzata negli ultimi anni. Negli ultimi due anni considerati nel trend si osserva un aumento significativo della percentuale di denunce per commercio di marijuana (dal 16,8% nel 2010 al 14,1% nel 2011 e 16,7% nel 2012) ed un aumento per commercio di hashish (21% circa nel 2010 contro il 24% nel 2012) (Figura IV.2.20). In termini di valori assoluti, rispetto al 2011, nel 2012 si osserva un aumento pari al 7,6% del numero di segnalazioni per commercio di droghe sintetiche.

Figura IV.2.20: Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, per tipologia di sostanza illecita sequestrata. Anni 1993 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Il 78% dei segnalati è stato arrestato

Nel 2012 il numero di denunce che hanno portato all'arresto ammontano a 27.300 (78,1% dei segnalati), più frequenti per il genere maschile (78,5% vs 73,4%), per i denunciati stranieri (81,2% vs 76,4%), per i reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti tra gli stranieri (81,2% vs 60,6%) e per i reati più gravi tra gli italiani (83,4% vs 76,4%) (Tabella IV.2.10).

Tabella IV.2.10: Soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria per stato del provvedimento, nazionalità, genere e tipo di reato. Anno 2012

	Stato del Provvedimento					
Caratteristiche	**Arresto**	**%**	**Libertà o irreperibilità**	**%**	**Totale**	**%**
Genere						
Maschi	25.113	78,5	6.880	21,5	31.993	100,0
Femmine	2.187	73,4	791	26,6	2.978	100,0
Totale	**27.300**	**78,1**	**7.671**	**21,9**	**34.971**	**100,0**
Italiani	17.370	76,4	5.375	23,6	22.745	100,0
Stranieri	9.930	81,2	2.296	18,8	12.226	100,0
Art. 73 – italiani	17.370	76,4	5.369	23,6	22.739	100,0
Art. 73 – stranieri	9.930	81,2	2.296	18,8	12.226	100,0
di cui Art. 74 – italiani	1.903	83,4	379	16,6	2.282	100,0
di cui Art. 74 – stranieri	660	60,6	430	39,4	1.090	100,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Il 39% degli stranieri denunciati per reati gravi sono liberi o irreperibili

Le denunce per le quali i segnalati sono ancora in libertà o irreperibili sono in percentuale superiore per gli italiani (23,6% vs 18,8% stranieri) e per il genere femminile (26,6% vs 21,5% maschi). Particolarmente elevata risulta la percentuale di stranieri denunciati per i reati più gravi ancora in stato di libertà o irreperibilità.

IV.2.5. Interventi della Giustizia

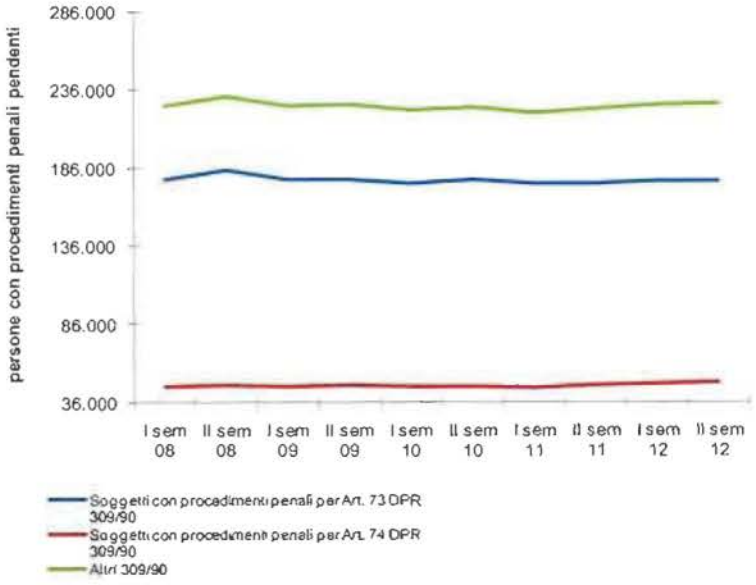
In seguito alle denunce delle Forze dell'Ordine per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) o per altri reati commessi da soggetti tossicodipendenti, vengono avviati i relativi provvedimenti penali rilevati e archiviati presso il dipartimento per gli Affari di Giustizia, Ufficio III del Casellario. La prima parte del paragrafo viene dedicata all'analisi dettagliata delle caratteristiche dei suddetti provvedimenti e delle persone il cui provvedimento è esitato in condanna, riservando la parte successiva alla presentazione dei flussi in ingresso negli istituti penitenziari nel 2012, di soggetti adulti e minori distintamente.

IV.2.5.1 Procedimenti penali pendenti e condanne

Procedimenti penali pendenti per reati previsti dal DPR 309/90 in leggera crescita rispetto al 2011

Nel 2012 si registra un lieve incremento del numero dei soggetti con procedimenti penali pendenti per reati previsti dal D.P.R. 309/90. I dati forniti dalla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia dell'omonimo Ministero, mostrano dal 2008 in poi un andamento abbastanza costante del numero di persone con procedimenti penali pendenti per i reati previsti dal DPR 309/90, fatte salve leggere fluttuazioni quali il leggero calo rilevabile dai dati relativi al periodo 2009-2011 (226.519 II semestre 2009, 225.442 II semestre 2010 vs 223.299 II semestre 2011).
Il trend descritto è influenzato soprattutto dall'andamento del numero di soggetti con procedimenti penali pendenti in violazione dell'art. 73.
Infatti, mentre il numero dei soggetti con procedimenti per art. 74 rimane sostanzialmente stabile per tutto il periodo considerato, il trend dei soggetti con procedimenti pendenti per violazione dell'art. 73 mostra le leggere fluttuazioni di cui sopra tra cui il lieve decremento nel periodo 2009-2011 e la leggera crescita nel 2012 (178.289 nel II semestre 2012 vs 176.499 nel II semestre del 2011).

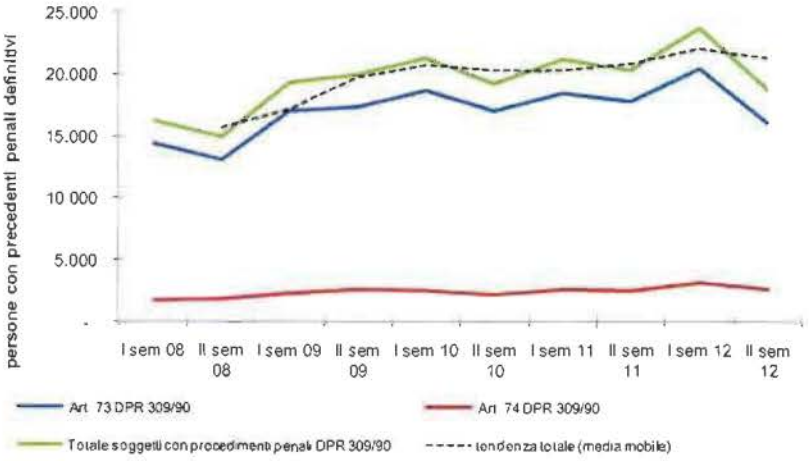
Figura IV.2.21: Andamento del numero dei soggetti con procedimenti penali pendenti per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2008 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

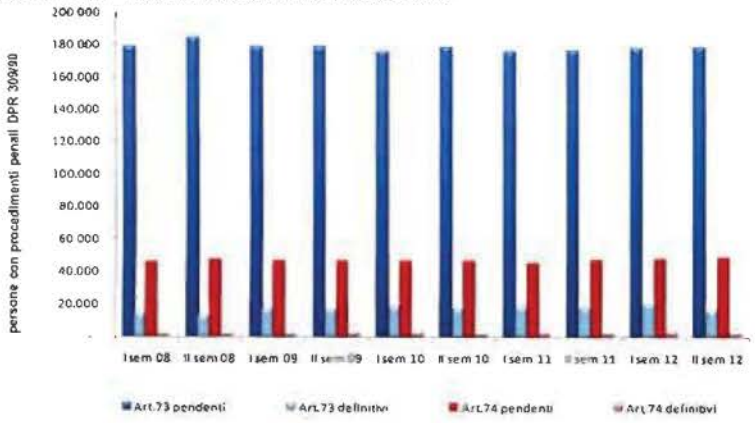
L'andamento del numero dei soggetti con procedimenti penali definitivi, mostra una certa stabilità per i reati in violazione dell'art. 74 e invece, uno sviluppo non lineare per i procedimenti definitivi in violazione dell'art.73. Ciò condiziona il trend dei procedimenti totali che, analizzati nel periodo 2008-2012 e interpretati con una linea di tendenza, mostrano una fase di sostanziale crescita nel periodo 2008-2010 (16.231 soggetti nel I semestre 2008 vs 21.255, dato massimo, rilevato nel I semestre 2010) seguita un andamento ciclico che si conferma anche per il 2012 in cui se nel primo semestre si registra una leggera crescita (23.651 vs 20.291 del II semestre dell'anno 2011) nel secondo si scende a quota 18.718 (-7,8% rispetto al semestre precedente). Ancora il dato è addebitabile alla diminuzione nel secondo semestre dei soggetti con procedimenti penali definitivi per violazione dell'articolo 73 dopo una crescita nel primo (16.090 le persone con procedimenti definitivi per art. 73 nel secondo semestre contro le 20.417 unità rilevate per il primo semestre)..

Figura IV.2.22: Andamento del numero dei soggetti con procedimenti penali definitivi per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2008-2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

Figura IV.2.23: Andamento dei soggetti con procedimenti penali definitivi per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2008-2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

IV.2.5.2 Ingressi negli istituti penitenziari per adulti

Carcerazioni: 21.084 soggetti entrati in carcere per violazione DPR 309/90

Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2012, per reati commessi in violazione al DPR 309/90 legati al traffico di sostanze stupefacenti, ammontano complessivamente a 21.285, riferiti a 21.084 persone, parte delle quali hanno avuto più ingressi nell'arco dell'anno di riferimento (393 sono entrate 2 volte dalla libertà, 14 persone hanno avuto 3 ingressi nel 2012).

Diminuzione del 15,5% degli ingressi per reati in violazione del DPR 309/90

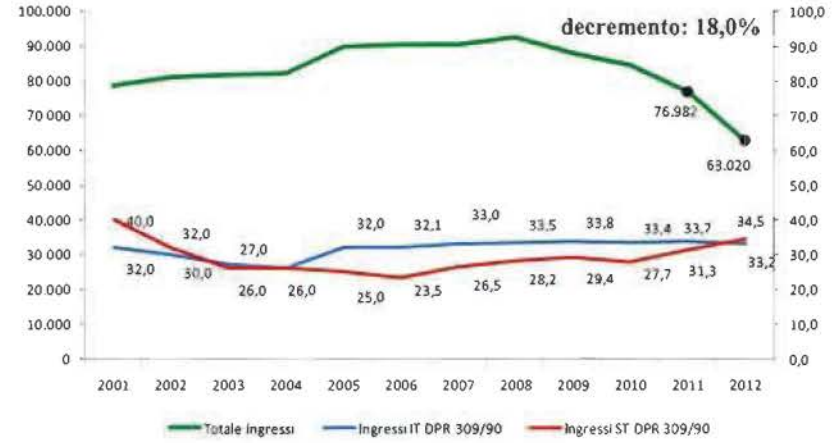
Rispetto al 2011 si è quindi verificata una diminuzione degli ingressi negli istituti penitenziari per reati in violazione del DPR 309/90 pari al 15,5%, parallelamente al decremento del 18,0% registrato anche nel numero totale di ingressi (63.020 nel 2012 vs 76.982 nel 2011).

Differenze emergono se si tiene conto della nazionalità (Figura IV.2.24).

In particolare dopo un trend decrescente, fino al 2006, della percentuale di soggetti stranieri, è seguito un incremento, che nel 2012 si traduce nel superamento di un punto percentuale della quota degli ingressi da parte di stranieri rispetto ai cittadini italiani.

Figura IV.2.24: Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuali di ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità. Anni 2001 – 2012

Trend ingressi totale degli adulti in carcere per reati DPR 309/90



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

Se si tiene conto delle caratteristiche anagrafiche, non vi sono sostanziali differenze con il 2011. Il 92,7% dei soggetti entrati dalla libertà sono di genere maschile e oltre il 56% di nazionalità italiana. Confrontando i dati per nazionalità e genere, i detenuti stranieri risultano mediamente più giovani rispetto agli italiani (l'età media è pari a 31,3 per gli stranieri vs 35,5 per gli italiani) e analoga propensione si osserva tra i detenuti di genere maschile nei confronti dei nuovi ingressi di genere femminile (33,6 l'età media per i maschi vs 35,4 per le femmine). L'analisi dell'età dei soggetti entrati dalla libertà ha registrato un leggero aumento, maggiormente evidente nei detenuti stranieri (31,3 nel 2012 vs 30,7 nel 2011) e in quelli di sesso femminile (35,1 nel 2011

Tabella IV.2.11: Caratteristiche dei soggetti adulti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90, secondo il genere, la nazionalità e l'età media. Anno 2012

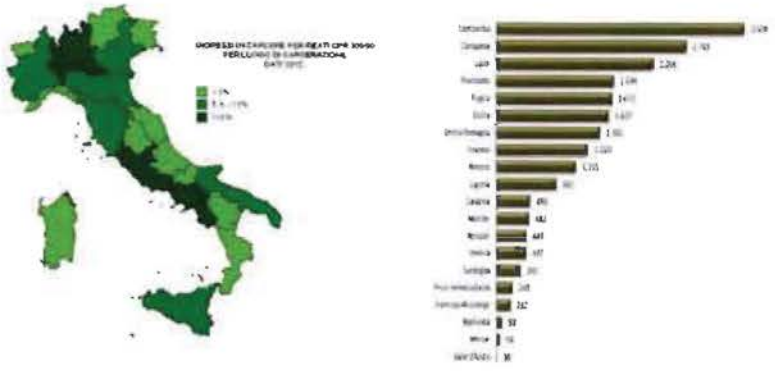
Caratteristiche	2011		2012		Δ%
	N	% c	N	% c	
Persone entrate in carcere					
Una sola volta nell'anno	24.060	97,8	20.677	98,1	-14,1
Due o più volte nell'anno	519	2,1	393	1,9	-25,3
Tre o più volte nell'anno	29	0,1	14	0,0	-51,7
Totale	**24.608**	**100,0**	**21.084**	**100,00**	**-14,3**
Genere					
Maschi	23.301	92,5	19.730	92,7	-15,3
Femmine	1.878	7,5	1.555	7,3	-17,2
Nazionalità					
Italiani	14.739	58,5	11.965	56,2	-18,8
Stranieri	10.440	41,5	9.320	43,8	-10,7
Età media					
Italiani	35,5				
Stranieri	31,3				
Maschi	33,6				
Femmine	35,4				

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

Nel 2012 sono oltre 3.500 le persone in meno entrate in carcere per violazione del DPR 309/90

Quanto alla distribuzione geografica degli ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, si osserva che in due sole regioni, Lombardia e Campania, si raccoglie il 30% dei nuovi ingressi per un totale nel 2012 di circa 6.300 unità.

Figura IV.2.25: Ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo il luogo di carcerazione. Anno 2012.



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

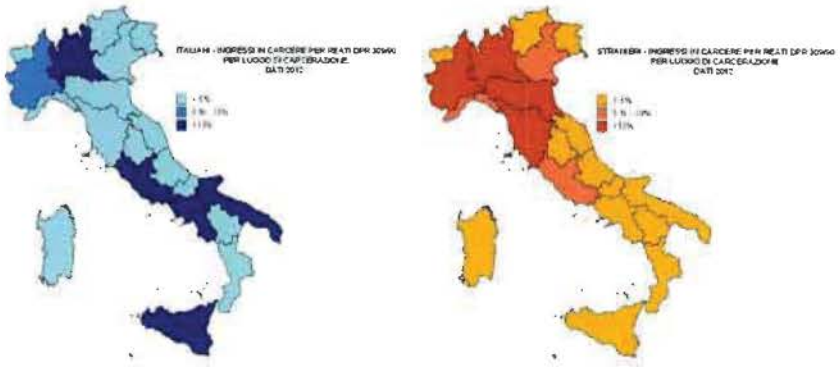
In due sole regioni, il 29,6 dei nuovi ingressi in carcere per reati in violazione del DPR 309/90

Disaggregando il dato per nazionalità dei soggetti entrati in carcere nel 2012, si evince che dei 11.965 ingressi di cittadini italiani, la maggior parte è avvenuto nelle strutture carcerarie della Campania (con quota del 20,5% per 2.447 ingressi), Sicilia (12,1% per 1.445 ingressi) e Puglia (12,5% con 1.496 ingressi). Gli ingressi di cittadini stranieri, complessivamente pari a 9.320, si sono verificati maggiormente nelle strutture carcerarie del nord ed in particolare della Lombardia (24,5% dei nuovi ingressi di soggetti stranieri pari

Diversa distribuzione territoriale dei soggetti carcerati secondo la nazionalità

a 2.279 unità) dell'Emilia Romagna (11,6 per 1.080 unità) e del Piemonte (11,5 per 1.069 unità).

Figura IV.2.26: Ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità e il luogo di carcerazione. Anno 2012.



Al nord più ingressi di stranieri

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

Tabella IV.2.12: Caratteristiche dei soggetti adulti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90, secondo il tipo di reato commesso. Anno 2012

Caratteristiche	2011		2012		Diff. %
	N	%c	N	%c	
Reati [1]					
Art. 73 - italiani	14.488	58,2	11.729	55,8	-2,4
Art. 73 - stranieri	10.400	41,8	9.283	44,2	2,4
Art. 74 - italiani	1.259	83,1	1.206	77,4	-5,7
Art. 74 - stranieri	256	16,9	352	22,6	5,7
Art. 80 - italiani	1.127	60,9	1.000	59,9	-1,0
Art. 80 - stranieri	724	39,1	669	40,1	8,0

[1] il totale dei reati commessi è superiore al numero di soggetti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90, perché un soggetto può aver commesso più reati

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

L'analisi della distribuzione per tipo di reato commesso in violazione del DPR 309/90 evidenzia un coinvolgimento nei crimini più gravi riguardanti la produzione, il traffico e la detenzione illecita di sostanze stupefacenti (art. 80 e art. 74) di soggetti mediamente più vecchi rispetto ai detenuti per reati previsti dall'art. 73. Confrontando l'eta media rilevata nel 2012 con quella registrata nel 2011 si conferma l'età media nei soggetti che hanno violato l'art. 74 (38,0 anni) così come si osserva una sostanziale stabilità in coloro che sono coinvolti in crimini legati all'art. 73 e 80 (rispettivamente 33,6 anni vs 32,8 anni e 36,anni vs 36,1 anni).

86,2% soggetti reclusi per violazione dell'art.73

Le caratteristiche dei detenuti, secondo la tipologia di reato commesso in violazione al DPR 309/90, evidenziano una componente prevalente di soggetti reclusi per reati inerenti l'art. 73 (86,2%), ed in numero nettamente inferiore per gli art. 80 e 74 (6,8% e 6,4%). Differenze per nazionalità emergono per i crimini più gravi di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti (art. 74); tra gli italiani ristretti per reati previsti dal DPR 309/90,

Aumento dei dei reati in violazione art. 74

il 8,6% è detenuto per art. 74 contro il 3,4% degli stranieri; dal confronto con i valori del 2011, si nota un leggero aumento sia nei soggetti italiani (8,6 nel 2012 vs 7,4% nel 2011) che nei soggetti stranieri (3,4 nel 2012 vs 2,2%nel 2011).

Tipo di carcerazione: 60% ingresso per la prima volta

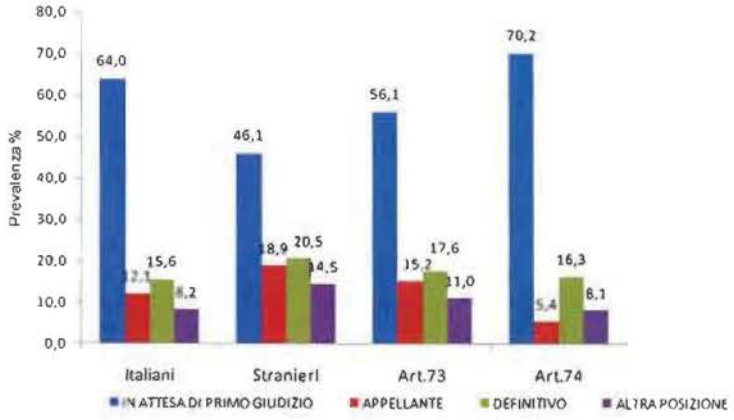
Stabile rispetto al 2011, la percentuale dei soggetti al loro primo ingresso in istituto penitenziario, che rappresentano circa il 60% dei detenuti per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, con una discreta variabilità tra italiani (51%) e stranieri (64,7%). Tra coloro che hanno avuto precedenti carcerazioni si riscontra una prevalenza di recidiva, in lieve aumento, per gli stessi reati associati ad altri reati del codice penale (rispettivamente 48,4 nel 2012 vs 46,5% per il 2011).

Posizione giuridica: 64% degli italiani in attesa di primo giudizio contro il 46,1% degli stranieri

Differenze rispetto alla nazionalità dei soggetti ristretti in carcere per crimini legati al DPR 309/90 si riscontrano anche con riferimento alla posizione giuridica del detenuto. Nella fattispecie il 64% degli italiani è in attesa di primo giudizio, a fronte del 46,1% degli stranieri, per i quali si osserva una percentuale più elevata di appellanti (18,9% vs 12,1%) e di procedimenti giudiziari definitivi (20,5% vs 15,6%). Non si evidenziano sostanziali differenze rispetto a quanto emerso dall'analisi effettuata l'anno scorso: la percentuale di soggetti in attesa di primo giudizio è pari al 56,2% (57% nel 2011) ; costante anche la percentuale di soggetti appellanti.

Si conferma la % di soggetti in attesa di primo giudizio.

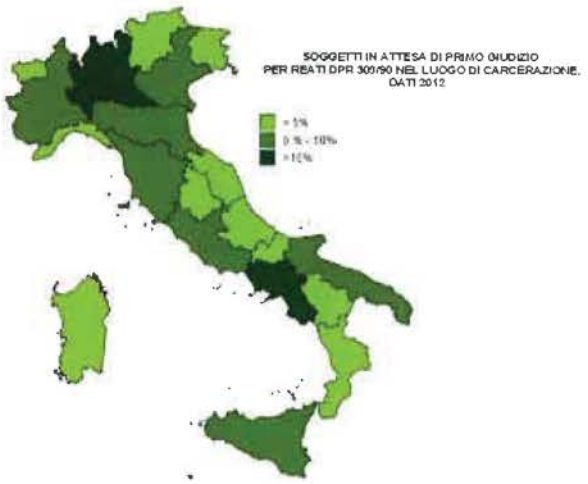
Figura IV.2.27: Distribuzione dei soggetti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 per posizione giuridica, nazionalità e tipo di reato - Anno 2012



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

I soggetti detenuti nel 2012 per reati in violazione del DPR 309/90 e in attesa di primo giudizio non appaiono equamente distribuiti sul territorio nazionale ma di essi il 16,7%, per 1.999 unità, si concentra in Campania, l'8,9%, per 1.065 unità, in Sicilia e il 11,8% per 1.416 in Lombardia.

Figura IV.2.28: Soggetti in attesa di primo giudizio per reati commessi in violazione del DPR 309/90 disaggregati per luogo di ingresso in carcere. Anno 2012



In Campania il maggior numero di soggetti in attesa di primo giudizio

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

Rispetto al tipo di reato commesso, l'attesa di primo giudizio risulta la posizione giuridica prevalente sia per reati commessi in violazione dell'art.73 che dell'art.74, ma con valori superiori in corrispondenza del reato più grave riguardante la produzione, il traffico e la detenzione illeciti di sostanze stupefacenti (56,1% dell'art. 73 vs 70,2% dell'art. 74); situazione analoga è riscontrabile anche nella percentuale di soggetti con provvedimento giuridico definitivo, seppur caratterizzata da una minor differenza percentuale tra l'art. 73 e 74, rispettivamente pari al 17,6% e 16,3%. Dal confronto con l'analisi condotta nel 2011, a fronte di un una diminuzione in valore assoluto di soggetti in attesa di primo giudizio e con giudizio definitivo per entrambi gli articoli in questione, si evidenzia che per ambo gli articoli le quote percentuali delle varie posizioni giuridiche rimangono pressoché inalterate.

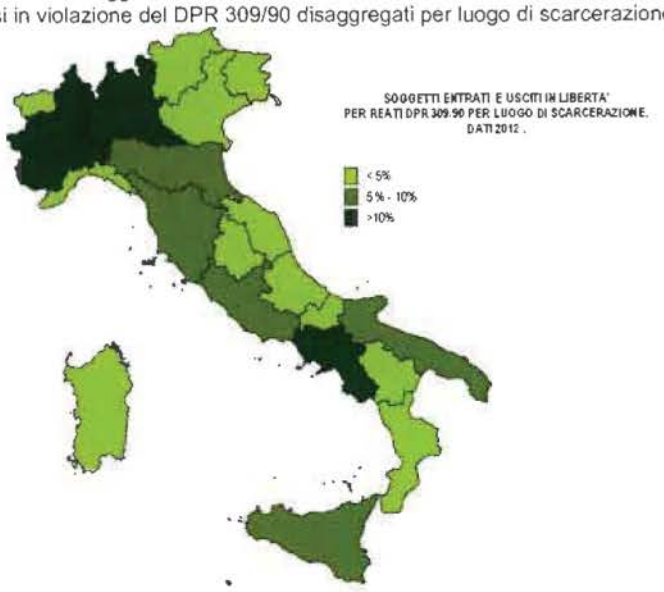
Scarcerazioni: il 34,5% dei soggetti entrati nel 2012 è uscito in libertà

Il 34,5% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2012 per reati in violazione al DPR 309/90 riguardanti la produzione, la detenzione e l'associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti sono stati scarcerati nel corso dell'anno, con un decremento di 2.800 unità rispetto ai soggetti scarcerati nel 2011. La distribuzione per nazionalità mostra lievi differenze tra detenuti italiani e stranieri : gli scarcerati italiani sono il 34% degli italiani che hanno avuto un ingresso nel 2012, tra gli stranieri gli scarcerati sono il 35,4. A fronte di un calo degli ingressi nel 2012 pari al 18% circa, decrescono quindi anche le scarcerazioni del 27,7% con un decremento più vistoso (-34,5% rispetto al 2011 per i detenuti italiani e del 16,4% per quelli stranieri. Il 13,4% dei detenuti sono stati trasferiti in un altro istituto con una differenza marcata tra la popolazione detenuta italiana e straniera (10,3% vs 17,4%). Come già evidenziato nel 2011, anche nel 2012 si registra una diminuzione in valore assoluto anche dei detenuti trasferiti.

Diminuiscono le scarcerazioni nel 2012 vs 2011: Italiani –34,5% Stranieri –16,4%

Analizzando i dati di coloro che sono stati carcerati e usciti in libertà nel corso del 2012, si evince una diversa distribuzione dei soggetti per regione di istituto di avvenuta scarcerazione, infatti è in Campania, Lombardia e Piemonte che si registra il maggior numero di soggetti carcerati-scarcerati nello stesso anno con percentuali rispettivamente del 13,3% pari a 1.066 unità in Campania, 14% circa pari a 1.134 unità in Lombardia e 10,9 per 878 in Piemonte.

Figura IV.2.29: Soggetti entrati e usciti in carcere nel corso del 2012 per reati commessi in violazione del DPR 309/90 disaggregati per luogo di scarcerazione.



In tre regioni il 38% delle scarcerazioni

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

IV.2.5.3 Ingressi negli istituti penali per minorenni

Nel 2012 decremento del 16,0% degli ingressi di minori in carcere, sostenuto in particolare da minori italiani, per reati DPR 309/90

Nel 2012 i minori entrati negli Istituti penali per i minorenni per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti ammontano a 146, con una riduzione (circa il 16%) rispetto al 2011. Sia per l'anno 2011 che per il 2012 i dati sono stati trasmessi dal Ministero della Giustizia attraverso il Sistema Informativo dei Servizi Minorili (SISM), sistema ancora in fase di popolamento; pertanto, i dati analizzati di seguito sono da considerarsi provvisori e in difetto quantitativo per ritardo di notifica.

Con riferimento alle caratteristiche dei soggetti minori entrati negli istituti penali per reati in violazione del DPR 309/09, è possibile definire un profilo dal punto di vista demografico e giuridico.

La reclusione di minori per violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (96,6%), con prevalenza di soggetti stranieri (53,4%), poco più che 17enni e appena più giovani dei minori italiani, così come registrato anche nel 2011.

Tabella IV.2.13: Caratteristiche demografiche dei soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90. Anni 2011-2012

Caratteristiche	2011		2012		Diff.%	Δ%
	N	% c	N	% c		
Genere						
Maschi	166	95,4	141	96,6	1,2	-15,1
Femmine	8	4,6	5	3,4	-1,2	-37,5
Totale	174		146			-16,1
Nazionalità						
Italiani	97	55,7	68	46,6	-9,2	-29,9
Stranieri	77	44,3	78	53,4	9,2	1,3
Età m5dia						
Italiani	17,6		17,4			
Stranieri	17,2		17,2			

Forte presenza di minori stranieri (53,4%)

L'età media supera di poco i 17 anni (17,6 per gli italiani)

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

Profili distinti si osservano tra italiani e stranieri rispetto al tipo di reato causa della detenzione: per i reati più gravi relativi all'associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti (artt. 74 e 80 del DPR 309/90) il numero di minori reclusi è molto basso (4 per art. 74 e 3 per art. 80) e per lo più si tratta di italiani. Per quanto riguarda, invece, i minori che hanno violato l'art. 73 del DPR 309/90 il 53,4% è di nazionalità straniera (Tabella IV.2.10 e Figura IV.2.30) in aumento rispetto al 2011. Si evidenzia che i minori reclusi per violazione dell'articolo 74 o dell'articolo 80 sono anche incriminati per violazione dell'articolo 73.

Tabella IV.2.14: Profilo giuridico dei soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90. Anni 2011 - 2012

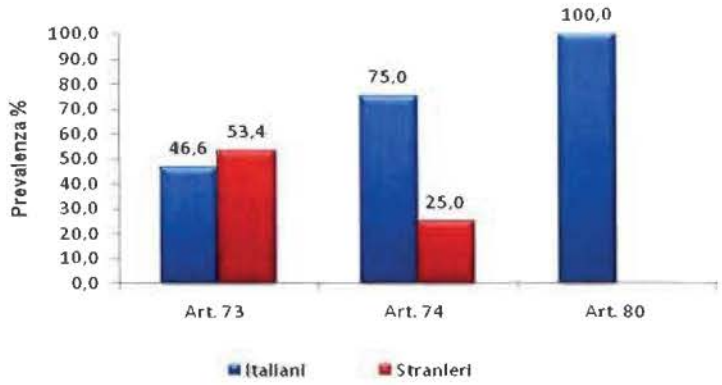
Caratteristiche	2011		2012		Diff.%	Δ%
	N	% c	N	% c		
Reati						
Art. 73 – Italiani	91	55,5	68	46,6	-8,9	-25,3
Art. 73 - Stranieri	73	44,5	78	53,4	8,9	6,8
Art. 74 – Italiani	2	100,0	3	75,0	-25,0	50,0
Art. 74 - Stranieri	0	0,0	1	25,0	25,0	
Art. 80 – Italiani	1	50,0	3	100,0	50,0	200,0
Art. 80 - Stranieri	1	50,0	0	0,0	-50,0	-100,0
Posizione giuridica						
In attesa di primo giudizio	54	32,0	41	28,1	-3,9	-24,1
Appellante	17	10,1	15	10,3	0,2	-11,8
Definitivo	15	8,9	19	13,0	4,1	26,7
Altra posizione giuridica	83	49,1	71	48,6	-0,5	-14,5

Probabile maggior coinvolgimento di minori in attività di traffico e spaccio

Maggior percentuale di stranieri che hanno violato artt. 73

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

Figura IV.2.30: Percentuale di soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 secondo l'articolo violato e la nazionalità. Anno 2012

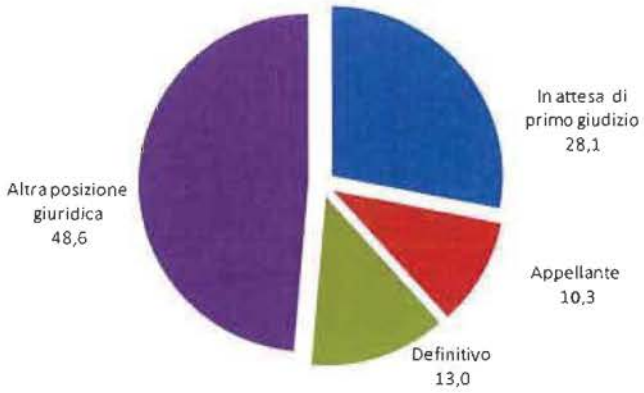


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia-Dipartimento della Giustizia Minorile

Il 28% dei minori ristretti in carcere è in attesa di primo giudizio, con una leggera differenza per nazionalità (26,5% italiani vs 29,5% stranieri), il 10,3% è appellante (7,4% italiani vs 12,8% stranieri) e il 13% ha una posizione giuridica definitiva (16,2% italiani vs 10,3% stranieri) (Figura IV.2.31).
Sebbene la composizione per posizione giuridica resti simile a quella del 2011, si registra un incremento dei minori con procedimento definitivo (il dato era pari al 9% nel 2011).

Il 28% di minori in attesa di primo giudizio

Figura IV.2.31: Percentuale di soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 secondo la posizione giuridica. Anno 2012



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

IV.2.6. Criminalità droga-correlata

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti ammontano nel 2012 a 10.419. Il dato risulta sottonotificato a causa dell'aggiornamento degli archivi del Casellario ancora in atto al momento della rilevazione, ciò giustifica anche l'andamento apparentemente decrescente nell'ultimo triennio (Figura IV.2.32).

10.419 persone condannate dalla A.G. (dato provvisorio per ritardo di notifica)

Figura IV.2.32 Soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90; Anni 2008 – 2012

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

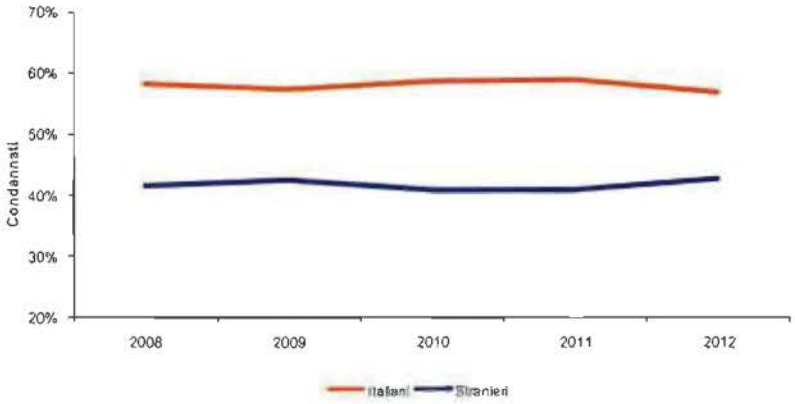
Il 90% è alla prima condanna

Nel periodo 2008-2012, il 90% circa dei soggetti è stato condannato una sola volta, mentre la restante percentuale di soggetti ha riportato due o più condanne.

Caratteristiche dei condannati

Senza mostrare variazioni di rilievo nel quinquennio in esame, nel 2012 circa il 93,1% dei condannati era di genere maschile, e il 57,1% di nazionalità italiana.

Figura IV.2.33: Percentuale condannati per nazionalità dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2008 – 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

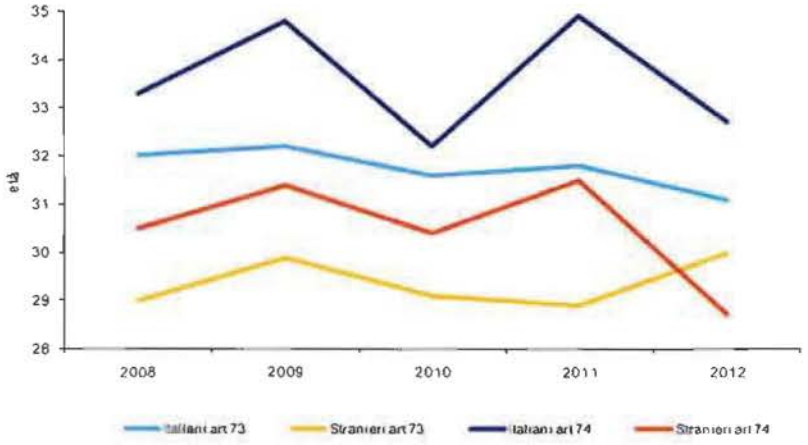
97 % condannato per produzione traffico e vendita

Nel 97% dei casi i provvedimenti di condanna hanno riguardato reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), con valori quasi identici tra gli italiani e gli stranieri (rispettivamente 96,9% e 97,5%); lo 0,2% dei provvedimenti erano riferiti specificamente a reati più gravi di associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90), con valori identici per i soggetti italiani e stranieri, ed il rimanente 2,7% riguardava provvedimenti per violazione di entrambe le disposizione normative citate

Cala l'età media: più giovani gli stranieri condannati

L'età media dei soggetti condannati è più elevata in caso di reati per associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90) e per i condannati di nazionalità italiana. Più giovani risultano gli stranieri condannati per i reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) (Figura IV.2.34).

Figura IV.2.34: Età media dei soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, per nazionalità. Anni 2008 - 2012



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

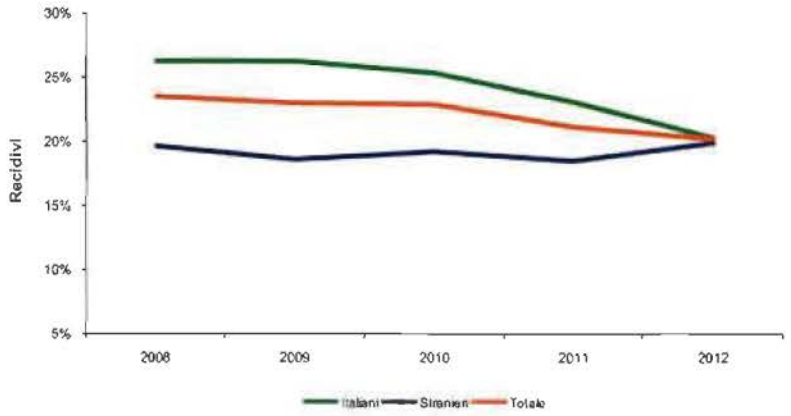
Nel 2012 il 20,2% dei condannati è recidivo

Nel 2012 circa il 20,2% dei condannati è recidivo, percentuale che varia in base al tipo di reato ed alla nazionalità del condannato, risultando sensibilmente superiore tra i condannati per i reati previsti dall'art. 73 rispetto ai crimini più gravi (20,7% contro il 3,6%) e per i reati più gravi (previsti dall'art. 74) tra gli italiani rispetto agli stranieri (3,9% contro il 2,9%).

Diminuzione del tasso di recidivi soprattutto di nazionalità italiana

Sempre considerando la provvisorietà del dato, in aggiornamento quinquennale da parte dell'ufficio competente, la Figura IV.2.35 mostra l'andamento delle recidive nel periodo 2008-2012. Il dato totale, dopo una sostanziale stasi nel periodo 2008-2010 mostra un certo decremento, che si conferma anche nel 2012, con una diminuzione del numero di soggetti recidivi di quasi 1 punti percentuale rispetto al dato 2012. (20,2% vs 21,2%). La diminuzione dei recidivi risulta, inoltre particolarmente evidente per i cittadini italiani, per i quali il dato 2012 si attesta al 20,4% contro il 23,1% registrato nel 2011.

Figura IV.2.35: Percentuale dei soggetti recidivi secondo la nazionalità. Anni 2008 – 2012



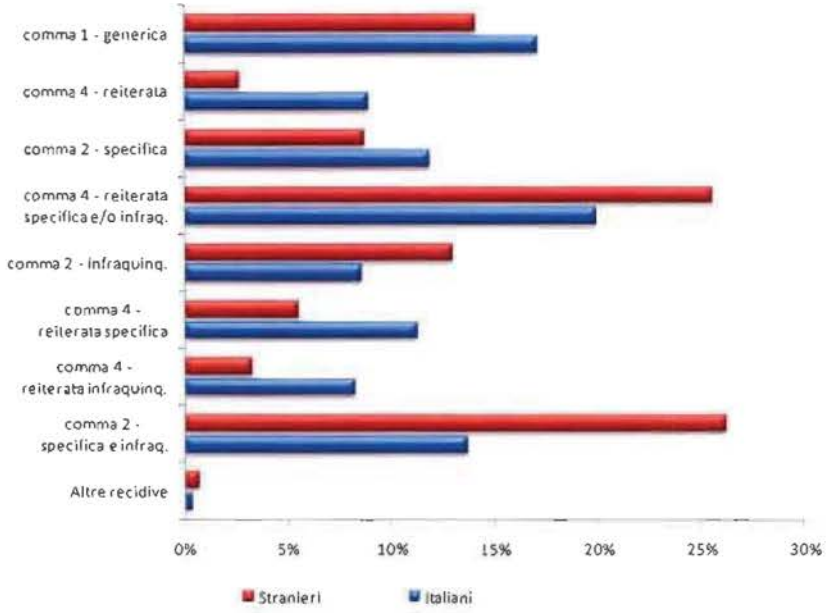
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

Stranieri più recidivanti in modo reiterato

Dalla distribuzione dei condannati recidivi per tipologia di recidiva (art. 99 del codice penale[6]) si osservano profili nettamente differenti tra i condannati italiani e stranieri: mentre gli stranieri tendono a commettere maggiormente reati recidivi reiterati specifici e/o infraquinquennali (26% sia la quota per il comma 4 che per il comma 2 specifica e infraquinquennale, in entrambi i casi in aumento rispetto al 2011), gli italiani mostrano una maggiore percentuale di condannati per recidiva generica (17%) o recidiva reiterata specifica ai sensi del comma 4 (20%). (Figura IV.2.36).

[6] Art. 99 c.p. Recidiva: Comma 1 (recidiva semplice o generica)- Chi dopo essere stato condannato per un reato ne commette un altro, ... Comma 2 (recidiva aggravata) - La pena può essere aumentata fino ad un terzo se: 1) il nuovo reato è della stessa indole (specifica); 2) se il nuovo reato è stato commesso nei cinque anni dalla condanna precedente (infraquinquennale); 3) se il nuovo reato è stato commesso durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena. Comma 3 - Qualora concorrano più circostanze fra quelle indicate nei numeri precedenti, l'aumento di pena può essere fino alla metà (Comma 2 N. 1 e 2; Comma 2 N. 1 e 3; Comma 2 N. 2 e 3; Comma 2 N. 1, 2 e 3). Comma 4 (recidiva reiterata) – ipotesi 1: se il recidivo commette un altro reato ... ; ipotesi 2: recidiva reiterata specifica, infraquinquennale, specifica e infraquinquennale; ipotesi 3: recidiva reiterata durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena.

Figura **IV.2.36**: Percentuale di soggetti recidivi secondo la nazionalità e il tipo di recidiva art. 99 codice penale. Anno 2012

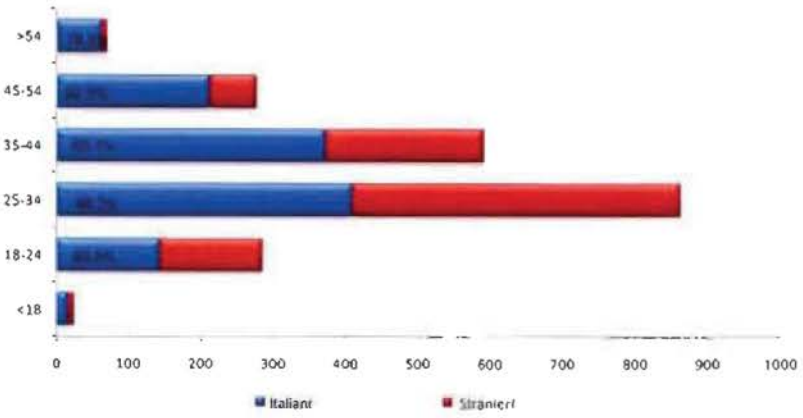


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio III Casellario

Analizzando inoltre le classi di età dei recidivi, si evidenzia la percentuale più alta nella classe 25-34 anni che da sola rappresenta il 40,8% dei recidivi nel 2011, per un totale di 848 unità. Di tali condannati il 53% sono italiani (Figura IV.2.37).

25-34 anni la classe con maggiore recidiva

Figura **IV.2.37**: Soggetti recidivi suddivisi per classi di età e nazionalità. Anno 2012



PAGINA BIANCA

Parte Quinta

Schede Amministrazioni

PAGINA BIANCA

CAPITOLO V.1.

AMMINISTRAZIONI CENTRALI

V.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

V.1.2. Ministero della Salute

V.1.2.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

V.1.2.2. Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.2.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.3. Ministero della Giustizia

V.1.3.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

V.1.3.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.3.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.4. Ministero dell'Interno

V.1.4.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

V.1.4.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetica delle principali attività

V.1.4.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.5. Ministero degli Affari Esteri

V.1.5.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

V.1.5.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.5.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.6. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

V.1.6.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

V.1.6.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.6.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.7. Ministero della Difesa

V.1.7.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

V.1.7.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.7.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.8 Comando Generale della Guardia di Finanza

V.1.8.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

V.1.8.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.8.3 principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1. AMMINISTRAZIONI CENTRALI

V.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

DPA

Requisito essenziale, per lo sviluppo di efficaci Politiche Antidroga, ribadito non solo a livello internazionale ma richiesto esplicitamente dagli operatori che lavorano in questo settore, è la completa sinergia di tutti gli organi coinvolti (amministrazioni centrali, amministrazioni regionali, servizi del pubblico e del privato sociale).
Art.1 del DPR 309/90 e l'art.2 del DPCM 31 dicembre 2009 hanno demandato questa funzione di coordinamento per l'azione antidroga al Dipartimento Politiche Antidroga. Il Dipartimento in particolare, provvede a promuovere, indirizzare e coordinare le azioni di Governo atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate, di cui citato DPR 309/1990, nonché a promuovere e realizzare attività di collaborazione con le pubbliche amministrazioni competenti nello specifico settore, le associazioni, le comunità terapeutiche, i centri di accoglienza operanti nel campo della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento dei tossicodipendenti, provvedendo alla raccolta della documentazione sulle tossicodipendenze, alla definizione e all'aggiornamento delle metodologie per la rilevazione, l'elaborazione, la valutazione ed il trasferimento all'esterno delle informazioni sulle tossicodipendenze. Il Dipartimento inoltre cura la definizione ed il monitoraggio del Piano di Azione Nazionale Antidroga, coerentemente con gli indirizzi europei in materia, definendo e concertando al contempo le forme di coordinamento e le strategie di intervento con le Regioni, le Province autonome e le organizzazioni del privato sociale, anche promuovendo intese in sede di Conferenza unificata

V.1.2 Ministero della Salute

V.1.2.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione – Direzione Generale della prevenzione

DG Prevenzione

Riferimenti normativi

Riferimenti Normativi

Riferimenti normativi

- Testo Unico sulle Tossicodipendenze [DPR 309 del 1990 e successive modificazioni e integrazioni Legge 49 del 2006]
- DM 444 del 1990 - Regolamento concernente la determinazione dell'organico e delle caratteristiche organizzative e funzionali dei servizi per le tossicodipendenze da istituire presso le Unità Sanitarie Locali
- Provvedimento 21 Gennaio 1999 – Accordo Stato Regioni per la ri-organizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti
- Provvedimento 5 Agosto 1999 – Schema di Atto di intesa Stato Regioni recante : determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso.

La Direzione Generale della Prevenzione, all'interno del Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione svolge, tramite l'ufficio VII, le seguenti attività, in materia di tossicodipendenze:

Ufficio VII

Ufficio VII

- Prevenzione, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza.
- Collaborazione per la messa a regime del Sistema informativo Nazionale per le Dipendenze con la DG della Programmazione Sanitaria, le Regioni e PPAA e il coordinamento del DPA
- Collaborazione con il DPA per la pubblicazione online dell'Italian Journal of Addiction
- Collaborazione con il Dipartimento per le Politiche Antidroga nel Sistema di allerta precoce (EWS) su nuove sostanze d'abuso
- Monitoraggio Progetti di ricerca CCM e Fondo Nazionale Lotta

V.1.2.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

Ufficio VII

Ufficio VII

SIND

- Lavoro per la messa a regime del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND). In collaborazione con la Direzione Generale del Sistema Informativo, le Regioni e il coordinamento del Dipartimento Politiche Antidroga, è stato messo a punto il modello di rilevazione delle attività dei servizi per le tossicodipendenze.

- Pubblicazione dell'Italian Journal of Addiction: nel 2012 è stato pubblicato in versione on-line, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga. Per maggiori dettagli si può consultare il sito internet dedicato: http://www.italianjournalonaddiction.it/

Sistema di allerta

- Sistema di allerta precoce Nel corso del 2012 è proseguita la collaborazione per i profili di propria competenza, con il DPA, riguardo alle segnalazione pervenute dal Sistema di allerta precoce.

- Predisposizione del decreto interdirigenziale di cui al comma 70, articolo 1 della legge 220 del 2010.

V.1.2.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Aspetti Normativi

Prospettive prioritarie

- Elaborazione del Decreto di competenza di questo Ministero di cui all'Articolo 75 , comma 10 del DPR 309 del 1990 (come modificato dalla Legge 49 del 2006);

- E' in fase di adozione il Decreto Interdirigenziale del Ministero dell'Economia e delle Finanze (AAMS – Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato) previsto dalla Legge di stabilità 2011, n. 220 del 13

dicembre 2010 che prevede l'adozione di Linee d'Azione per la Prevenzione, il contrasto e il recupero di fenomeni di ludopatia conseguente a gioco compulsivo. Al riguardo è stato coinvolto anche il Dipartimento per le Politiche Antidroga in qualità coordinatore interministeriale nella lotta alle dipendenze patologiche.

Valorizzazione delle attività progettuali precedentemente attivate.
E' da ritenere prioritaria la capitalizzazione e la diffusione dei Progetti finanziati, sia al fine dell'implementazione di buone pratiche cliniche, sia per l'orientamento delle policy di prevenzione universale e selettiva. Nello specifico si segnala il Progetto CCM che si è concluso nel 2010 relativo al Gioco d'azzardo Patologico.

Italian Journal of addiction:
L'IJA sarà anche nel 2013 on-line così come concordato con il Dipartimento Politiche Antidroga. Saranno trasmessi i più attuali ed accreditati articoli scientifici nazionali ed internazionali, implementando al tempo stesso il confronto e lo scambio di esperienze tra gli specialisti, con l'obiettivo di migliorare la comunicazione ed ottimizzare gli strumenti di lavoro per quanti operano nel settore. La rivista è, inoltre, strumento indispensabile per la diffusione dei risultati dei Progetti Ministeriali.

Sanità Penitenziaria e tossicodipendenza
Deve essere consolidata la rilevazione epidemiologica per la presa in carico dei detenuti tossicodipendenti.

Progetti del Dipartimento Politiche Antidroga cui il Ministero della Salute partecipa in qualità di Ente collaborativo

Collaborazione progettuale DPA

1. **DAD.NET** – Donne alcol e droghe: attivazione di un network italiano per la promozione di offerte specifiche rivolte al genere femminile e finalizzate alla prevenzione dei rischi correlati all'uso di alcol, droga e patologie correlate, incentivazione all'adeguamento dei Servizi essenziali sui specifici bisogni delle donne tossicodipendenti (Ufficio VII)
2. **DRDS** _ Sistema per il monitoraggio dei decessi droga correlati (Ufficio VII)
3. Monitoraggio e valutazione del drug-test nei lavoratori con mansioni a rischio (Ufficio II)
4. **EDU-CARE** Educazione e supporto alle famiglie , diagnosi precoce e neuroscienze del comportamento (Ufficio VII)
5. **NEWS 2010** – Implementazione e mantenimento del Sistema di allerta precoce e Risposta Rapida alle droghe (Ufficio VII – Ufficio VIII)
6. **NNIDAC** – Network Nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati (Ufficio II)
7. **PPC 2010** – Rilevazione Nazionale delle attività di Prevenzione delle Patologie correlate (Ufficio VII)
8. **SGS** – Strada per una guida sicura (Ufficio II)
9. **SIND** support e **NIOD**: Sistema informativo sulle dipendenze e Network Italiano degli osservatori sulle dipendenze – (Ufficio VII)

V.1.3. Ministero della Giustizia

V.1.3.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale

DG Giustizia Penale

La principale attività dell'Ufficio I di questa Direzione Generale in materia di prevenzione, trattamento e contrasto all'uso di droghe consiste nello svolgimento della rilevazione dei dati richiesti dall' *art. 1, comma 8 lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309.*

L'Ufficio I è costantemente impegnato nel miglioramento della qualità dei dati della citata rilevazione.

Tale miglioramento è stato soprattutto realizzato tramite la creazione di un software di estrazione automatica dei dati dai registri informatizzati degli uffici giudiziari, in vigore dall'anno 2006.

Non trascurabile importanza riveste anche il controllo di qualità 'manuale'.

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio IV – Servizi Sanitari

Consumatori e tossicodipendenti nel sistema penitenziario

Anche nel 2012 la presenza di consumatori di sostanze e di tossicodipendenti nel sistema penitenziario italiano ha costituito un problema di grande rilevanza . Sulla base di dati forniti dal Centro di Elaborazione del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria è possibile in primo luogo verificare quale sia l'incidenza dell'art. 73 d.p.r. 309/90 sulla popolazione detenuta.
Al 31 12 2012 su 65701 detenuti 25269 erano ristretti per violazione art. 73 d.p.r. 309/00 (38.46%), con una flessione di circa mille unità rispetto al 31 12 2011.
I ristretti registrati come tossicodipendenti sempre al 31 12 2012 sono stati invece 15.663 (23.84%), confermando le percentuali già osservate a partire dal 2010.
E' da notare che al trend in discesa rispetto al numero complessivo di tossicodipendenti del 1992 (14.818 pari al 31.32% della popolazione detenuta), corrisponde una modifica della quota di stranieri che passa dall'11.34% del 1992 al 31.05% del 2012. Appare palese la difficoltà di molti tra questi di accedere alle misure alternative per assenza di una rete familiare all'esterno e/o di un domicilio.
Ciò costituisce un nodo importante difficilmente risolvibile all'interno della sola Amministrazione Penitenziaria unitamente al numero di tossicodipendenti in affidamento (evidentemente "terapeutico") definitivo o provvisorio che continua ad essere assai modesto, per le motivazioni (difformità tra autodichiarazioni del detenuto e certificazione ASL, difficoltà economiche per le Regioni e conseguentemente per le comunità terapeutiche ecc) di cui abbiamo già avuto modo di disquisire nel Rapporto al Parlamento 2011.
Continuiamo quindi a seguire con la massima attenzione le strategie poste in essere dal Dipartimento delle Politiche Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri con il progetto "Carcere e droga" ideato ed attivato nel 2011, della specifica Commissione voluta da Consiglio Superiore della Magistratura per verificare se siano possibili interventi sull'art. 73 d.p.r. 309/90 o sulle modalità di applicazione dell' "affidamento terapeutico", utili a ridurre il sovraffollamento, della Conferenza Stato Regioni attraverso il Tavolo tecnico

Auspichiamo altresì che tali iniziative trovino un punto di contatto e una sintesi basata su buone prassi che in passato hanno dato prova di sostenibilità efficacia ed efficienza come il Progetto DAP. Prima voluto e realizzato da questo Dipartimento.

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

Dipartimento Giustizia Minorile

Come già riportato nella precedente relazione per quanto riguarda le rilevazioni sui minori che assumono sostanze stupefacenti e sugli accertamenti sanitari da parte dell'Ufficio statistica del Dipartimento Giustizia Minorile, sono state soppresse a seguito al definitivo passaggio delle competenze in materia sanitaria al SSN a decorrere dal 1° gennaio 2011

Passaggio di competenze al SSN

Il Tavolo di Consultazione permanente sulla sanità penitenziaria, istituito presso la Conferenza Unificata Stato-Regioni, in funzione del suo ruolo di coordinamento nazionale per il monitoraggio sull'attuazione del DPCM, ha elaborato ed approvato sull'argomento, in data 10 maggio 2011, un documento sul monitoraggio dei detenuti portatori di dipendenza patologica integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza unificata nella seduta dell' 8 luglio 2010." In tale documento veniva sancito che i dati raccolti, attraverso le schede di rilevazione predisposte, fossero raccolte dalle Regioni e Provincie autonome ed inviate al Dipartimento per le Politiche Antidroga e al Ministero della Salute che avrebbero poi provveduto alla loro elaborazione, coerentemente con la prospettiva dell'attivazione dei previsti Sistemi Informativi Nazionali. Ad oggi a questo Dipartimento non risulta nessun riscontro nel merito.

Tavolo di consultazione

Il discorso riguardante la "cura" è quello che comporta maggiori implicazioni legate alle risorse e alla creazione di una rete, di Servizi e di altre Agenzie, efficace ed efficiente. Il passaggio delle competenze legate alla "Sanità penitenziaria" ha comportato, negli ultimi anni, un paziente e specifico lavoro di sensibilizzazione, di creazione di prassi, di condivisione di obiettivi e di creazione di una cultura comune che, per quanto sicuramente avviata, in alcuni casi è ancora ad uno stato di concretizzazione non sufficientemente avanzato. Lavorare in rete significa condividere delle responsabilità non solo tecniche, sanitarie ed operative ma anche economiche. In questo senso la diffusa carenza di risorse umane e finanziarie in tutti gli Enti Pubblici coinvolti, rappresenta un problema — e spesso un ostacolo — alla predisposizione di interventi ottimali. Molti casi necessitano di intensi interventi che comportano l'inserimento in comunità terapeutiche o con chiare valenze terapeutiche che si scontrano con la disponibilità dei fondi a tale scopo destinati. La mancanza di strutture residenziali terapeutiche particolarmente dedicate a soggetti minorenni è un'ulteriore problema che con grande difficoltà si riesce a tamponare. In questi anni sono state diverse le sollecitazioni che il nostro sistema di Servizi ha inviato agli Enti competenti, in primis le Regioni al fine di mettere in atto sperimentazioni che possano risolvere i nodi problematici qui brevemente enunciati.

Assistenza e cura dei minori tossicodipendenti

Per quanto riguarda l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti la stessa è garantita dai Ser.T. delle Aziende Sanitarie competenti territorialmente che stabiliscono rapporti di collaborazione con i Servizi Minorili della Giustizia nonché con la rete dei servizi sanitari e sociali coinvolti nel trattamento dei tossicodipendenti.
La presa in carico deve prevedere misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che possono continuare anche al termine della misura penale. I programmi di intervento devono garantire la salute complessiva del minorenne dell'area penale attraverso:

- la formulazione di percorsi capaci di una corretta individuazione dei bisogni di salute, in particolare tramite la raccolta di dati attendibili sulle reali dimensioni e sugli aspetti qualitativi che costituiscono la popolazione giovanile sottoposta a provvedimento penale con problemi di assunzione di sostanze stupefacenti e di alcool per la quale non è stata formulata una diagnosi di tossicodipendenza e delle eventuali patologie correlate all'uso di sostanze (patologie psichiatriche, malattie infettive).
- la segnalazione al Ser.T., da parte dei sanitari dei possibili nuovi utenti o soggetti con diagnosi anche solo sospetta e l'immediata presa in carico dei minori sottoposti provvedimento penale, da parte del Ser.T. e la garanzia della necessaria continuità assistenziale;
- l'implementazi0ne di specifiche attività di prevenzione, informazione ed educazione mirate alla riduzione del rischio di patologie correlate all'uso di droghe;
- la predisposizione di programmi terapeutici personalizzati, attraverso una diagnosi multidisciplinare sui bisogni del minore;
- la definizione di protocolli operativi per la gestione degli interventi nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
- la realizzazione di iniziative di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori ASL che quelli della Giustizia.

Attuazione normativa

Fin dall'inizio dell'attuazione del DPCM sono stati attivati i diversi livelli di confronto istituzionale ed operativo per la definizione di prassi condivise e accordi/protocolli così come previsti dal dettato normativo. I Centri per la Giustizia Minorile, i Servizi Minorili dipendenti e le ASL di riferimento hanno spesso costituito gruppi di lavoro misti per determinare la presa in carico dei minori/giovani adulti con problematiche sanitarie (psicopatologiche - psichiatriche - di tossicodipendenza e/o alcool dipendenza).
Nonostante alcune criticità, inevitabili nel dover organizzare l'intero funzionamento di un meccanismo così complesso che vede l'intersecarsi del sistema giustizia con quello della sanità, la collaborazione con tutti gli interlocutori sanitari ai vari livelli è fattiva,

V.1.3.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività svolte nel 2012

Dipartimento per gli Affari Di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale

Attività DG Giustizia Penale

Tra le attività istituzionali attribuite dal Decreto del Presidente della Repubblica 6 marzo 2001, n. 55 a questa Direzione Generale, rientra anche quella di effettuare rilevazioni statistiche al fine di valutare l'impatto socio-giuridico di alcune leggi (in particolare di recente istituzione) od anche la consistenza di alcuni fenomeni di rilevanza penale non sempre connessi ad una precisa normativa ma comunque ritenuti di particolare interesse.
Nel caso della rilevazione sulle tossicodipendenze, ai sensi dell'art. 1, comma 9 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, anche il Ministero della Giustizia è tenuto a trasmettere i dati relativi alle questioni di sua competenza all'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza.
Nel 1991 é stato pertanto avviato, mediante una circolare del Direttore Generale degli Affari Penali, un monitoraggio avente cadenza semestrale, facente parte del Piano Statistico Nazionale, con lo scopo di raccogliere i dati di cui all'art. 1, comma 8, lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 relativi al numero ed agli esiti dei processi penali per i principali reati previsti dal citato DPR.

I prospetti contenenti i dati in oggetto vengono di norma compilati manualmente dagli uffici giudiziari interessati alla rilevazione ed inviati al Ministero per via telematica, fax o posta.
A partire dal 2003, i prospetti di rilevazione sono stati modificati in modo tale da consentire la conoscenza, oltre che del numero dei processi penali, anche delle persone in essi coinvolte; la banca dati è stata anch'essa modificata per fornire le informazioni, oltre che per area geografica e distretto di Corte d'Appello, anche per Provincia, Regione, fase di giudizio ed età, delle persone coinvolte.
All'inizio dell'anno 2006 è stato distribuito agli uffici giudiziari interessati alla rilevazione un apposito software che consente di estrarre in modo automatico i dati dai registri informatizzati degli uffici stessi e che permette al contempo di disporre di dati più attendibili ed estratti con criteri uniformi, riducendo in modo considerevole l'onere per il compilatore, soprattutto in termini di tempo (prima infatti i dati dovevano essere rilevati in modo "manuale"). Il prospetto statistico viene compilato in modo automatico dallo stesso software e pronto per essere inviato al Ministero tramite gli ormai usuali canali di trasmissione (e-mail, fax e posta).

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio IV – Servizi Sanitari

Attività DG detenuti e trattamento

Il Ministero della Giustizia, a seguito dell'emanazione del Dl:vo 230/99, non ha competenze in materia di assistenza sanitaria alle persone detenute e dall'anno 2000 sono i Servizi per le Dipendenze delle AASSLL ad operare all'interno degli Istituti Penitenziari. Non abbiamo quindi la disponibilità di conoscere il numero degli interventi sia di tipo terapeutico psicologico e/ o comportamentale forniti dai Ser.T. Nonostante ciò, si sono osservati alcuni recenti miglioramenti nel campo del trattamento per la dipendenza da droga all'interno delle carceri. In particolare il trattamento farmacologico attraverso sostanze sostitutive è presente e possibile in tutti gli Istituti penitenziari.
Tanto premesso, l'analisi dei dati di specifiche iniziative già elencate nel rapporto 2011 e ai quali il Dipartimento ha partecipato nel 2012 ed in particolare il **progetto "La salute non conosce confini"** approvato dai dicasteri della Giustizia e della Salute, e sviluppato dall'Ufficio IV Servizi Sanitari di questa Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento, congiuntamente alla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), la Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSPE) e il Network Persone Sieropositive (NPS), ha consentito di acquisire dati aggiornati sull'impatto delle malattie virali croniche e della tubercolosi nella popolazione detenuta in generale e sulla componente tossicodipendente in particolare.
Nei 9 istituti penitenziari che hanno fornito i dati preliminari (per altri 11 carceri si è ancora nella fase di raccolta delle informazioni) relativi al primo periodo di osservazione (dicembre 2011), erano presenti 7309 detenuti (276 donne) e di cui 3227 non italiani (44. 15%) .
Gli incontri svolti hanno raggiunto 1600 detenuti (22% dei presenti) di cui il 16.4% tossicodipendente; tra questi la percentuale di chi ha accettato di sottoporsi a test di screening per HIV, HBV, HCV e TBC è stata del 62%. E' stato possibile identificare e iniziare a curare nuove 183 infezioni ed in particolare: 35 detenuti con HBV (di cui 48% td), 34 con HCV (di cui 53% td) (, 3 con HIV (di cui 2 td) , 14 con sifilide e ben 97 con tubercolosi latente.

La Conferenza Stato Regioni presso la Presidenza del Consiglio ha inoltre approvato e reso disponibile nel marzo 2012 il documento recante **"Infezione da HIV e detenzione"** che raccoglie le evidenze scientifiche piu' aggiornate sulla specifica materia, raccolte in gran parte dall'Ufficio IV Servizi Sanitari della

Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento.
Si tratta di uno strumento aggiornato e condiviso non solo per gli specialisti del settore ma per tutti gli operatori della sanità penitenziaria.

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

Dipartimento Giustizia Minorile

Il profilo tipologica del minore che usa e abusa di sostanze stupefacenti non può essere in alcun modo assimilato a quello dell'adulto in quanto l'orientamento verso comportamenti di tossicofilia raramente comporta una certificazione di tossicodipendenza, pur richiedendo interventi specialistici da parte delle Aziende sanitarie e dei Ser.T che prevengono la cronicizzazione del comportamento.

Il modello attuato dal sistema penale minorile è quello di un intervento integrato che costruisce reti interistituzionali capaci di riportare al centro il giovane con i suoi specifici bisogni a cui dare riscontro sia attraverso un progetto individualizzato e specializzato, sia con il coinvolgimento di tutte le agenzie educative per consentirgli la fuoriuscita dal sistema penale, il suo inserimento sociale e lavorativo.
I Servizi Minorili della Giustizia attivano il Servizio Sanitario locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici con la ricerca di sostanze stupefacenti ed interventi di tipo farmacologico.
Sulla base del modello di responsabilità, che limita l'intervento punitivo, l'azione del Dipartimento per la Giustizia Minorile in linea con i dettami europei ha attivato simultaneamente strategie preventive che rispondono a un duplice ordine di obiettivi: da un lato adempiere a una finalità di prevenzione istituzionale di tipo terziaria attraverso l'accompagnamento, l'aiuto e il sostegno nel percorso tratta mentale. L'intervento dei Servizi della Giustizia Minorile è un intervento integrato (psicologico, sociale, educativo) e multimodale (in quanto tenta di agire sia sul minore sia sul suo contesto di sviluppo).

Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minorile, si individua, l'esecuzione del collocamento in comunità terapeutiche. In attuazione del DPCM 1° aprile 2008 è previsto che l'individuazione della struttura sia effettuata dalla ASL competente sulla base di una valutazione delle specifiche esigenze dello stesso.

E' già stata evidenziata nel corso degli anni precedenti la questione relativa alla scarsità di comunità dedicate a minori con problematiche di tossicodipendenza o tossicofilia associati a disturbi psichici (doppia diagnosi), per i quali le strutture specializzate sono esigue e spesso non pronte allo specifico trattamento dei minori.

Nel territorio nazionale le comunità che accolgono minori dell'area penale portatori di questa specifica problematica possono suddividersi secondo la se tabella:

COMUNITA'	N°
Comunità socio-educativa con doppia diagnosi (tossicodipendenza/alcolismo)	5
Comunità socio-educativa per tossicodipendenza e alcolismo	16
Comunità terapeutica per doppia diagnosi (tossicodipendenza/alcolismo)	23
Comunità terapeutica per tossicodipendenza e alcolismo	110

Interventi dei Servizi minorili della Giustizia

Si forniscono di seguito alcuni interventi specifici realizzati dai Servizi minorili della Giustizia in collaborazione con i servizi sanitari territoriali.

Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria Distretto di Torino

Distretto di Torino (Piemonte e Valle d'Aosta)

Nell'anno 2012 sono proseguiti i lavori di connessione interistituzionale tra i Servizi Minorili e le ASL competenti territorialmente arrivando alla firma di Protocolli operativi. Continua ad esserci massima attenzione all'individualizzazione di programmi e viene altresì tenuto conto della specificità sia della condizione detentiva sia delle caratteristiche socio-culturali dei minori. In particolare per i minori stranieri (siano essi accompagnati o meno) sono previsti interventi di supporto specifico a carattere etno psichiatrico e etno psicologico. Nei confronti dei detenuti con diagnosi di uso-abuso-dipendenza da sostanze psicotrope legali e illegali ristretti all'interno del Centro di Prima Accoglienza e dell'Istituto Penale Minorile di Torino sono garantiti interventi sanitari, psicologici e socio-rieducativi il più possibile omogenei e coerenti con l'offerta terapeutica praticata all'esterno.

Il programma nell'anno 2012, in continuità con gli anni precedenti, ha previsto una serie di attività volte al contrasto della diffusione, alla cura, al recupero ed alla riabilitazione degli assuntori di sostanze stupefacenti che si sono concretizzato nelle visite mediche e colloqui specialistici al fine di raccogliere dati socio anamnestici, attivare una valutazione diagnostica e costruire un'ipotesi progettuale di intervento, in collaborazione con l'équipe multi professionale dell'istituto e le risorse esterne sul territorio.

Sono stati organizzati, inoltre, momenti formativi e informativi, gestiti da personale infermieristico e da mediatori culturali su progetto dell'Associazione di volontariato "Aporti Aperte" (incontri di "Salute e Benessere"), rivolti ai ragazzi detenuti in cui, tra gli altri argomenti, sono stati affrontati i temi dell'uso e abuso di sostanze, soprattutto nella parte concernente gli aspetti di prevenzione.

Per quanto attiene la regione Liguria restano ancora da sottoscrivere i protocolli operativi con le singole AA.SS.LL. liguri e di Massa Carrara per la stesura dei quali si sono ripresi i lavori nell'ultimo periodo. Sul territorio è presente un Centro Diurno pomeridiano My Space gestito dal Sert ed utilizzato che accoglie anche minori del circuito penale.

Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Trento e Bolzano

Nell'ambito del distretto le attività programmate da un lato hanno puntato a completare il trasferimento delle fiinzioni sanitarie con particolare riguardo all'applicazione dell'art.2 del D.P.C.M. del 1° aprile 2008 . Nella Regione Veneto attraverso l'emanazione del "Piano Socio-Sanitario regionale 2012-2016" è stata sottolineata la necessità di una piena collaborazione interistituzionale tra SSN ed Amministrazione della Giustizia Minorile ovvero della gestione unitaria di tutte le attività socio sanitarie a favore dei detenuti integrando l'assistenza alla tossico/alcol dipendenza.

Nella Provincie autonome di Bolzano e Trento è stato formalmente recepito, con distinte delibere, il trasferimento delle funzioni sanitarie succitate. La Regione Friuli Venezia Giulia pur recependo il trasferimento delle previste funzioni sanitarie ha subordinato l'efficacia/entrata in vigore della normativa alla migrazione di fondi dedicati dallo Stato alla Regione ovvero tramite l'aumento della quota delle compartecipazioni. Con riferimento alla specificità detentiva

dell'Istituto Penale peri Minorenni di Treviso, si è assistito al passaggio da una sanità "occasionale", intesa come consulenza prestata su richiesta, ad una sanità (con particolare riferimento ai Ser.D.) che prende in carico l'utenza, organizza un presidio sanitario quanto mai necessario per un'utenza particolarmente vulnerabile stante le condizioni personali e di restrizione. Nell'area penale esterna, si sono consolidati i rapporti dell'U.S.S.M. (BZ) con il Servizio per le Dipendenze, anche con funzione preventiva, di Bolzano e Merano (Comprensori con ambulatorio per il gioco d'azzardo patologico e con il settore di alcoologia).

Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia Lombardia

Nel Distretto di Corte D'appello di Milano è operativa un'unità centralizzata che svolge un'azione di presa in carico diretta e/o di invio dei minori sottoposti a procedimento penale ai SERT territorialmente competenti. Detta unità è strutturata come equipe multidisciplinare. psico-socio-educativa e sanitaria specialistica per le prestazioni di diagnosi e cura per minori d'area penale assuntori di sostanze stupefacenti e/o alcoliche.

Le attività del servizio sono erogate sia all'interno dell'Istituto Penale Minorile C. Beccaria sia presso una sede esterna denominata "Spazio Blu". Quest'ultima e un contesto accogliente e non etichettante che permette al minore d'area penale con problematiche di abuso di accedere ad una presa in carico nella quale possono essere garantiti interventi psicologici, educativi, sociali e sanitari.
L'attività svolta dall' equipe multidisciplinare nei singoli Servizi della Giustizia Minorile è regolamentata da appositi protocolli operativi sottoscritti nell'ambito dell'accordo quadro tra il Centro per la Giustizia Minorile e la Regione Lombardia .

Il tema del collocamento in comunità terapeutica nel settore delle "dipendenze" è strettamente legato a quello della certificazione dello stato di tossicodipendenza, requisito indispensabile per la legittimazione all'ingresso in dette strutture. La rigidità dei criteri posti per detta certificazione fa sì che i minori per i quali sia configurabile l'elaborazione di un programma terapeutico in strutture specialistiche siano un numero estremamente contenuto, contro una netta prevalenza di minori riconosciuti quali "assuntori occasionali" 0 "abusatori problematici".

Centro per la Giustizia Minorile per l'Emilia Romagna Emilia Romagna

Le attività in materia di minori assuntori di sostanze psicotrope fa riferimento al Protocollo siglato tra il CGM e la AUSL di Bologna nel 2010. Tale documento denominato "Protocollo sulle procedure di inserimento di minori con disturbi psichici o problemi legati alla dipendenza da sostanze in comunità terapeutiche, minori in IPM e CPA, presso il Centro Giustizia Minorile di Bologna, italiani e stranieri rappresenta a tutt'oggi l'unico accordo stipulato con le AUSL della Regione Emilia Romagna.

Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana e l'Umbria Toscana e Umbria

E proseguita proficuamente la collaborazione con il Ser.T sia per l'area penale interna che esterna nelle Regioni Toscana e Umbria con l'obiettivo di incrementare la collaborazione dei servizi e rendere più efficace l'intervento terapeutico e riabilitativo anche in ragione della diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti nei territori di riferimento. Si sta lavorando alla predisposizione di un Protocollo operativo che individui procedure condivise per la presa in carico del

minore assuntore di sostanze stupefacenti.

Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio Lazio

Nell'anno 2012, in un'ottica di integrazione socio-sanitaria in termini metodologici e delle rispettive competenze nella presa in carico dei minori/ giovani assuntori di sostanze sottoposti a procedimento penale, si è sostenuto il progetto relativo al Centro specialistico residenziale per minori coinvolti nel circuito penale a rischio di dipendenza, attraverso un apposito protocollo procedurale .

Inoltre si è stipulato un accordo con l'Agenzia Capitolina sulle Tossicodipendenze — Istituzione di Roma Capitale, che garantisce l'accoglienza dei minori/ giovani adulti, autori di reato, a rischio di tossicodipendenza presso strutture residenziali e semiresidenziali, con percorsi "protetti", di orientamento, di formazione ed inserimento lavorativo .

Nell'ambito della collaborazione tra alcune ASL di Roma ed il Centro Giustizia Minorile del Lazio continua il lavoro del gruppo interistituzionale per gli inserimenti in comunità, orientato alla valutazione integrata e all'attivazione di interventi multi - professionali nelle comunità, anche a carattere preventivo.

Centro per la Giustizia Minorile per l'Abruzzo, Marche e Molise Abruzzo, Marche e Molise

La problematica della tossicodipendenza è stata affrontata attraverso la partecipazione a tavoli dedicati nell'ambito delle attività di prevenzione e monitoraggio del fenomeno . Nell'ambito degli Osservatori regionali sulla sanità penitenziaria dell'Abruzzo e delle Marche è stata evidenziata la problematica inerente lo svolgimento delle misure cautelari e della "Messa alla prova" in comunità per un crescente numero di utenti per i quali il Sert non ritiene necessario il trattamento comunitario e che facendo uso di sostanze stupefacenti risultano di difficile collocazione. E' stata avanza la proposta di "strutture intermedie".

Centro per la Giustizia Minorile per la Campania Campania

Nei diversi Servizi Minorili della Campania sono attivi Protocolli d'Intesa per disciplinare la collaborazione con i Servizi per le Tossicodipendenze e qualora non vi siano ancora accordi formalizzati viene assicurato l'intervento diagnostico attraverso l'attivazione del referente aziendale. Già nel 2011 tutte le AA.SS.LL., su indicazione regionale, hanno provveduto ad individuare il referente aziendale a cui rivolgersi. Sono state inoltre approvate le "Linee guida per la medicina penitenziaria" (D.G.R.C. del 21.3.2011) con indicazioni per il trattamento dei minori sottoposti a procedimento penale assuntori di sostanze stupefacenti e per l'invio in comunità terapeutiche. Continuano i lavori per l'elaborazione delle "Linee guida per la gestione degli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e portatori di disagio psichico" che dovranno essere formalizzati con una Delibera della Regione.

Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia Puglia

E' stato sottoscritto un Protocollo Operativo territoriale tra le Direzioni dei Servizi della Giustizia Minorile e le competenti Direzioni delle ASL, riguardante l'organizzazione delle prestazioni sanitarie previste nelle varie branche a favore dei minori e/o giovani dell'area penale interna ed esterna e relative modalità di presa in carico, anche per i minori tossicodipendenti.

In tutti i servizi minorili del distretto si provvede sistematicamente a segnalare tutti i minori con problematiche connesse all'uso di droghe e di alcool all' Unità Operativa del Sert. Alla segnalazione segue l'intervento degli operatori del SERT - medico, psicologo, assistente sociale - per le prestazioni socio - sanitarie che il caso richiede.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sardegna Sardegna

Continua il lavoro del Tavolo Interistituzionale con l'Assessorat0 alle Politiche Sociali della Regione Sardegna finalizzato alla progettazione di una serie di incontri con le comunità presenti nel territorio regionale per lo scambio di buone prassi e il Dipartimento Politiche Antidroga

L'approfondimento delle criticità emerse nell'accoglienza di minori e giovani adulti dell'area penale con l'obiettivo di individuare metodologie, strumenti ed attività sempre più rispondenti alle esigenze dell'utenza anche in relazione all'uso e abuso di sostanze.

Centro per la Giustizia Minorile per la Calabria e la Basilicata Calabria e Basilicata

I Servizi minorili della Giustizia dei territori calabro-lucani operano da anni in maniera sinergica con i rispettivi Servizi territoriali per le tossicodipendenze delle ASP di rispettiva competenza e nello specifico: in area penale interna (IPM e CPA) con la predisposizione dei trattamenti sanitari previsti (analisi ermato chimiche e test di controllo) attivazione dell'equipe del Sert e successiva condivisione del programma trattamentale e interventi mirati di sostegno psicologico; in area penale esterna attraverso segnalazione al sert di minori con problematiche di tossicodipendenza per la presa in carico congiunta. L'esperienza è più significativa in alcuni contesti territoriali sia per la presenza di un maggior numero di utenti sia per una maggiore disponibilità riscontrata nei servizi ASP territoriali alla presa in carico congiunta. Con l'ASP di Catanzaro si è inoltre elaborato congiuntamente il progetto "Percorso Sociosanitario per la tutela della salute dei minori e giovani adulti in area penale interna ed esterna", che prevede azioni di formazione del personale, laboratori tecnici e informativi e azioni di peer education, da realizzare nel 2012. Anche per i Servizi Minorili di Reggio Calabria e lucani sono stati avviati nell'ambito dei piani territoriali di intervento per la lotta alla droga attività di formazione congiunta per il personale e di prevenzione per i minori.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sicilia

Sicilia

Nell'anno 2012 il Centro ha collaborato con la Regione Sicilia al fine della predisposizione degli atti propedeutici per concludere -entro il 2013 — l'iter normativo per il recepimento del DPR 1 aprile 2008 relativo al passaggio della sanità penitenziaria al SSN regionale. Con la finalità di assicurare un'offerta trattamentale sanitaria specializzata nel contrasto all'uso di sostanze stupefacenti ai minori affidati ai Servizi Minorili della Giustizia presenti sul territorio siciliano, il Centro ha aderito senza oneri per l'amministrazione all'ampia partnership interistituzionale che ha dato vita ad aprile 2012 al progetto "Trecentosessanta", Servizio Socio-assistenziale, riabilitativo ed educativo per minori e giovani adulti dell'area penale con problemi di abuso di sostanze e tossicodipendenza, elaborato dalla Provincia Regionale di Agrigento (Soggetto promotore ed Ente affidatario) in collaborazione con l'Associazione Euro (Soggetto attuatore) e finanziato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri — Dipartimento per le Politiche Antidroga. Riguardo le strategie per affrontare il fenomeno, il Centro ha avviato un lavoro di Verifica delle caratteristiche e della qualità degli interventi realizzati dalle diverse comunità educative in modo da inviare i minori con problematiche non conclamate di tossicodipendenza alle strutture adeguate ad affrontare tali problematiche. Ha stipulato protocolli di intesa ed accordi con la Regione Siciliana per definire le procedure di invio rapido ai servizi delle ASP, nei casi di dipendenza conclamata da sostanze stupefacenti e psicotrope dei minori e/o giovani che entrano nel circuito penale.

V.1.3.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Dipartimento per gli Affari Di Giustizia – Direzione Generale della Giustizia Penale

Prospettive prioritarie Giustizia Penale

Fra I principali problemi che si possono riscontrare in tutte le rilevazioni effettuate dall'Ufficio, tra le quali anche quella sulle tossicodipendenze, si segnala la persistente difficoltà di acquisizione dei dati presso diversi uffici giudiziari, problema che di fatto comporta l'assegnazione di un valore pari a zero a tutte le variabili dell'ufficio inadempiente (anche se, ad esempio, l'ufficio poteva aver comunicato in precedenza valori pure ragguardevoli relativi al fenomeno monitorato), e la non trascurabile presenza di dati anomali.

Al fine di mitigare il sopra citato problema delle mancate risposte, si è ritenuto opportuno effettuare, a partire dai dati dell'anno 2005, *una stima dei dati mancanti*, realizzata anche mediante un attento esame della serie storica dei dati disponibili per l'ufficio inadempiente o, nel caso di inadempienza continuata, mediante un esame delle eventuali variabili ausiliarie note ed in qualche modo correlate a quella mancante, al fine di effettuarne una stima indiretta.

Relativamente al problema dei dati anomali, ne viene in genere richiesta all'ufficio l'eventuale conferma, raccomandandone l'attenta verifica. In caso di mancata risposta da parte dell'ufficio al quesito inoltrato, si procede direttamente ad una stima del dato anomalo, con modalità del tutto analoghe a quanto sopra esposto. In ogni caso, l'utilizzo del software di rilevazione automatica dei dati introdotto all'inizio dell'anno 2006, come sopra accennato, ha comunque permesso di ridurre notevolmente il problema dei *dati anomali*.

Si fa infine presente l'ormai ben nota cronica carenza di risorse umane e materiali

che affligge da tempo diversi uffici giudiziari, con inevitabili ricadute negative anche sulla bontà delle rilevazioni statistiche, tra l'altro in numero sempre crescente.

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio IV – Servizi Sanitari

Prospettive prioritarie DG detenuti e trattamento

La detenzione costituisce una opportunità per le persone tossicodipendenti e per lo Stato di tentare una relazione diversa dal perpetuarsi del ciclo della droga e della reiterazione del reato.
Tuttavia, questo risultato non è affatto facile da raggiungere, per una serie continua di motivi che possono essere riassunti nello scarso interessa al cambiamento dei trasgressori, nel breve periodo di permanenza in carcere, nella diversa offerta terapeutica da Regione a Regione, nell'elevato numero di detenuti tossicodipendenti non italiani e soprattutto dalla mancanza di adeguati supporti per coloro che accettano programmi di recupero.
Persistono, come già sottolineato in precedenza, una serie di problemi per l'accesso ai servizi di Comunità legati alla scarsità di fondi resi disponibili dalle Aziende Sanitarie Locali per finanziare tali attività. I Ser.T redigono quindi pochissime relazioni comportamentali sulle persone tossicodipendenti privando così la Magistratura della necessaria base sulla quale applicare misure cautelari alternative alla detenzione.
Riteniamo inoltre auspicabile una rivisitazione dei tempi di trattamento in comunità che non sempre corrispondono a quelli della pena; si deve osservare che spesso gli invii in comunità appaiono funzionali solamente all'uscita dal carcere e non tengono conto della storia individuale, delle esigenze e circostanze specifiche e dei benefici di un interevento tagliato sui bisogni sanitari. Sarebbe quindi opportuno definire nuove strategie e "patti terapeutici" tra Magistratura, Ser.T , persone detenute tossicodipendenti.
Vi è poi il particolare problema, già menzionato con i detenuti che stanno scontando pene più brevi, di quale strategie siano piu' opportune e di quale supporto fornire al momento del rilascio il rilascio quando diventa fondamentale l'intervento della comunità.
Una delle innovazioni del 2012 è stata la sperimentazione positiva dell'intervento del peer educator . Abbiamo avuto riscontri molto positivi là dove questi operatori hanno agito.
L'ascolto è stato maggiore rispetto agli interventi del personale sanitario così come l'adesione alle campagne di sensibilizzazione alla salute. Sarebbe auspicabile chiederne l'applicazione al maggior numero di Istituti.
Si è accennato alla necessità di un supporto al momento della scarcerazione, particolarmente pericoloso per i tossicodipendenti per il rischio di overdose.
Nelle nostra osservazioni la fornitura di un alloggio, un'occupazione anche minimale, un'adeguata sanità e assistenza sociale costituiscono aspetti fondamentali, anche per evitare la recidiva criminale.
Non dobbiamo infine trascurare la formazione del personale dell'Amministrazione Penitenziaria, sia a livello di chi riveste incarichi di responsabilità, ma ancor più per chi lavora all'interno degli ambienti di detenzione. L'acquisizione di conoscenze anche di base riteniamo sia uno degli elementi più vitali della politica di contrasto alle droghe anche nelle carceri.

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

Tabella V.1.1: Soggetti in carico ai Servizi della Giustizia Minorile nell'anno 2012 per reati in materia di stupefacenti secondo nazionalità e il sesso

Nazionalità	Sesso		Totale
	Maschi	Femmine	
Italiani	2.873	195	3.068
Stranieri	551	33	584
Totale	**3.424**	**228**	**3.652**

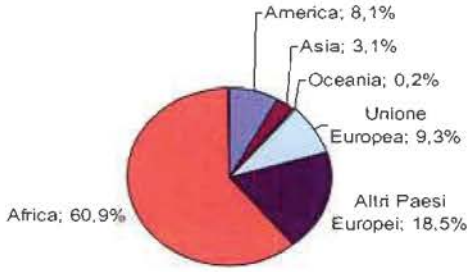
Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo dei Servizi Minorili (SISM) del 3 aprile 2013.

Tabella V.1.2: Soggetti in carico ai Servizi della Giustizia Minorile nell'anno 2012 per reati in materia di stupefacenti secondo l'età all'inizio dell'anno, a nazionalità e il sesso

	Italiani			Stranieri			Totale		
	M	F	MF	M	F	MF	M	F	MF
Meno di 14 anni	3	0	3	6	0	6	9	0	9
14 anni	66	3	69	18	0	18	84	3	87
15 anni	203	14	217	40	2	42	243	16	259
16 anni	492	33	525	105	6	111	597	39	636
17 anni	699	29	728	170	8	178	869	37	906
Giovani adulti	1.410	116	1.526	212	17	229	1.622	133	1.755
Totale	**2.873**	**195**	**3.068**	**551**	**33**	**584**	**3.424**	**228**	**3.652**

Fonte: elaborazione su dati del Sistema Informativo dei Servizi Minorili (SISM) del 3 aprile 2013.

Tabella V.1.3: Soggetti in carico ai Servizi della Giustizia Minorile nell'anno 2012 per reati in materia di stupefacenti. secondo il Paese di provenienza.



In considerazione della diffusione dei comportamenti di abuso, delle esperienze tossicofiliche e delle pratiche di policonsumo che caratterizzano quote elevate della popolazione minorile sottoposta a procedimento penale, così come documentato dalle numerose relazioni di verifica degli interventi svolti dai Servizi Minorili si conferma la necessità di programmare e di consolidare interventi di diagnosi e cura in una dimensione attenta alle esigenze educative dei minori, tale da consentire ai minori di ricevere prestazioni in grado di contrastare le compromissioni sanitarie, psichiche ed evolutive derivanti dalle esperienze di abuso o dalle condizioni di dipendenza da sostanze stupefacenti. Si evidenzia,

altresì, l'esigenza che gli interventi debbano espletarsi in un regime di collaborazione e di accordo tra i Servizi della Giustizia Minorile e il Servizio Sanitario Locale al fine consentire, nell'ambito delle rispettive competenze istituzionali, adeguati ambiti comuni di programmazione, di sviluppo e di verifica degli stessi.

Nell'ambito di quanto emerso dalle attività dell'anno 2012 si ritiene che le direttive di lavoro da sviluppare nel prosieguo siano:

- percorsi di accompagnamento con forte centratura educativa e di tutoraggio che prevedano specifiche progettualità che investano la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari, di formazione professionale che consentano di acquisire competenze idonee a favorire il raccordo con il mondo del lavoro spostando la centratura dalle sostanze e dai percorsi di cura, a quelli dedicati al rafforzamento dell'identità personale, sociale e civile di ciascun adolescente;

- implementare il numero delle strutture comunitarie destinate specificamente al trattamento dei minori tossicodipendenti e/o con doppia diagnosi e predisporre un elenco delle comunità terapeutiche e/o socio-riabilitative che possano accogliere tali minori anche attraverso il reperimento di uno spazio di confronto tra Enti relativamente alle specificità degli inserimenti in comunità terapeutica dei minori e giovani adulti di area penale con problematiche di uso di sostanze stupefacenti onde addivenire, pur nel rispetto delle scelte di ciascun ente, a soluzioni che soddisfino le esigenze di cura e di riabilitazione del paziente e quelle connesse all'iter giudiziario

- garantire, qualora sussistano specifiche esigenze di tipo terapeutico, in osservanza del principio di continuità della presa in carico, la permanenza del minore nella stessa struttura anche a conclusione della misura penale.

- prevedere per l'utenza penale minorile straniera una regolamentazione delle competenze amministrative rispetto all'ultima residenza accertata quale criterio unitario esteso a tutto il territorio nazionale, che consenta una certezza dei referenti operativi ed organizzativi, nonché l'implementazione dell'attività di mediazione culturale quale supporto indispensabile all'attuazione del programma trattamentale.

V.1.4 Ministero dell'Interno

V.1.4.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

DCSA
Organizzazione interna

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (D.C.S.A.) é un organismo interforze, composto dalle tre forze di Polizia nazionali (Polizia di Stato, Arma dei Carabinieri e Guardia di Finanza), attraverso il quale il Capo della Polizia - Direttore Generale della Pubblica Sicurezza attua le direttive emanate dal Ministro dell'Interno in materia di coordinamento e di pianificazione delle forze di polizia per la prevenzione e repressione del traffico illecito di sostanze stupefacenti o psicotrope.
La D.C.S.A. è suddivisa al suo interno in quattro Articolazioni ognuna delle quali ha le competenze specifiche di seguito rappresentate:

- il I Servizio Affari Generali ed Internazionali cura i rapporti di cooperazione con organismi stranieri specializzati ed i collegamenti con i Servizi antidroga esteri; promuove ed organizza corsi interforze di qualificazione ed aggiornamento antidroga; fornisce supporto tecnologico avanzato nell'esecuzione di operazioni speciali.
- Il II Servizio Studi Ricerche ed Informazioni effettua attività di ricerca operativa e di intelligence antidroga a sostegno dell'azione di contrasto; raccoglie, elabora e diffonde studi, ricerche e dati sui flussi di stupefacenti e sulle organizzazioni criminali implicate; controlla il commercio dei precursori e dei prodotti chimici di base.
- Il III Servizio Operazioni Antidroga promuove e coordina l'attività di indagine antidroga sul territorio nazionale e all'estero, individuando le convergenze investigative; cura i rapporti operativi con le Forze di Polizia e con le Amministrazioni doganali e l'assistenza alle attività di cooperazione giudiziaria internazionale; gestisce la rete degli Esperti per la Sicurezza dislocati nelle aree di produzione o transito delle sostanze stupefacenti.
- L'Ufficio di Programmazione e Coordinamento Generale espleta funzioni di programmazione ai fini della predisposizione della Direttiva Annuale del Ministro e svolge la relativa attività di controllo strategico e gestionale; cura il raccordo della D.C.S.A. con il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Transnazionalità del narcotraffico

L'internazionalità del *business* riguardante il teatro globale del traffico di stupefacenti oltre ad evidenziare la *transnazionalità* dei gruppi criminali e la loro abilità volta a individuare la permeabilità degli organi di controllo e le asimmetrie tra le legislazioni statali, fornisce un'indicazione previsionale su alcuni aspetti caratterizzanti dello scenario, relativamente:

- ai flussi commerciali illeciti degli stupefacenti che si devono adeguare alle nuove logiche evolutive delle reti di servizi soggette a continue rimodulazioni;
- alla necessaria consulenza e intermediazione di un *broker*, ponendo l'accento come tale terziarizzazione comporti di conseguenza la necessità di demoltiplicare le attività delegate anche nel riciclaggio dei proventi.

Il quadro descritto mette in luce il nuovo standard nella "policentricità decisionale" dove occorrerà individuare aprioristicamente i settori a rischio di infiltrazione da parte delle organizzazioni per impedire la realizzazione del progetto delinquenziale, tenendo presente che alcuni gruppi criminali hanno di già adottato il *modus operandi* del *body-packing*, che consente elevata flessibilità di modulazione degli itinerari finalizzata a soddisfare il cliente all'occorrenza al momento della richiesta di stupefacente e quindi non ricorrere più allo stoccaggio in attesa di un'eventuale necessità. In tale panorama potrebbe rientrare l'ultima innovazione dell'*e-commerce:* il *Pick & Pay*, ovvero una via di mezzo tra commercio tradizionale e quello *online*. Si tratta invero di sedi fisiche associate a siti, spesso presenti nella *deep web*, che offrono la possibilità, una volta acquistati i prodotti, di ritirarli di persona recandosi nei punti vendita. Ciò comporterà un diverso orientamento nell'azione di contrasto che dal controllo delle frontiere e del territorio dovrà necessariamente passare al monitoraggio della condotta virtuale degli individui, adeguando di conseguenza gli strumenti e le procedure operative al nuovo scenario. In conclusione, si potrebbe delineare una situazione di fragilità del sistema per cui per contrastare la facile elusione degli ordinamenti interni degli Stati, peraltro disomogenei, occorrerebbe mettere a punto adeguati strumenti condivisi in ambito internazionale dedicando particolare attenzione alle tecnologie di comunicazione, le quali sono comprese tra le priorità della"Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2013-2020)" i cui piani di azione sono in corso di elaborazione.

Compiti di coordinamento della DCSA

Nello specifico, il compito principale della Direzione Centrale è il coordinamento di tutte le operazioni antidroga svolte dalle Forze di polizia, sia in territorio nazionale che in campo internazionale. Per l'espletamento di detto compito tutti i flussi di informazioni concernenti il traffico di stupefacenti, anche provenienti dall'estero, vengono inseriti in un *data-base*, in tal modo costantemente aggiornato, nell'ambito del quale è possibile agevolmente evidenziare eventuali sovrapposizioni investigative. All'interno della struttura è presente una articolazione deputata a svolgere analisi operativa a supporto dei Reparti sul territorio quando questi si trovano in presenza di indagini particolarmente complesse ove emergono una o più convergenze investigative e la mole di informazioni è tale da richiedere un approccio di tipo specialistico. Nella fattispecie vengono delineati gli elementi di connessione tra le singole indagini mediante l'utilizzo di software in grado di riprodurre graficamente le interazioni per rendere di immediata comprensione situazioni altrimenti difficili da riepilogare. Ai fini dell'azione di contrasto al traffico di sostanze stupefacenti, grande importanza viene attribuita alla collaborazione informativa ed operativa in campo internazionale, *in primis* con gli altri Stati dell'Unione Europea, ma anche con i Paesi terzi nei quali le organizzazioni criminali investigate hanno articolazioni o contatti finalizzati alla compravendita dello stupefacente. A tal riguardo, un ruolo determinante è assicurato dall'attività svolta dalla rete degli Esperti per la Sicurezza della Direzione Centrale.

Attività di cooperazione internazionale

Inoltre, nell'ottica di attribuire massimo impulso alla cooperazione internazionale, il III Servizio partecipa a tutti i progetti di coordinamento internazionali ritenuti di interesse quali: gli Analysis Work Files (AWF), i Focal Points ed i Target Groups (TG) istituiti presso Europol. Si tratta di strumenti di analisi di dati e di coordinamento info-operativo a livello internazionale riguardanti particolari settori criminali e, in particolare, il traffico di sostanze stupefacenti; il MAOC-N (Maritime Analisys and Operation Center Narcotics), Centro di analisi e Coordinamento operativo per i traffici di stupefacenti provenienti dall'Atlantico verso l'Europa, con sede in Lisbona (Portogallo); il CeCLAD (Centro di Coordinamento Antidroga per la lotta ai traffici marittimi di stupefacenti nel bacino del Mediterraneo occidentale), con sede a Tolone (Francia).

La fattiva partecipazione del personale della D.C.S.A. alle attività di tali Organismi non solo contribuisce a realizzare un coordinamento investigativo a livello internazionale, ma consente una ulteriore implementazione del *data-base* con informazioni provenienti dall'estero, dando luogo ad attivazioni investigative sul territorio nazionale, ove necessario. In particolare, l'elaborazione e l'approfondimento di informazioni rilevate in tali contesti ha permesso di intraprendere nel corso del 2012 numerose indagini nei confronti delle articolazioni presenti in Italia di strutturate organizzazioni transnazionali di narcotrafficanti. L'analisi dei dati e l'attività informativa attuata in collaborazione con il MAOC-N ed il CeCLAD hanno permesso alle Forze di polizia italiane ed estere di condurre significative operazioni aeronavali per il contrasto ai traffici di sostanze stupefacenti via mare, in particolare sulle rotte che collegano il nord dell'Africa e l'America del Sud all'Europa. Parimenti, la D.C.S.A. ha provveduto ad alimentare i menzionati organismi internazionali con le informazioni derivanti dalle investigazioni condotte sul territorio nazionale, consentendo alla polizia di altri Paesi di intraprendere analoghe attività d'indagine e repressive, in piena sinergia.

Inoltre, all'occorrenza, la D.C.S.A. ha fornito il proprio supporto alle competenti Autorità Giudiziarie italiane, partecipando alle riunioni di coordinamento tenutesi presso Eurojust, in L'Aia (Paesi Bassi), nonché veicolando le commissioni rogatorie internazionali attraverso la propria rete di Esperti per la Sicurezza, in modo da consentire un più celere riscontro alle richieste degli Uffici Giudiziari.

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (S.S.A.I.) – Documentazione e Statistica SSAI

La Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno – Documentazione e Statistica – Ufficio : Documentazione Generale sin dall'entrata in vigore del D.P.R. N. 309/1990, cura tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. suddetto, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale), i tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione.
Per quanto riguarda in particolare le informazioni sui soggetti segnalati ai sensi dell'art. 75, viene rilevata l'entità, la distribuzione geografica, il tipo di sostanza usata, il numero di colloqui svolti, delle sanzioni irrogate e dei casi archiviati per conclusione del programma terapeutico.
Per quanto riguarda invece l'altro flusso informativo, ovvero i tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative, viene effettuato periodicamente il censimento delle strutture esistenti a livello provinciale e regionale (suddivise in: residenziali, semi-residenziali, ambulatoriali) e viene rilevato il numero dei tossicodipendenti in trattamento presso le strutture stesse, disaggregato per sesso.
Il monitoraggio dei flussi informativi, in materia di tossicodipendenza, consente di raccogliere utili elementi conoscitivi su alcuni aspetti di tale complesso fenomeno.
L'attività viene svolta anche al fine di offrire, annualmente, il proprio contributo alla redazione della Relazione al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.
La S.S.A.I inoltre svolge una costante collaborazione nei confronti degli Enti istituzionali pubblici e del privato sociale che operano nel settore.

V.1.4.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività svolte nel 2012

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga DCSA

Attività multilaterali a livello di Unione europea e Nazioni Unite

Nel corso del 2012, a **livello multilaterale**, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga è intervenuta attivamente alle riunioni mensili del "*Gruppo Orizzontale Droga*" (G.O.D.) del Consiglio dell'Unione Europea. Per quanto riguarda, invece, l'attuazione delle linee guida del "*Patto Europeo contro il traffico internazionale di stupefacenti*" (adottato dal Consiglio Giustizia Affari Interni del 3 e 4 giugno 2010), la D.C.S.A. ha preso parte ai vari workshop del Project Group nr. 2 "Smantellamento delle rotte dell'eroina". In tale contesto, la D.C.S.A. si è focalizzata sulle seguenti priorità: - sviluppo di un manuale guida di tecniche investigative speciali utilizzabili per le indagini svolte in collaborazione con le autorità degli Stati terzi dell'area balcanica; - implementazione della formazione "congiunta" finanziabile con i fondi TAIEX; - perseguimento delle azioni di contrasto al traffico di eroina e suoi precursori attraverso la regione balcanica nel Piano Operativo d'Azione sui "Balcani Occidentali". Inoltre, sempre nel 2012, la D.C.S.A. ha fornito una valido contributo nella stesura del documento sulla "*Strategia dell'Unione europea in materia di droga (2013-2020)*" che, adottato dal Consiglio dell'Unione Europea in data 7 dicembre 2012, è propedeutico allo studio del prossimo "Piano d'Azione europeo sulle droghe (2013-2016)", ancora in fase di discussione. Sempre a livello di Unione Europea, la D.C.S.A. ha preso attivamente parte ai lavori del "*Gruppo di Dublino*", i cui esiti vengono pubblicati dal Consiglio dell'UE. In

particolare, gli ultimi rapporti riguardano: il Sud Est Asiatico e la Cina (novembre 2012); l'Africa dell'Ovest (novembre 2012) ed i Balcani Occidentali (dicembre 2012). In ambito U.N.O.D.C. (*United Nation Office on Drug and Crime),* si segnala la partecipazione di una delegazione della D.C.S.A., a Vienna, nel marzo 2012, alla *55ª Sessione annuale della Commissione Stupefacenti* (C.N.D.) dell'O.N.U., che è l'organismo centrale deputato all'orientamento della strategia relativa agli stupefacenti nell'ambito delle Nazioni Unite. Nel corso dei lavori della suddetta conferenza (la più importante delle Nazioni Unite, a cadenza annuale, in materia di riduzione dell'offerta e della domanda di droga a livello mondiale), sono state presentate ed approvate numerose Risoluzioni, tra cui quella italiana che, co-sponsorizzata da 75 delegazioni, ha come oggetto: "Strategie di riduzione ed interventi basati sulle evidenze scientifiche e finalizzati sui bisogni specifici delle donne con problemi di dipendenza e patologie ad essa correlate". La circostanza è stata altresì favorevole per implementare i rapporti bilaterali tra la D.C.S.A. e le Autorità antidroga di alcuni Stati extracomunitari (Colombia, Iran e Messico). Sempre nel contesto O.N.U., questa Direzione Centrale ha preso parte alla XXI riunione H.O.N.L.E.A (Head of National Drug Law Enforcement Agencies) America Latina e Caraibi, tenutasi a Antigua (Guatemala - ottobre 2012). Si ricordano, inoltre, sia il partenariato D.C.S.A. – U.N.O.D.C. finalizzato al rafforzamento del dispositivo aeroportuale del Ghana (Project AIRCOP), che la partecipazione al progetto finanziato sempre dall'U.N.O.D.C., per la formazione di unità cinofile a favore del personale di polizia del Senegal e di Capo Verde.

Tra gli altri eventi di interesse del 2012, si evidenziano le seguenti partecipazioni/attività:

- XXIX International Drug Enforcement Conference (I.D.E.C.), organizzata dalla D.E.A. (Drug Enforcement Administration), a Bali (Indonesia) giugno 2012, che ha avuto come obiettivo quello di migliorare la collaborazione tra le Agenzie Antidroga attraverso la condivisione delle informazioni in materia di traffico internazionale di stupefacenti, riciclaggio dei proventi connessi e organizzazioni criminali coinvolte;
- riunione dei Capi dei Servizi Antidroga e successivo 1° Incontro dei Direttori Generali di Polizia nell'ambito del Progetto Euromed III, a Madrid (Spagna) nel luglio 2012;
- Maritime Analysis Operation Center (M.A.O.C.-N.): riunione dell'Executive Board (Lisbona, aprile e settembre 2012);
- 81^ Assemblea Generale di INTERPOL sostenuta la candidatura di un Dirigente Superiore della Polizia di Stato, poi eletto in data 8 novembre 2012 quale Delegato per l'Europa nel Comitato Esecutivo della suddetta organizzazione internazionale.

Attività bilaterali

Per quanto riguarda la collaborazione a **livello bilaterale**, si evidenziano le seguenti attività assunte nel periodo gennaio – dicembre 2012:

a) **riunioni bilaterali internazionali**:

- riunione di coordinamento presso il MAE, in merito alle attività bilaterali da avviare con la Repubblica di Cuba (marzo 2012);
- seminario italo-britannico presso l'Ambasciata del Regno Unito (maggio 2012);
- riunione presso il MAE in vista dell'insediamento del nuovo Ambasciatore italiano a L'Avana, Min. Plen. Carmine Robustelli (luglio 2012);

- incontro, presso il Ministero dell'Interno, con il Direttore del FSKN russo IVANOV e il Sottosegretario all'Interno, Pref. DE STEFANO (ottobre 2012);
- riunione di coordinamento presso il Ministero degli Affari Esteri in vista dell'insediamento degli Ambasciatori italiani a San José (Costa Rica) e Managua (Nicaragua- dicembre 2012).

b) **riunioni per la definizione di Accordi di cooperazione**:

- contributo fornito all'Ufficio di Coordinamento e Pianificazione FF.PP. alla proposta di un Accordo con l'Austria per la cooperazione bilaterale di polizia;
- apporto alla redazione del testo della bozza di Memorandum of Understanding con l'Afghanistan in materia di cooperazione bilaterale di lungo periodo tra Ministeri degli Esteri;
- partecipazione presso l'Ufficio di Coordinamento e Pianificazione FF.PP. all'elaborazione di una proposta di Accordo con la Confederazione degli Stati Svizzeri per la cooperazione bilaterale di polizia;
- collaborazione fornita all'Ufficio di Coordinamento e Pianificazione FF.PP alla redazione della bozza di Accordo con lo Stato Plurinazionale di Bolivia in materia di cooperazione di polizia nella lotta alla criminalità organizzata;
- partecipazione dell'Esperto per la Sicurezza a Bogotà ai lavori presso l'Ufficio di Coordinamento e Pianificazione FF.PP. per l'avvio di un negoziato per la stipula di un Accordo con la Colombia in materia di lotta al traffico di stupefacenti;
- concorso alla proposta per la stipula di un Memorandum d'Intesa con la P.G.R. (*Procuraduria General de la Republica*) degli Stati Uniti del Messico, finalizzato al rafforzamento della collaborazione giudiziaria e di polizia per il contrasto alla criminalità organizzata transnazionale, alla lotta al traffico illegale di droga, di armi e alla tratta di esseri umani, consegnata alla delegazione messicana la versione emendata dall'Ufficio di Coordinamento e Pianificazione per le Forze di Polizia durante la III Commissione Binazionale Italia-Messico (maggio 2012) ;
- partecipazione alla riunione presso l'Ufficio di Coordinamento e Pianificazione FF.PP. alla elaborazione di una proposta di Accordo bilaterale con il Kenya in materia di cooperazione di polizia;
- definizione di un accordo di cooperazione bilaterale con le Autorità cubane (maggio 2012);

c) **visite delegazioni**:

- visita dell'addetto militare c/o l'Ambasciata del Messico in Italia e visita della delegazione del BKA (Bundeskriminalamt) della Repubblica Federale della Germania (marzo 2012);
- visita del Capo dell'Unità Ufficiali di Collegamento della Polizia Federale della Confederazione Svizzera (giugno 2012);
  visita a Venezia e Trieste di una delegazione del KOM di Istanbul accompagnata dall'Esperto per la Sicurezza ad Istanbul (dicembre 2012).

d) **visite internazionali**

- Quartieri Generali DEA ed FBI a Washington, incontrando i rispettivi Direttori;
- sede addestrativa di Quantico, con i Responsabili per il *training* della DEA e dell'FBI;
- uffici DEA ed FBI a Miami, sostenendo dei briefing con i Responsabili di Area di quelle Organizzazioni.

Nel corso del 2012 sono state organizzate le seguenti attività didattiche: Attività didattiche

a) di **rilievo nazionale**:

- "XII Corso per Responsabili Unità Specializzate Antidroga" cui hanno partecipato n.7 funzionari della Polizia di Stato, n.6 ufficiali dell'Arma dei Carabinieri e n.6 ufficiali della Guardia di Finanza.
- "Corso Interregionale per il contrasto al traffico illecito di stupefacenti e precursori chimici nel sud-est Italia" presso la Scuola Allievi Finanzieri della Guardia di Finanza di Bari cui hanno partecipato n. 9 funzionari della Polizia di Stato, n.5 ufficiali dell'Arma dei Carabinieri e n.6 ufficiali della Guardia di Finanza.
- "Seminario per Agenti Sottocopertura" per personale esperto delle tre Forze di Polizia tenutosi presso la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga cui hanno partecipato n. 3 operatori undercover per ciascuna Forza di Polizia.
- "XXII Corso Antidroga per Agenti Sottocopertura" tenutosi presso la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga con la partecipazione di un Team di Istruttori della (DEA) Drug Enforcement Administration provenienti dall'Accademia FBI di Quantico (USA).Al corso destinato ad Ispettori/Sovrintendenti e categorie di base delle tre Forze di Polizia hanno partecipato complessivamente n. 28 operatori.

b) di **rilievo internazionale:**

- Seminario di diritto internazionale sul tema "La lotta al traffico di stupefacenti via mare: strumenti normativi e tecniche operative", destinato prevalentemente a Funzionari/Ufficiali, Ispettori, Sovrintendenti e Ufficiali di Collegamento di Paesi cooperanti tenutosi presso la Scuola di Perfezionamento per le Forze di Polizia in Roma, cui hanno partecipato complessivamente n.107 appartenenti alle Forze di Polizia.
- Visita di studio in Italia presso la D.C.S.A. di una delegazione della Polizia Bosniaca con svolgimento, a richiesta, di interventi didattici.
- Due corsi in materia di stupefacenti a favore di appartenenti alla Polizia Albanese organizzato da un Team addestrativo della D.C.S.A., tenutisi in Albania.
- Corso in materia di stupefacenti a favore di appartenenti alla Polizia dello Stato federale della Bosnia organizzato da un Team addestrativo della D.C.S.A., tenutosi a Sarajevo(Bosnia).

- Nell'ambito del programma del Consiglio NATO-RUSSIA, "Progetto pilota relativo all'addestramento in materia di lotta al narcotraffico di personale afgano e dei paesi dell'Asia centrale", la D.C.S.A. ha fornito collaborazione in occasione di numerose conferenze e corsi

Attività investigative

Oltre ai compiti di coordinamento delle attività antidroga svolte dalle Forze di Polizia, sia in ambito nazionale che internazionale, la D.C.S.A. fornisce supporto tecnico-logistico nelle attività investigative contro le organizzazioni criminali dedite al traffico ed allo spaccio di stupefacenti, sostanze psicotrope e precursori chimici. Tale sostegno, si concretizza nella temporanea installazione e cessione di apparati audio-video e GPS, nonché nella cattura di identità telefoniche ed intercettazioni telematiche, oltre che all'autorizzare il noleggio di autoveicoli per l'espletamento delle citate attività investigative. La disponibilità di idonei e sofisticati mezzi ed attrezzature tecniche ed il supporto fornito dal personale, particolarmente esperto e di lunga e consolidata esperienza professionale, hanno consentito di: - incrementare il potenziale investigativo delle Forze di Polizia, mediante l'approntamento di sistemi per le intercettazioni ambientali e la localizzazione satellitare; - effettuare attività didattiche sull'impiego mirato degli ausili tecnici in dotazione e sulle molteplici modalità finalizzate alla loro dissimulazione, a favore delle Forze di Polizia italiane ed estere.

Attività di studio e ricerca

L'intensa attività di studio e ricerca, svolta giornalmente in perfetta sinergia tra i settori analisi e statistico-informatico, finalizzata ad avere una visione aggiornata degli scenari nazionali ed internazionali relativi al traffico di sostanze stupefacenti e delle sue implicazioni, ha consentito la realizzazione di una considerevole attività di *intelligence*, fondamentale per la predisposizione di quadri conoscitivi ed appunti informativi, di profilo strategico e/o operativo.
Le informazioni per la redazione dei *report* vengono acquisite e sviluppate sia mediante l'utilizzo di *software* opportunamente dedicati, sia attraverso la consultazione delle fonti Istituzionali e il continuo monitoraggio delle fonti aperte. Le finalità dell' analisi strategica sono quelle di evidenziare le tendenze generali del traffico in tutti i suoi aspetti, quali le aree di produzione, le direttrici di flusso della droga, i mercati di destinazione, il modus operandi, le frontiere di accesso nel territorio nazionale, le strutture organizzative dei gruppi criminali coinvolti e conseguentemente di predisporre le idonee azioni di contrasto. In tal senso nell'anno riferimento sono stati elaborati:

- **76** punti di situazione su Paesi esteri concernenti la lotta al narcotraffico e la cooperazione con l'Italia in materia di contrasto, propedeutici ad altrettanti incontri avvenuti tra la D.C.S.A. ed Autorità di vertice straniere;
- **4** rapporti informativi necessari sia a partecipare ai vari contesti internazionali sia a corrispondere agli AWF di Europol, verso i quali la D.C.S.A. rivolge la sua attenzione in modo sempre crescente.

Nel corso del 2012, l'attività svolta ha consentito di: - coordinare, mediamente, 1400 operazioni antidroga; - rilevare 668 convergenze investigative, evitando che si verificassero sovrapposizioni nello sviluppo delle indagini e garantendo in tal modo un più razionale impiego delle risorse umane e finanziarie delle Forze di polizia; - autorizzare *"consegne controllate"* di stupefacenti sia in campo nazionale che internazionale facendo spesso ricorso ad agenti sottocopertura, per un totale di 76 attività (contro le 57 dell'anno precedente, con un incremento del 25%); - effettuare 197 attivazioni investigative sul territorio nazionale, che hanno consentito di sviluppare altrettante investigazioni; - promuovere e prendere parte a 60 riunioni di coordinamento info-operativo in Italia e 15 riunioni in territorio estero (tre volte superiori a quelle svolte nel 2011); - veicolare 13 commissioni rogatorie passive e 6 attive, tramite gli Esperti per la Sicurezza di questa Direzione. Per quanto riguarda l'attività analitica di supporto, sono state

elaborate: - 65 analisi operative che hanno agevolato la comprensione degli eventi criminosi; - 49 rapporti informativi utili negli scambi informativi con gli AWF di Europol e necessari alla partecipazione ai tavoli di lavoro sia nazionali che esteri.

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (S.S.A.I.) – Documentazione e Statistica SSAI

Nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali la S.S.A.I. - Ufficio Documentazione Generale - nel corso dell'anno 2012 ha curato la seguente pubblicazione:

- Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative analisi di decesso per assunzione di stupefacenti - anno 2011 - a cura della Documentazione Generale della Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno in collaborazione con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza Direzione Centrale per i Servizi Antidroga edita a novembre 2012.

La suddetta pubblicazione, al fine di approfondire lo studio sulla tipologia degli utenti in trattamento presso le strutture del privato sociale, è stata arricchita con ulteriori nuove informazioni quali le fasce di età, il titolo di studio e la condizione professionale degli utenti stessi.

V.1.4.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga DCSA

Trend in crescita dei sequestri alle frontiere

L'Italia è un importante crocevia per il narcotraffico internazionale, specialmente per quanto riguarda le rotte marittime, i cui approdi registrano la gran parte delle droghe sequestrate alle frontiere nel 2012.
Tale tendenza è caratterizzata in modo particolare dai sequestri di hashish e marijuana, che presso le frontiere marittime rappresentano la quasi totalità, ma anche di cocaina che fino al 2008 in gran parte era sequestrata presso gli aeroporti internazionali.
Nell'ultimo decennio, mentre l'andamento quantitativo dei sequestri sul territorio nazionale è altalenante, quello presso le frontiere, registra un *trend* di crescita in termini assoluti, con un aumento costante dal 2008 al 2012.
Tale risultato è particolarmente positivo perché consente di evitare che una notevole quantità di droga si diffonda nei mercati di consumo, nazionali ed esteri (visto che l'Italia non è solo la destinazione finale del narcotraffico ma spesso zona di transito) e perché permette di colpire le più qualificate, strutturate e pericolose organizzazioni criminali che gestiscono la fase più rischiosa del traffico di stupefacenti (il transito alla frontiera di grossi quantitativi di droga), provocando un maggiore danno economico.
Anche le attività investigative delle Forze di polizia proseguono il *trend* di crescita iniziato nel 2008 confermando l'attività della criminalità organizzata di tipo mafioso oltre che nelle Regioni d'origine (Campania, Puglia, Calabria e Sicilia) anche in quelle dove si sono diffuse ormai da tempo (Lombardia e Lazio).
Con riferimento alla criminalità straniera emerge che un terzo degli attori del mercato della droga sul territorio nazionale è rappresentato da compagini criminali estere le quali spesso si pongono "in filiera" con i sodalizi italiani per meglio rispondere a particolari esigenze del traffico. Le etnie estere maggiormente coinvolte sono quelle provenienti dal Marocco, dalla Tunisia, dall'Albania e dalla Nigeria.

Per quanto attiene all'analisi dei rischi, non è trascurabile il fatto che la comunità cinese stia penetrando nel tessuto economico ed imprenditoriale anche in Campania, soprattutto nella provincia di Napoli, dove ha già stabilito saldi contatti con i *clan* camorristici per quanto concerne la produzione, il trasporto e la distribuzione di prodotti contraffatti per cui potenzialmente la collaborazione potrebbe estendersi al narcotraffico internazionale.

Il narcotraffico si manifesta quale fenomeno dalla spiccata connotazione transnazionale. A tal riguardo, l'effettuazione dei compiti istituzionali, in termini di coordinamento delle operazioni antidroga e di analisi operativa espletata su tali indagini, costituisce un osservatorio privilegiato del quadro internazionale, in continua evoluzione, dei menzionati traffici illeciti.

In merito, pur non riscontrando l'esigenza di apportare particolari adattamenti agli strumenti repressivi e normativi apprestati dall'ordinamento italiano, per fronteggiare le attività delle organizzazioni criminali transnazionali, appare necessario sviluppare una sempre più stretta ed efficace cooperazione internazionale nel settore investigativo, soprattutto attraverso un più ampio coinvolgimento dei Paesi terzi (non membri dell'Unione Europea) che rivestono un ruolo significativo quali aree di produzione, stoccaggio e transito degli stupefacenti.

Tale cooperazione investigativa deve essere necessariamente sviluppata, nei termini previsti dalla *"Convenzione e dai Protocolli delle Nazioni Unite contro il crimine organizzato transnazionale, adottati dall'Assemblea generale il 15 novembre 2000 ed il 31 maggio 2001"*, non solo ai fini dell'identificazione dei componenti delle organizzazioni di narcotrafficanti e delle spedizioni di sostanze stupefacenti trattate dai sodalizi criminali, ma soprattutto per individuare i canali utilizzati per riciclare i proventi illeciti e per individuare e confiscare i patrimoni accumulati. Si ritiene necessario, pertanto, ampliare le forme di collaborazione internazionale per privare le organizzazioni transnazionali delle loro ricchezze, spesso custodite in Paesi con i quali risulta difficile, se non impossibile, avviare iniziative di cooperazione. La vendita di stupefacenti tramite *internet* continua a costituire un fenomeno oggetto di interesse e di monitoraggio da parte della Direzione Centrale, anche per lo stretto legame tra tale strumento tecnologico ed il mondo dei giovani.

Le indagini fino ad ora condotte non hanno ancora fatto emergere elementi tali da far ritenere un diretto coinvolgimento delle grandi organizzazioni criminali. Anche per il contrasto a tali forme di vendita di stupefacenti attraverso la rete, si dimostra determinante lo strumento della cooperazione internazionale e, in particolare, la possibilità di avviare simultaneamente investigazioni in più Paesi, atteso che frequentemente i siti che offrono prodotti illeciti sono collocati all'estero

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (S.S.A.I.) – Documentazione e Statistica SSAI

Per l'anno 2013 è allo studio una ulteriore implementazione della pubblicazione relativa ai tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative mediante la rilevazione e la elaborazione di nuovi dati e notizie sugli utenti delle comunità terapeutiche utili per lo studio del fenomeno tossicodipendenza

V.1.5 Ministero degli Affari Esteri

V.1.5.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza – Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo – Direzione Generale per l'Unione Europea

Coordinamento Esteri/DPA Linea italiana sulla riduzione del danno

Nel 2012 il Ministero degli Affari Esteri, nella definizione degli obiettivi e delle strategie in materia di stupefacenti da promuovere presso i principali fora multilaterali, si è strettamente coordinato con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Gli obiettivi generali sono stati di duplice natura.

- Sul lato della gestione delle problematiche connesse alla domanda di droga (assistenza sociale e sanitaria), si è continuato a promuovere la linea di azione italiana di contrasto alle politiche mirate alla mera "riduzione del danno" avviata sin dal 2009.
- Sul lato della prevenzione e del contrasto dell'offerta di droga, la linea d'azione prioritaria è stata quella di continuare a portare all'attenzione della Comunità internazionale, in tutti i competenti consessi, i legami intercorrenti fra il traffico di droga e il crimine organizzato transnazionale, oltre che con il terrorismo.

Coordinamento Esteri/DCSA

Si è inoltre concorso, in coordinamento con la Direzione Centrale Servizi Antidroga, al monitoraggio internazionale dei traffici di cocaina, oppiacei e precursori, nonché alla definizione ed all'indirizzo dei progetti di assistenza tecnica bilaterale e multilaterale.

V.1.5.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza – Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo – Direzione Generale per l'Unione Europea

Elezione Italia in ambito ONU

A testimonianza del ruolo dinamico svolto nel dibattito in materia di droga in seno alle Nazioni Unite, dal 2011 l'Italia è stata eletta membro sia della Commissione Droghe Narcotiche dell'ECOSOC per il periodo 2012-2015 sia della Commissione per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale - che svolge un ruolo rilevante anche nella prevenzione della criminalità legata alla droga - per il triennio 2012-2014.

Partecipazione attiva alla 56 CND

L'Italia ha contribuito attivamente alla 56ma Commissione Droghe Narcotiche, i cui lavori si sono svolti a Vienna dall' 11 al 15 marzo 2013, intervenendo peraltro nel dibattito sulle attività per la riduzione della domanda e il contrasto all'offerta. Tali interventi sono in linea con la "Dichiarazione Politica" e con gli obiettivi del "Piano d'Azione sulla cooperazione internazionale verso una strategia integrata e bilanciata per contrastare il problema mondiale della droga". l'Italia ha co-sponsorizzato le principali risoluzioni approvate dalla Commissione, tra cui, oltre a quelle presentate dall'Unione Europea, se ne annoverano: una sulla cooperazione internazionale per l'individuazione di nuove sostanze psicoattive; una a favore di un rinnovato sostegno al "*Paris Pact*", proposta dalla Federazione Russa, in cui proprio su richiesta italiana è stato valorizzato il ruolo del Programma Regionale per l'Afghanistan ed i Paesi limitrofi; una risoluzione sui Principi guida delle Nazioni Unite sullo sviluppo alternativo; una sulle raccomandazioni del Financial and Governance Working Group (FINGOV) per il

rafforzamento della governance e della situazione finanziaria di UNODC; infine, una risoluzione sulla cooperazione internazionale per il contrasto al traffico illecito di tramadolo.

In tale occasione, UNODC ha inoltre presentato gli "Standard internazionali sulla prevenzione dell'uso della droga", un nuovo strumento elaborato, anche grazie al sostegno dell'Italia, al fine di offrire delle linee guida su possibili interventi e politiche per ridurre il consumo di droga e promuovere stili di vita sani. Tale traguardo è stato raggiunto grazie ad una iniziativa congiunta del Direttore Esecutivo di UNODC, Yury Fedotov, e del Dipartimento Politiche Antidroga, lanciata a Roma il 9 ottobre 2012 e intitolata "*Prevention Strategy and Policymakers*". Con il contributo finanziario e scientifico dell'Italia, gli Standard troveranno una concreta attuazione in programmi di formazione per *policymaker* in quattro diverse aree geografiche: America centrale, Nord Africa, Asia centrale e orientale.

Negoziati Risoluzione flussi finanziari droga-correlati

Sempre in ambito ONU, particolare impegno è stato altresì profuso nella 22esima sessione della Commissione delle Nazioni Unite per la Prevenzione del Crimine e La Giustizia Penale, tenutasi a Vienna dal 22 al 26 aprile 2013.
Grazie anche ad una risoluzione adottata dalla Commissione su proposta italiana, questo evento si è dimostrato un'ulteriore occasione per richiamare la necessità di assicurare l'universale, piena ed efficace applicazione della Convenzione di Palermo contro il Crimine Organizzato Transnazionale e dei suoi protocolli (UNTOC).
Prosegue inoltre l'impegno dell'Italia nell'attuazione del "Programma Regionale per l'Afghanistan e Paesi vicini", lanciato nel 2011 e finalizzato alla lotta al riciclaggio e trasferimenti illegali dei proventi del traffico di oppiacei afgani, che ha dato impulso alla cooperazione transfrontaliera e allo scambio di informazioni e di buone prassi
Nel 2012 il nostro Paese ha inoltre continuato a contrastare, in tutti i fora competenti, l'azione condotta dalla Bolivia a favore della legalizzazione della masticazione delle foglie di coca. A dicembre 2012 è stata presentata opposizione formale alla domanda di riadesione con riserva alla Convenzione Unica sugli Stupefacenti, presentata dalla Bolivia. Tale decisione è stata il frutto di uno stretto coordinamento tra la Direzione Generale Affari Politici del Ministero degli Esteri, il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero dell'Interno e quello della Giustizia.

Gruppo di Dublino

Di particolare rilievo ai fini del perseguimento degli obiettivi generali di prevenzione e contrasto dell'offerta di droga, è stata l'attività espletata dal Ministero degli Affari Esteri nell'ambito del Gruppo di Dublino, sia a livello centrale, nelle riunioni svoltesi a Bruxelles, sia a livello locale nelle riunioni dei Mini Gruppi di Dublino svoltesi in tutti i principali Paesi affetti dalla produzione e dal transito di stupefacenti, in particolare in quelli dell'Asia Centrale. Il Ministero degli Affari Esteri ha inoltre contribuito a coordinare l'azione italiana nell'ambito del c.d. Patto di Parigi, foro di collaborazione di 55 paesi ed organizzazioni internazionali interessati al problema degli oppiacei afgani sotto il profilo della produzione, del traffico e del consumo illeciti.

G8, Gruppo Roma-Lione

In ambito G8, l'Italia ha partecipato attivamente ai lavori del Gruppo Roma-Lione (il Gruppo di esperti in materia di controterrorismo e lotta al crimine organizzato), contribuendo a potenziare il coordinamento degli Otto in materia di contrasto ai traffici di droga, con particolare attenzione agli oppiacei provenienti dall'Afghanistan ed al traffico di cocaina di origine sudamericana via Africa Occidentale e Sahel.

DG Cooperazione allo sviluppo

Attraverso la collaborazione con lo *United Nations Office on Drugs and Crime* , la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo ha contribuito, con l'impiego di fondi residui derivanti dalla chiusura di programmi approvati in precedenza e giunti a conclusione, al programma multilaterale di lotta alla droga dell'UNODC denominato "*Regional Programme for Afghanistan and its Neighbouring Countries*". L'impegno nella lotta alla droga si è inoltre concretizzato con la prosecuzione in Bolivia di due progetti di sviluppo alternativo affidati all'UNODC e finalizzati a promuovere l'abbandono delle colture illegali.

DG Affari politici Accordo di collaborazione Italia/Stati Uniti

Sul piano delle partnership bilaterali, la Direzione Generale per gli Affari Politici ha dato il proprio apporto alle iniziative di attuazione dell'accordo firmato nel 2011 da Italia (DPA) e Stati Uniti (ONDCP, Dipartimento Antidroga della Casa Bianca) per la collaborazione nel campo della prevenzione, della ricerca, dell'assistenza clinica e delle politiche e strategie generali. Sulla base di tale accordo il 21-22 febbraio 2012 si è tenuto a Roma un workshop organizzato dal DPA dal titolo "Strategie di prevenzione dell'uso di sostanze. Misure alternative al carcere: l'esperienza delle *Drug Court*", che si è rivelato un'utile occasione di confronto con l'esperienza americana.

V.1.5.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza – Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo – Direzione Generale per l'Unione Europea

Nel 2012 è stata rilevata l'opportunità di proseguire nel 2013 l'impegno in materia di promozione della prevenzione del consumo e, in maniera correlata, di definizione, nei competenti fora internazionali, del concetto di "riduzione del danno" e di intensificare le politiche di riduzione della domanda e i programmi di prevenzione dell'HIV e di trattamento delle tossicodipendenze.

E' inoltre apparso opportuno portare avanti, pur nei limiti della ristretta disponibilità di fondi, le attività di assistenza tecnica ai Paesi più bisognosi, come testimoniato dalla su menzionata iniziativa congiunta "*Prevention Strategy and Policymakers*" lanciata dal Direttore Esecutivo di UNODC, Yury Fedotov, e dal Dipartimento Politiche Antidroga nel 2012

V.1.6 Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

V.1.6.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

Dipartimento per l'Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Priorità degli interventi di ptevenzione precoce

Le attività del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) sono state incentrate principalmente sulla prevenzione che costituisce, in ambito scolastico, lo strumento più efficace per la riduzione del rischio e delle problematiche determinate dall'uso di sostanze stupefacenti.

La scuola, infatti, è il contesto privilegiato per realizzare interventi efficaci di promozione di stili di vita sani e di prevenzione delle tossicodipendenze favorendo lo sviluppo della personalità del giovane, aiutando i giovani che presentano comportamenti o atteggiamenti riferibili all'insicurezza, alla sfiducia e alla disistima e rendendo i giovani autonomi e responsabili nelle scelte per favorire comportamenti salutari e senso sociale.
I programmi di prevenzione, svolti in ambito scolastico, consentono infatti di raggiungere i giovani in un'età in cui non hanno ancora consolidato comportamenti devianti, attraverso l'acquisizione d'informazioni, conoscenze ed abilità comportamentali utili al mantenimento ed al miglioramento della propria salute.
Tali interventi di prevenzione risultano significativamente più efficaci se coinvolgono sinergicamente gli alunni, gli educatori del contesto scolastico, le famiglie, consentendo di soddisfare la domanda informativa ed educativa di tutti i soggetti coinvolti in modo coordinato.
Le iniziative poste in essere sono state programmate sia a livello nazionale che regionale creando diverse opportunità di collaborazione per renderc razionali le offerte di azioni provenienti dal territorio e le richieste di interventi provenienti dalla scuola.
Inoltre, le Istituzioni scolastiche, nell'ambito della una propria autonomia amministrativa, didattica ed organizzativa (legge n. 59 del 15 marzo 1997, art.21 e D.P.R. 8 marzo 1999 n. 275) banno messo in atto e partecipato a tutte quelle iniziative che hanno ritenuto utili e rispondenti a particolari esigenze del bacino di utenza.

La programmazione delle attività ha previsto inoltre una collaborazione interistituzionale con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPA), il Ministero della Salute e, in ambito territoriale, con gli Enti locali.

V.1.6.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Dipartimento per l'Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Cittadinanza e costituzione

Cittadinanza e costituzione

L'introduzione dell'insegnamento di "Cittadinanza e costituzione" in tutti gli ordini di scuola, risponde ad emergenze educative di vario tipo e prevede anche l'educazione alla salute con l'obiettivo di far comprendere la necessità di modificare comportamenti e stili di vita errati per il proprio benessere psico-fisico, capire le conseguenze personali e sociali dei danni procurati alla salute propria e altrui da comportamenti scorretti, promuovere l'educazione alla salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività".

Centri educativi alla scoperta di sé

Centri educativi alla scoperta di sé

Il processo educativo svolto nei "Centri educativi alla scoperta di sé" ha come scopo lo sviluppo della persona nella sua complessità, cognitiva e affettiva, e si svolge in una pluralità di momenti e con una pluralità di soggetti, da quelli lavorativi a quelli sociali e ludici, da quelli familiari a quelli scolastico/formativi.
Il modello dei Centri Educativi è caratterizzato da:

- Forti e fattivi rapporti di rete sul territorio tra il Centro, scuole secondarie di I e II grado, Università, Servizi sociali comunali, oratori, doposcuola, Comunità per minori, centri culturali e ricreativi, etc...;

- Sistema integrato di servizi di ascolto, counseling, analisi del bisogno, orientamento per i giovani, grazie ad uno sportello attivo tutti i giorni della settimana;
- Creazione e consolidamento di un team di esperti (educatori, insegnanti, formatori, psicologi, orientatori) realmente capaci di porsi in relazione educativa con i giovani;
- Percorsi per gli adolescenti in relazione alla responsabilità di sé, intesa in senso ampio
- Sostegno per insegnanti, educatori e famiglie.

Collaborazione con DPA

Adesione a progetti del DPA

Questo Ministero inoltre ha partecipato e collaborato con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri per tutte le iniziative di prevenzione delle tossicodipendenze che hanno coinvolto le Istituzioni Scolastiche.

In particolare, nell'anno 2012, la collaborazione ha visto la realizzazione dei seguenti progetti:

- Progetto SPS - Indagine sul consumo di sostanze psicotrope negli studenti di scuola secondaria di II grado;
- Portale informativo dedicato alle scuole;
- Progetto EDU.CARE;
- Progetto EDU.

Progettualità regionali

Progettualità regionali

Nell'ambito dell'autonomia degli Uffici Scolastici Regionali (USR) e degli Uffici di Ambito Territoriale (UAT) del MIUR, sono stati adottati programmi regionali in risposta a specifiche esigenze del territorio.

In particolare gli Uffici territoriali ha curato iniziative di sensibilizzazione rivolte a Dirigenti scolastici, docenti/personale scolastico, genitori e alunni, di formazione dei docenti referenti alla salute e docenti; di promozione della peer education e del volontariato.

In particolare si segnalano le numerose attività di collaborazione degli USR con le Aziende Sanitarie locali su interventi di Educazione alla salute le cui principali aree di intervento sono state:

- il superamento del disagio giovanile e la prevenzione da comportamenti devianti;
- la promozione di comportamenti alimentari salutari;
- azioni di contrasto all'uso di droghe;
- promozione delle life skills;
- sensibilizzazione e prevenzione del doping;
- lotta al tabagismo;
- contrasto ai consumi rischiosi di alcol, promozione dell'attività fisica;

In particolare, degno di nota è il Progetto "Scuolasalute" proposto dall'Agenzia di Sanità Pubblica della Regione Lazio, e svolto in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale per il Lazio con l'obiettivo di una programmazione congiunta degli interventi di promozione della salute nelle scuole del Lazio per la definizione di strategie comuni tra Salute e Scuola; realizzazione di interventi congiunti tra il sistema scolastico e il sistema sanitario; condivisione di una cultura in materia di promozione della salute per la prevenzione di patologie croniche e per il contrasto di fenomeni tipici dell'età giovanile

Progettualità delle Istituzioni scolastiche

I progetti realizzati dalle singole scuole sono estremamente numerosi e difficilmente quantificabili, tuttavia a titolo di esempio di ciò che le Istituzioni scolastiche realizzano nell'ambito della loro autonomia si riporta, in sintesi, il progetto "IN-DIPENDENTE" realizzato in provincia di Belluno

Progetto "IN-DIPENDENTE"

Progetto " IN-DIPENDENTE"

In progetto, mirato alla sensibilizzazione ed informazione dei giovani sulle tematiche legate alle dipendenze, ha visto il coinvolgimento di 12 scuole partecipanti per un totale di 22 classi della provincia di Belluno. Tale iniziativa è stata indirizzata alle classi delle scuole secondarie di primo grado, in partenariato con il gruppo Inquadrati del CSV di Belluno, la compagnia teatrale "I Nasi Pronunciati" di Mel e l'area Ed. alla salute dell'U.S.T. di Belluno.

La metodologia applicata ha unito l'informazione scientifica con l'approccio teatrale e cinematografico:

A. Il modello della informazione scientifica partecipata, con riflessioni, in piccoli gruppi, sui comportamenti a rischio nell'adolescenza e sui problemi complessi collegati, sul contenuto teorico del programma e discussione in plenaria con un approccio nella comunicazione dei dati e nella relazione con gli interlocutori;

B. L'approccio teatrale che ha consentito di coinvolgere i destinatari attraverso l'esecuzione di monologhi e personaggi che hanno restituito le informazioni scientifiche o i luoghi comuni sotto forma di vissuto, utilizzando il linguaggio teatrale;

C. L'approccio visivo attraverso la realizzazione del videatro, frutto finale del laboratorio teatrale che, usando il linguaggio cinematografico ha dato vita al prodotto multimediale da divulgare ai media e che è stato presentato nella serata conclusiva del progetto annuale.

V.1.6.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Dipartimento per l'Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Prospettive prioritarie

L'esperienza acquisita anche nel 2012 ha evidenziato la sensibilità da parte delle scuole a porre in essere attività di informazione/formazione sulla tematica, con particolare riguardo a quelle di prevenzione con l'aiuto di personale esperto (interno ed esterno), per la complessità e specificità delle competenze necessarie.

Si auspica quindi un potenziamento della collaborazione con Sanità, Forze dell'ordine, Enti, Università ed Associazioni, in un'ottica di condivisione, sia in fase di progettazione degli interventi che di disponibilità delle risorse finanziarie.

Le possibili soluzioni operative implicano un ulteriore sforzo economico, organizzativo e culturale, finalizzato alla realizzazione di attività che valorizzino un approccio interdisciplinare e interistituzionale di razionalizzazione delle risorse umane e finanziarie per favorire lo sviluppo di un ambiente scolastico che, nella sua interezza, proponga sani stili di vita.

V.1.7 Ministero della Difesa

V.1.7.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

Stato Maggiore della Difesa – Ispettorato generale della Sanità Militare

Funzioni e competenze

L'impegno delle Forze Armate italiane nel combattere la diffusione e l'uso delle sostanze stupefacenti all'interno dell'ambito militare, anche nel corso del 2012, è proseguito con ancora maggiore e doverosa attenzione e rigore metodologico da parte delle strutture di vertice degli Stati Maggiori della Difesa e delle Forze Armate e Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri con una opera di sensibilizzazione, prevenzione e controllo estesa a tutte le strutture dell'Esercito, della Marina Militare, dell'Aeronautica Militare e dell'Arma dei Carabinieri fino al minore livello dell'organizzazione del Comparto.

La materia nell'ambito Difesa è attualmente disciplinata dal Codice dell'Ordinamento Militare (D-lgs. 66/2010) e dal Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa.(DIFESAN-2010) e dalle Direttive delle singole FA/CC che disciplinano al loro interno le attività di prevenzione, accertamento delle tossicodipendenze e dei comportamenti d'abuso.

La complessità delle problematiche connesse all'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope e all'abuso di alcol coinvolge l'individuo non solo in forma personale ma influenza fortemente le relazioni sociali e lavorative che , nell'organizzazione militare si identificano con il servizio.

In tal senso l'orientamento delle Forze Armate italiane è sempre rivolto a non tollerare né l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope né l'abuso di alcol da parte del personale militare dell'organizzazione militare in quanto l'esigenza di poter contare in ogni momento su personale integro sul piano psico fisico ed idoneo ad assolvere agli obblighi di servizio in piena sicurezza è irrinunciabile ai fini dell'assolvimento dei compiti istituzionali della Difesa.

In ragione di quanto precede al militare è richiesto un elevato senso di responsabilità e di osservanza delle regole che è incompatibile con le condotte che minacciano l'integrità psico fisica dell'individuo.

Inoltre la peculiarità dell'organizzazione militare fa sì che le deroghe concesse all'AD riguardo ai limiti consentiti nella normativa "civile" si esprimono in senso restrittivo per tutelare della sicurezza individuale e quella di terzi.

Le iniziative per la prevenzione del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio ed il precoce riconoscimento della sofferenza psicologica, sentinella dello sviluppo di comportamenti a rischio favorenti dapprima la richiesta poi il consumo delle sostanze stupefacenti e psicotrope, rappresentano l'obiettivo primario da conseguire per la Difesa.

I Dirigenti del Servizio Sanitario hanno il compito di informare i militari sulle condotte a rischio per la salute nell'ambito dei programmi di educazione sanitaria ed avviano le procedure sanitarie previste per l'accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti.

L'arruolamento volontario, che ha fatto seguito alla sospensione e della Leva, non ha determinato la flessione dell'attenzione sul *fenomeno droga* ma, al contrario, ha comportato la rimodulazione delle strategie preventive e dissuasive nei riguardi delle condotte tossicofile e delle tossicodipendenze.

In tal senso resta vigile l'attenzione sul *fenomeno droga* il quale, seppur con modalità, condotte e sostanze stupefacenti spesso diverse da quanto avveniva in una popolazione generale di coscritti, continua a rappresentare sempre e comunque motivo di grande preoccupazione.

Su tali basi, sono proseguite, con il dovuto rigore e con le risorse disponibili, le

attività preventive e dissuasive sulla tossicodipendenza e le condotte tossicofile.
La selezione per l'arruolamento viene svolta effettuando la ricerca urinaria dei cataboliti delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope a scopo non terapeutico unitamente all'accertamento specifico per l'abuso di alcool quale prerequisito indispensabile per conseguire l'idoneità sanitaria al servizio militare.
Successivamente, l'accertamento della tossicofilia e della tossicodipendenza si basa sul riconoscimento dei segni e sintomi di intossicazione psico-fisica da assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope.
Inoltre vengono effettuati accertamenti pre-affidamento delle mansioni e/o attività a rischio, periodici e di follow-up, accertamenti randomici su tutto il personale in servizio, e specifiche attività di prevenzione per contrastare la manifestazione di disagi psicologi che possano indurre all'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope.

Tale sforzo preventivo continua a percorrere orme già consolidate e sperimentate linee d'intervento.
Tra le attività di prevenzione primaria si evidenzia la promozione e lo sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema delle sostanze stupefacenti e psicotrope a cui si aggiungono i programmi formativi per il personale medico non specialistico e psicologico.
Inoltre fanno seguito le attività di prevenzione secondaria svolte dai Consultori Psicologici e dai Servizi di Psicologia delle FA/CC attraverso il supporto psicologico dei disturbi di adattamento e della condotta e delle relative implicazioni familiari e sociali.

V.1.7.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Stato Maggiore della Difesa – Ispettorato generale della Sanità Militare

Stato maggiore della Difesa Attività di prevenzione

L'attività di prevenzione delle tossicodipendenze è proseguita nel corso del 2012 in ambito Difesa con lo scopo comune di incrementare la sorveglianza sul *fenomeno droga* e di incentivare quelle iniziative formative ed informative che hanno dato positivo riscontro nel passato.
In relazione a quanto precede ogni Forza Armata/CC, con l'obiettivo di fare affidamento su personale motivato ed efficiente in grado di svolgere i sempre più importanti compiti sia in ambito di sicurezza nazionale che di impegno nelle operazioni al di fuori dei confini nazionali, ha sviluppato peculiari strumenti ed attività di prevenzione all'interno delle rispettive strutture sanitarie.

Esercito

Esercito:
Le attività di prevenzione delle tossicodipendenze e di supporto psicologico sono affidate, nell'ambito delle strutture sanitarie dipendenti dal Comando Logistico dell'Esercito agli operatori militari e civili dell'A.D. e civili convenzionati dei Consultori Psicologici delle strutture stesse. Nell'ambito degli EDR tali attività sono a cura dei Dirigenti il Servizio Sanitario militare, degli Ufficiali medici e, ove presenti, degli Ufficiali Consiglieri e dei Cappellani militari.
Nel periodo in esame hanno operato i Consultori Psicologici del Policlinico Militare di Roma, del Centro Ospedaliero di Milano e dei Dipartimenti Militari di Medicina Legale di Torino, Padova, Firenze, Roma, Chieti, Caserta, Messina, Palermo e Cagliari. In tali sedi, compatibilmente con le disponibilità di risorse umane e finanziarie dei singoli Consultori, si sono svolte attività di consulenza psicodiagnostica ai fini medico-legali in supporto alle Commissioni Mediche Ospedaliere e, psico-educazionali, di informazione e consulenza a supporto dei DSS dei rispettivi bacini d'utenza. In alcune sedi sono stati realizzati programmi

autonomi di prevenzione e organizzati incontri informativo-divulgativi anche a favore delle famiglie del personale militare.
Sono stai effettuati *drug test* su campione di urina, in ottemperanza alla normativa vigente, riguardo al personale con incarico di conduttore, in occasione del rilascio/rinnovo della patente di guida, al personale addetto alle mansioni a rischio, a mente del Regolamento di DIFESAN del 2010, a quello in servizio in Patria, nella misura del campione mensile del 5% della forza effettiva dell'ente di appartenenza.
Negli EDR è in atto da tempo un programma di informazione/educazione sanitaria a favore del personale militare, dipendente curato dai DSS /Ufficiali medici, esplicato con attività sugli aspetti sanitari e le relative implicazioni medico-legali e disciplinari derivanti dall'uso di stupefacenti e abuso di alcol e tabacco.

Marina Militare

Marina Militare:
Le linee di intervento intraprese hanno portato ad azioni di prevenzione che si sono concretizzate attraverso il programma di prevenzione primaria ***Drug Testing Program*** che si configura come uno strumento specifico di prevenzione articolato in varie fasi, da quella informativa e di sensibilizzazione a quella identificativa e di diagnosi precoce.
Il controllo *randomico*, obbligatori di tutto il personale, tramite la contestuale raccolta e analisi di un campione di urina, l'imprevedibilità di tale verifica, le implicite ricadute disciplinari e medico – legali connesse alla positività, richiamano continuamente l'attenzione di tutto il personale ed in particolare degli allievi e dei giovani militari, sulla necessità di non ignorare o banalizzare il rischio di comportamenti tossicofili, esercitando così un incisivo effetto dissuasivo verso il contatto con le sostanze stupefacenti.
Gli indici statistici, in linea generale offrono un riscontro confortante sull'efficacia del ***Drug Testing Program*** nel prevenire l'assunzione delle sostanze stupefacenti da parte del personale MM.
Inoltre sono state effettuate periodiche conferenze informative a cura degli Ufficiali medici e /o psicologi orientate a sensibilizzare tutto il personale militare alle tematiche dell'educazione alla salute, con particolare riguardo ai rischi connessi all'abuso di alcool e tabacco, uso di sostanze stupefacenti e ai rischi infettivi ad essi connessi.
Gli Ufficiali medici e psicologi in SPE frequentano, presso l'Accademia di Livorno, il corso applicativo in cui vengono tenuti corsi di insegnamento di psicologia e di medicina legale, con riferimenti agli aspetti legislativi e medicolegali più aggiornati relativi alle tossicodipendenza; tale ciclo di lezioni è finalizzato a sviluppare negli Ufficiali del Corpo sanitario, una maggiore sensibilità per le problematiche legate al disagio psicologico e alle tossicodipendenze, affinando la capacità di riconoscimento e gestione dei casi pervenuti alla diretta osservazione.
Nell'ambito della prevenzione secondaria i Servizi di Psicologia e Consultori Psicologici pongono in essere attività di diagnosi precoce e di supporto psicologico del personale; tale organizzazione ha il compito di evidenziare situazioni personologiche, socio-culturali e ambientali a "rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici o per la tossicofilia /tossicodipendenza ed ha contribuito a limitare il fenomeno.
In conseguenza dell'introduzione del Regolamento di DIFESAN del 2010, l'accertamento dell'uso abituale delle sostanze stupefacenti si basa sul riscontro documentale di trattamenti socio sanitari per le tossicodipendenze, effettuati presso le strutture pubbliche e private di pronto soccorso e di ricovero per abuso di sostanze, e di precedenti accertamenti medico legali. Inoltre viene posta particolare attenzione ai segni di assunzione abituale di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, sintomi fisici o psichici di intossicazione in atto, sindrome d'astinenza

in atto presenza di sostanze stupefacenti cataboliti nei liquidi biologici e nei tessuti.
Il personale militare, sospetto assuntore di sostanze stupefacenti, dovrà essere sottoposto ad accurati controlli di laboratorio e valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari e dei Consultori Psicologici e Servizi di Psicologia.
Gli accertamenti sono effettuati da medici e analisti di laboratorio presso i servizi sanitari di FA in condizione di sicurezza clinica e con l'esclusione al ricorso di metodiche invasive e nella garanzia dell'autenticità del campione con contenitori a quattro provette che consente di effettuare lo screening, l'analisi di secondo livello e la conservazione di un campione di riserva congelato per 12 mesi. Nel personale a ferma prefissata l'assunzione occasionale di sostanze stupefacenti e psicotrope comporta il proscioglimento del militare. Il personale in servizio permanente effettivo risultato positivo ai test sarà avviato ad attività di sostegno e rieducazione sanitaria presso i consultori Psicologici e sottoposto ad accurata e approfondita valutazione clinica e psicodiagnostica finalizzata ad accertare la struttura personologica/o psicopatologica di fondo e/o patologie organiche concomitanti che sottendono all'abuso, onde accertare l'inidoneità al servizio per altra causa. Il personale che acconsente al trattamento socio sanitario riabilitativo potrà beneficiare del periodo massimo di aspettativa. Presso l'Ispettorato di Sanità della Marina è custodita una banca dati sui casi di uso di sostanze stupefacenti finalizzata a monitorare alcuni aspetti del fenomeno ed indirizzare adeguatamente le strategie preventive.

Aeronautica Militare:
la FA pone estrema attenzione sulla necessità di avere personale motivato ed efficiente in grado di svolgere i sempre più importanti compiti sia in ambito di sicurezza nazionale che di impegno nelle operazioni al di fuori dei confini nazionali, considerando l'alta valenza operativa di tutto il personale della cosiddetta "linea volo".
Le iniziative del caso, promosse dallo SMA e dagli articolati Alti Comandi, sono indirizzate a sensibilizzare tutto il personale alla limitazione del propagarsi di un fenomeno diffuso nella società moderna, attraverso il modello organizzativo di **prevenzione, controllo *randomico* e sorveglianza e recupero del personale**.
L'obiettivo dei controlli *random* è quello di verificare il 5% della forza indicata dai Comandanti con particolare attenzione al personale di vigilanza e conduttori. Tale programma impegna la componente sanitaria come una delle parti coinvolte nella gestione del fenomeno insieme alla linea Comando ed agli organi di sicurezza, al fine di individuare eventuali situazioni di disagio o di devianza comportamentale, sintomo di possibili situazioni a rischio. Le azioni poste in essere sono, quindi, costanti nel tempo ed hanno riguardato interventi di prevenzione e sorveglianza e monitoraggio dei casi accertati oltre che il **controllo specifico delle categorie particolari d'impiego**. In tal senso i vari Comandi hanno incentivato la pratica delle attività sportive e ricreative al fine di favorire la socializzazione e l'integrazione nei gruppi del personale attraverso il libero accesso agli impianti sportivi militari per l'organizzazione di tornei e gare. Inoltre sono stati resi disponibili gli accessi gratuiti a teatri cinema e manifestazioni culturali e sportive e concesse facilitazioni per l'utilizzo di biblioteche e pay.TV.
Massima cura è stata data rivolta alle attività informative sulla tossicodipendenza da parte degli operatori sanitari al fine di favorire il colloquio personale per l'instaurazione di un rapporto diretto tra il militare e la componente medica. In tal senso sono state organizzate conferenze, dibattiti, con l'ausilio dei mezzi audiovisivi, pubblicazioni, opuscoli sulla tematica in questione particolare attenzione è stata data alle procedure per la segnalazione e la notifica dei casi d'abuso garantendo la tutela della privacy degli interessati. L'attività viene svolta

dagli psicologi convenzionati che operano presso i Consultori ed i Servizi aperti presso i vari EDR della FA.. L'attività di assistenza che in precedenza era rivolta prevalentemente ai coscritti è continuata a favore del personale volontario ed in servizio permanente. Sono stati tenuti infatti incontri e corsi individuali e di gruppo, per soddisfare le esigenze di supporto che rappresentano l'obiettivo primario dei Consultori. Sono stati eseguiti periodici controlli dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti sul personale. Analoghi controlli sono stati effettuati durante le selezioni mediche per gli arruolamenti. Il personale di volo (piloti ed equipaggi di volo) dell'AM, delle altre FA, dei Corpi armati dello Stato e dei Vigili del Fuoco sono stati sottoposti a *drug test* durante la visita di controllo ordinaria/straordinaria presso gli Istituti Medico Legali mentre il personale che effettua la visita per l'idoneità all'impiego alle operazioni fuori i confini nazionali è stato sottoposto a *drug test* presso le Infermerie principali-polifunzionali e gli Istituti Medico-Legali. Inoltre esami occasionali vengono eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di specifica segnalazione da parte dei Servizi sanitari del Reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'uso di sostanze stupefacenti. Il riscontro di positività urinaria nel corso degli accertamenti effettuati presso le Infermerie di Corpo assume soltanto connotazione d'orientamento diagnostico e comporta, a garanzia dell'interessato, l'invio presso gli Organi medico Legali di FA e/o Dipartimenti Militari di Medicina Legale per una valutazione definitiva del caso, con l'ausilio di qualificati interventi diagnostici approfonditi

Arma dei Carabinieri

Sono state tenute conferenze sul tema di prevenzione delle tossicodipendenze i cui sono stati trattati gli argomenti relativi alle norme comportamentali durante l'espletamento del servizio, la normativa in materia di stupefacenti ed i relativi effetti psico-fisiologici sull'organismo, il supporto psicologico da parte di un "tecnico", i comportamenti a rischio, i problemi sociali legati all'uso degli stupefacenti e le malattie infettive ed ir ischi per la saluta della tossicodipendenza, cenni sull'alcolismo.

V.1.7.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Stato Maggiore della Difesa – – Ispettorato generale della Sanità Militare

Stato Maggiore della Difesa Applicazione della normativa vigente

L'anno 2012 ha visto proseguire l'applicazione delle norme vigenti dal 2010 che regolano la materia nell'ambito del Comparto (Codice dell'Ordinamento Militare (D.lgs. 66/2010) e successive modifiche.
L'applicazione del Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa per l'effettuazione degli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza di cui all'Accordo 30 ottobre 2007, n. 99/CU, tenendo conto di quanto previsto dall'Accordo 18 settembre 2008, n. 178/CSR.
In considerazione che l'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, sia saltuaria sia abitudinaria, determina alterazioni dell'equilibrio psicofisico e comporta il medesimo rischio per la salute e la sicurezza del militare stesso e dei terzi, le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei militari, sono finalizzate primariamente a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni e/o attività lavorative a rischio.

Necessità di potenziare strumenti e attività preventive

Dal momento che la mera assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope può pregiudicare la sicurezza del militare e di terzi, dovrà prevalere un indirizzo di cautela che determini la sospensione dello svolgimento di mansioni e/o attività a

rischio da parte dei presunti assuntori, pertanto le procedure di cui al predetto Regolamento sono finalizzate ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio. A tale scopo preventivo, anche per le oggettive difficoltà di rilevazione e di descrizione delle modalità e della frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope da parte del militare, dette procedure, per le finalità di cui sopra, non possono fare distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza al fine di attivare la sospensione cautelativa.
Sebbene i riscontri statistici, che hanno fatto seguito alle campagne informative e di prevenzione svolte in sede decentrata dalle diverse articolazione delle Forze Armate, sono confortanti, sembra comunque opportuno potenziare gli strumenti e le attività preventive, avvalendosi anche di nuove tecnologie multimediali, e dedicare maggiori risorse alla formazione del personale sanitario, che a tutti i livelli di responsabilità, abbia la possibilità di conseguire le abilità necessarie a riconoscere e gestire comportamenti a rischio e condotte tossicofile nel personale assistito.
In tal senso la riorganizzazione interna del Vertice sanitario della Difesa consentirà una maggiore efficacia nella coordinazione delle diverse componenti sanitarie delle FA/CC preposte alla prevenzione delle tossicodipendenze.

Utilità dissuasiva degli accertamenti randomici

Parimenti si evidenzia l'utilità dissuasiva degli accertamenti randomici nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale indipendentemente da quanto disciplinato dal predetto Regolamento, in riferimento alle mansioni a rischio.
Inoltre dall'analisi dei flussi statistici sulle tossicodipendenze e sulle assenze per malattia nel comparto difesa si attende una più puntuale ed efficace azione preventiva e riabilitativa sui casi diagnosticati.

Infine si favorirà la creazione di gruppi di aggregazione e socializzazione, con lo scopo di facilitare i rapporti interpersonali tra pari e con la componente sanitaria militare, fondamentali per evitare l'isolamento individuale, che spesso rappresenta un indice di disagio psicologico e di comportamenti a rischio e di condotte tossicofile.

V.1.8 Comando Generale della Guardia di Finanza

V.1.8.1 Strategie e programmazione attività 2012 o orientamenti generali

III reparto Operazioni – Ufficio Tutela Economia e Sicurezza – Sezione Criminalità Organizzata e Stupefacenti

Funzioni e competenze

Il traffico internazionale di sostanze stupefacenti continua a rappresentare una grave minaccia oltre che per la salute e la sicurezza pubblica, anche per la stabilità di molti Paesi.

Infatti il narcotraffico produce effetti preoccupanti sullo scenario geopolitico mondiale, saldandosi, sovente, a fenomeni di criminalità organizzata transnazionale e, talvolta, a cellule terroristiche. In ogni caso, ne conseguono gravi turbative per taluni Stati di produzione o di transito degli stupefacenti, quali, ad esempio, la Colombia, il Messico e l'Afghanistan. Inoltre, i rilevantissimi flussi di denaro di provenienza illecita, generati dalle transazioni collegate alla compravendita della droga, hanno un impatto fortissimo sui mercati finanziari e sono in grado, da soli, di inquinare i sistemi economici di molti Paesi.

Per questo, la lotta al traffico di sostanze stupefacenti deve mirare, da un lato, ad interrompere le spedizioni di sostanze stupefacenti, dall'altro ad intercettare il denaro diretto alle organizzazioni criminali ed a riconoscere i suoi successivi reimpieghi, anche nel mondo dell'economia lecita.

Con riguardo al primo aspetto, occorre tener presente che i trafficanti ricercano continuamente nuovi modus operandi e nuove rotte in ogni continente, nel tentativo di limitare i rischi di scoperta e di sequestro dei carichi di stupefacenti.
Le investigazioni devono, pertanto, basarsi su una valida attività informativa e su un'efficace cooperazione internazionale: è questo il campo d'azione delle Forze di Polizia, che, in Italia, si dispiega sotto il coordinamento della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga, unico interlocutore nazionale con i corrispondenti servizi delle polizie estere e referente per tutte le operazioni investigative speciali.
Nell'ambito delle investigazioni sui traffici di stupefacenti, la Guardia di Finanza può vantare il know-how derivante dall'esperienza del contrasto al contrabbando, sia in ambito doganale che sul mare, attraverso il proprio articolato dispositivo. L'attività nel settore, è svolta con il rilevante contributo fornito anche dalla componente aeronavale alturiera, soprattutto per il monitoraggio e l'intercettazione di natanti in alto mare ed anche in operazioni di carattere internazionale ed ha permesso di sequestrare ingenti partite di stupefacenti - in particolare di cocaina — e di arrestare un gran numero di appartenenti ad organizzazioni di narcotrafficanti di diversa nazionalità (italiani, europei dell'est, nordafricani e sudamericani).

Inoltre, presso i porti, gli aeroporti, i valichi stradali, le stazioni ferroviarie, la presenza delle unità cinofile, composte da un finanziere conduttore e da un cane antidroga, consente di indirizzare le ricerche anche su ridotti quantitativi di droghe, grazie al formidabile olfatto del cane, all'addestramento ricevuto presso l'apposita struttura specializzata del Corpo, nonché al rapporto di estremo affiatamento con il proprio conduttore.

Le potenzialità del Corpo emergono, tuttavia, in modo ancora più accentuato nel contrasto al fenomeno sotto il profilo economico e finanziario. In tale contesto, la Guardia di Finanza può difatti mettere in campo le proprie competenze e professionalità derivanti dal ruolo di polizia economico finanziaria, che le hanno consentito di sviluppare moduli operativi, quali verifiche contabili, analisi di bilancio, indagini patrimoniali e finanziarie, assolutamente indispensabili nell'opera di ricostruzione delle movimentazioni dei capitali illeciti, del loro riciclaggio e del reimpiego in attività lecite.
Nel corso del 2012, il Corpo ha continuato il programma di intensificazione del contrasto sul versante patrimoniale alle organizzazioni criminali, dedite alla commissione dei più gravi reati, primi fra tutti il traffico di sostanze stupefacenti, attraverso un sistematico ricorso all'applicazione degli strumenti normativi che consentono di pervenire alla confisca dei beni.

In tal modo, si sta ottenendo un rafforzamento dell'azione di repressione dei traffici della specie, già da tempo svolta dalle unità operative del Corpo, sottraendo alle compagnie criminali quelle risorse economico—finanziarie che rappresentano lo scopo del loro illecito operare.

Iniziative di informazione nelle scuole

Per far fronte altresì alle sempre più numerose richieste che pervengono ai Comandi del Corpo da parte di Dirigenti scolastici, sono state standardizzate le procedure connesse alle dimostrazioni cinofile delle unità antidroga eseguite all'interno delle scuole.

Tali incontri, mirati alla tutela della salute pubblica dei cittadini più giovani attraverso un'informazione a loro specificamente dedicata, intendono diffondere la conoscenza del fenomeno droga per prevenirne i disagi, tipici dell'età adolescenziale.

Gli incontri, pertanto, vengono generalmente articolati come segue:

- proiezione di un filmato istituzionale denominato "Educare alla legalità", che illustra, tra l'altro, i compiti del Corpo;
- dimostrazione di una unità cinofila;
- breve approfondimento conclusivo sulle droghe e sui loro effetti;
- consegna di una brochure illustrativa, realizzata anch'essa in formato elettronico, riportante alcune classificazioni delle sostanze stupefacenti, schede di sintesi sugli effetti di breve, media e lunga durata causati dall'assunzione delle stesse e schede di approfondimento su ogni singola droga.

V.1.8.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

III reparto Operazioni – Ufficio Tutela Economia e Sicurezza – Sezione Criminalità Organizzata e Stupefacenti

Organizzazione e attività

Il modello operativo -strategico che il Corpo mette in campo nell'azione di prevenzione/repressione si sviluppa lungo quattro direttrici fondamentali che fanno parte di un "sistema operativo integrato":

- il presidio di vigilanza a mare, per finalità di polizia economico-finanziaria e di contrasto ai traffici illeciti, mediante la propria componente aeronavale;
- la vigilanza della frontiera comunitaria esterna (terrestre, marittima, aeroportuale ed intermodale), ove il Corpo assicura, in corrispondenza delle vie di accesso doganali, in modo permanente e sistematico, unitamente al personale dell'Agenzia delle Dogane, presidi fissi per il controllo di persone, bagagli, automezzi e merci, per la prevenzione e repressione dei traffici illeciti sotto il profilo doganale e valutario;
- il controllo economico del territorio da parte delle unità che operano "su strada", tra le quali rientrano le pattuglie in servizio di pubblica utilità "117";
- le attività investigative, di più ampio respiro, poste in essere dal Reparti Speciali, in primis S.C.I.C.O. e Nucleo Speciale Polizia Valutaria, dai Nuclei di polizia tributaria e dai Reparti territoriali mediante il ricorso agli strumenti tipici della polizia tributaria, amministrativa e/o giudiziaria.

Questo dispositivo ha consentito nel tempo non solo di rappresentare un baluardo contro i tentativi di penetrazione dei traffici illeciti, in particolare del contrabbando e degli stupefacenti, ma anche di acquisire un'approfondita conoscenza delle dinamiche degli stessi, delle modalità e dei personaggi coinvolti.

GOA – Gruppi di Investigazione Criminalità Organizzata

Tutte le componenti del Corpo concorrono alla realizzazione del citato dispositivo: tuttavia, ma meritano una particolare menzione;

- le Sezioni G.O.A. dei Gruppi di Investigazione Criminalità Organizzata (G.I.C.O.), che eseguono le più importanti indagini, anche di rilievo internazionale, sul traffici illeciti di stupefacenti, ricorrendo, in taluni casi, alle operazioni "sotto copertura". Le investigazioni antidroga si inseriscono frequentemente nell'ambito di più ampi contesti giudiziari aperti nei confronti delle cosche criminali, riconducibili alle note strutture di matrice autoctona (Cosa Nostra, 'Ndrangheta, Camorra e Sacra Corona Unita) o straniera;
- l'articolato dispositivo aeronavale per il controllo delle acque territoriali, contigue e internazionali, che si avvale di una flotta di 102 mezzi aerei di cui 16 veicoli e 86 elicotteri, nonché 310 mezzi navali di varia tipologia. Le caratteristiche e le dotazioni dei mezzi aeronavali li rendono idonei ad azioni di scoperta ad ampio raggio, come quelle condotte nell'ambito del protocollo operativo tra il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'interno della Repubblica Italiana e la Direzione Generale della Polizia di Stato della Repubblica d'Albania, relativo ad un'attività di telerilevamento aereo in territorio albanese, condotta dal Gruppo Esplorazione Aeromarittima di Pratica di Pomezia in collaborazione con le Autorità albanesi e con l'Università Federico II di Napoli — CRdC Benecon.

Nel corso delle 27 missioni di volo condotte dal velivolo del Corpo P166 DP1, sono state individuate 255 zone con probabile presenza di colture di cannabis (pari ad un'estensione di 403.530 mq), successivamente riscontrata dalla polizia albanese per il 99%.

- i Reparti che eseguono la vigilanza ai confini dello Stato, i quali si trovano ad operare negli scali portuali ed aeroportuali e lungo il confine marittimo e terrestre. In particolare, i porti italiani, appaiono fortemente interessati da arrivi di stupefacenti destinati al mercato nazionale ed europeo;
- le unità cinofile antidroga, che, grazie ad un elevato standard addestrativo, sono impiegate con successo presso porti, aeroporti, valichi autostradali, stazioni ferroviarie, uffici postali, depositi merci e bagagli, all'esterno ed all'interno degli edifici ed in molte altre circostanze.

Interventi e attività 2012

Il modello organizzativo, ora brevemente descritto, ha consentito, nel 2012, di eseguire 15.824 interventi a fini antidroga, con la denuncia, a vario titolo, di complessivi 7.597 soggetti, di cui 5.708 stranieri e con l'arresto di 2.530 dei quali 1.665 stranieri, a conferma dell'incidenza delle organizzazioni di matrice etnica nel traffico di sostanze stupefacenti

Tale attività ha condotto anche al sequestro di complessivi 30.158 Kg di droga (con un incremento del +39,5% rispetto al 2011, 21.618 Kg.), tra cui 4.044 Kg. di cocaina, 25.369 Kg. di hashish e marijuana (+58,6% rispetto al 2011, 15.994 Kg.), 744 Kg. di altre droghe e 352 mezzi utilizzati per gli illeciti traffici.

Nei confronti dei membri delle organizzazioni di narcotrafficanti - in applicazione della normativa antimafia — sono stati condotti 703 accertamenti patrimoniali che hanno interessato 937 posizioni soggettive, consentendo di operare sequestri per 130 milioni di euro, con un patrimonio confiscato superiore ai 22 milioni di euro.

Sul fronte delle attività di contrasto al riciclaggio e reimpiego di proventi illeciti

derivanti dal narcotraffico, sono stati effettuati 41 interventi, che hanno consentito di denunciare all'A.G. 51 soggetti di cui 6 in stato di arresto, di accertare proventi oggetto di riciclaggio per un valore di 26,3 milioni di euro e di sottoporre a sequestro beni per un valore di 5,2 milioni di euro.

Partecipazione in campo internazionale

In campo internazionale la Guardia di Finanza ha partecipato a gruppi di lavoro promossi a livello europeo, nonché intensificato lo scambio informativo con gli Stati Membri.

L'esperienza operativa in tale settore ha confermato il carattere transnazionale delle

organizzazioni criminali che muovono verso l'Europa - sfruttando le rotte balcaniche (per l'eroina), quella atlantiche (per la cocaina) ed africane (per l'hashish) — enormi quantitativi di stupefacente, i cui sequestri nel territorio nazionale, terminale e area di transito per altri Paesi Europei, hanno registrato un incremento nel primo semestre del 2012 del 28% circa.

È in tale quadro sistemico che il Corpo, sotto il costante coordinamento della D.C.S.A., ha partecipato ad investigazioni internazionali ed ha proficuamente implementato il continuo scambio info—investigativo e di intelligence — utilizzando gli strumenti della cooperazione di polizia, doganale e giudiziaria - con i collaterali organismi esteri, ed i loro liason officers in Italia.

Si citano, a titolo di esempio, il Maritime Analysis and Operations Centra — Narcotics di Lisbona (MAOC — N), la DEA e l'FBI americani, la DNRED francese, la SOCA inglese, lo ZKA tedesco, la Guardia civil spagnola, Interpol ed Europol. Quest'ultimo, in particolare, continua a rivelarsi un imprescindibile supporto di analisi alle investigazioni attraverso un articolato e consolidato sistema di data base settoriali costantemente aggiornati ed implementati con i contributi delle varie Agenzie di law enforcement dei 27 Stati membri.

Operazione CIME BIANCHE

Proprio con riferimento alla collaborazione offerta e prestata ad Europol è stata conclusa l'operazione "CIME BIANCHE", una complessa attività di polizia giudiziaria svolta nei confronti di un'organizzazione criminale dedita all'importazione di eroina e cocaina dal Nord Europa (Olanda e Francia) verso l'Italia (Toscana, Puglia, Lombardia, Liguria, Lazio, Emilia Romagna), che ha permesso di sequestrare, nel tempo, ingenti quantitativi di cocaina ed eroina, eseguire 13 ordinanze di custodia cautelare (10 in carcere – 3 domiciliari), nei confronti di 12 albanesi ed 1 italiano accusati di traffico internazionale di sostanze stupefacenti, emanare Mandati di Arresto Europei per alcuni sodali residenti in Francia, arrestare, in Francia, 8 cittadini di nazionalità albanese.

In tale contesto ha assunto particolare rilievo la stretta collaborazione fra le Polizie

europee (Francia, Olanda e Svizzera) degli Stati coinvolti (per il Corpo, il supporto info- operativo è stato veicolato e fornito dal Comando Generale-II Reparto e dallo S.C.I.C.O.), nonché tra le Autorità Giudiziarie (coordinamento realizzato da Eurojust), tanto da essere citata come best practice nella press release di Eurojust.

Notevole spessore investigativo ha altresì avuto l'operazione "FIRST 2011" condotta dalla Guardia di Finanza di Napoli nei confronti di un organizzazione internazionale di narcotrafficanti, che ha consentito, attraverso la sinergia investigativa fra la componente speciale antidroga e quella aeronavale, di arrestare 20 soggetti e sequestrare oltre 1,5 tonnellate di stupefacenti nonché beni per un valore di 3 milioni di euro.

L'inchiesta ha consentito di accertare l'operatività di un agguerrito gruppo criminale, con base operativa a Torre Annunziata e ramificazioni anche all'estero,

dedito all'importazione
in Italia di ingenti quantitativi di droghe - soprattutto hasbish - destinati alle fiorenti "piazze di spaccio" dei paesi vesuviani.

Da ultimo, si evidenzia che nell'ambito delle attività di cooperazione internazionale i Reparti della Guardia di Finanza hanno contribuito attivamente al sequestro complessivo di circa 6 tonnellate di sostanze proibite, di cui 3 nell'ambito della sola operazione convenzionalmente denominata "CAVERNA" che nel mese di agosto 2012 ha permesso al Cuerpo Nacional de Policia spagnolo, di sequestrare il carico illecito - diretto verso l'Europa - e la motonave utilizzata per il traffico, di individuare e disarticolare una ramificata organizzazione criminale operante a livello internazionale (Colombia, Spagna e Bulgaria) e di arrestare 21 membri di equipaggio, di nazionalità bulgara, ed ulteriori 10 sodali all'organizzazione presenti in territorio iberico.

V.1.8.3 Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

III reparto Operazioni – Ufficio Tutela Economia e Sicurezza – Sezione Criminalità Organizzata e Stupefacenti

Prospettive prioritarie

A livello mondiale, oltre al traffico delle sostanze di provenienza vegetale, preoccupa il diffondersi di droghe sintetiche, le quali, oltre a produrre effetti più potenti e dannosi, possono essere realizzate a basso costo ed in modo relativamente semplice in laboratori clandestini.
In questi processi produttivi vengono impiegati i c.d. "precursori", una serie di sostanze chimiche, di norma commercializzate in modo lecito ed utilizzate in numerosi processi industriali e farmaceutici e che rivestono una funzione cruciale nella produzione, fabbricazione e preparazione illecita di droghe d'abuso. Alcuni di essi sono utilizzati dai trafficanti come materia prima di partenza, da trasformare in droghe sintetiche, quali amfetamine, ecstasy, LSD; altri precursori sono utilizzati come reagenti, con la funzione di trasformare una sostanza naturale in una droga d'abuso, in particolare per l'ottenimento di eroina e cocaina.

Sul piano nazionale, un ha suscitato un rilevante allarme il diffondersi del fenomeno del doping sportivo nonché della proliferazione di esercizi commerciali denominati "smart- shop", cioè negozi che vendono le cosiddette "smart-drugs" (letteralmente "droghe furbe"), sostanze psicoattive commercializzate anche attraverso la rete internet.
L'espressione trarrebbe origine dal fatto che il commercio e l'assunzione di tali sostanze non sono perseguibili, in quanto le stesse ed i relativi principi attivi non sono inclusi nelle tabelle che classificano le sostanze stupefacenti come proibite.
La presenza di simili negozi accrediterebbe la percezione di potersi approvvigionare di sostanze psicoattive senza incorrere in alcuna sanzione, nonché l'idea che esistano droghe lecite, non dannose per la salute, ma con effetti del tutto simili a quelli prodotti dalle sostanze vietate. Entrambi i fenomeni appaiono accomunati dall'erroneo convincimento, negli assuntori, della sostanzialmente bassa o addirittura nulla nocività dei composti chimici.

Luoghi di diffusione delle "nuove droghe", specie quelle sintetiche, sono rappresentati dai cc.dd. "Rave Party", raduni organizzati per diffondere musica, in località distanti dai centri abitati e spesso contestualizzati in grandi spazi in disuso (es. fabbriche dismesse) di difficile localizzazione, ed ai quali partecipano migliaia di giovani che, tra l'altro, consumano sostanze stupefacenti.

Questi meeting rappresentano veri e propri laboratori per i pusher che vogliono "testare" le nuove sostanze anche in ragione della difficoltà di individuazione dei luoghi di ritrovo da parte delle forze di polizia, in quanto isolati e la cui ubicazione viene comunicata sempre nell'imminenza dell'evento ed utilizzando il "passaparola" ovvero alcuni blog su internet.

In relazione ai fenomeni della diffusione e dell'utilizzo di nuove droghe si segnalano le indagini condotte nel 2011 e 2012 dal Gruppo Pronto Impiego di Milano, su delega della locale Procura della Repubblica, nell'ambito delle Operazioni denominate Aroma Compound 1 e 2, nei confronti di alcuni soggetti dediti all'introduzione e commercializzazione su tutto il territorio nazionale di considerevoli quantitativi di droga sintetica di ultimissima generazione denominata G.B.L. (Gamma Butirro Lattone)' conclusesi con la denuncia all'Autorità Giudiziaria di 136 soggetti di cui 57 in stato di arresto ed il sequestro di ml. 87.691 di GBL.

Il GBL. nasce come un solvente chimico industriale utilizzato per produrre la plastica ed i pesticidi. L'acido se assunto in piccole dosi brucia le mucose e le cellule cerebrali, incolore, insapore e quasi inodore viene usato come sostanza stupefacente (cd. droga involontaria o droga invisibile) e produce effetti devastanti, simili a quelli delle anfetamine e dell'ecstasy. La vendita e vietata Il"I Italia e viene acquistato attraverso internet dalle aziende europee (circa una quindicina) che la commercializzano. Si trova in commercio sotto forma di solventi e detergenti a partire dal prezzo di circa € 70,00 per una confezione da un litro. Si tratta di una droga che provoca uno stato di euforia unito ad allucinazioni, sonnolenza, perdita di coscienza e memoria; può essere utilizzata per commettere violenze sessuali (denominata anche "droga dello stupro"): inibisce la volontà dell'assuntore che passato l'effetto non ricorda nulla.

PAGINA BIANCA

CAPITOLO V.2.

REGIONI E PROVINCE AUTONOME

V.2.1. Indicatori di sintesi

V.2.1.1 Regione Abruzzo

V.2.1.2 Regione Basilicata

V.2.1.3 Regione Calabria

V.2.1.4 Regione Campania

V.2.1.5 Regione Emilia-Romagna

V.2.1.6 Regione Friuli Venezia Giulia

V.2.1.7 Regione Lazio

V.2.1.8 Regione Liguria

V.2.1.9 Regione Lombardia

V.2.1.10 Regione Marche

V.2.1.11 Regione Molise

V.2.1.12 Regione Piemonte

V.2.1.13 Regione Puglia

V.2.1.14 Regione Sardegna

V.2.1.15 Regione Sicilia

V.2.1.16 Regione Toscana

V.2.1.17 Regione Umbria

V.2.1.18 Regione Valle d'Aosta

V.2.1.19 Regione Veneto

V.2.1.20 Provincia Autonoma di Bolzano

V.2.1.21 Provincia Autonoma di Trento

V.2.1.22 Performance e Criticità

V.2.2. Comparazione dei dati delle Regioni e delle Provincie Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dal valore nazionale

V.2.3. Relazioni conclusive

V.2.3.1 Regione Abruzzo

V.2.3.2 Regione Basilicata

V.2.3.3 Regione Calabria

V.2.3.4 Regione Campania

V.2.3.5 Regione Emilia-Romagna

V.2.3.6 Regione Friuli Venezia Giulia

V.2.3.7 Regione Lazio

V.2.3.8 Regione Liguria

V.2.3.9 Regione Lombardia

V .2.3.10 Regione Molise

V.2.3.11 Regione Piemonte

V.2.3.12 Regione Puglia

V.2.3.13 Regione Sardegna

V.2.3.14 Regione Toscana

V.2.3.15 Regione Umbria

V.2.3.16 Regione Veneto

V.2.3.17 Provincia Autonoma di Bolzano

V.2.3.18 Provincia Autonoma di Trento

V.2. REGIONI E PROVINCE AUTONOME

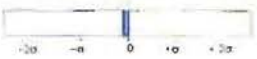
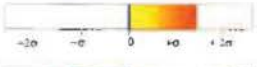
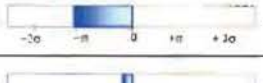
V.2.1. Indicatori di sintesi

V.2.1.1 Regione Abruzzo

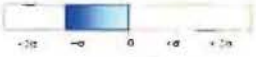
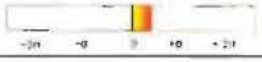
Indicatori di sintesi : valori assoluti

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	852 229	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	643	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.994	164.101

Indicatori di sintesi : valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,8	0,8	0,4	-3,3		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,7	4,2	1,4	10,5		0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	47,1	44,9	16,8	4,9		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	99,5	94,5	16,6	5,3		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,1	8,7	3,5	-6,9		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	83,7	74,4	6,8	12,5		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	7,7	14,8	5,8	-48,2		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,4	9,7	1,9	-3,0		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,5	1,0	0,9	-53,5		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	70,4	82,6	36,7	-14,8		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-23,1		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	9,9	6,4	4,9	52,9		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	49,5	65,1	30,0	-24,0		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	9,9	11,8	5,6	-16,7		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	9,8	9,0	1,9	9,0		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	-1,4		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	27,6	14,4	9,0	91,3		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	25,9	36,4	8,1	-28,8		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	36,0	32,0	9,4	12,5		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	25,5	34,2	12,9	-25,6		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	22,4	23,5	9,4	-4,6		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	17,1	4,3	5,2	294,4		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.2 Regione Basilicata

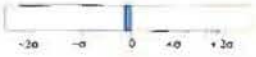
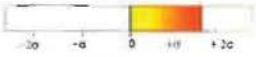
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	382.394	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	199	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.404	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,5	0,8	0,4	-33,3	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,7	4,2	1,4	-13,4	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	80,0	44,9	16,8	78,3	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	45,9	94,5	16,6	-51,4	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	4,9	8,7	3,5	-43,4	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	87,1	74,4	6,8	17,1	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	7,4	14,8	5,8	-50,3	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,5	9,7	1,9	-2,3	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,3	1,0	0,9	-74,0	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	93,6	82,6	36,7	13,3	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,3	0,2	0,1	30,8	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	14,6	6,4	4,9	127,2	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	65,4	65,1	30,0	0,4	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,0	11,8	5,6	-7,2	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,8	9,0	1,9	-2,7		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	12,2		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	33,5	14,4	9,0	132,2		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	40,0	36,4	8,1	9,8		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	10,7	32,0	9,4	-66,5		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	26,0	34,2	12,9	-24,0		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	15,9	23,5	9,4	-32,5		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	13,6	4,3	5,2	212,7		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

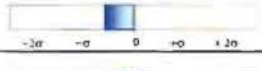
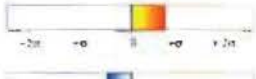
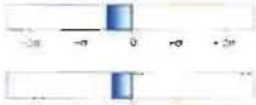
Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.3 Regione Calabria

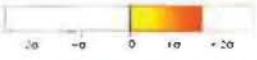
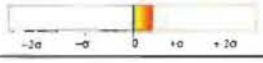
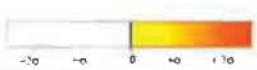
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	1.305.701	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	938	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.651	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*) dal valore nazionale**

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,7	0,8	0,4	-7,9		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,8	4,2	1,4	-34,1		0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	32,4	44,9	16,8	-27,9		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	86,4	94,5	16,6	-8,5		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,8	8,7	3,5	1,2		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	74,0	74,4	6,8	-0,5		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	12,1	14,8	5,8	-18,7		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	7,7	9,7	1,9	-20,5		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,3	1,0	0,9	-69,6		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	85,2	82,6	36,7	3,2		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,3	0,2	0,1	56,4		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	6,4	6,4	4,9	-0,2		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	70,4	65,1	30,0	8,0		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	8,1	11,8	5,6	-31,4		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Reglo--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	7,2	9,0	1,9	-20,8		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,3	0,2	0,1	20,2		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	8,2	14,4	9,0	-43,1		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	28,5	36,4	8,1	-21,8		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	23,1	32,0	9,4	-27,7		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	16,8	34,2	12,9	-51,0		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	15,3	23,5	9,4	-34,9		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	4,2	4,3	5,2	-3,9		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato delle regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.4 Regione Campania

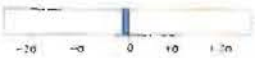
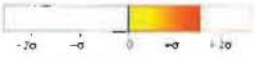
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	3.881.122	38 698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.052	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	15.937	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*)** dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,5	0.8	0.4	-32,2	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,1	4,2	1.4	-3,2	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	58,0	44,9	16,8	29,3	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	70,8	94,5	16,6	-25,1	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	3,2	8,7	3,5	-63,0	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	88,3	74,4	6,8	18,7	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	8,1	14,8	5,8	-45,6	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	6,2	9,7	1,9	-36,4	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,6	1,0	0,9	63,6	0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	53,1	82,6	36,7	-35,7	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-33,8	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	6,9	6,4	4,9	7,5	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	36,4	65,1	30,0	-44,1	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	9,5	11,8	5,6	-19,4	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	9,0	9,0	1,9	-0,4		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	2,8		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	12,4	14,4	9,0	-14,2		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	38,4	36,4	8,1	5,3		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	32,1	32,0	9,4	0,2		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	45,8	34,2	12,9	33,8		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	24,2	23,5	9,4	2,8		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	0,0	4,3	5,2	-99,4		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.5 Regione Emilia - Romagna

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	2.766.894	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.919	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	13.035	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*)** dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,7	0,8	0,4	-11,0	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,7	4,2	1,4	11,1	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	47,6	44,9	16,8	6,0	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	99,1	94,5	16,6	4,9	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,5	8,7	3,5	20,6	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	72,1	74,4	6,8	-3,1	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	15,8	14,8	5,8	6,4	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	14,0	9,7	1,9	44,5	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,1	1,0	0,9	7,5	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	91,7	82,6	36,7	11,0	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	0,0	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	7,3	6,4	4,9	13,3	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	71,5	65,1	30,0	9,8	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,6	11,8	5,6	-1,6	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,4	9,0	1,9	-40,6	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-46,5	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	7,8	14,4	9,0	-45,6	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	23,3	36,4	8,1	-35,9	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	17,4	32,0	9,4	-45,6	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	57,5	34,2	12,9	68,1	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	45,5	23,5	9,4	93,6	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	6,0	4,3	5,2	38,7	2,5

* *Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

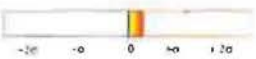
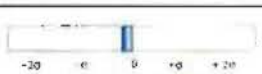
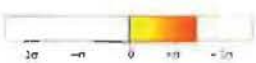
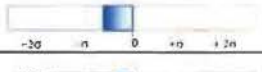
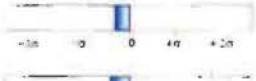
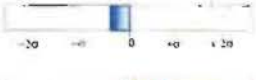
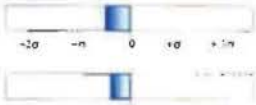
Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.6 Regione Friuli Venezia Giulia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	772.117	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	636	30 168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.173	164 101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,8	0,8	0,4	5,6		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,1	4,2	1,4	-3,1		0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	45,2	44,9	16,8	0,7		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	90,9	94,5	16,6	-3,7		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	13,1	8,7	3,5	50,4		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di opplacei	78,5	74,4	6,8	5,5		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	6,2	14,8	5,8	-58,2		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)'	10,6	9,7	1,9	9,5		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,9	1,0	0,9	-10,0		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	21,0	82,6	36,7	-74,6		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-73,8		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	3,0	6,4	4,9	-53,8		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	16,2	65,1	30,0	-75,1		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	0,8	11,8	5,6	-93,4		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	4,4	9,0	1,9	-51,4	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-49,8	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	8,3	14,4	9,0	-42,5	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	17,7	36,4	8,1	-51,3	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	13,2	32,0	9,4	-58,7	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	36,9	34,2	12,9	7,8	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	30,3	23,5	9,4	28,8	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	12,6	4,3	5,2	190,1	2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

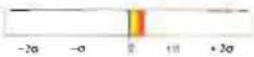
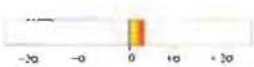
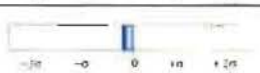
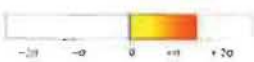
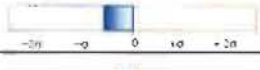
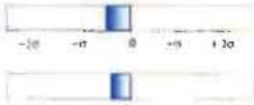
Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.7 Regione Lazio

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	3.626.406	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.725	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	15.153	164 101

Indicatori di sintesi : valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1 000 res	1,0	0,8	0,4	31,7		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,2	4,2	1,4	-1,5		0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	39,1	44,9	16,8	-13,0		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	107,0	94,5	16,6	13,2		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,0	8,7	3,5	-41,9		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	77,9	74,4	6,8	4,6		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	16,3	14,8	5,8	10,2		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,2	9,7	1,9	15,6		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,4	1,0	0,9	36,8		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	65,6	82,6	36,7	-20,6		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-19,5		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	1,8	6,4	4,9	-72,6		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	52,0	65,1	30,0	-20,1		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,4	11,8	5,6	-3,7		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	9,3	9,0	1,9	3,0	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	4,7	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	7,7	14,4	9,0	-46,8	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	36,1	36,4	8,1	-0,9	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	41,6	32,0	9,4	30,1	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	28,9	34,2	12,9	-15,4	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	14,7	23,5	9,4	-37,3	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	3,2	4,3	5,2	-25,5	2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.8 Regione Liguria

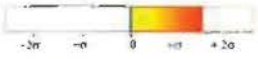
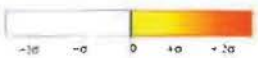
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	957.963	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.028	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	7.110	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*)** dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,1	0,8	0,4	37,6	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	7,4	4,2	1,4	75,0	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	82,2	44,9	16,8	83,2	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	90,3	94,5	16,6	-4,5	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	9,6	8,7	3,5	10,4	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	79,1	74,4	6,8	6,3	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	10,1	14,8	5,8	-32,0	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)'	8,0	9,7	1,9	-17,4	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,6	1,0	0,9	-37,9	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res)	134,6	82,6	36,7	62,9	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-7,2	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	13,0	6,4	4,9	102,5	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	105,9	65,1	30,0	62,5	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	14,3	11,8	5,6	20,9	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,3	9,0	1,9	-8,3		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nel SerT.	0,1	0,2	0,1	-47,4		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	16,0	14,4	9,0	10,8		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	29,8	36,4	8,1	-18,4		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	29,2	32,0	9,4	-8,7		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	51,4	34,2	12,9	50,3		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	40,4	23,5	9,4	71,6		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti In carcere	2,0	4,3	5,2	-54,6		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

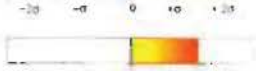
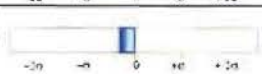
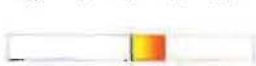
Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.9 Regione Lombardia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	6.297.189	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.314	30 168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	18.188	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*)** dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,5	0,8	0,4	-32,6		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2.9	4,2	1,4	-31,9		0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	25,6	44,9	16,8	-42.9		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	112,8	94,5	16,6	19,4		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,1	8,7	3,5	-41,5		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	63,3	74,4	6,8	-14,9		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	31,2	14,8	5,8	109,9		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	8,2	9,7	1,9	-15,8		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,4	1,0	0,9	-60,6		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	62,1	82,6	36,7	-24,9		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	10,3		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	3.5	6,4	4,9	-45,3		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	46,0	65,1	30,0	-29,5		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,8	11,8	5,6	0,1		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,2	9,0	1,9	-42,1	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	-15,0	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	4,0	14,4	9,0	-72,1	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	20,8	36,4	8,1	-43,0	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	22,9	32,0	9,4	-28,5	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	30,8	34,2	12,9	-10,0	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	23,3	23,5	9,4	-1,0	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	8,2	4,3	5,2	89,9	2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.10 Regione Marche

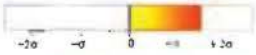
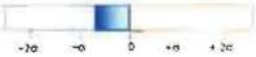
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	982.138	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.003	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	4 993	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*) dal valore nazionale**

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,0	0,8	0.4	30.9	-0.1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,1	4.2	1,4	19,9	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	45,7	44,9	16,8	1,7	0.1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	111,3	94,5	16,6	17,8	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,2	8,7	3.5	16.9	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	73,1	74,4	6,8	-1,7	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,6	14,8	5,8	-22,2	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	12,8	9,7	1,9	32,4	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	2,2	1,0	0,9	122,2	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	86,8	82,6	36,7	5,0	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-12,3	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	11,1	6,4	4,9	72,2	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	62,9	65,1	30,0	-3,4	-0.5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,8	11,8	5,6	-0,2	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	7,7	9,0	1,9	-14,5		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	-28,6		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	15,4	14,4	9,0	6,7		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	25,3	36,4	8,1	-30,7		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	27,2	32,0	9,4	-15,1		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	25,1	34,2	12,9	-26,5		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	15,7	23,5	9,4	-33,3		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	5,2	4,3	5,2	19,8		2,5

* *Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.11 Regione Molise

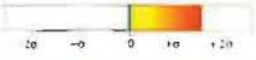
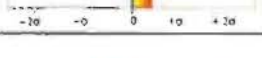
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	204.581	38.698 168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	267	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1 148	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,3	0,8	0,4	67,3	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,6	4,2	1,4	32,3	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	69,3	44,9	16,8	54,4	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	81,0	94,5	16,6	-14,3	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,7	8,7	3,5	-11,4	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,7	74,4	6,8	3,1	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	13,1	14,8	5,8	-12,0	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,1	9,7	1,9	-6,7	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,5	1,0	0,9	-51,5	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	88,5	82,6	36,7	7,1	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-19,0	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	11,7	6,4	4,9	82,0	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	65,5	65,1	30,0	0,5	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,2	11,8	5,6	-5,0	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	6,8	9,0	1,9	-24,3		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-42,7		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	31,3	14,4	9,0	117,0		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	19,1	36,4	8,1	-47,7		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	10,3	32,0	9,4	-67,9		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	29,8	34,2	12,9	-12,9		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	27,1	23,5	9,4	15,2		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	6,3	4,3	5,2	45,2		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.12 Regione Piemonte

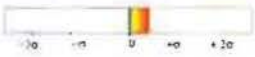
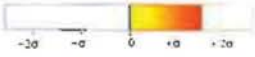
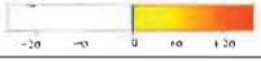
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	2.769.211	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.378	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	9.747	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*) dal valore nazionale**

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,3	0,8	0,4	-63,8	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,1	4,2	1,4	-26,0	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	31,9	44,9	16,8	-29,0	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	93,9	94,5	16,6	-0,6	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	9,2	8,7	3,5	5,3	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,1	74,4	6,8	2,2	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	13,5	14,8	5,8	-9,2	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,2	9,7	1,9	15,2	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,7	1,0	0,9	-31,9	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	98,5	82,6	36,7	19,2	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,3	0,2	0,1	43,6	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	7,8	6,4	4,9	21,0	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	74,8	65,1	30,0	14,8	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	15,1	11,8	5,6	27,3	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,0	9,0	1,9	-44,4		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-32,9		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	4,3	14,4	9,0	-70,2		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	25,5	36,4	8,1	-29,9		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	13,6	32,0	9,4	-57,6		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	26,4	34,2	12,9	-22,8		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	22,8	23,5	9,4	-2,9		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	4,5	4,3	5,2	3,2		2,5

* *Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.13 Regione Puglia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	2.687.162	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.179	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	15.185	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*) dal valore nazionale**

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,2	0,8	0,4	51,7	-0,1
Tasso totale utenti per 1 000 res.	5,7	4,2	1,4	33,2	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	53,5	44,9	16,8	19,2	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	105,7	94,5	16,6	11,8	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	11,4	8,7	3,5	31,4	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	72,8	74,4	6,8	-2,2	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	15,1	14,8	5,8	2,0	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,9	9,7	1,9	2,4	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,2	1,0	0,9	-81,5	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	135,9	82,6	36,7	64,5	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico al SerT.	0,2	0,2	0,1	23,6	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	6,6	6,4	4,9	1,6	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	114,3	65,1	30,0	75,4	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	13,2	11,8	5,6	12,0	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	9,3	9,0	1,9	2,9	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	-22,5	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	20,8	14,4	9,0	44,1	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	35,8	36,4	8,1	-1,7	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	29,8	32,0	9,4	-6,9	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	58,6	34,2	12,9	71,4	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	38,1	23,5	9,4	62,2	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	1,2	4,3	5,2	-72,5	2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione a il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale*

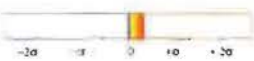
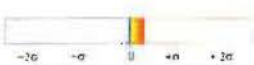
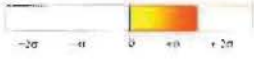
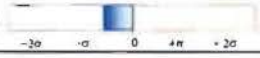
Causa il mancato invio dei dati da parte delle maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.14 Regione Sardegna

Indicatori di sintesi : valori assoluti

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	1.107.522	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	646	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	5.486	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Reglo--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,6	0,8	0,4	-25,3		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,0	4,2	1,4	16,8		0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	70,7	44,9	16,8	57,5		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	70,1	94,5	16,6	-25,8		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,2	8,7	3,5	-40,5		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	78,8	74,4	6,8	5,9		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	12,9	14,8	5,8	-13,3		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	8,7	9,7	1,9	-9,8		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,8	1,0	0,9	79,2		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	57,2	82,6	36,7	-30,7		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-40,5		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	2,7	6,4	4,9	-58,0		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	46,8	65,1	30,0	-28,2		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	5,6	11,8	5,6	-52,7		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,4	9,0	1,9	-6,7	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	-20,2	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	5,6	14,4	9,0	-61,2	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	44,0	36,4	8,1	20,7	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	19,6	32,0	9,4	-38,8	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	32,7	34,2	12,9	-4,4	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	19,5	23,5	9,4	-17,2	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	0,6	4,3	5,2	-86,8	2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.15 Regione Sicilia

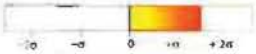
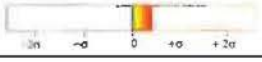
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01 2012	3 309.268	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.576	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	10.941	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*)** dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,8	0,8	0,4	-0,3	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,3	4,2	1,4	-22,0	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	40,9	44,9	16,8	-8,9	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	80,8	94,5	16,6	-14,4	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	11,6	8,7	3,5	33,7	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	68,7	74,4	6,8	-7,6	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	18,5	14,8	5,8	24,6	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	8,1	9,7	1,9	-16,5	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,5	1,0	0,9	-49,0	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	106,8	82,6	36,7	29,3	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,3	0,2	0,1	65,6	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	3,1	6,4	4,9	-51,7	0,7
Soggetti segnalati art 75 per cannabis per 100.000 res.	96,0	65,1	30,0	47,4	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	6,9	11,8	5,6	-41,8	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,3	9,0	1,9	-7,7		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,3	0,2	0,1	18,3		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	6,1	14,4	9,0	-57,9		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	41,6	36,4	8,1	14,2		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	28,2	32,0	9,4	-12,0		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	22,6	34,2	12,9	-33,8		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	18,0	23,5	9,4	-23,3		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	5,0	4,3	5,2	15,7		2,5

* *Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

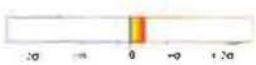
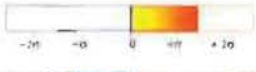
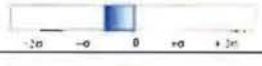
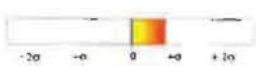
Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.16 Regione Toscana

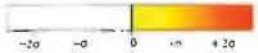
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	2.322.122	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	4.366	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	17.948	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,9	0,8	0,4	141,0		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	7,7	4,2	1,4	82,2		0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	65,4	44,9	16,8	45,7		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	118,2	94,5	16,6	25,1		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,4	8,7	3,5	19,7		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	70,5	74,4	6,8	-5,3		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	12,5	14,8	5,8	-15,6		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,0	9,7	1,9	13,9		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,6	1,0	0,9	58,0		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	116,4	82,6	36,7	40,8		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-22,6		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	11,5	6,4	4,9	78,4		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	74,8	65,1	30,0	14,8		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	27,7	11,8	5,6	134,4		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,6	9,0	1,9	-38,2		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-66,2		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	9,8	14,4	9,0	-31,9		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	24,4	36,4	8,1	-33,0		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	17,0	32,0	9,4	-46,9		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	31,4	34,2	12,9	-8,2		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	21,8	23,5	9,4	-7,2		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	6,3	4,3	5,2	44,4		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.17 Regione Umbria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	559.413	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	416	30 168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3 083	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*) dal valore nazionale**

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,7	0.8	0,4	-4,6	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,5	4.2	1,4	29,9	0.3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	56,2	44.9	16.8	25,3	0.1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	98,0	94,5	16,6	3,7	0.3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	6,6	8.7	3,5	-23,6	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	85.0	74,4	6,8	14,2	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	7,5	14,8	5,8	-49,7	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,5	9,7	1,9	8.4	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	3,8	1.0	0,9	272,4	-0.6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	88,7	82.6	36.7	7,3	-0.3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0.2	0,1	-17.4	-0.4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	17,0	6,4	4,9	163.5	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	58,8	65,1	30,0	-9,7	-0.5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,6	11,8	5,6	-1,8	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	6,8	9,0	1,9	-24,4	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-41,8	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	6,4	14,4	9,0	-55,4	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	33,2	36,4	8,1	-8,8	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	23,8	32,0	9,4	-25,7	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	12,2	34,2	12,9	-64,3	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	9,6	23,5	9,4	-59,3	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	2,0	4,3	5,2	-53,6	2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Cause il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.18 Regione Valle d'Aosta

Indicatori di sintesi : valori assoluti

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	81.826	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	26	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	273	164.101

Indicatori di sintesi : valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,3	0,8	0,4	-59,2	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,3	4,2	1,4	-21,3	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	40,1	44,9	16,8	-10,7	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	83,2	94,5	16,6	-11,9	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	4,4	8,7	3,5	-49,4	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	85,7	74,4	6,8	15,2	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	8,8	14,8	5,8	-40,8	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,8	9,7	1,9	11,1	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,0	1,0	0,9	-100,0	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	157,7	82,6	36,7	90,8	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,5	0,2	0,1	142,6	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	17,1	6,4	4,9	165,5	0,7
Soggetti segnalati art 75 per cannabis per 100.000 res.	122,2	65,1	30,0	87,6	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	14,7	11,8	5,6	24,0	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	4,3	9,0	1.9	-52,7	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0.2	0,1	-39,9	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	3,7	14,4	9,0	-74,6	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	28,1	36,4	8,1	-22,9	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	8,6	32,0	9,4	-73,3	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	11,0	34,2	12,9	-67,8	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	11,0	23,5	9,4	-53,1	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	0,0	4,3	5,2	-100,0	2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

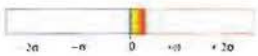
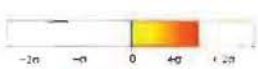
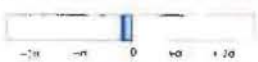
Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.19 Regione Veneto

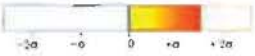
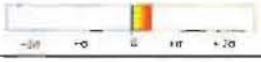
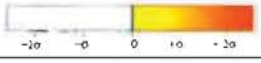
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	3.163 366	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.673	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	11.859	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali**, valori **nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,5	0,8	0,4	-32,2		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,7	4,2	1,4	-11,6		0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	39,6	44,9	16,8	-11,8		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	94,7	94,5	16,6	0,2		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	11,9	8,7	3,5	36,6		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	75,4	74,4	6,8	1,3		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	10,1	14,8	5,8	-31,7		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,3	9,7	1,9	17,0		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,8	1,0	0,9	-24,7		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	72,3	82,6	36,7	-12,5		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-1,0		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	8,7	6,4	4,9	34,9		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	51,1	65,1	30,0	-21,5		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,2	11,8	5,6	-5,7		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	4,0	9.0	1,9	-55,9		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-50,2		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	6,8	14,4	9,0	-52,6		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	14,9	36,4	8,1	-59,2		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	14,6	32,0	9,4	-54,5		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	33,6	34,2	12,9	-1,7		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	18,6	23,5	9,4	-20,7		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	9,3	4,3	5,2	115,1		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.20 Provincia Autonoma di Bolzano

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	329.266	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	88	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	725	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato(*)** dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,5	0,8	0,4	-36,2	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,5	4,2	1,4	-17,0	0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	37,5	44,9	16,8	-16,5	0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	94,6	94,5	16,6	0,2	0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	16,9	8,7	3,5	93,8	-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	75,4	74,4	6,8	1,3	1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	6,9	14,8	5,8	-53,5	-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)'	10,5	9,7	1,9	8,4	-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,0	1,0	0,9	-100,0	-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	109,6	82,6	36,7	32,7	-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,5	0,2	0,1	155,4	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	5,2	6,4	4,9	-19,9	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	92,3	65,1	30,0	41,7	-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	8,5	11,8	5,6	-28,1	-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,9	9,0	1,9	-34,5	0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,3	0,2	0,1	26,3	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	6,7	14,4	9,0	-53,6	1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	33,4	36,4	8,1	-8,3	-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	14,3	32,0	9,4	-55,4	0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	33,8	34,2	12,9	-1,1	-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	23,1	23,5	9,4	-1,8	-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	0,0	4,3	5,2	-100,0	2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard delle distribuzione nazionale.*

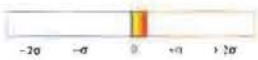
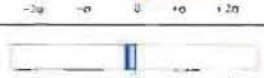
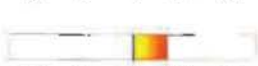
Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.21 Provincia Autonoma di Trento

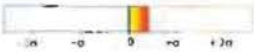
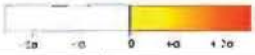
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2012	340.278	38.698.168
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	96	30.168
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1 068	164.101

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,3	0,8	0.4	-65.8		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,2	4,2	1,4	-48,1		0.3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	23.3	44.9	16.8	-48.2		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	98.5	94.5	16.6	4.3		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,4	8,7	3,5	-37,5		-0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	88,7	74,4	6,8	19.1		1,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	4,8	14,8	5,8	-67,8		-1,2
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	6,6	9,7	1,9	-31,5		-0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,6	1,0	0,9	-41,7		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	1,2	82,6	36,7	-98,6		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0.0	0,2	0.1	-97.9		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	0.0	6.4	4,9	-100.0		0.7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	1.2	65,1	30,0	-98,2		-0.5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	0.0	11,8	5,6	-100,0		-0,4

1. Dati ACI riferiti all'anno 2011

Indicatori	Val. Regio-nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,4	9,0	1,9	-40,5		0,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	-19,7		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	7,9	14,4	9,0	-44,9		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	31,4	36,4	8,1	-13,7		-1,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	10,3	32,0	9,4	-67,9		0,4
% Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati	26,6	34,2	12,9	-22,3		-0,7
% Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza	15,4	23,5	9,4	-34,6		-0,1
Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere	15,8	4,3	5,2	264,1		2,5

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

Causa il mancato invio dei dati da parte della maggior parte delle Regioni e PPAA per l'anno 2012 non è stato possibile inserire il dato sulle malattie infettive.

V.2.1.22 Performance e Criticità

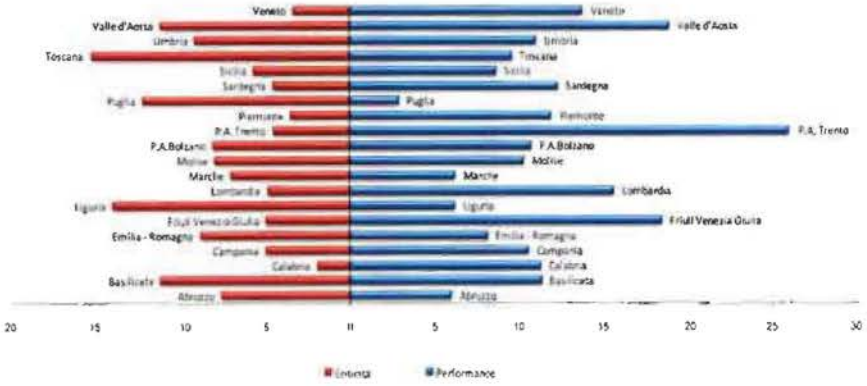
In questo paragrafo vengono presentati i risultati degli indicatori di sintesi sulle "Performance" e sulle "Criticità" per le Regioni e Province Autonome.
Partendo dagli indicatori relativi ai dati forniti dalle amministrazioni centrali e regionali, è stato calcolato il valore medio nazionale e la deviazione standard dalla media nazionale. Per ogni singola Regione e Provincia Autonoma, quindi, è stato calcolato lo Scostamento Standardizzato dalla media nazionale, che consente il confronto di dimensioni disomogenee fra loro e viene calcolato come la differenza tra il valore dell'indicatore regionale osservato e il valore medio nazionale, rapportato alla deviazione standard della distribuzione nazionale.
Per l'indicatore di sintesi "Performance", quindi è stato calcolato, come la somma di tutti gli scostamenti negativi, mentre l'indicatore di sintesi "Criticità" è stato ottenuto attraverso la somma degli scostamenti positivi.

Tabella VI.2.1: Somma degli scostamenti standardizzati per regione. Anno 2012

Regioni	Somma degli scostamenti standardizzati – Performance	Somma degli scostamenti standardizzati – Criticità
Puglia	2,9	12,2
Abruzzo	6,0	7,6
Liguria	6,2	14,0
Marche	6,2	7,0
Emilia - Romagna	8,2	8,9
Sicilia	8,7	5,7
Toscana	9,6	15,3
Molise	10,3	8,0
Campania	10,6	5,0
P.A.Bolzano	10,7	8,1
Umbria	11,0	9,1
Calabria	11,3	1,9
Basilicata	11,3	11,2
Piemonte	11,9	3,5
Sardegna	12,3	4,5
Veneto	13,8	3,3
Lombardia	15,6	4,9
Friuli Venezia Giulia	18,4	5,0
Valle D'Aosta	18,9	11,2
P.A. Trento	26,0	4,5
Puglia	2,9	12,2

Fonte: Elaborazione dati DPA 2012

Figura V.2.1: Indice Globale: somma degli scostamenti standardizzati **Performance** e **Criticità** per regione. Anno 2012



Fonte: Elaborazione dati DPA 2012

V.2.2. Comparazione dei dati delle regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dalla media nazionale

In questo paragrafo viene presentato un sistema sperimentale (Delta Drugs 3D) per la creazione di un profilo di sintesi per ciascuna regione a confronto con la situazione media nazionale. Tale analisi viene condotta mediante il calcolo della differenza standardizzata dalla media nazionale di alcuni indicatori sul fenomeno.

Confrontare gli scostamenti delle singole regioni dalla media

La standardizzazione rappresenta una metodologia per consentire il confronto di dimensioni disomogenee fra loro e viene calcolata come differenza del valore dell'indicatore regionale dalla media nazionale, rapportato alla variabilità media dell'indicatore tra le regioni (deviazione standard dalla media nazionale).

Sulla base di tali scostamenti standard calcolati per tutti gli indicatori di ciascuna regione, sono state definite tre dimensioni latenti che aggregano gli indicatori in tre gruppi: gravità del fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti, la risposta assistenziale attivata dalle regioni a supporto della potenziale domanda e la risposta di contrasto al fenomeno di produzione, traffico e vendita di sostanze illecite.

Nazionale sulle 3 dimensioni:
1.Gravità del fenomeno
2.Risposta assistenziale
3.Risposta di contrasto

La dimensione relativa alla gravità del fenomeno è rappresentata dal Dominio Logico G. contente dagli indicatori sul bisogno di trattamento, sulla mortalità negli incidenti stradali e la mortalità droga correlata.

Indicatori:
-Gravità

La risposta assistenziale è stata definita attraverso il Dominio Logico R.A. contenente gli indicatori sull'utenza assistita nei Ser.T. (distintamente in nuovi utenti e totale), all'utenza assistita dai Ser.T e detenuta negli istituti penitenziari e agli affidi di tossicodipendenti ai servizi sociali (art. 94 DPR 309/90).

-Risposta Assistenziale

La dimensione della risposta al contrasto è rappresentata dal Dominio Logico R.C. contente gli indicatori dei soggetti segnalati dalle forze di polizia ai sensi dell'art. 75 DPR 309/90, dei soggetti denunciati alle Autorità Giudiziarie per reati legati all'art. 73 DPR 309/90 e dei soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere.

-Contrasto

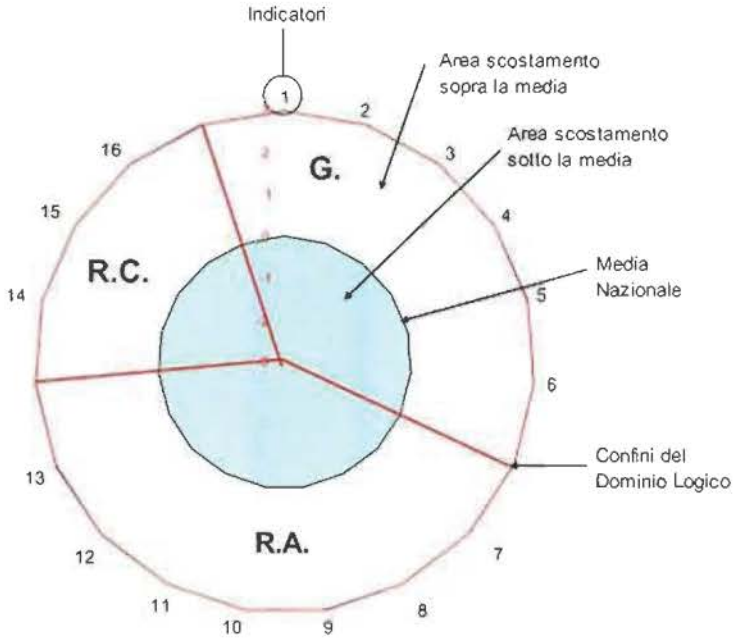
Mediante la definizione di queste tre dimensioni latenti, è possibile operare due tipologie di confronto, uno di natura molto sintetica attraverso la somma degli scostamenti di ciascun indicatore regionale dalla media nazionale, all'interno di ciascuna dimensione, che fornisce un valore sintetico per singola dimensione dello scostamento regionale dalla media nazionale (Tabella V.2.1); il secondo tipo di confronto più analitico permette di confrontare il profilo degli indicatori regionali all'interno delle tre dimensioni latenti, tra di loro e rispetto ai profili delle altre regioni.

Osservare gli scostamenti standardizzati dalla media nazionale

Nel sistema Delta Drugs tale profilo viene rappresentato graficamente mediante un grafico "radar" in cui ciascuna dimensione del radar è rappresentato da un indicatore, precisamente dallo scostamento standardizzato dell'indicatore regionale dalla media nazionale. L'area del radar che rappresenta a livello concettuale il profilo regionale dello scostamento dalla media nazionale del fenomeno oggetto di studio, viene suddivisa nelle tre dimensioni latenti (G = gravità, R.A. = risposta assistenziale, R.C. = risposta di contrasto) e in due aree circolari concentriche che delimitano l'area del profilo regionale che differisce posizionandosi sotto la dalla media nazionale, da quella in cui il profilo regionale differisce posizionandosi sopra tale media (Figura V.2.2).

Evidenziazione degli scostamenti dalla media nazionale: cerchio superiore= sopra media cerchio inferiore= sotto media

Figura V.2.2: Sistema DELTA DRUGS 3D



Lo scostamento viene rappresentata in $\pm 3\sigma$

La lettura dei profili regionali rispetto alla media nazionale, evidenzia le situazioni in cui la gravità del fenomeno, risulta interamente o parzialmente inferiore alla media nazionale a fronte ad esempio di una risposta assistenziale superiore alla media nazionale, o viceversa. Analogamente, evidenzia situazioni con elevata gravità del fenomeno ed una risposta assistenziale e di contrasto inferiore rispetto alla media nazionale.

Secondo tale modello concettuale è possibile osservare per alcune regioni profili di gravità superiori alla media nazionale, a fronte di azioni di contrasto e di risposta assistenziale carenti, ovvero profili più equilibrati tra le tre dimensioni, con scostamenti dalla media nazionale orientati omogeneamente verso valori inferiori o superiori al valore medio nazionale.

Lo strumento ha chiaramente bisogno di essere ulteriormente affinato e integrato con altri indicatori ma rappresenta comunque un interessante sistema di osservazione multidimensionale. Relativamente alle rappresentazioni di cui alle Figure V.2.2, V.2.3 e V.2.4, va ricordato che il sistema utilizza una metodologia equiponderata tra indicatori e che è allo studio la definizione di una nuova metodologia di ponderazione dei singoli indicatori all'interno della singola dimensione.

Evidenziazione dei paradossi

Il sistema mette a fuoco anche quelle che sono le "contraddizioni" e le "esagerazioni" statistico epidemiologiche dei dati presentati dalle singole regioni a confronto, evidenziando i paradossi in maniera comparata. Permette quindi di poter ridiscutere alcune situazioni paradossali e poter comprendere distorsioni come per esempio la sovra o sottonotifica dei casi o dei fenomeni.

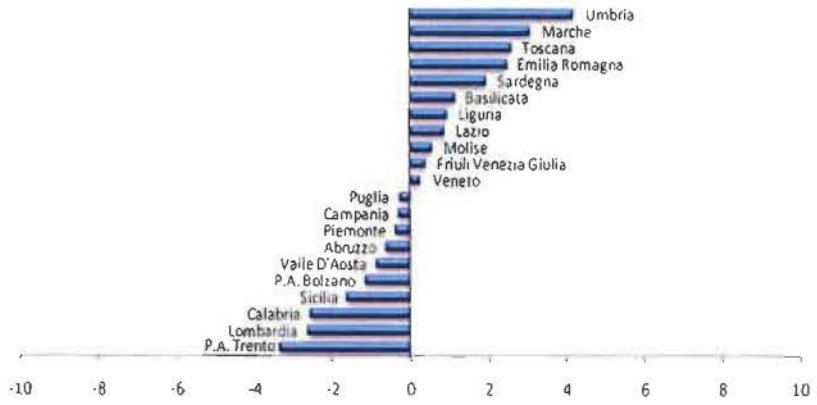
Tabella V.2.2: Somma degli scostamenti standardizzati.

	Scostamento in σ composito da		
Regione	**Gravità**	**Risposta assistenziale**	**Risposta di contrasto**
Abruzzo	-0,6	2,0	0| 0
Basilicata	1,1	0,1	-0,6
Calabria	-2,6	-2,6	-1,8
Campania	-0,3	-0,7	-0,8
Emilia Romagna	2,5	2,2	0,6
Friuli Venezia Giulia	0,4	1,8	-3,4
Lazio	0,8	0,0	-1,2
Liguria	0,9	3,9	2,8
Lombardia	-2,6	-1,1	-2,6
Marche	3,0	0,7	-1,4
Molise	0,5	2,4	-0,6
P.A. Bolzano	-1,2	-2,1	-1,0
P.A. Trento	-3,3	-1,1	-5,0
Piemonte	-0,4	-2,6	-1,8
Puglia	-0,3	3,3	3,1
Sardegna	1,9	-0,9	-1,4
Sicilia	-1,6	-1,4	-0,3
Toscana	2,6	5,4	-1,1
Umbria	4,2	-1,4	-2,5
Valle D'Aosta	-0,9	-4,5	-1,8
Veneto	0,3	-0,1	-3,5

Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

Nella figura in seguito si osserva che le regioni con indice di gravità più elevato sono, l'Umbria (4,2), le Marche (3,0), la Toscana (2,6), Emilia - Romagna (2,5) e la Sardegna (1,9), invece, le regioni con un indice di gravità molto basso la Provincia Autonoma di Trento (-3,3), la Lombardia e la Calabria (-2,6) ed infine la Sicilia (-1,6) (Figura V.2.2) .

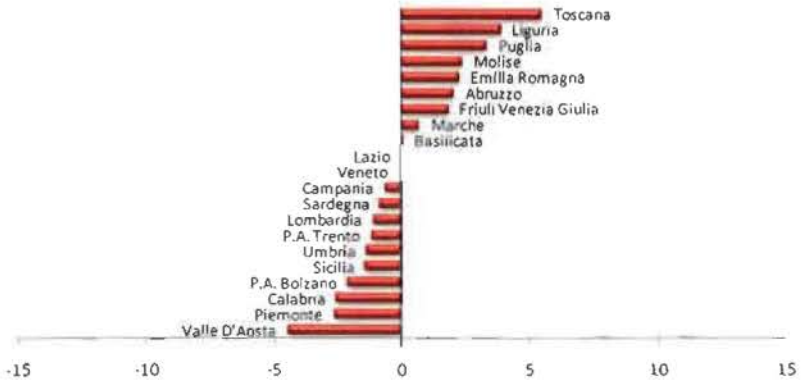
Figura V.2.2: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito di **Gravità**.



Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

Per l'indicatore composito di risposta assistenziale si nota che la regione con più assistenza risulta essere la Toscana (5,4), la Liguria (3,9) e la Puglia (3,3). Invece, la Valle d'Aosta risulta avere meno assistenza (-4,5) (Figura V.2.3) .

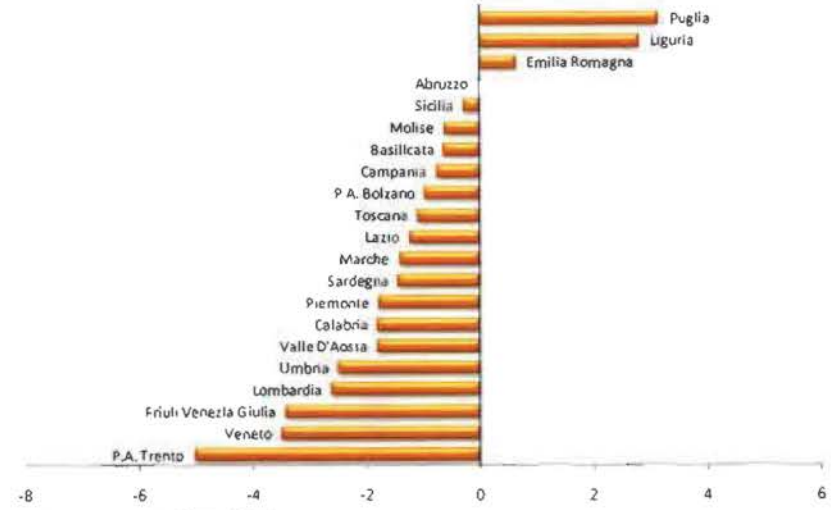
Figura V.2.3: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito di **Risposta Assistenziale**.



Fonte: Elaborazione dati DPA 2012

Infine, per l'indicatore di composito di risposta di Contrasto, si nota che la regione con più risposta di Contrasto è la Puglia (3,1), la Liguria (2,8) ed infine l'Emilia - Romagna (0,6); invece, le regioni con un indice di Contrasto molto basso sono la P.A. di Trento (-5,0), Veneto (-3,5), Friuli Venezia Giulia (-3,4) e la Lombardia (-2,8) (Figura V.2.4).

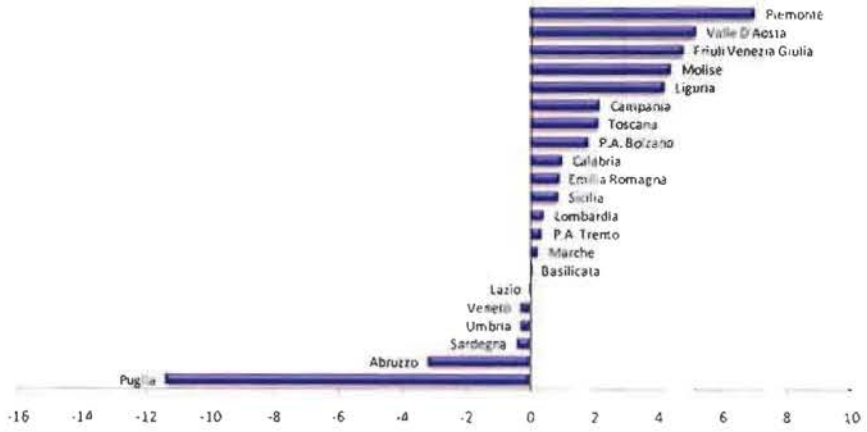
Figura V.2.4: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito **Risposta di Contrasto**.



Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

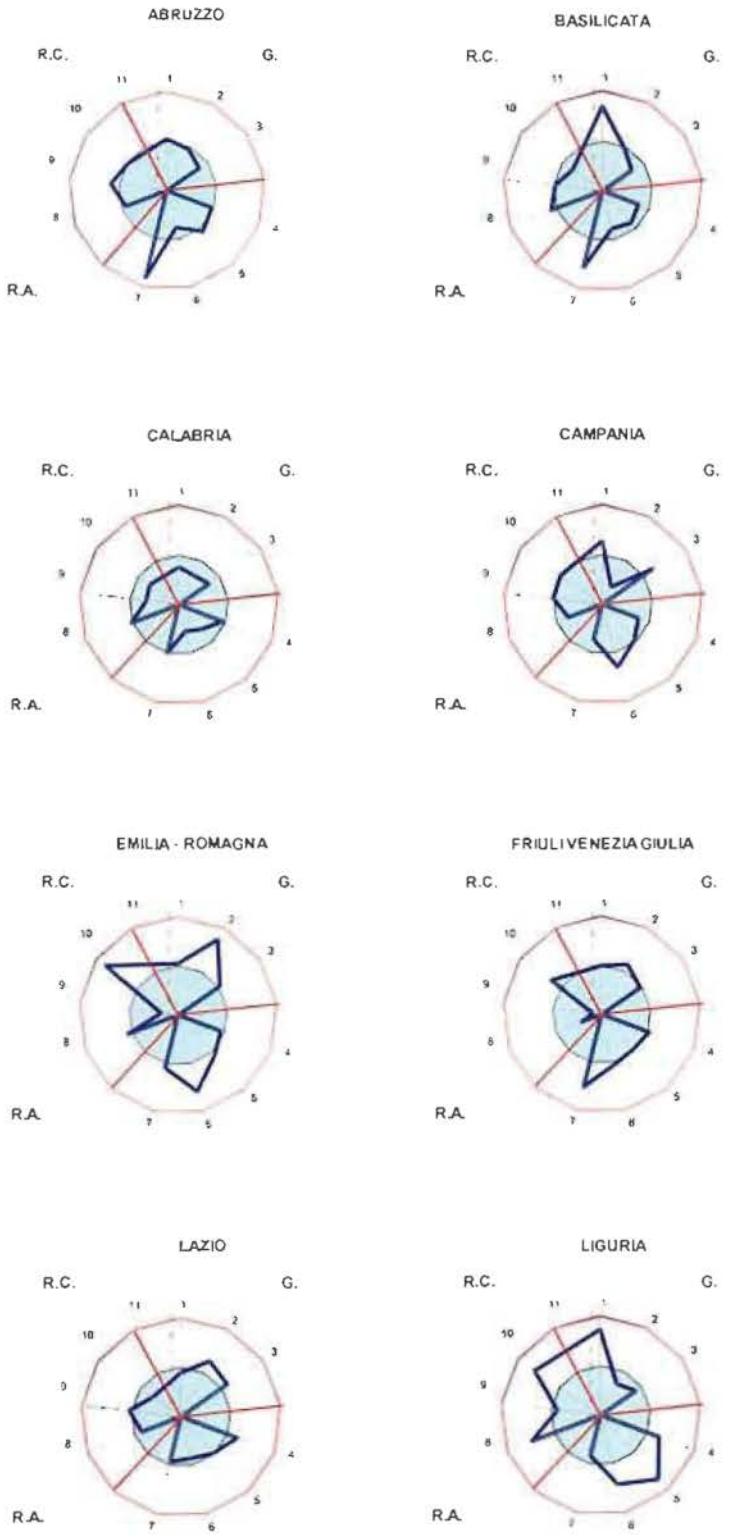
Calcolando il rapporto tra l'indicatore composito di risposta assistenziale e l'indicatore di gravità si osserva che le regioni con più alto rapporto risultano essere il Piemonte (7,0), la Valle d'Aosta (5,2) e Friuli Venezia Giulia (4,8). Mentre le regioni con il più basso rapporto sono la Puglia (-11,4), l'Abruzzo (-3,2) e la Sardegna (-0,4) (Figura V.2.5).

Figura VI.2.5: Rapporto tra risposta l'indicatore composito di risposta assistenziale e gravità (Indice tra risposta al fenomeno e bisogno)



Fonte: Elaborazione dati DPA 2012

Figura V.2.6: Sistema Delta Drugs 3D per regione. Anno 2011



Gli indicatori G., R.A. e R.C. sono calcolati mediante lo scostamento standardizzato (σ)

Gravità:
1. Persone con Bisogno di trattamento

2. Mortalità incidenti
3. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

4. Nuovi utenti
5. Totale utenti in carico
6. Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati
7. Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere

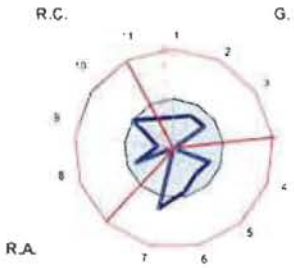
Risposta di contrasto:
8.Segnalazioni art. 75
9. Denunciati art.73
10. Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza

Fonte: Elaborazione dati DPA 2012

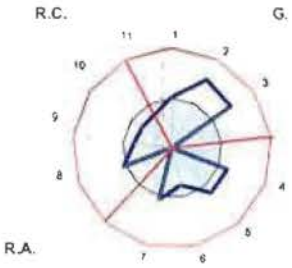
continua

continua

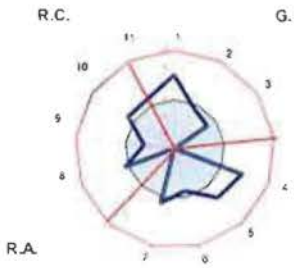
LOMBARDIA



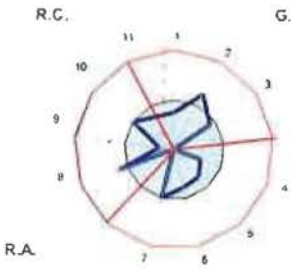
MARCHE



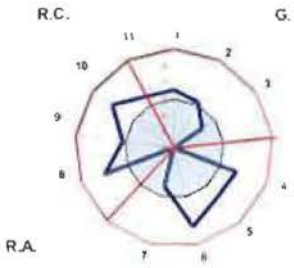
MOLISE



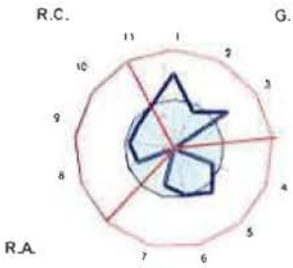
PIEMONTE



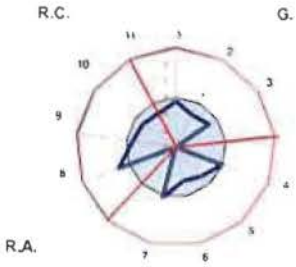
PUGLIA



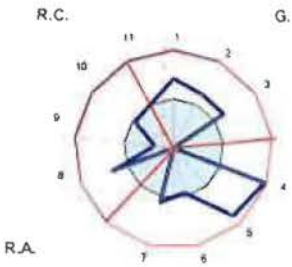
SARDEGNA



SICILIA



TOSCANA



Gravità:
1. Persone con Bisogno di trattamento

2. Mortalità incidenti
3. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

4. Nuovi utenti
5. Totale utenti in carico
6. Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati
7. Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere

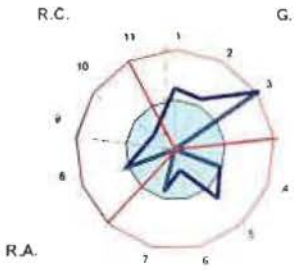
Risposta di contrasto:
8.Segnalazioni art. 75
9. Denunciati art.73
10. Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza

Fonte: Elaborazione dati DPA 2012continua

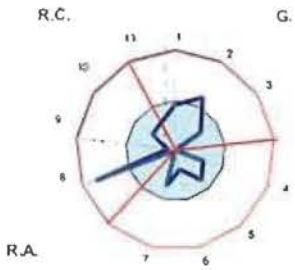
continua

continua

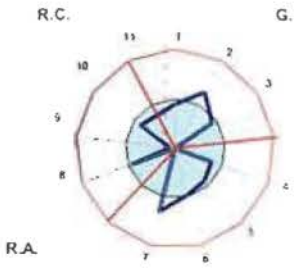
UMBRIA



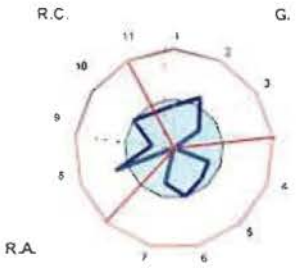
VALLE d'AOSTA



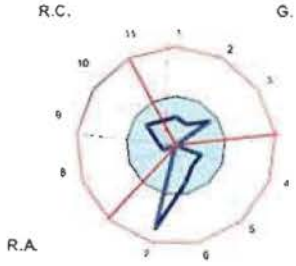
VENETO



P.A. DI BOLZANO



P.A. DI TRENTO



Gravità:
1. Persone con Bisogno di trattamento

2. Mortalità incidenti
3. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

4. Nuovi utenti
5. Totale utenti in carico
6. Soggetti in carcere con problemi socio sanitari droga correlati
7. Tossicodipendenti in affido art.94 su tossicodipendenti in carcere

Risposta di contrasto:
8.Segnalazioni art. 75
9. Denunciati art.73
10. Soggetti in carcere con diagnosi di tossicodipendenza

Fonte: Elaborazione dati DPA 2012

V.2.3. Relazioni conclusive

V.2.3.1 Regione Abruzzo

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Strategie d'intervento prioritarie

La L.R. 10 marzo 2008, n. 5 "Un sistema di garanzie per la salute – Piano Sanitario Regionale 2008-2010", all'interno del capitolo riguardante "Dipendenze Patologiche e Problemi Alcolcorrelati", ha indicato chiaramente le strategie di intervento prioritarie e, nel corso dell'anno 2012, sono iniziate le riflessioni della struttura commissariale (di cui al Piano di risanamento del SSR), con il supporto dei Servizi preposti della Direzione Politiche della Salute, per l'avvio dell'iter necessario all'adozione del nuovo PSR.

Comunque, in relazione al Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 (PAN) la Regione Abruzzo si è posta nell'ottica della condivisione delle azioni strategiche in esso contenute, ritenendolo un punto di riferimento e di indirizzo per la realizzazione delle attività del Sistema dei Servizi per le Dipendenze, documento cui richiamarsi nella definizione delle proprie linee programmatiche e organizzative.

Con l'adozione - da parte del Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di risanamento del sistema sanitario - del Decreto n° 52/2012 dell'11 ottobre 2012 recante *"DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI ASSISTENZA RESIDENZIALE E SEMIRESIDENZIALE DELLA REGIONE ABRUZZO PER LA NON AUTOSUFFICIENZA, DISABILITA'-RIABILITAZIONE, SALUTE MENTALE E DIPENDENZE PATOLOGICHE"* al paragrafo 5.2.9 *"Dipendenze Patologiche e Problemi Alcolcorrelati"* è stato ridefinito il percorso, previa valutazione multidimensionale e presa in carico delle persone con dipendenze patologiche, l'attuazione e verifica di un programma terapeutico e socio-riabilitativo personalizzato, nonché la gestione delle problematiche mediche specialistiche e psichiatriche. Si è tenuto conto della necessità di ampliare l'offerta terapeutica includendo programmi di cura residenziali per pazienti in doppia diagnosi, cocainomani, alcolisti ridefinendo il fabbisogno complessivo dell'area delle dipendenze patologiche.

L'attuazione del decreto commissariale 52/2012 slitta all'anno 2013 in considerazione dei necessari passaggi conseguenti.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Progetto Ricostruire

Progetto "Ricostruire"

In attuazione della DGR n° 651 del 9 novembre 2009 e del relativo Accordo di Collaborazione che la Regione Abruzzo ha sottoscritto con il Dipartimento Politiche Antidroga recante *"Interventi per il ripristino della rete dei Servizi per le Tossicodipendenze in seguito al sisma del 6 aprile 2009 e per le attività sperimentali di cura con il coinvolgimento del pubblico-privato"*, è stata monitorata l'attuazione del progetto gestito dal Servizio Tossicodipendenze di L'Aquila.

Si è proceduto, dopo l'erogazione da parte del DPA della prima quota di finanziamento di €150.000,00 - pari al 50% del totale previsto di € 300.000,00 per l'attuazione del progetto "Ricostruire" – agli adempimenti relativi alla rendicontazione della somma erogata alla ASL di Avezzano - Sulmona - L'Aquila.

Sono stati mantenuti, inoltre, i necessari contatti con i referenti del Servizio per le Tossicodipendenze di L'Aquila e del Dipartimento Politiche Antidroga al fine della realizzazione ottimale delle attività progettuali.

SIND/NIOD

Progetti "SIND Support "e "NIOD":
La Regione Abruzzo ha aderito ai Progetti del Dipartimento Politiche Antidroga "*SIND Support - Progetto per il supporto all'implementazione del "Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze" (SIND)*", affidato al Consorzio Universitario di Economia Industriale (CUEIM), e *"NIOD (Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze) – Progetto per l'attivazione e supporto di una rete nazionale di Osservatori Regionali sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, in accordo con le indicazioni e gli standard europei (EMCDDA)"*, affidato alla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti
A seguito dell'adesione formale ai progetti "SIND Support "e "NIOD" da parte della Giunta Regionale- avvenuta con propria deliberazione n. 223 del 28/03/2011 che ha disposto per entrambi i progetti la gestione per il tramite della Azienda USL di Teramo appositamente individuata in qualità di capofila e del referente tecnico indicato con tale atto, nonché con il coinvolgimento di tutti i Servizi Tossicodipendenze delle ASL – si è proceduto agli adempimenti richiesti in collaborazione con il Servizio Gestione Flussi Informativi.
Inoltre, il Gruppo di lavoro (cabina di regia) per il coordinamento delle azioni ed il monitoraggio dei risultati - costituito on determinazione n. DG16/30 del 21/07/2011- riunitosi più volte ha supportato le attività progettuali. Sia il referente tecnico della ASL di Teramo che il Responsabile dell'Ufficio regionale competente, unitamente al tecnico informatico regionale, hanno partecipato alle numerose iniziative del DPA.

Osservatorio Regionale

Osservatorio Epidemiologico Regionale Dipendenze.
Ai fini del monitoraggio e della realizzazione di analisi epidemiologiche e ricerche sul fenomeno delle dipendenze nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, la Regione Abruzzo ha continuato ad avvalersi del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.
Si è provveduto, infatti, all'analisi dei risultati delle indagini sulla popolazione generale e sulla popolazione studentesca, alla elaborazione dei dati relativi ai flussi informativi standard (SerT, Comunità Terapeutiche), integrati con altri flussi sanitari e non sanitari.
Tale attività è risultata di estrema rilevanza, anche ai fini del debito informativo della struttura regionale verso gli organismi centrali, per la predisposizione della relazione annuale sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, predisposta dal Dipartimento Politiche Antidroga e presentata al Parlamento .
Per l'ambito regionale è stato realizzato e stampato nel dicembre 2012 il Rapporto su dati riferiti all'anno 2011 relativamente al Fenomeno delle Dipendenze nella Regione Abruzzo, ai fini della divulgazione a tutti gli Enti ed organismi che a vario titolo operano nel settore delle dipendenze patologiche e che hanno contribuito, con l'invio dei dati, alla realizzazione dello studio.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Limitazioni del piano di risanamento

La Regione Abruzzo ha proseguito il proprio impegno nello spirito delle indicazioni della normativa vigente, pur con le notevoli difficoltà derivanti dal Piano di Risanamento del Servizio Sanitario Regionale che non hanno consentito di corrispondere a tutte le esigenze e alle criticità che si sono determinate nel corso del 2012.
L'Ufficio Commissariale, inoltre, ha provvedendo a definire un documento finalizzato alla riorganizzazione della rete di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale – di cui al decreto n.52/2012 - che, si auspica, possa trovare compiuta attuazione ne corso dell'anno 2013.

V.2.3.2 Regione Basilicata

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

La missione del Settore delle Dipendenze è quella di contrastare il rischio della frammentazione degli interventi e della parcellizzazione delle risorse, introducendo una serie di elementi innovativi sul piano strategico, operativo, progettuale e organizzativo, e promuovendo la logica del lavoro in rete e l'integrazione sociosanitaria.

Piano Regionale della salute e dei servizi alla Persona 2011-2014

Per realizzare l'obiettivo strategico, il piano prevede:

- lo sviluppo d'interventi di prevenzione e di tutela della salute pubblica;
- la promozione e l'integrazione dei rapporti di collaborazione tra i soggetti diversi delle istituzioni pubbliche e del privato sociale;
- la promozione dell'integrazione sociosanitaria, per garantire una reale assistenza integrata di tipo sanitario e sociale, attraverso il raccordo con i servizi e gli interventi di natura socioassistenziale e di inclusione sociale previsti dai piani territoriali di lotta alla droga: prevenzione, informazione, sensibilizzazione, progetti di tipo socio educativo, servizi sociali di prevenzione e primo intervento a bassa soglia, percorsi di reinserimento socio-lavorativo, accoglienza e interventi per fasce particolarmente a rischio;
- definizione di un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento (prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno);
- territorializzazione dell'assistenza ed integrazione con gli altri servizi nell'ambito del distretto, anche attraverso l'ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali e la promozione di rapporti convenzionali con i soggetti privati;
- processo di riqualificazione dei servizi e degli interventi in ambito penitenziario e promozione e rafforzamento della rete esterna al carcere per un più efficace intervento delle misure alternative e per un pieno reinserimento sociale dei detenuti.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Le attività del servizio tossicodipendenze si sviluppano trasversalmente, anche a livello distrettuale, e si configurano anche come attività specialistiche ad elevata integrazione socio-sanitaria finalizzate alla prevenzione primaria, secondaria e terziaria, all'accoglienza ed alla diagnosi, alla cura ed alla riabilitazione.

Rete territoriale di offerta dei servizi e attività specialistiche ad alta integrazione

I Ser.T, nell'ottica del lavoro di rete, svolgono la propria attività anche in stretta collaborazione con diversi soggetti istituzionali:

- le Prefetture, per quanto riguarda l'applicazione delle misure alternative alla sanzione amministrativa prevista dal D.P.R 309/90;
- le scuole, per quanto attiene la prevenzione primaria delle dipendenze e il funzionamento dei C.I.C. (Centri d'Informazione e Consulenza);
- gli Istituti di Pena e l'Ufficio Esecuzione Penale esterna, per l'affidamento in prova in casi speciali che prevedono l'alternativa alla detenzione (art 94 D.P.R 309/90);
- il Tribunale di Sorveglianza, il Tribunale per i Minorenni ed il Centro di Giustizia Minorile;
- i Servizi Sociali dei Comuni per l'integrazione delle attività Sociali e Sanitarie.

Completano la rete dei servizi, le Comunità Terapeutiche accreditate che attualmente si configurano nelle seguenti tipologie: Comunità Terapeutiche riabilitative, Comunità Pedagogico riabilitative, Comunità Terapeutiche di Reinserimento Lavorativo, Centri di Pronta Accoglienza di Osservazione, Diagnosi e Orientamento, Centri ed enti privati accreditati residenziali, semiresidenziali e ambulatori per la riabilitazione da dipendenze.

I Servizi Pubblici e Privati accreditati sono stati dotati di un software unico per tutto il territorio regionale, con standard definiti a livello nazionale, in modo da avere informazioni utili sia per quanto riguarda la valutazione diagnostica multidisciplinare, sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi, compresi i dati relativi alla verifica della efficacia degli interventi.
Per quel che riguarda la specificità alcologica, i Ser.T con le equipe alcologiche e gli ambulatori alcologici ospedalieri assicurano l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie alcol correlate. Tutte le strutture collaborano con le Associazioni dei Club degli alcolisti in trattamento e con i gruppi degli alcolisti anonimi, con cui realizzano progetti di prevenzione ed educazione alla salute.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Inserimento lavorativo, interventi di promozione della salute, adeguamento del sistema informativo

Gli obiettivi operativi che la Regione intende sviluppare nel prossimo triennio, vanno declinati secondo il seguente schema:

- coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete (servizi sanitari-socio sanitari, sociali, educativi) impegnati nell'attività di prevenzione, cura e riabilitazione, favorendo gli inserimenti lavorativi, in quanto fortemente correlati alla cura e al reinserimento sociale;
- favorire l'integrazione tra i Dipartimenti di salute Mentale ed i servizi per le tossicodipendenze, ai fini di una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbilità psichiatrica, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi;
- attuare programmi di prevenzione (primaria, secondaria e terziaria) e di riduzione del danno;
- coordinare con i Comuni e altri enti del privato sociale i progetti e interventi di tipo socio-educativo, finalizzati a contrastare dipendenze da droghe, alcol e farmaci, nonché dipendenze senza sostanze (gioco d'azzardo patologico) in sintonia con i Piani nazionali "Alcol e salute e "Guadagnare salute, anche attraverso una differenziazione fisica dei luoghi di cura;
- attuare interventi di sensibilizzazione e di promozione della salute diretti a contrastare la diffusione dei consumi di sostanze psicotrope, legali e illegali, ed a ridurre i rischi correlati, anche mediante servizi di consulenza e di orientamento;
- attuare la promozione della salute con programmi mirati all' età adolescenziale, in sinergia con le varie istituzioni pubbliche e private che quotidianamente operano in favore dei giovani;
- adeguare il Sistema informativo alle indicazioni nazionali per gli aspetti delle dipendenze;
- effettuare formazione, riqualificazione professionale e sviluppo della ricerca nel settore.

Al fine di monitorare la realizzazione degli obiettivi sopra elencati, la Regione promuove l'attivazione di un'apposita sezione "dipendenze patologiche" nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico regionale.
Con apposito regolamento regionale verranno definite le modalità di composizione e funzionamento della sezione.
Inoltre, nell'ambito della sistematizzazione delle attività e dei servizi per il contrasto delle dipendenze patologiche, si curerà la individuazione dei requisiti necessari per l'autorizzazione e l'accreditamento al fine di garantire il cittadino della necessaria qualità dei livelli di assistenza.

V.2.3.3 Regione Calabria

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze - P.A.R.D.

Nella definizione delle strategie e della programmazione operativa per l'anno 2012, la Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, Settore Area LEA – Servizio 9, Salute Mentale – Tossicodipendenze – Area del disagio, ha avuto come riferimento l'attuazione degli orientamenti contenuti nel **Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze 2011-2014 (P.A.R.D.)**.

Il P.A.R.D., è utile ricordarlo, nasce come sintesi contestualizzata delle linee guida generali contenute sia nel **Piano d'azione dell'UE in materia di lotta contro la droga (2009-2012)**, che del **Piano d'Azione Nazionale (P.A.N.)**, e prevede le seguenti aree di intervento:

- Prevenzione.
- Cura e prevenzione delle patologie correlate.
- Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo.
- Formazione, valutazione e monitoraggio.

Ulteriore evoluzione della strategia operativa della Regione Calabria, è stata quella di prevedere un programma di assistenza tecnica al P.A.R.D., che si è sostanziato nella implementazione del Piano stesso, attraverso la definizione di un protocollo strategico-operativo definito come programma di Assistenza Tecnica al Piano di Azione di Regionale sulle Dipendenze (A.T.P.A.R.D.).

Il programma, prevede la realizzazione di una serie di azioni organiche e sinergiche, di seguito sintetizzate:

- implementare la strategia antidroga della Regione Calabria;
- prevenire il fenomeno delle dipendenze;
- potenziare le forme d'intervento per assistere, curare, riabilitare, reinserire socialmente e lavorativamente quanti sono interessati dalla problematica;
- valutare e monitorare il fenomeno al fine di prevedere i possibili scenari futuri del consumo di droghe;
- utilizzare i dati rilevati per la programmazione regionale in materia di politiche antidroga;
- identificare le migliori pratiche e la loro applicazione anche ad altri paesi del bacino del Mediterraneo.

Le aree di intervento strategiche del piano, hanno riguardato:

- Osservatorio Regionale sulle dipendenze.
- Interventi di Prevenzione e campagne di comunicazione.
- Potenziamento del Sistema dei servizi pubblici e del privato accreditato per la cura delle dipendenze patologiche.
- Interventi per il Reinserimento lavorativo.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Attività e progetti. Adesione progetti DPA

Sulla scorta degli indirizzi generali individuati, il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, Area LEA – Servizio 9 – Salute Mentale – Tossicodipendenza – Area del Disagio, nel corso del 2012:

- Ha presentato al Dipartimento Politiche Antidroga ed avuto finanziato un Progetto di Prevenzione selettiva dal titolo: "A Scuola di Prevenzione".
- Ha presentato al Dipartimento Politiche Antidroga ed avuto finanziato un Progetto di Inserimento lavorativo dal titolo: "No drugs. We work".
- Ha elaborato un Progetto di Prevenzione Universale che prevede la collaborazione delle Comunità Terapeutiche, dal titolo: "Prevenzione In Comunità".
- Ha elaborato un Progetto per l'Innovazione dei Servizi di cura che

prevede la collaborazione dei Ser.T., dal titolo: "Early Engagement".
- Ha avviato ed implementato l'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.
- Ha lavorato alla definizione di un Piano Regionale di Comunicazione.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Programmazione strategica pluriennale
Creazione di un sito internet dedicato

Dal lavoro svolto dal Dipartimento 13 Tutela della Salute, Politiche Sanitarie della Regione Calabria nel corso dell'anno 2012, è scaturita una programmazione strategica pluriennale.

In particolare, i principali elementi emersi che hanno garantito la realizzazione degli obiettivi di pianificazione e strategici del Dipartimento 13 Tutela della Salute, Politiche Sanitarie, sono riferibili alle seguenti specificità:

- realizzare interventi operativi a carattere regionale, a garanzia di uno sforzo progettuale coordinato e maggiormente incisivo, specie sul fronte dei risultati raggiunti;
- redigere un Rapporto Annuale, che funga da strumento di riferimento per tutti i servizi afferenti al Dipartimento, per la programmazione degli interventi;
- ampliare lo spettro dei Servizi pubblici, al fine di far fronte alle sempre più diversificate esigenze dell'utenza, sia in relazione alle continue trasformazioni del fenomeno dipendenza, sia in relazione a nuove forme di dipendenza;
- rafforzare le azioni del Gruppo di Coordinamento Tecnico Consultivo, istituito dal Dipartimento;
- creare ed implementare un sito *internet* dedicato alle attività del Dipartimento, e dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.

V.2.3.4 Regione Campania

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Riorganizzazione del sistema dei servizi

Pur sussistendo un diffuso e, ormai stabile, quadro critico in tema di risorse sia a livello nazionale che locale, la Regione Campania è comunque impegnata con una serie di azioni di programmazione, coordinamento ed indirizzo oltre che di supporto finanziario, finalizzate all'accompagnamento del sistema dei servizi, pubblici e privati, in questa delicata fase.
In tal senso, e secondo quanto già programmato nel Piano Sanitario Regionale 2011 – 2013, è stata definitivamente elaborata la riformulazione del sistema dell'offerta del privato sociale in tema di Servizi residenziali e semiresidenziali sia nel perfezionamento delle tipologie già in essere (terapeutico riabilitativo e pedagogico riabilitativo) sia per quanto attiene alla attivazione dei nuovi servizi : di accoglienza e specialistiche . Tra queste ultime vanno annoverate la comorbilità tossico-psichiatrica, i servizi madre-bambino e quelli per minori sia tossicodipendenti che con disagio psichico sottoposti a provvedimento giudiziario. A tal fine sono stati anche promulgati gli atti di indirizzo regionali per le misure alternative alla detenzione per adulti tossicodipendenti e le linee guida regionali per il collocamento in comunità di minori tossicodipendenti e/o con disagio psichico sottoposti a provvedimento dell'Autorità Giudiziaria. (DDGGRRCC n.620/2012 e n.621/2012).

Attivazione tavoli di lavoro su Gioco d'azzardo patologico, tabagismo, alcol. Detenuti tossicodipendenti servizi

In tema di coordinamento e supervisione il Settore Fasce deboli ha attivato specifici tavoli tecnici, costituiti da referenti del Settore e referenti tecnici di ogni Asl sulle seguenti tematiche : Gioco d'azzardo patologico, Tabagismo e Alcol.
Scopo dei tavoli tecnici è quello di garantire un costante dialogo e monitoraggio con le realtà operative territoriale affinché gli indirizzi e le strategie di supporto regionali siano sempre espresse in piena rispondenza alle criticità ed ai bisogni realmente esistenti sul territorio.
Altro atto di indirizzo regionale in corso di deliberazione da parte della Giunta riguarda la problematica alcol – lavoro . Per tale tematica il Settore fasce deboli ha attivato un gruppo di lavoro composto da referenti regionali dello stesso Settore e della Sicurezza nei luoghi di lavoro, che insieme a rappresentanti della categoria dei medici competenti, della università e dei servizi territoriali, ha elaborato il documento con gli indirizzi operativi ad uso dei medici competenti.
Analogo obiettivo la Regione Campania ha individuato per la problematica "alcol e guida" per la quale ha attivato, anche in questo caso, un tavolo di lavoro costituito dai rappresentanti delle Commissioni medico locali e dai Dipartimenti per le Dipendenze, allo scopo di elaborare un documento condiviso.
Costante è stato, inoltre, l'azione di supporto, coordinamento ed indirizzo verso le realtà della prevenzione primaria, secondaria e terziaria sia con la promozione di eventi finalizzati alla intercettazione precoce dei consumi sia quelli particolarmente mirati alla sempre più crescente diffusione dell'abuso di alcol tra i giovanissimi.
In tema invece di supporto finanziario alla rete dei servizi pubblici e privati la Regione Campania è particolarmente impegnata a promuovere e sostenere progetti specifici di attivazione, implementazione o potenziamento di assistenza nei confronti di realtà problematiche particolarmente emergenti, Ci riferiamo cioè al gioco di azzardo patologico, al tabagismo ed ai tossicodipendenti detenuti.(DGRC n. 807/2012).
Infine per quanto riguarda il Gioco di azzardo patologico, in considerazione anche della novità che tale tematica rappresenta per le figure professionali da anni impiegate nei Sert per l'assistenza ai tossicodipendenti, la Regione organizzerà iniziative di formazione di base e specialistiche affinché tale emergenza , anche se i servizi sono chiamati ad affrontarla senza alcuna dotazione aggiuntiva, avranno almeno le conoscenze necessarie per la presa in carico dei gamblers
Per quanto concerne i flussi informativi si annota quanto segue.

Progetto SID2

Progetto SID – Sistema Informativo Dipendenze-Regione Campania
Il progetto SID2 (estensione del sistema informativo dipendenze in Campania) ha la finalità, tra l'altro, di monitorare, oltre al fenomeno della tossicodipendenza, anche il fenomeno dell'alcoldipendenza e migliorare gli aspetti di performance del SID con il passaggio ad un database Oracle.
Per la delicatezza e riservatezza dei dati trattati dal Sistema Informativo Dipendenze, la Regione Campania ha stipulato *in data 26 gennaio 2007* un **protocollo d'intesa privacy** . A seguito delle indicazioni del D.P.A. il Settore Fasce Deboli della Regione Campani con l'ausilio dell'Osservatorio delle Dipendenze, ha accompagnato e coordinato l'implementazione territoriale del Sistema Informativo Dipendenze. L'attività svolta ha comportato una elevata difficoltà per la dimensione della struttura da gestire a livello centralizzato (7 ASL e 45 Ser.T.).
E' stato necessario, per le criticità dovute alla numerosità dei Servizi, creare una rete di referenti aziendali che fungessero da "sensori" per il monitoraggio e la costituzione dell'infrastruttura informatica e informativa. Altra carenza, poi risolta, è stata la mancata obbligatorietà di compilazione di alcuni campi della sezione "trattamenti". Per l'anno 2012 si è realizzato il completamento e messa a regime della cartella clinica informatizzata e il monitoraggio dell'infrastrutturazione come da indicazioni ministeriali.
Maggiore impiego di energia è costato lo sviluppo di un "ambiente osservatorio"

per il consolidamento dei dati provenienti dalla periferia e per ottenere la visione immediata delle informazioni, oggetto in passato di onerose attività manuali e di compilazione di prospetti.

Progetto Sind Support

Progetto SIND Support

Per l'anno 2012 si è proceduto a realizzare e potenziare attraverso il Progetto SIND Support , l'implementazione e l'invio in via sperimentale della creazione della Rete SID /SIND/NSIS: Ministero della Salute-Flusso dati 2011 SIND: File Record xml "strutture" - File xml Personale - N. 7 file xml

Obiettivo generale del progetto era di costituire e, in prospettiva, condurre a regime in arco temporale pluriennale, una rete informativa tra le strutture centrali di riferimento e gli Osservatori Regionali ed Aziendali in tema di tossicodipendenze.

In particolare, il progetto doveva predisporre le basi per la realizzazione di un sistema nazionale che consentisse una più agevole azione relativamente al monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;

- il supporto della valutazione alle attività gestionali dei Servizi, per comprendere il grado di efficienza e di consumo di risorse;
- il supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- la fornitura di dati per la preparazione della Relazione al Parlamento ai sensi dell'art. 131 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e gli altri rapporti epidemiologici esclusivamente composti da dati aggregati derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo e delle Nazioni Unite;
- l'adeguamento della raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze

Progetto NIOD - (Network italiano degli Osservatori sulle dipendenze)

Progetto NIOD

Attivazione e supporto di una rete nazionale di Osservatori Regionali sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, in accordo con le indicazioni e gli standard europei (EMCDDA), al fine di realizzare una organizzazione permanente e coordinata di strutture operanti in ogni singola Regione/PA in grado di produrre un report standard e un flusso dati utilizzando i cinque indicatori chiave EMCDDA:

- Raccolta dati per il calcolo dell'indicatore General Population Surveys (GPS) in convenzione e collaborazione con 7 tirocinanti della facoltà di Sociologia (ad oggi già somministrati 2.500 questionari...in itinere)
- Raccolta dati per il calcolo dell'indicatore Problem Drug Use (PDU) Indagine sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione non in carico ai Servizi Tossicodipendenze – in collaborazione con l'ARSAN Schede Dimissioni Ospedaliera. (Adempimento per la Relazione al Parlamento DPA) in itinere
- Raccolta dati per il calcolo dell'indicatore Drug Related Deaths and Mortality (DRD) Predisposizione per nuovo protocollo d'intesa con le Prefetture
- Raccolta dati per il calcolo dell'indicatore Treatment Demand Indicator (TDI) in itinere per il 2013
- Raccolta dati per il calcolo dell'indicatore Drug Related Infectious Disease (DRID) in itinere nel 2013;
- Indagine Completata SPS-ITALIA-2012 Referenti: Dirigenti scolastici della Campania: Indagine con DPA sul consumo di sostanze psicotrope negli studenti delle scuole secondarie di secondo grado-anno con pubblicazione dei dati del profilo regionale nell'area riservata DPA

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Attività progettuali promosse

Tra le principali attività poste in essere meritano menzione particolare :

- Progetto CAMPO, progetto di formazione attivato in collaborazione con la Università di Napoli Dipartimento di scienze mediche e preventive rivolto a tutti gli operatori delle dipendenze (SerT, Comunità, volontariato, etc.) . la formula del 2012 è stata quella di dedicare singoli e specifici seminari ad ogni ASL sui temi della valutazione e della comunicazione. Sono stati pertanto organizzati 8 seminari locali, ognuno costituito da due giornate, rivolti sia alle sette ASL campane che agli operatori della rete degli Enti Ausiliari (CEARC). Quattrocento sono gli operatori dei SerT e delle Comunità terapeutiche che hanno potuto fruire di questa offerta formativa. Ai seminari territoriali itineranti conseguirà manifestazione finale di chiusura
- "SEGNALI 3", progetto di prevenzione universale finanziato dal Dipartimento Politiche Antidroga e realizzato in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, rivolto agli studenti delle scuole medie e superiori. Il Progetto SEGNALI si prefigge l'obiettivo di intervenire in maniera precoce sulla fascia giovanile maggiormente esposta alla problematica attivando in particolare sia azioni di sensibilizzazione e informazione sulla tematica sia individuando quei percorsi di aiuto ed auto aiuto tra giovani che possano "intercettare ed accogliere" il coetaneo che ha appena instaurato un rapporto con le sostanze. Il progetto si prefigge di interessare almeno 300 scuole per 3000 Studenti nella fascia di età 13 – 17 anni.
- "PROGRAMMA SAR - SISTEMA ALLERTA RAPIDA" espressione di un network costituito da Regione, Università, SerT, Enti Ausiliari, Forze dell'ordine, Istituto Superiore di Sanità il cui scopo è quello di costituire una rete di operatori territoriali "Drug detector" . Sono stati interessato oltre 100 operatori dei servizi pubblici e del privato sociale.
- "IMPRONTE" proposto dalla Regione Campania (in collaborazione con il Dipartimento Farmacodipendenze ASL NA1 e con il terzo settore) è di rilevanza strategica nella programmazione regionale e si prefigge di costruire, nel quartiere difficile di Scampia, un "segno" di aiuto e di presenza, coinvolgendo la popolazione locale le scuole
- Centri Antifumo : monitoraggio, verifica e sostegno dei 14 Centri Antifumo con particolare attenzione agli indirizzi progettuali relativi a servizi per la cessione del fumo, prevenzione del fumo negli ambienti di lavoro, formazione permanente dei medici di medicina generale e prevenzione precoce nei giovani gli interventi. Per tali aspetti la Regione ha stanziato specifici finanziamenti sui quali le varie ASL hanno poi costituito gruppo omogenei di interesse operativo.
- Prevenzione alcologica nei luoghi del divertimento notturno (progetto "Divertimento assicurato" e progetto "Fuori posto")
- Interventi di potenziamento delle misura alternative alla detenzione con il finanziamento di progetti di borsa lavoro
- Prevenzione delle malattie infettive e delle patologie croniche correlate all'abuso di sostanze con particolare attenzione alle attività di sostegno, e potenziamento e vigilanza sulle attività nei SertT di HIV TESTING. Per tale problematica è stato promosso tavolo tecnico di confronto tra il Settore Fasce deboli, i Dipartimenti per le Dipendenze ed il CERIFARC (Centro di riferimento Aids della Regione Campania).

Infine vanno menzionate le azioni di sostegno su ai servizi di prossimità e di accoglienza alla marginalità attraverso il circuito delle Unità di Strada e le Case a metà strada (DGR Area Programmi)

Pari importanza è rivolta al potenziamento nei Sert delle attività di HIV testing e

all'integrazione sociale della persona con finanziamenti di borse lavoro soprattutto per i soggetti più svantaggiati (detenuti, genitori tossicodipendenti) .

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Obiettivi prioritari

Come già rappresentato nella precedente relazione, ed in premessa alla presente, permangono difficoltà che per alcune ASL diventano drammatiche, in tema di risorse per i servizi sia per quanto riguarda la dotazione di personale che il finanziamento di attività di carattere riabilitativo assistenziale post terapeutico.
E' necessario inoltre accompagnare il sistema dei servizi in questa epoca di grandi mutamenti nello scenario dei consumi e di grande trasformazione (ed ampliamento) dei target di utenza che afferisco ai Sert (dipendenze comportamentali)
Il sistema è quindi chiamato ad affrontare un periodo di intense riflessioni e cambiamenti .
Sollecitazioni si rendono necessarie affinché sia dato pieno corso e applicazione agli indirizzi normativi, nazionali e regionali, siano disposti finanziamenti per la implementazione dei servizi, delle dotazioni organiche e dei progetti specifici., siano ricercati nuovi modelli e paradigmi di intervento.
La Regione Campania individua i seguenti prioritari obiettivi :

- l'attivazione e messa a regime di azioni e progetti per i sistemi di allerta rapida, di intercettazione tempestiva della immissione sul mercato di sostanze sconosciute e/o nocive.
- attivazione di sistemi di intercettazione precoce dell'uso di sostanze tra i giovanissimi sia con la promozione di progetti specifici in collaborazione con la Scuola sia nell'azione degli operatori di territorio
- contrasto alla diffusione, tra gli adolescenti, di uso di tabacco ed alcol
- contrasto alla diffusione delle patologie correlate ed alla mortalità droga correlata
- sostegno alle azioni rivolte ai tossicodipendenti detenuti si a in termini di assistenza intramurali che nei progetti di alternativa alla detenzione
- Azioni di supporto e sostegno alle azioni "fuorisistema " (drop in, auto mutuo aiuto, unità di strada)

V.2.3.5 Regione Emilia-Romagna

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Emergenza sisma

Nel corso dell'anno si è dovuto far fronte **all'emergenza prodotta dal sisma**, che ha colpito il territorio delle AUSL di Modena, Ferrara, Bologna e Reggio Emilia. I locali nei quali erano ospitati i Sert di Carpi e Mirandola, nonché una sede del Ceis sita a Crevalcore (BO) e della comunità Exodus sita a Bondeno (FE) sono state danneggiate. I Sert comunque non hanno mai interrotto le loro attività, operando dapprima in tenda e successivamente in container, per poi rientrare nelle loro sedi nell'autunno.
Con il coordinamento del Servizio regionale salute mentale e dipendenze patologiche, referente per la DICOMAC, i professionisti dei Sert delle quattro AUSL hanno partecipato attivamente alle attività di sostegno psicologico alla popolazione generale e alle persone ospitate nelle strutture provvisorie di accoglienza. Anche le strutture del privato sociale hanno rapidamente organizzato risposte alternative.

Programma regionale 2011-2013

Nel corso del 2012 la programmazione prevedeva di implementare l'attività prevista sulla base degli atti normativi assunti negli anni precedenti, dando attuazione al **Programma regionale dipendenze patologiche – obiettivi 2011-2013,** approvato con deliberazione della Giunta regionale n. 999/2011 e

assegnando finanziamenti finalizzati all'implementazione delle attività.

Per quanto **attiene l'accordo Regione – Coordinamento Enti ausiliari**, in scadenza a fine 2012, è stata effettuata una valutazione dell'impatto dell'accordo e si sono delineate le linee programmatorie che guideranno il prossimo accordo. In particolare, si è posta l'attenzione su quei programmi e percorsi non tradizionali, che gli Enti mettono a disposizione delle AUSL e che al momento non trovano una sufficiente valorizzazione e sistematizzazione: percorsi di tipo sanitario non residenziale (weekend per persone dipendenti da cocaina, gruppi serali e simili) e programmi di domiciliarità assistita (case alloggio e gruppi appartamento). Per queste ultime tipologie sono stati definiti i requisiti di autorizzazione al funzionamento, la cui approvazione è prevista nel corso del 2013.

Accertamenti HIV

E' stato concluso il percorso di definizione di **raccomandazioni per la tutela della salute per le persone dipendenti da sostanze**, con particolare attenzione alla testistica per le malattie infettive (circolare regionale n. 11/2012) Le linee guida si collegano agli indirizzi del "Documento di consenso sulle politiche di offerta e le modalità di esecuzione del test HIV in Italia" approvato dalla Conferenza Stato - Regioni (Rep. n.134/CSR del 27 luglio 2011) e agli obiettivi del Programma regionale dipendenze patologiche (Dgr 999/2011), che sottolineano il carattere strategico, prioritario ed urgente di un'offerta attiva e sistematica degli accertamenti per HIV e altre infezioni a trasmissione ematica e sessuale per tutte le persone che afferiscono ai SerT. Il documento regionale è frutto di contributi congiunti di professionisti dei Servizi per le dipendenze e professionisti della Sanità Pubblica, nonché dell'apporto di componenti della Commissione regionale consultiva tecnico-scientifica per gli interventi di prevenzione e lotta contro l'AIDS.

Sanità online

Per quanto attiene i flussi informativi, la strategia è stata quella di investire sullo scambio di informazioni tra professionisti attraverso la **rete regionale Sole – Sanità online,** per far dialogare i Sert con i Medici di medicina generale e per semplificare l'accesso ai referti laboratoristici. Inoltre si è incentivata la diffusione del fascicolo elettronico dell'assistito

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Attività, interventi, progettualità.

Oltre all'attività programmatoria sancita con atti formali sopracitati, l'attività del 2012 ha riguardato:

- Monitoraggio e sostegno al potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti – Rete Sole - e alla diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito
- Sperimentazione di progetti per la prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo patologico
- Attività propedeutiche alla definizione di raccomandazioni per la facilitazione all'accesso, la gestione dell'emergenza-urgenza, il trattamento ambulatoriale e residenziale, la continuità assistenziale per gli adolescenti e giovani con patologie psichiatriche e/odipendenza da sostanze
- Monitoraggio dell'Accordo Regione Emilia-Romagna – Coordinamento Enti Ausiliari
- Coordinamento e monitoraggio degli interventi di prevenzione selettiva, riduzione dei rischi e riduzione del danno
- Attuazione e monitoraggio di attività di prevenzione dei rischi della guida sotto l'effetto di alcol e sostanze
- Assistenza alle persone detenute con dipendenza patologica (DGR n.2/2010)

- Monitoraggio dell'Intesa tra Regione Emilia-Romagna e Prefettura di Bologna per i controlli su strada ex art. 186 e 187 e per l'attivazione di un sistema di allerta rapido. Esame di fattibilità dell'estensione del progetto a tutto il territorio regionale
- Progetto "Palestra Sicura" - Implementazione e messa a regime delle attività in riferimento all'adesione al "Codice Etico" ed all'aggiornamento dei gestori e dei referenti tecnici delle palestre
- Avvio flusso ministeriale SIND
- Revisione Linee guida regionali ICD 10 SerT
- Definizione di un Core set indicatori per la valutazione delle Politiche per la salute nei servizi del DSM-DP
- Rinnovo accreditamento per i Sert e le strutture del privato sociale, a 4 anni dal primo rilascio
- Rinnovo sito web del programma regionale dipendenze
- Finanziamento progetti innovativi del privato sociale

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Le azioni programmate per l'anno 2013 sono in continuità con l'anno precedente, e possono essere sintetizzate nei seguenti titoli:

Priorità della programmazione 2013 in linea con la programmazione 2012

1. Attivazione di un coordinamento all'interno del Servizio Salute Mentale, Dipendenze patologiche, Salute nelle Carceri con l'obiettivo di istituire un Osservatorio regionale della Salute Mentale che si occupi delle connessioni tra i sistemi informativi delle Dipendenze Patologiche, della Psichiatria, della Neuropsichiatria Infantile e del Carcere e di valutazione.

2. Sperimentazione di trattamenti brevi residenziali per giocatori d'azzardo e organizzazione di una formazione regionale rivolta ai professionisti sanitari in tema di consulenza legale alle famiglie dei giocatori d'azzardo patologici.

3. Prosecuzione dell'attività di definizione di raccomandazioni per la facilitazione all'accesso, la gestione dell'emergenza-urgenza, il trattamento ambulatoriale e residenziale, la continuità assistenziale per gli adolescenti e giovani con patologie psichiatriche e/o di dipendenza da sostanze.

4. Stesura di un nuovo accordo Regione Emilia-Romagna Coordinamento Enti Accreditati alla luce di una analisi condivisa dei nuovi bisogni dell'utenza.

5. Piano regionale della Prevenzione : definizione degli obiettivi per l'anno di proroga del Piano Nazionale sul tema della promozione di sani stili di vita e prosecuzione dei progetti regionali in corso sulla prevenzione selettiva e la riduzione del danno.

6. Guida sicura: sperimentazione di corsi info-educativi per recidivi della violazione dell'art. 186. Corsi sperimentali di formazione per Istruttori e Docenti di Autoscuole.

7. Sperimentazione di progetti integrati tra Aziende USL e Aziende Ospedaliere per il trattamento delle persone con problemi alcol correlati e/o dipendenza alcolica.

8. Monitoraggio e valutazione dell'esperienza delle sezioni a custodia attenuata per tossicodipendenti in carcere

9. Prosecuzione del monitoraggio dell'Intesa tra Regione Emilia-Romagna e Prefettura di Bologna per i controlli su strada ex art. 186 e 187 e per l'attivazione di un sistema di allerta rapido. Esame di fattibilità dell'estensione del progetto a tutto il territorio regionale.

10. Prosecuzione del progetto "Palestra Sicura" con implementazione e messa a regime delle attività per l'adesione al codice etico e il riconoscimento di palestre sicure ad opera dei professionisti sanitari.

V.2.3.6 Regione Friuli Venezia Giulia

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Organizzazione regionale

La materia relativa alle dipendenze viene seguita dalla Direzione - Area prevenzione e promozione salute - che si avvale del tavolo tecnico regionale costituito dai Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze delle Aziende per i servizi sanitari e dal Gruppo Tecnico Alcol per la consulenza su aspetti tecnico - scientifici, mentre la referente per la gestione delle tematiche di carattere amministrativo, giuridico e generale è la dott.ssa Francesca Vignola

Per quanto attiene invece alla referenza tecnica in seno alla Commissione Salute del Gruppo Interregionale per le Dipendenze questa è stata affidata alla dott.ssa Roberta Sabbion, Direttore del DDD dell' ASS n. 6 "Friuli Occidentale".

Il Gruppo Interregionale Alcol, il cui coordinamento tecnico nazionale è stato assegnato alla Regione Friuli Venezia è coordinato, in seno alla Commissione Salute, dal dott. Francesco Piani, Direttore del DDD dell'ASS n. 4 "Medio Friuli".

Nel corso del 2012 il tavolo di confronto tecnico regionale costituito dai responsabili dei Dipartimenti per le dipendenze e dai tecnici/funzionari della Direzione regionale ha lavorato per l'elaborazione del Piano d'Azione Regionale per le Dipendenze 2013-2015.

L'obiettivo, a cui si vuole giungere, è definire delle strategie regionali idonee a contrastare il fenomeno della dipendenza nei suoi molteplici aspetti e promuovere l'integrazione fra i Dipartimenti delle Dipendenze e la collaborazione fra enti e soggetti facenti parte della rete territoriale.

Il Piano pertanto vuole essere teso a formulare delle proposte che rispondono ad una visione complessiva delle dipendenze, siano esse derivate da sostanze illegali, legali o da comportamenti di addiction senza uso di sostanze. La finalità è quella di giungere ad un sistema regionale integrato relativamente ai temi della prevenzione, della cura e della riabilitazione che, pur nel rispetto delle differenze territoriali, sia in grado di fornire una risposta regionale unitaria.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Con legge regionale n. 8 del 07/06/2011 è stata istituita la Giornata regionale per la lotta alla droga che viene celebrata annualmente il giorno 26 del mese di marzo. La giornata rappresenta un momento di sensibilizzazione dell'opinione pubblica contro il consumo di sostanze illecite stupefacenti, psicoattive e di ogni altra sostanza in grado di provocare dipendenza nonché contro il traffico di stupefacenti. La normativa prevede altresì un supporto finanziario per la realizzazione di interventi progettuali in materia.

Adesione progetto

L'amministrazione regionale avendo aderito al progetto N.I.O.D. (Network

NIOD

Italiano degli Osservatori sulle dipendenze), ha istituito l'Osservatorio sulle tossicodipendenze della Regione Friuli Venezia Giulia. L'Osservatorio è uno strumento di conoscenza e sorveglianza dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche, basato sulla scelta di coniugare la cultura operativa dei SerT con quella metodologica dell'epidemiologia. Attraverso l'Osservatorio, inoltre si sono avviati dei percorsi formativi regionali per affrontare delle tematiche relative all'accoglienza e alla presa in carico di giovani e giovanissimi.
Nel sito https://sites.google.com/a/welfare.fvg.it/niod/ è possibile visionare oltre che i documenti dell'Osservatorio, anche la normativa regionale e nazionale in materia di tossicodipendenze ed i progetti regionali

Adesione progetto SIND

Nel corso del 2012 l'amministrazione regionale ha proseguito altresì l'attuazione del progetto S.I.N.D. Support che costituisce un sistema informativo e informatizzato sulle dipendenze in grado di fornire informazioni obiettive, affidabili e comparabili sulla domanda di assistenza da parte di soggetti consumatori di sostanze stupefacenti con un particolare focus sulle attività socio-sanitarie e assistenziali erogate dalle pubbliche istituzioni. In tal senso, attraverso il tavolo di confronto tecnico regionale costituito dai responsabili dei Dipartimenti per le dipendenze e dai tecnici/funzionari della Direzione regionale si lavorato per migliorare la qualità dei dati inseriti nel sistema informativo regionale per le dipendenze.

Progetto ALL4YOU

La Regione partecipa insieme al Veneto e alla Carinzia al progetto Interregionale ALL4YOU il cui obiettivo generale è quello di promuovere tra i giovani/minori dell'area transfrontaliera uno stile di vita "sano" attraverso comportamenti che contrastino il consumo di alcol.
Gli obiettivi specifici sono:

- sensibilizzare i giovani sul rischio correlato all'uso di alcol coinvolgendoli nell'analisi sociale e comunicativa del fenomeno, promuovendone il protagonismo nella realizzazione di azioni pilota per lo sviluppo di reti locali;
- sperimentare una strategia transfrontaliera di governance delle risposte al fenomeno giovani- alcol e di comunicazione coerente sul tema medesimo.

Adesione progetto P.I.T

La Regione, nel corso del 2012 ha avviato il progetto P.I.T. "Uso di sostanze e patologie correlate: percorsi, identificazione e testing.", finanziato dal Dipartimento politiche Antidroga. L'ASS n. 5 quale Ente gestore del suddetto ha istituito un gruppo di lavoro composto da personale proveniente dalle diverse Aziende per i servizi sanitari coinvolte. Attraverso percorsi formativi si intende elaborare un protocollo regionale relativo alle procedure da mettere in atto per uniformare l'offerta di testing e per definire un percorso di assessment diagnostico condiviso, anche attraverso l'analisi e la riprogettazione dei percorsi di presa in carico e diagnostici terapeutici.

Gioco d'azzardo patologico Progetto GAP

Con nota del 27 dicembre 2012 prot. n. 0022207, dalla Direzione Salute Integrazione Socio Sanitaria e Politiche Sociali, come previsto dall'art. 7, co. 5 del d.l. n. 158/2012, conv. con modif. della legge n. 189/2012, sono state impartite disposizioni ai Servizi per le Dipendenze delle Aziende per i servizi sanitari della Regione in merito al materiale che le stesse sono chiamate a predisporre per evidenziare i rischi correlati al gioco d'azzardo e i servizi di assistenza dedicati alle persone con problemi di ludopatia.
La Direzione Salute ha inoltre aderito al progetto GAP della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Dipartimento Politiche Antidroga – per l'attivazione di strategie e per lo studio e la preparazione di linee di indirizzo tecnico-scientifiche, coordinate e finalizzate alla prevenzione, alla cura e al trattamento del Gioco d'Azzardo Patologico e per il dimensionamento ed il monitoraggio del fenomeno.

Adesione

La Direzione Salute ha inoltre aderito al progetto PDU (Problem Drug Use) per contribuire ad affinare le metodologie di stima per l'indicatore epidemiologico dedicato.

Il Gruppo Interregionale Alcol ha organizzato una conferenza a Trieste, presso il Centro Convegni della Stazione Marittima, il 25, 26 e 27 ottobre 2012, con l'obiettivo di predisporre e approvare delle linee di indirizzo condivise, elaborate da gruppi di lavoro organizzati dalle Regioni e dalle Province Autonome e da sottoporre successivamente all'approvazione della Conferenza Stato – Regioni.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Iniziativa del Gruppo Interregionale Alcol

In sintesi le attività previste:

- continuazione dei progetti NIOD e SIND;
- continuazione del progetto PIT;
- approvazione e avvio del piano d'azione regionale per le dipendenze;
- realizzazione delle singole progettualità locali;
- mantenimento del tavolo tecnico regionale;
- mantenimento del tavolo congiunto con i Dipartimenti per le Dipendenze e i Carceri;
- mantenimento del tavolo congiunto con i Dipartimenti per le Dipendenze e Comunità terapeutiche;
- avviamento di un tavolo di confronto sul tema delle comorbilità fra i Dipartimenti per le Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale;
- avvio di progettualità in tema di ludopatia.

V.2.3.7 Regione Lazio

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Attribuzione regionale delle competenze

La programmazione della Regione Lazio nell'ambito della droga e dell'alcol è attribuita, con funzioni diversificate, all' Assessorato alla Sanità e all'Assessorato alle Politiche Sociali. Alcune specifiche funzioni, inoltre, sono attribuite all'Assessorato all'Istruzione.

In particolare l'Assessorato alla Sanità, con l'articolazione organizzativa di un'Area regionale dedicata, identifica le strategie e programma interventi in ordine alla lettura del fenomeno e della domanda di trattamento e alla articolazione dell'offerta dei servizi sanitari.

Nel 2012 obiettivi centrali della programmazione sanitaria sono stati:

- Garantire il completamento dell'offerta dei servizi, in relazione a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza e ai bisogni che emergono in relazione all'evoluzione dei comportamenti di addiction.
- Garantire la condivisione delle strategie regionali tra gli attori del sistema, tramite l'attivazione dei Tavoli Tecnici Tematici regionali;
- Garantire una maggiore omogeneità nell'offerta dei servizi, una migliore integrazione tra servizi pubblici e del privato sociale, ed una migliore qualità ed efficacia degli interventi tramite la realizzazione di un percorso formativo relativo alla Valutazione dell'Outcome;

Nell'anno 2012 l'Assessorato alla Sanità ha emesso con Decreto del Commissario ad Acta nuovo bando per i progetti regionali "Lotta alla droga", al fine di garantire gli interventi per le annualità 2013/2015.

L'Assessorato alle Politiche Sociali ha competenze in relazione alle azioni di prevenzione e di reinserimento sociale e lavorativo, previste nell'ambito della programmazione dei Piani di Zona.

L'Assessorato all'Istruzione ha sviluppato una programmazione specifica per la prevenzione in ambito scolastico.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Linee di attività

L'organizzazione delle attività regionali in ambito sanitario si è articolata nel coordinamento delle strategie regionali, nella programmazione/supporto ad azioni di sistema, nella programmazione di azioni territoriali.

In ambito sanitario sono state proseguite nel 2012 tutte delle azioni progettuali, approvate alla fine del 2010, con DGR 556/2010. In tale ambito si sono realizzate azioni di sistema, quali la formazione sul campo per la valutazione dell'outcome finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi, la formazione per il miglioramento della qualità nei laboratori di tossicologia, la continuazione dell'implementazione del sistema informativo regionale, la valutazione delle linee progettuali e la formazione per la revisione della qualità dell'assistenza ai detenuti tossicodipendenti. In ambito territoriale è stata garantita la continuità assistenziale assicurata dalla rete dei servizi finalizzati alla Riduzione del Danno/Prevenzione delle patologie Correlate (Centri di Prima Accoglienza, Drop in, Unità di Strada, ecc) e al trattamento specialistico su target mirati (cocainomani, alcolisti, pazienti con comorbilità psichiatrica, immigrati). Specifici gruppi di Lavoro e Tavoli tecnici (cui partecipano responsabili/referenti di servizi pubblici e privati) sono attivati dalla Regione sia nella fase di condivisione di strategie di azione, che nella definizione di indirizzi tecnici e metodologici.

La Regione ha supportato i Servizi territoriali per la realizzazione delle azioni di informazione e di trattamento previste dal Decreto Legge 158/2012 (c.d. decreto Balduzzi) convertito con modificazioni dalla Legge 8 novembre 2012 n. 189.

L'assessorato all'Istruzione ha garantito la continuità ed il supporto finanziario e metodologico per le azioni di prevenzione universale e di prevenzione mirata in ambito scolastico, con il progetto UNPLUGGED, cui partecipa attivamente tutta la rete dei SerT.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Criticità incontrate e Prospettive

Nel 2012 la Regione Lazio ha avviato quanto necessario per la ridefinizione dei modelli organizzativi delle Aziende Sanitarie, ma la crisi della Giunta Regionale non ha dato la possibilità di completare l'azione. Pertanto i modelli di organizzazione dei Servizi per le Dipendenze è tuttora difforme su scala regionale e ciò costituisce una delle priorità della programmazione per il 2013.

La criticità della rispondenza completa al Sistema Informativo regionale, in conformità con il SIND, ha determinato la continuazione di azioni regionali di richiamo e di supporto alle singole Aziende Sanitarie.

La qualità dell'offerta dei trattamenti erogati tramite progetti ha messo in evidenza la capacità di adeguare la tipologia ed il funzionamento dei servizi in relazione alle modificazioni della domanda e del fenomeno di diffusione delle droghe e dei comportamenti di addiction.

La messa a regime del sistema di pagamento dei fornitori previsto dall'Accordo regionale ha regolarizzato e definito i tempi di pagamento (180 giorni dalla certificazione delle fatture), risolvendo le criticità storiche di "sofferenza" degli enti del Privato Sociale. È emersa la necessità di prospettare la sottoscrizione dell'Accordo anche gli Enti esterni al territorio regionale, che accolgono pazienti laziali.

La Regione Lazio, nell'ambito dell'azione formativa sulla Valutazione dell'Outcome, ha quasi ultimato nel 2012 la redazione delle *Linea Guida per la valutazione degli esiti clinici*, condivise tra i professionisti di tutti i servizi pubblici e del privato sociale. Tale Linea Guida prende in considerazione i trattamenti mirati e specialistici, anche nell'integrazione della rete dei servizi. L'approvazione del testo delle Linee Guida è previsto nel 2013, come la sua diffusione capillare tra tutti gli addetti al sistema ed il monitoraggio della sua applicazione

V.2.3.8 Regione Liguria

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

- Programmazione e implementazione di attività di prevenzione al consumo di tabacco e di strategie di lotta alla dipendenza da fumo: corso di disassuefazione dal fumo rivolto ai dipendenti regionali
- Rete alcologica regionale
- Premesso l'interesse della Regione Liguria a sviluppare studi, ricerca e attività di prevenzione nel campo delle dipendenze e della salute mentale, nel'ambito delle attività previste dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Dipendenze, è stata svolta attività in sinergia con i Sert, le strutture del Privato Sociale Accreditato e le scuole e il NOT della Prefettura di Genova

Realizzazione del Piano socio sanitario regionale

Il Piano Sociosanitario Regionale 2009-2011, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 22 del 30 Settembre 2009, è stato realizzato con una struttura a rete. La logica della rete rappresenta un modello organizzativo di attori diversi da quelli tradizionali della gerarchia e del mercato. Come superamento di questi modelli, infatti, quello della rete implica il mantenimento di gradi di autonomia e scelta discrezionale da parte dei vari nodi; nodi che, nello stesso tempo, lavorano secondo principi di mutualità anziché subordinazione gerarchica.
Il Piano è stato quindi concepito a reti verticali, orizzontali e di sistema, per consentire una programmazione a matrice.
La Rete Verticale sulla Prevenzione prevede, tra i suoi obiettivi, la prevenzione delle patologie determinate da dipendenze e comportamenti dannosi o contrari al mantenimento di una buona salute fisica e psichica. La Rete Orizzontale "Psichiatria e Dipendenze" dà come obiettivo l'emanazione di indirizzi relativi all'unificazione dei Dipartimenti delle Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale.
La Rete Orizzontale "Salute in Carcere" prevede inoltre l'obiettivo di strutturare interventi per tossicodipendenti e comorbilità.
Prosecuzione delle attività della Commissione dei cui alla DGR 1239 del 19.10.2007

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Dipendenza da tabacco

In linea con l'attività rivolta alla dipendenza da tabacco, successivamente all' "Istituzione della rete ligure dei Centri per lo studio ed il trattamento del tabagismo" avvenuta nel 2010, la Regione ha dato risposta alla dipendenza da tabacco, sia in termini di trattamento sia in termini di prevenzione.
Vi è stata l'implementazione dei centri antitabacco ed è stata predisposta una diversificazione dell'offerta di trattamento allo scopo di avvicinare fumatori che, pur motivati a smettere, non hanno il tempo per frequentare programmi di trattamento intensivi con elevato numero di contatti.
Da marzo a luglio 2012 si è svolto con successo il programma di disassuefazione dal fumo di sigaretta a favore dei dipendenti della Regione Liguria.

Rete alcologica

Le attività della rete alcologica regionale attua un intervento organico nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze algologiche e delle patologie correlate

Reinserimento lavorativo

Nell'ambito delle attività dell' Osservatorio regionale per le Dipendenze, nel 2012 è iniziata la collaborazione con il Sert e con le Strutture del Privato Sociale accreditato della asl 3 genovese nell'ambito del progetto nazionale di reinserimento lavorativo RELI.
In collaborazione con il NOT della Prefettura di Genova, nell'ambito del progetto di prevenzione W L'INDIPENDENZA, è stata svolta attività di formazione rivolta agli insegnanti delle scuole medie secondarie della Provincia di Genova.
Attività di collaborazione con l'Osservatorio sulle dipendenze nella provincia di

La Spezia finalizzata alla costituzione di un Tavolo provinciale permanente sulle dipendenze.

Comorbilità

In seguito all'unificazione del Dipartimento Salute Mentale con quello delle Dipendenze e tenuto conto dell'elevato numero di pazienti con comorbilità, si è strutturata la collaborazione tra gli operatori dei due dipartimenti, finalizzata al monitoraggio del fenomeno del consumo di sostanze legali e psicotrope unite alle patologie psichiatriche e alla presa in carico.

Commissione per l'accertamento di assenza di tossicodipendenza

In riferimento alle procedure relative agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti in lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi:
DGR 1313 del 4/11/2011: Prosecuzione delle attività della Commissione di cui alla DGR 1239 del 19.10.2007 con la quale sono state emanate le modalità e le direttive vincolanti ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. per l'accertamento della presenza di sostanze stupefacenti e/o psicotrope su campioni biologici ed è stata costituita una Commissione composta da esperti e coordinata dal Dirigente della struttura competente per materia, per la verifica, il possesso e il mantenimento dei requisiti specifici da parte dei laboratori autorizzati all'effettuazione delle analisi.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Lotta al tabagismo
Campagne di prevenzione

La volontà della Regione in tema di lotta al tabagismo, alla luce dei risultati positivi ottenuti dalle iniziative ad essa dedicate, è quella di portare avanti le attività di prevenzione e di disassuefazione dal fumo di sigaretta.
Il contesto sociale, economico e culturale è caratterizzato da fenomeni di dipendenza che, influenzati da numerosi fattori, sono in continuo e profondo mutamento e non riguardano solo la dipendenza da sostanze psicotrope ma anche da sostanze legali quali alcol e tabacco e nuove dipendenze: quella da psicofarmaci e quella da gioco. Pertanto è obiettivo della Regione Liguria comprendere, misurare e monitorare le nuove dipendenze per poterle affrontare in termini di cura e in termini di prevenzione.

V.2.3.9 Regione Lombardia

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Piano di azione regionale dipendenze
PAR

In considerazione della trasversalità del tema dipendenze, (scuola, lavoro, tempo libero, imprese, ecc.) e delle importanti modifiche del fenomeno, sia relativamente all'uso di sostanze che ai comportamenti di abuso, il metodo di lavoro ha previsto la costituzione di un Gruppo di Approfondimento Tematico con il coinvolgimento dei diversi stakeholders regionali. Il lavoro, attuato attraverso dei focus groups, ha condotto verso un nuovo modo di intendere il "problema" e di proporre una consapevolezza: la tematica dell' uso/abuso/dipendenza da sostanze o comportamenti non è un problema di pochi e non riguarda solo gli specialisti. Il problema, non più e non solo sanitario, richiede una integrazione anche di tipo operativo, ma anche di tipo culturale. Il PAR ha visto il coinvolgimento di 8 Direzioni Generali regionali, di Prefettura, ANCI, Ufficio Scolastico Regionale, Amministrazione Penitenziaria adulti e minori, Osservatorio Regionale Dipendenze ed altri stakeholders ancora, per condividere strategie, ambiti di attività e azioni specifiche da attuare in modo congiunto nel quadriennio 2012-2015. Il tema "prevenzione", nella sua trasversalità, ha portato ad una serie di proposte concrete di intervento, in misura decisamente rilevante rispetto ad altri interventi, utilizzando conoscenze e strumenti già in uso (Tavolo Tecnico Regionale Prevenzione, Life Skills Program, ecc.).
Il lavoro del GAT è stato formalizzato dalla d.g.r. 4225/del 25.10.2012 "Adozione del Piano Regionale Dipendenze" all'interno del quale vengono sviluppati metodi

di lavoro, obbiettivi generali, strategie, a cui segue una relazione tecnica relativa ai temi operativi della promozione di competenze individuali, della informazione, della promozione del benessere, della sicurezza nella vita quotidiana, oltre che la ridefinizione della rete di cura e trattamento, e la formulazione di nuovi strumenti di governance regionale

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Nuovo modello di valutazione dei bisogni per le dipendenze

All'interno di un sistema regionale consolidato, l'anno 2012 ha visto lo sviluppo di due azioni innovative, descritte di seguito.

Sperimentazione "Nuovo modello di valutazione dei bisogni per le dipendenze"

Questa sperimentazione, della durata complessiva di 8 mesi, ha coinvolto tutti i Dipartimenti delle Dipendenze regionali con l'obbiettivo di individuare un modello unico regionale di valutazione delle persone che si rivolgono ai servizi Dipendenze, in grado di garantire un'omogenea valutazione dei bisogni (sia sociali, che sanitari e sociosanitari). La presa in carico globale, integrata e continuativa nelle fasi di accoglienza, cura e reinserimento, conduce alla definizione di "condizione di bisogno prevalente". Il bisogno prevalente viene individuato utilizzando strumenti riconosciuti e validati a livello nazionale e internazionale e, a sua volta, porta ad un profilo assistenziale quale elemento base per la successiva costruzione del Piano Terapeutico-Assistenziale.

Obbiettivi tutt'altro che secondari sono anche la possibilità di facilitare l'accesso del cittadino alle diverse unità d'offerta, anche attraverso l'informazione, l'orientamento e l'accompagnamento della persona in condizioni di bisogno e di garantire risposte appropriate ai bisogni espressi. L'identificazione del Livello di gravità dell'utente e del suo Profilo assistenziale comporta l'inserimento in un sistema prestazionale di durata trimestrale, che potrà essere ovviamente proseguito e rivisto.

La possibile prosecuzione della sperimentazione prevede la definizione di classi di prestazioni, variabili a seconda del livello di gravità, e dei relativi correlati economici.

Attivazione di sperimentazioni nelle politiche di welfare

Sperimentazione ex d.g.r.3239/12

Le "Linee guida per l'attivazione di sperimentazioni nell'ambito delle politiche di welfare" partendo dalla premessa di una evoluzione dei contesti e dei bisogni, hanno previsto, nell'area delle dipendenze, l'attivazione di oltre 70 progetti, a conduzione sia pubblica che del privato accreditato, in tema di proposte innovative da attuare nelle seguenti aree: 1) Cronicità 2) Adolescenti 3) Nuove forme di dipendenza 4) Prevenzione selettiva e riduzione del rischio.

I progetti hanno proposto modelli innovativi sotto l'aspetto organizzativo, metodologico, gestionale, tecnologico nei servizi e negli interventi di welfare, capaci di leggere i bisogni delle persone in condizioni di fragilità e delle loro famiglie. Inoltre, sono state attuate modalità innovative di presa in carico, personalizzate ed integrate, al fine di rendere la risposta sempre più efficace, flessibile ed aderente al bisogno.

Le sperimentazioni, della durata di un anno, hanno come obbiettivo prioritario, dal punto di vista della governance del sistema regionale la definizione dei modelli sperimentali eccellenti, così da poter prevedere un inserimento tra le nuove unità di offerta accreditate.

Il finanziamento complessivamente a disposizione per l'area welfare è stato di 28 milioni di euro, di cui circa 8 per l'area delle dipendenze.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Le tre azioni descritte serviranno, per l'appunto, a definire le linee regionali per l'anno 2013 e seguenti, a seconda di quanto emergerà, sia come contenuti che nelle applicazioni operative

V.2.3.10 Regione Molise

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Diviene sempre più prezioso fronteggiare in modo organico e coerente il fenomeno delle dipendenze che, con la sua crescente articolazione, rischia di far disperdere le azioni di prevenzione, contrasto, cura, riabilitazione e reinserimento in atto sul territorio molisano. Le conseguenze del frazionamento degli interventi si ripercuotono, tra l'altro, sull'utenza, che risente del disordine dell'offerta territoriale, e sugli operatori del settore che vedono vanificare l'impegno e le risorse.

In considerazione di quanto premesso e della complessità delle dipendenze patologiche, la Regione Molise ha ritenuto indispensabile affrontare la materia in modo più sistematico attraverso la preparazione di uno specifico piano per le dipendenze atto a rappresentare questioni territoriali.

Inoltre, in continuità con le attività precedentemente avviate, la programmazione ha riguardato l'avanzamento dei seguenti interventi e/o procedure:

- la realizzazione della rete informatizzata, attraverso l'attivazione del sistema e la formazione degli operatori dei Servizi per le dipendenze, al fine di facilitare ed uniformare l'utilizzo del programma da parte degli operatori dei Ser.T;
- l'accreditamento istituzionale delle tre Strutture territoriali, già provvisoriamente accreditate, indirizzate a persone dipendenti da sostanze d'abuso, ai sensi normativa nazionale e regionale vigente;
- l'avvio delle iniziative progettuali approvate dal Dipartimento Politiche Antidroga in relazione al Piano progetti regionali 2011-2012.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Piano d'azione regionale sulle dipendenze 2012-2015

Le attività regionali riguardanti le dipendenze patologiche realizzate sono le seguenti.

È stato elaborato il primo *Piano d'azione regionale sulle dipendenze 2012-2015* con il contributo delle istituzioni che a vario titolo si occupano di dipendenze patologiche: i Rappresentanti dei Servizi per le tossicodipendenze, delle Comunità terapeutiche, dell'Ufficio Educazione alla Salute dell'Ufficio scolastico regionale, dell'Associazione Regionale del Club Alcologici Territoriali - ARCAT Molise e delle Associazione.

Gli incontri sono stati un'utile occasione per la condivisione delle diverse prospettive, delle criticità riscontrate e delle proposte avanzate allo scopo di predisporre il piano.

Si è, innanzi tutto, descritta la rete regionale dei servizi relativi alle dipendenze patologiche evidenziandone, tra l'altro, i punti di forza e debolezza. Di seguito, si sono sviluppate le quattro aree d'intervento ovvero *1) Prevenzione 2) Cura e prevenzione delle patologie correlate (PPC) 3) Riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo 4) Formazione valutazione e monitoraggio* con i relativi obiettivi ed azioni specifiche.

Progetto SIND

Riguardo al *SIND – Sistema Informativo Nazionale Dipendenze*, nei mesi di giugno e settembre si sono tenute due giornate di formazione per il personale dei Servizi per le tossicodipendenze. Tali incontri sono stati indispensabili per dare avvio al Sistema e per rendere uniforme e facilmente fruibile l'utilizzo dello stesso. Successivamente, gli operatori Ser.T. hanno iniziato l'inserimento dei dati evidenziando le difficoltà incontrate e superando le prime problematicità dovute alla novità e all'articolazione del programma

Accreditamento

Si sono concluse le procedure di accreditamento istituzionale (L.R. n. 18/2008) delle tre Strutture socio-sanitarie territoriali per persone dipendenti da sostanze

d'abuso quali Comunità terapeutiche a carattere pedagogico riabilitativo: Associazione *FA.C.E.D.* Onlus di Termoli (CB), Associazione *R.E.D. – 7 Novembre* Onlus di Montenero di Bisaccia (CB) e Comunità Terapeutica *Molise* di Toro (CB).

Early detection

Si sono impostate le prime attività relative alle iniziative del Piano progetti regionali 2011-2012 del DPA. L'uno, *Early detection di abuso di sostanze in adolescenti mediante un programma di simulazione 3D*, ha come obiettivo l'individuazione precoce di adolescenti ad elevato rischio di abuso di sostanze e con disagio familiare attraverso l'uso della tecnologia 3D e sarà realizzato negli Istituti scolastici rientranti nel territori di competenza dei SerT di Campobasso, Larino ed Isernia. L'altro, *Valutazione e Intervento Drive e Controller*, si propone di valutare, all'interno del SerT di Termoli (CB), l'efficacia di una metodologia d'intervento integrato ed unitario che miri ad armonizzare il *controller* e bilanciare in questo modo il *drive* di utenti dipendenti da oppiacei.

Infine, le sei sedi operative territoriali dei Ser.T. portano avanti le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione oltre ad essere presenti in attività di informazione e consulenza presso gli Istituti scolastici. Tre Servizi svolgono attività di diagnosi e cura anche per i detenuti dipendenti da sostanze che sono ristretti negli Istituti penitenziari ed un Ser.T. è sede anche di un Laboratorio antitabagismo. Inoltre, i Servizi collaborano anche con i Club Alcologici Territoriali e con l'Associazione degli Alcolisti Anonimi..

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Continuità con la programmazione precedente

Le prossime attività risultano essere in continuità con la programmazione precedente ed in particolare si tiene conto che:

- l'attivazione del Sistema *SIND Support* e il consequenziale inserimento dei dati hanno iniziato a far emergere le diverse difficoltà incontrate dal personale dei Servizi territoriali per le tossicodipendenze che riguardano le modalità di utilizzo del programma in relazione alle diverse attività e prestazioni. Pur restando il supporto tecnico regionale, si organizzeranno altre giornate di formazione al fine di affrontare in modo dettagliato le problematicità evidenziate dagli operatori Ser.T. che utilizzano la piattaforma;
- i due progetti regionali *Early detection di abuso di sostanze in adolescenti mediante un programma di simulazione 3D* e *Valutazione e Intervento Drive e Controller* entreranno nel pieno delle attività programmate.
- la L. R. n. 20/2011 ha istituito la *Giornata regionale per la lotta alla droga* attraverso la quale annualmente si cercherà di sensibilizzare l'opinione pubblica in tema di sostanze che provocano dipendenza e di contrasto al traffico illecito di stupefacenti;
- al fine di informare ed incoraggiare le persone a smettere di fumare si organizzerà la *Giornata mondiale senza Tabacco*;
- al fine di sensibilizzare ed informare le persone sull'uso dell'alcol si terrà la *Giornata nazionale per la prevenzione dei rischi e dei problemi correlati al consumo di bevande alcoliche*;
- si manterranno le collaborazioni con i diversi Soggetti territoriali che a vario titolo si occupano di dipendenza.

V.2.3.11 Regione Piemonte

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Piano di Azione Regionale delle Dipendenze PARD

Con la DGR n. 27-183 del 23.7.2012 è stato approvato il Piano di Azione Regionale delle Dipendenze (PARD) del Piemonte.

La politica sanitaria piemontese sulle dipendenze si riconosce nelle strategie

generali definite dall'UE e nel Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dal Governo il 29 ottobre 2010.

Per rendere omogenee sul territorio le azioni di contrasto alle dipendenze patologiche, con o senza uso di sostanze, e al fine di armonizzare le strategie regionali alle linee d'indirizzo definite nel Piano Nazionale Antidroga 2010-2013, è necessario realizzare il Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze (di seguito PARD) 2012-2015 come già definito nella D.G.R. 4-2205 del 201.

L'approvazione del PARD, in riferimento al nuovo PSSR 2012-2015 approvato con la D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, è stata considerata urgente al fine di avviare un insieme di azioni non più procrastinabili.

Prevenzione Selettiva

- Sviluppare maggiormente gli interventi di prevenzione selettiva rivolti ai giovani ed a fasce di popolazione a rischio con profili di vulnerabilità riconoscibili e identificabili;
- Sviluppare interventi finalizzati alla diagnosi e trattamento precoce in quanto strumenti validi e sostenibili per trattare la vulnerabilità e lo sviluppo delle differenti forme di addiction.

Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate:

- Incrementare la quota di soggetti eroinomani nei programmi di trattamento;
- Aumentare la continuità assistenziale fra le varie fasi di intervento e fra le diverse unità operative: dalle unità mobili o servizi di bassa soglia per il contatto precoce all'inclusione in programmi di trattamento; il passaggio dal carcere alla vita libera, dalla Comunità terapeutica al territorio.
- Aumento delle attività di screening per le patologie correlate e delle vaccinazioni per l'epatite B

Riabilitazione e reinserimento:

- Razionalizzazione ed adeguamento dell'offerta dei trattamenti residenziali e semiresidenziali presenti nella regione Piemonte attraverso la possibile riconversione e rimodulazione di percorsi clinico-assistenziali mantenendo l'efficacia dei Progetti Terapeutici individuali;
- Sperimentazione di percorsi assistenziali flessibili e integrati nelle varie fasi terapeutiche, dalla riabilitazione al reinserimento, con particolare riferimento ai bisogni sanitari emergenti e prevalenti;
- Incremento dei programmi territoriali ad alta integrazione socio-sanitaria.

Monitoraggio e valutazione:

- Aumento dell'appropriatezza dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) o Percorsi Integrati di Cura (PIC) ad alta intensità assistenziale, e ad alto rischio per la salute.

I Dipartimenti di Patologia delle Dipendenze (DPD), attraverso la programmazione fatta dai Comitati Partecipati e descritta nei Piani Locali Dipendenze (PLD) D.G.R. n. 48-9094 del 2008, devono declinare gli obiettivi regionali del PARD rispettandone le modalità e tempi descritti, in riferimento alle singole aree di attività.

I PLD, in modo conforme alla durata del PARD, devono avere durata triennale, con verifiche semestrali nel primo anno e, di seguito, annuali.

La programmazione triennale prevista nei PLD può essere rimodulata alla luce delle verifiche annuali, dei vincoli di bilancio e delle necessità emergenti, di carattere organizzativo e clinico rilevate dalla Direzione Regionale.

I PLD devono essere inviati al Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità per la valutazione di compatibilità entro 90gg a far data dall'approvazione del presente atto.

Il raggiungimento degli obiettivi verrà documentato dai Comitati Partecipati nel report annuale inviato al Settore per la valutazione dei risultati. La valutazione dei risultati verrà inviata ai Direttori di Dipartimento ed ai Direttori Generali delle

AASSLL.
La Commissione Tecnica regionale istituita con la DGR 4-2205 del 2011 allo scopo di elaborare il PARD, viene riconfermata con il presente atto e i suoi componenti saranno ridefiniti con successiva Determinazione Dirigenziale.
La Commissione predetta svolge funzioni di natura consultiva al Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità sul monitoraggio dei processi organizzativi e clinici attinenti la piena realizzazione del PARD, nonché su proposte di adeguamento, nel rispetto degli obiettivi e priorità stabilite.
Al fine di garantire coerenza nelle metodologie e negli indirizzi elaborati e proposti nei tavoli o gruppi di lavoro previsti nel PARD (Piano di azione sul reinserimento, Gioco d'azzardo patologico etc) si affida al Coordinatore della Commissione Tecnica regionale, il coordinamento dei suddetti gruppi o altre commissioni inerenti la programmazione sanitaria nel settore dipendenze.
L'ufficio Dipendenze del Settore Organizzazione dei Servizi Sanitari Ospedalieri e Territoriali della Direzione Regionale Sanità coadiuva i lavori delle Commissioni.

V.2.3.12 Regione Puglia

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Continuità terapeutica

Con riferimento all'area della Tossicodipendenza, l'anno 2012 si è caratterizzato, fondamentalmente, per un mantenimento sia dei livelli di assistenza che del numero dei servizi territoriali presenti sul territorio, pur in una fase segnata dai vincoli di bilancio dettate dal Piano di rientro a cui è sottoposta la Regione Puglia.
L'Amministrazione regionale, nell'anno 2012, nel campo delle tossicodipendenze ha mirato a garantire per il tramite della rete dei servizi territoriali pubblici (sert) e delle strutture del privato sociale:

- la continuità terapeutica e riabilitativa nel proprio territorio;
- attuare una revisione dei flussi informativi nazionali e regionali a fini epidemiologici e programmatici.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Sul piano normativo non sono stati adottati, nell'anno 2012, provvedimenti significativi a parte un intervento assunto dalla Giunta Regionale che ha, in linea con i vincoli di bilancio imposti dal Piano di rientro, ridimensionato il numero delle Sezioni Dipartimentali inizialmente previste con L.R. n. 27/99 istitutiva dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche.
E' iniziato nel 2012 ed è tuttora in corso un Programma di interventi per la riorganizzazione e rafforzamento del Dipartimento delle Dipendenze che prevede nel corrente anno tra gli obbiettivi specifici:

1. Rideterminazione della rete dei Sert.
2. Implementazione e rivisitazione delle dotazioni organiche.
3. Adozione di un modello organizzativo e funzionale unico per tutto il territorio regionale che definisca i compiti e le funzioni del DDP e delle singole articolazioni strutturali.
4. Adeguamento rette regionali al Tasso Inflazione Programmato
5. Offerta di servizi in grado di rispondere alle esigenze di prevenzione primaria, cura e riabilitazione dei soggetti a rischio attraverso la realizzazione di specifici moduli organizzativi utili a rispondere ai bisogni emergenti quali il *gambling* ed altre dipendenze comportamentali

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Contenimento della spesa nei limiti posti dal Piano di rientro finanziario

Nel 2012 la sanità pugliese è stata caratterizzata da una sensibile contrazione delle risorse conseguente alla necessità di mantenere le spese entro i limiti posti dal Piano di rientro finanziario concordato con il Governo.

Nel campo delle dipendenze patologiche le attività poste in essere hanno avuto come obiettivo quello di proseguire, in continuità con il precedente anno, a porre le basi per una ridefinizione degli assetti organizzativi del settore, che si spera potranno andare a regime nel prossimo biennio 2013/2014. Tale riorganizzazione dovrebbe sortire l'effetto di migliorare e rendere più funzionali i servizi di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei soggetti affetti da dipendenza patologica, agendo soprattutto sul potenziamento della funzione di governance del Dipartimento delle Dipendenze nel proprio contesto territoriale, che significa dare a tale struttura gli strumenti che consentono di mettere effettivamente in rete le risorse pubbliche e del privato sociale. gli obiettivi generali, specifici e gli interventi operativi valevoli per il Sistema Sanitario Regionale.

Si osserva, tuttavia, che il "Piano di rientro e di riqualificazione del Sistema Sanitario Regionale 2010-2012", approvato con L.R. n. 2/2011 a seguito di Accordo tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e Finanze ed il Presidente della Regione Puglia ai sensi dell'art. 1, co. 180 della L. 311/2004, ha già individuato – per il triennio di vigenza del Piano – gli obiettivi generali, specifici e gli interventi operativi valevoli per il Sistema Sanitario Regionale nel suo complesso, e dunque segnatamente per ogni singola Azienda o Ente del predetto SSR., e dunque segnatamente per ogni singola Azienda o Ente del predetto SSR..

V.2.3.13 Regione Sardegna

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Implementazione del Progetto SIND SUPPORT

Con riferimento all'anno 2012, la Regione autonoma della Sardegna ha assunto quale priorità operativa l'implementazione del Progetto Sind-Support volto all'informatizzazione dei Servizi delle Dipendenze, per la realizzazione del quale sono stati stanziati 200.000,00 euro.

La gestione operativa del progetto è stata affidata all'ASL 7 di Carbonia quale centro operativo per l'attivazione del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze e alla relativa implementazione ha collaborato anche l'Osservatorio per le dipendenze istituito presso l'Assessorato dell'igiene e sanità e dell'assistenza sociale.

La gestione delle attività tecniche è stata invece affidata alla società in-house della Regione autonoma della Sardegna denominata SardegnaIT ed è stata condotta mediante l'impiego di una piattaforma specificamente dedicata – denominata "Piattaforma mFp 5.0" – di pro proprietà della ULSS 20 di Verona la quale ne ha autorizzato gratuitamente il riuso.

La piattaforma in questione è stata adattata alle esigenze della Regione Sardegna e, per consentirne l'utilizzo da parte degli operatori SERD, si è proceduto ad installarla presso un server centrale regionale dedicato. Su questa piattaforma (mFp 5.0) sono quindi confluiti i dato caricati da remoto da parte delle strutture interessate.

In fase d'avvio del sistema, la Regione ha fornito un servizio di supporto agli operatori che è sostanzialmente consistito in un periodo di affiancamento e formazione di tutti gli operatori dei SERD delle otto ASL della Sardegna, realizzato grazie alla collaborazione, supporto operativo e assistenza on-site del personale messo a disposizione da SardegnaIT.

La Regione, inoltre, ha svolto funzioni di monitoraggio e controllo in relazione

alle attività svolte dagli interessati in esecuzione dei progetti:

- P.Rc.S.I.D.I., volto all'informatizzazione dei Servizi Dipendenze della Regione Sardegna, per potenziare le attività già intraprese con il S.I.N.D., per le quali il Ministero della salute ha stanziato 180.000,00 euro, affidati in gestione all'ASL 7 di Carbonia;
- "Prevenzione Sardegna.it"- progetto biennale – finanziato dal ministero della salute, Dipartimento per le dipendenze, con una somma di 200.000,00 euro, affidata in gestione all'ASL 8 di Cagliari – SERD di via dei Valenzani

V.2.3.14 Regione Toscana

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Perseguimento del principio dell'integrazione delle offerte terapeutiche

Nei propri atti di programmazione, sanitaria e sociale, la Regione Toscana ha perseguito con continuità il principio dell'integrazione delle offerte terapeutiche così da favorire la continuità assistenziale ed assicurare un razionale utilizzo dei servizi e dei livelli di assistenza.

In questo processo è stato decisivo il ruolo dei Servizi Tossicodipendenze (SERT) che oltre ad assicurare le attività di prevenzione, di diagnosi, cura, riabilitazione e reinserimento sociale si sono fatti promotori della cooperazione tra soggetti pubblici e non, per un'integrazione tra Pubblico e Terzo Settore che è stata fortemente valorizzata a partire dalla Legge Regionale 72/97.

Le controversie ideologiche sono state pertanto superate a favore di una "politica del fare", rispettosa delle differenze e con l'obiettivo comune di dare risposte concrete ed efficaci alle persone con problemi di dipendenza.

I servizi pubblici e privati sono stati dotati di un software gestionale unico per tutto il territorio regionale e specifici atti hanno precisato il diverso apporto dei servizi al circuito di cura e definito gli standard minimi da assicurare ai cittadini, in ordine sia alla valutazione diagnostica multidisciplinare, sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio–riabilitativi.

È stata consolidata la rete di Centri Antifumo (almeno un Centro Antifumo in ciascuna Azienda USL e nelle Aziende Ospedaliere) e sono stati anche introdotti nei Livelli Essenziali di Assistenza regionali specifici pacchetti assistenziali per la disassuefazione dal tabagismo.

Per altre patologie (ad es. gioco d'azzardo patologico), ad oggi non comprese nei LEA, sono state favorite specifiche sperimentazioni, anche residenziali.

È stato dato un concreto impulso alla formazione professionale per dipendenze, come quella da cocaina, per la quale sono tuttora carenti terapie farmacologiche di comprovata efficacia.

Per l'alcolismo e le problematiche alcolcorrelate si è provveduto ad istituire sia il Centro Alcologico Regionale che le equipe alcologiche territoriali e rafforzata la rete dell'associazionismo e dell'auto mutuo–aiuto.

È stato attuato il riordino delle strutture residenziali e semiresidenziali, per garantire risposte appropriate ai molteplici bisogni di cura ed un sistema tariffario articolato per intensità di cura, nelle quattro diverse aree di intervento in cui si articolano oggi i servizi di accoglienza, terapeutico–riabilitativi, specialistici (doppia diagnosi, osservazione diagnosi e orientamento, madri con figli) e pedagogico–riabilitativo.

Sono state avviate concrete azioni a sostegno di progetti di riduzione del danno e per persone a forte marginalità sociale.

È stato infine avviato il processo di accreditamento istituzionale dei SERT, in un'ottica di qualità e di efficacia nell'erogazione delle prestazioni.

Istituzione del Comitato regionale di Coordinamento delle Dipendenze

Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza

interaziendale e regionale, la Giunta regionale con apposita delibera ha istituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.
Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale.
Al Comitato partecipano rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.
Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale, con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Il riordino delle strutture semiresidenziali e residenziali, sia a gestione pubblica che degli Enti Ausiliari, avviato dal 2003, ha perfezionato la specificità dei servizi e si è dimostrato di fondamentale importanza nel percorso di cura e riabilitazione per le persone con problemi di tossico–alcoldipendenza.
Tutte le strutture, sia pubbliche che degli Enti Ausiliari, hanno raggiunto l'adeguamento ai requisiti minimi strutturali, organizzativi e funzionali previsti, così che sono regolarmente autorizzate tutte le strutture che operano sul territorio regionale. In virtù di questo risultato, possiamo affermare che, ad oggi, la Toscana è l'unica regione d'Italia ad aver concluso un percorso di riordino così complesso che, con un quinquennio di lavoro comune tra operatori pubblici e privati ha prodotto, quale ulteriore risultato, un'approfondita ed estesa conoscenza dei punti di forza e delle criticità del sistema.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

Gli interventi di bassa soglia

Con riferimento a quanto previsto dal PISR 2007–2010 e nel PSR 2008-2010 "Gli interventi a bassa soglia", è stato dato un forte impulso programmatico regionale su tali interventi che, in particolare per quanto concerne i soggetti tossico/alcoldipendenti, si è concretizzato con progettualità specifiche sviluppatesi in quelle aree territoriali (Firenze, Pisa, Livorno) dove il fenomeno è più presente, sostenute anche economicamente dalla Regione e dagli Enti locali interessati.

Gli interventi di bassa soglia

La rete informativa e l'osservazione epidemiologica regionale

La Regione Toscana, con una precisa scelta tecnico–metodologica e di innovazione tecnologica, ha realizzato da anni un articolato sistema di verifica e di valutazione degli interventi dei SERT con particolare cura per la formazione degli operatori sulla raccolta, elaborazione e utilizzo dei dati (cartella elettronica SIRT). La cartella elettronica SIRT è divenuta il principale strumento per la gestione unificata dei percorsi assistenziali da parte di tutti i soggetti pubblici e privati operanti in Toscana ed il sistema regionale, allineato anche con il Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND), è stato certificato come conforme rispetto a quanto richiesto dall'Osservatorio europeo.
Il fabbisogno di dati e informazioni per la ricerca epidemiologica e per il monitoraggio di efficienza e di efficacia dei servizi impongono di mantenere un elevato livello di integrazione tra il nuovo sistema informativo e le strutture preposte al monitoraggio, studio ed intervento sulle dipendenze.
A tale scopo è già stato prodotto un insieme di indicatori, alimentati dall'enorme patrimonio informativo prodotto dal SIRT e funzionali al governo del sistema regionale e locale delle dipendenze La sfida del prossimo triennio consiste nel portare a regime l'utilizzo degli indicatori per far sì che i dati raccolti siano adeguatamente valorizzati, a fini conoscitivi e gestionali, sia per soddisfare le sempre maggiori richieste di approfondimento della conoscenza del fenomeno sia per orientare le scelte programmatiche in modo più mirato ed appropriato ai bisogni ed alla loro continua evoluzione.

La rete informativa e l'osservazione epidemiologica regionale

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

L'Organizzazione dei servizi per le dipendenze e la partecipazione

L'Organizzazione dei servizi per le dipendenze e la partecipazione

a) I SERT

Sul territorio regionale sono attivi 40 SERT (più di uno in ogni Zona-Distretto).

I requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'accreditamento istituzionale dei SERT sono disciplinati dalla Deliberazione del Consiglio regionale n. 70 del 19 luglio 2005.

Le Aziende USL e le Società della Salute adottano i necessari atti affinché i SERT assicurino la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla cura, riabilitazione e reinserimento sociale delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da sostanze stupefacenti legali e illegali e da dipendenza senza sostanze, nonché la prevenzione e la cura delle patologie correlate, anche in collaborazione con altri servizi specialistici, e svolgano le funzioni ad essi assegnati da disposizioni regionali e nazionali.

I SERT sono riconosciuti come strutture complesse qualora abbiano un'utenza in trattamento con dipendenze da sostanze illegali e legali non inferiore alle 400 unità.

b) I Dipartimenti delle Dipendenze

Le Aziende USL, al fine di assicurare l'omogeneità dei processi assistenziali e delle procedure operative nonché l'integrazione tra prestazioni erogate in regimi diversi, si avvalgono dei Dipartimenti di coordinamento tecnico delle dipendenze.

Il Dipartimento è coordinato da un professionista nominato dal Direttore Generale, in base alle vigenti norme.

Il Coordinatore del Dipartimento partecipa ai processi decisionali della direzione dell'Azienda USL e delle Società della Salute nelle forme e con le modalità stabilite nei rispettivi atti.

Nelle Aziende USL monozonali il coordinatore del Dipartimento coincide con il responsabile del SERT.

c) I Comitati delle Dipendenze

Al fine di realizzare una cooperazione improntata all'ottimizzazione della rete degli interventi del pubblico, degli Enti Ausiliari e degli organismi rappresentativi del Terzo Settore nell'ambito delle risposte preventive, di cura e reinserimento sociale e lavorativo per le persone con problemi di dipendenza è costituito in ogni Azienda USL il Comitato delle Dipendenze.

Il Comitato è lo strumento di supporto alla programmazione territoriale per le azioni di governo nel settore delle dipendenze.

È presieduto dal coordinatore del Dipartimento delle Dipendenze ed è composto, oltre che dai rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore, da soggetti rappresentativi delle realtà locali interessate alle azioni di contrasto alle droghe ed alle dipendenze (Uffici territoriali del Governo – Prefetture, Questure, Forze dell'Ordine, Amministrazione Penitenziaria, Istituzioni scolastiche, Cooperative e associazioni di mutuo–auto–aiuto).

Il Comitato del Dipartimento delle Dipendenze supporta le Società della Salute e l'Azienda USL nel coordinamento e nella verifica delle attività di prevenzione, diagnosi, cura e reinserimento sociale e lavorativo nel settore delle dipendenze e opera per favorire l'integrazione operativa tra servizi pubblici e del privato sociale nella copertura dei servizi esistenti e sull'attivazione di eventuali nuovi servizi.

Il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze

d)Il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze

Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, la Giunta regionale ha costituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.

Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale.

È presieduto dal Direttore Generale del Diritto alla Salute o suo delegato e ad esso

partecipano rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.

Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

e)La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

I posti in comunità residenziali e semiresidenziali autorizzati e convenzionati con le Aziende USL nell'anno 2012 sono 1123 di cui 964 gestiti da Enti Ausiliari e 159 a gestione diretta delle Aziende USL).

Le equipe alcologiche

f)Le equipe alcologiche

In ogni SERT è attiva una Equipe Alcologica.

Nell'anno 2012 risultano operative 40 equipe alcologiche.

A livello regionale è presente il Centro Alcologico Regionale

I Centri Antifumo

g) I Centri Antifumo

In ogni Azienda USL è attivo almeno un Centro Antifumo per un totale di 27 Centri attivi nel 2012.

Attività realizzate nel 2012

Nel corso dell'anno 2012 sono state realizzate le seguenti azioni/attività:

- Riunioni periodiche con il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze;
- Monitorato e valutato l'Accordo di collaborazione sottoscritto tra Regione Toscana, Aziende USL toscane e Coordinamento regionale degli Enti Ausiliari della Regione Toscana; con tale Accordo la Regione ha destinato per il triennio 2011-2013 6.000.000.00 di Euro (duemilioni di euro annui) per l'implementazione degli inserimenti in comunità terapeutiche.
- Approvato l'Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, l'A.N.C.I. Toscano, il Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza, le Società della Salute di Pisa, Firenze e Livorno per attività e azioni sul versante della marginalità sociale e della riduzione del danno;
- Approvate le "Linee di indirizzo per la presa in carico di soggetti con problemi di dipendenza che afferiscono ai servizi per le tossicodipendenze (SERT) delle Aziende USL toscane".
- Approvate e finanziate le progettualità delle Aziende USL e del privato sociale sulla tematica alcol così come previsto dalle linee di indirizzo per la prevenzione dei problemi alcolcorrelati;
- Approvato l'ampliamento della sperimentazione regionale degli inserimenti lavorativi per persone con problemi di tossico/alcoldipendenza;
- Monitorato e governato le 4 sperimentazioni regionali per la cura delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da cocaina;
- Promozione, sostegno e partecipazione a seminari di studio, workshop e convegni sulle dipendenze;
- coordinamento del gruppo tecnico interregionale tossicodipendenze istituito in seno alla Commissione Salute delle Regioni e P.A.;
- proseguito il processo di accreditamento dei SERT;
- implementato e sviluppato il Sistema Informativo Regionale sulle Dipendenze Patologiche (SIRT) con l'avvio dell'inclusione nello stesso delle Comunità terapeutiche gestite dagli Enti Ausiliari della Regione Toscana;
- promosse e finanziate numerose progettualità/azioni per la prevenzione, la cura, il reinserimento sociale e lavorativo nell'area delle Dipendenze da sostanze illegali, legali (alcol e tabacco) e da dipendenza senza sostanze

(GAP) nonché per la promozione di stili di vita sani.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Punti di eccellenza e criticità

L'impegno programmatico profuso dalla Regione Toscana, si è concretizzato in alcune realtà territoriali che sono divenute veri e propri punti di eccellenza per il modello organizzativo, mentre altrove sono state riscontrate difficoltà che hanno ostacolato un'omogenea applicazione del modello nell'intero territorio regionale.
Tali difficoltà possono così riassumersi:
a) aumento assai rilevante delle persone in cura ai servizi; tale incremento, cui si associa un diverso e più dinamico approccio diagnostico terapeutico, in alcune realtà non è stato affiancato da un parallelo e adeguato potenziamento delle risorse necessarie;
b) istituzione del Fondo Nazionale per le Politiche Sociali nel quale è confluito anche l'ex Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga, privando così di fatto il settore di risorse economiche finalizzate per la realizzazione di interventi organici e innovativi, soprattutto a livello locale;
c) progressiva diminuzione dei trasferimenti statali agli enti locali a fronte di un aumento delle competenze degli stessi e delle risposte socio-assistenziali e socio-sanitarie da garantire;
d) difficoltà operative legate alle recenti modifiche dell'assetto organizzativo del sistema socio-sanitario regionale (Società della Salute, Aree Vaste);
e) disomogeneità da parte delle Aziende USL nell'applicazione delle disposizioni regionali; le criticità maggiori sono state riscontrate nelle Aziende USL dove non sono stati costituiti i Dipartimenti delle Dipendenze;
f) permanere in molte parti della società civile e dei servizi di uno stigma delle dipendenze come comportamenti devianti, immorali, criminali; tali orientamenti contribuiscono a ritardare l'accesso ai servizi, ad impedire diagnosi precoci e a deresponsabilizzare i pazienti verso le cure;
g) notevole incremento e diffusione delle droghe, legali e illegali, con nuove modalità e abitudini di consumo in particolare nelle fasce giovanili.
Per rimuovere tali difficoltà la Giunta regionale toscana ha approvato la proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 che contiene anche la programmazione in materia di dipendenze da sostanze legali, illegali e da dipendenza senza sostanze, elaborata alla luce delle indicazioni emerse nel corso degli ultimi anni di vigenza della programmazione sanitaria e sociale regionale.

V.2.3.15 Regione Umbria

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Programmazione regionale

La programmazione regionale in materia di dipendenze trova una formale esplicitazione, ormai da diversi anni, nei Piani regionali sanitario e sociale e negli atti specifici di indirizzo allegati ai Piani sanitari (in particolare, 1999-2001 e 2003-2005). Il Piano sanitario regionale 2009-2011, tuttora vigente, colloca il campo delle dipendenze tra le aree prioritarie della programmazione regionale e definisce gli obiettivi fondamentali in materia. Il Piano sociale regionale 2010 – 2012 definisce le linee di orientamento sul versante sociale in coerenza con quanto stabilito dal Piano sanitario.
Ulteriori atti strategici fondamentali nel disegnare il sistema regionale di intervento sono identificabili nella DGR n. 1115 del DGR 4 agosto 1999, "Riorganizzazione servizi assistenza a tossicodipendenti", che ha recepito l'Accordo Stato Regioni del gennaio 1999 ed ha istituito i dipartimenti per le dipendenze, e la DGR n. 1057 del 29 luglio 2002, "Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze. Tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti ai sensi della L. n. 45/1999 e dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999", che ha definito le tipologie dei servizi residenziali e

semiresidenziali, i requisiti necessari per l'autorizzazione al funzionamento e le rette giornaliere.
I servizi per le dipendenze, sia pubblici che gestiti da enti del privato sociale, sono inoltre inseriti nel percorso di accreditamento istituzionale che coinvolge tutti i servizi sanitari ed è definito da specifici atti.
Nel corso del 2012, le attività programmatorie di livello regionale sono proseguite, sulla scia di quanto avviato negli anni precedenti, nell'ambito delle seguenti direttrici fondamentali:

A. Migliorare la conoscenza sia riguardo ai fenomeni connessi all'uso delle sostanze psicoattive e alle dipendenze sia riguardo alle risposte messe in campo sul versante preventivo e terapeutico riabilitativo, attraverso un monitoraggio costante del quadro regionale;
B. Potenziare i rapporti di integrazione e collaborazione, in particolare a livello inter-istituzionale, al fine di articolare una risposta complessiva ai fenomeni in argomento, che consideri tutti i diversi fattori in gioco;
C. Sviluppare la strategia della prossimità, intesa globalmente come capacità di entrare in contatto e commisurare i percorsi di accesso e presa in carico secondo le caratteristiche ed i bisogni specifici delle persone e dei gruppi di popolazione, che compongono nel loro insieme un target complessivo ampiamente diversificato ed in continua trasformazione.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)
In coerenza con le indicazioni del Piano sanitario regionale e nell'ambito delle linee strategiche sopra esposte, nel corso del 2012 sono state realizzate in particolare le azioni elencate di seguito.

Riorganizzazione del sistema regionale di intervento

A. Sono proseguite le attività per la messa a regime del sistema informativo regionale e la costruzione dell'osservatorio epidemiologico regionale per le dipendenze, attraverso:
    a. prosecuzione delle attività progettuali nell'ambito dei progetti Sind Support e NIOD, promossi dal Dipartimento Politiche Antidroga
    b. corsi di formazione per gli operatori sia sui temi connessi all'applicazione e allo sviluppo del sistema informativo che sull'epidemiologia delle dipendenze
    c. costituzione di una rete epidemiologica regionale adeguatamente supportata, attraverso la stipula di convenzioni ed accordi con enti universitari e di ricerca di ambito regionale e nazionale, ed ampiamente partecipata sia nelle attività di rilevazione sia nelle attività di analisi e diffusione dei dati
    d. miglioramento della reportistica già esistente (in particolare, Rapporto 2012 sulla mortalità per overdose in Umbria), ed impostazione del primo rapporto epidemiologico regionale complessivo.
B. E' stato dato impulso alle attività per lo sviluppo di sinergie interistituzionali, ed in particolare:
    a. Costituzione di un Tavolo interistituzionale presso la Prefettura di Terni, per la condivisione delle conoscenze sui fenomeni connessi alla diffusione di sostanze psicoattive legali ed illegali e per l'impostazione di azioni congiunte
    b. Costituzione di un Tavolo interistituzionale presso la Prefettura di Perugia, volto alla definizione di uno specifico Protocollo di Intesa
    c. Incontri di ambito interistituzionale presso il Comune di Perugia per la realizzazione di azioni congiunte sul versante della prevenzione e del contrasto ai fenomeni connessi alle dipendenze
    d. Prosecuzione delle attività delle "reti aziendali per la promozione della salute", presenti in ciascuna asl, con articolazione a livello

provinciale e locale del Protocollo d'Intesa siglato con l'Ufficio scolastico regionale al fine di favorire iniziative coordinate per la promozione della salute nella popolazione giovanile; partecipazione, in questo ambito tematico, al progetto nazionale "Social Net Skills- area territorio", promosso dal Ministero della Salute - CCM

e. Avvio del Laboratorio formativo su "La gestione delle misure alternative alla detenzione per alcol e tossicodipendenti nella rete territoriale", realizzato congiuntamente con il PRAP e rivolto agli operatori delle diverse istituzioni e servizi coinvolti nell'applicazione delle misure alternative.

C. La "strategia della prossimità" è stata declinata attraverso le seguenti azioni di ambito regionale:
   a. Avvio del progetto regionale "Il sistema della prossimità nei confronti dell'abuso di sostanze e delle dipendenze - Sperimentazione di assetti organizzativi ed approcci metodologici innovativi, rivolti in particolare alla prevenzione della mortalità per overdose e dei rischi connessi al policonsumo"
   b. Incentivazione dell'uso del web e dei social network come strumenti di contatto in particolare con la fascia giovanile, costituzione di uno specifico gruppo di lavoro regionale sul tema, partecipazione al progetto nazionale "Social Net Skills- area web", promosso dal Ministero della Salute - CCM
   c. Analisi dei bisogni connessi ai percorsi di integrazione degli immigrati, avvio del progetto regionale di prevenzione selettiva "Aggregazioni di strada di giovani ecuadoriani a Perugia"

V.2.3.16 Regione Veneto

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Progetto Dipendenze 2012-2014

a. Le politiche espresse dalla Giunta Regionale del Veneto, in materia di dipendenze e devianze si pongono l'obiettivo di contrastare le conseguenze di stili di vita fortemente condizionati da specifiche forme di dipendenza, che costituiscono rilevanti fattori di rischio per la salute, con particolare riferimento al fumo di tabacco, all'abuso di alcol e all'utilizzo di sostanze stupefacenti.
b. In tale contesto la Giunta regionale con DGR n. 866 del 31.3.2009 ha approvato il "Progetto Dipendenze 2009", al fine di sviluppare un intervento organico sul modello integrato per le Dipendenze, per consolidare e migliorare i risultati raggiunti ed affrontare le problematiche emergenti.
c. In occasione della I° Conferenza Regionale sulle Dipendenze del 4 febbraio 2011, la Regione Veneto ha confermato l'opportunità di rilanciare la programmazione come metodo consapevole, diffuso ed integrato per il governo, l'organizzazione e la gestione del sistema socio sanitario a tutti i livelli di responsabilità e a tale scopo ha inteso con la DGR 929 del 25.5.2012 proporre il nuovo "Progetto Dipendenze" 2012/2014,
d. Questo progetto ha come obiettivo generale l'adeguamento del modello organizzativo di intervento per sostenere le persone che presentano rischio, uso o dipendenza da sostanze stupefacenti o psicoattive, in modo da renderle in grado di prevedere e rispondere in modo tempestivo ed adeguato all'evoluzione dei bisogni collegati all'emergere di nuovi tipi di droghe e diverse modalità di abuso.
e. L'aspetto qualificante del "Progetto Dipendenze" 2012/2014, tenuto conto degli indirizzi del Piano Socio Sanitario, è rappresentato dalla riorganizzazione dei servizi pubblici e privati, confermando la

presenza del dipartimento in tutte le Aziende ULSS, con l'indispensabile partecipazione del privato sociale in tutti i dipartimenti. Riorganizzare i servizi significa adeguare numero e tipologia dell'offerta alle esigenze della domanda, in una prospettiva di qualità ed appropriatezza del servizio offerto.

V.2.3.17 Provincia Autonoma di Bolzano

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Piano di settore delle dipendenze

E' stata affrontata, all'interno dell'unità di coordinamento provinciale nel settore delle dipendenze la discussione di tematiche significative che, oltre ad aver dato considerazione al settore all'interno dell'Assessorato ma anche dell'Azienda sanitaria, ha portato a risultati importanti quali:

1) Il Piano di settore delle dipendenze : per la prima volta c'è una visione complessiva che riguarda tutte le dipendenza da sostanze e comportamentali. Viene sottolineato l'aspetto dell'integrazione per quanto riguarda gli interventi ed i servizi anche sotto il profilo metodologico. C'é stato certamente un grande coinvolgimento dei servizi che operano nel settore, si è realizzata anche una prospettiva di visione più ampia con il coinvolgimento della scuola, del mondo del lavoro, delle istituzioni e particolarmente della Psichiatria, nella prospettiva di un Dipartimento della salute mentale a livello provinciale o aziendale. Un altro elemento importante è che si è sottolineato l'aspetto del gioco d'azzardo patologico, inserito ex novo nel Piano.

2) La strutturazione della collaborazione fra Servizi psichiatrici, Ser.D ed enti gestori di comunità terapeutiche residenziali a livello locale nella riorganizzazione dell'assistenza riabilitativa residenziale, scaturita da un progetto di formazione fra operatori di enti pubblici e privati.

3) Il completamento della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria all'interno del Carcere di Bolzano da parte dell'Azienda sanitaria, prevista dal decreto legislativo 19 novembre 2010, n. 252, "Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Trentino - Alto Adige", con particolare attenzione ai detenuti tossicodipendenti ed alcolisti

4) L'implementazione del sistema informativo-informatico in atto e la istituzione dell'Osservatorio sulle dipendenze.

B) Presentazione(Organizzazione e consumo sintetico delle principali attività)

Priorità

- gioco d'azzardo: provvedimenti di legge provinciale (individuazione luoghi sensibili, destinazione di finanziamenti ad hoc per la prevenzione ed il trattamento), creazione di un documento di programmazione condiviso dai Servizi territoriali e nomina da parte dell'Azienda sanitaria di un gruppo di esperti facenti parte della "Rete sul gioco d'azzardo"
- elaborazione di un "Piano di settore dipendenze" che contiene principi ed indicazioni per il futuro lavoro
- approvazione del documento "Criteri, modalità di invio e progetto terapeutico nelle strutture riabilitative di pazienti in trattamento presso i Servizi per le dipendenze ed i Servizi psichiatrici dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige "
- istituzione di una forma vincolante di collaborazione organizzativa fra i servizi dell'Azienda sanitaria dell'Alto Adige che si occupano di dipendenze con la nomina di un coordinatore medico nella persona del Primario del Ser.D di Bolzano

- istituzione dell'Osservatorio sulle dipendenze all'interno dell'Osservatorio epidemiologico provinciale e di uno specifico gruppo di lavoro con esperti della Provincia e dell'Azienda sanitaria
- implementazione del software "Ippocrate" che fornisce dati statistici di tutti i servizi ambulatoriali pubblici e privati qualitativamente buoni
- elaborazione di proposte per il nuovo piano sanitario provinciale
- prosecuzione della campagna di prevenzione sull'alcol

Inserimento lavorativo

Per agevolare l'inserimento lavorativo di persone svantaggiate, sono state elaborate delle misure per incentivare incarichi annuali di beni e servizi per le cooperative sociali:

- è stata elaborata una lista merceologica e di servizi
- sono state descritte delle clausole sociali

Sono stati anche semplificati e deliberati nuovi criteri per i contributi concessi alle cooperative sociali.

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

1. programmazione efficace degli interventi e ottimizzazione delle risorse finanziarie sia nel settore sanitario sia in quello sociale

2. maggiore coinvolgimento, negli interventi di prevenzione, dei medici di medicina generale e dei distretti sanitari, promuovendo stili di vita più sani, e garantendo una diagnosi e un intervento precoce per le persone a rischio

3. maggior appoggio scientifico per evidenziare trends e tendenze di sviluppo e per promuovere la formazione continua degli operatori dei Servizi

4. criteri di destinazione alla prevenzione e alla riabilitazione della dipendenza da gioco della quota pari all'1,5% delle somme annualmente riversate alla Provincia quale compartecipazione al prelievo erario

5. mancanza del sistema di raccolta dati sociali (SOZINFO) in analogia al sistema di raccolta dati sanitari (IPPOCRATE)

6. instaurazione di un tavolo di coordinamento nel settore sociale per lo scambio di informazioni e per l'elaborazione congiunta di strategie operative nel settore delle dipendenze. Questo potrebbe essere istituito in fase di elaborazione dei criteri di accreditamento (previsione 2014).

V.2.3.18 Provincia Autonoma di Trento

A) Strategie e programmazione attività 2012 (o orientamenti generali)

Approvazione della legge in materia di tutela della salute L.p. 16/2010

Nel corso del 2010 è stata approvata dal Consiglio provinciale la nuova legge provinciale in materia di tutela della salute, l.p. 16/2010 che prevede all'art. 21 la promozione dell'integrazione socio-sanitaria dei servizi finalizzati a soddisfare bisogni di salute della persona che richiedano l'erogazione congiunta di prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale.

Tra gli ambiti nei quali deve essere garantita continuità curativa e assistenziale figura l'area delle dipendenze.

In riferimento all'articolo 21 comma 1 della l.p. 16/2010, sono state approvate, con deliberazione di Giunta provinciale n. 2191 del 15 ottobre 2012, le "Linee guida per la programmazione dell'offerta dei servizi nell'area delle tossicodipendenze". Con questo provvedimento sono state ridefinite le attività sanitarie e socio-sanitarie a favore dei soggetti dipendenti da sostanze, per i quali l'Azienda provinciale per i servizi sanitari provvede alla prevenzione dei comportamenti favorenti, alla cura e alla riabilitazione attraverso il Ser.D e il Servizio per le attività alcologiche, afferenti al Dipartimento dipendenze inter-

distretto e avvalendosi anche del contributo del privato sociale e istituzioni accreditate e convenzionate con il servizio sanitario nazionale.

B) Presentazione(Organizzazione e consumo sintetico delle principali attività)

La rete assistenziale tossicodipendenze

La rete assistenziale dedicata alla diagnosi, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze nella Provincia Autonoma di Trento è costruita intorno ad un unico SerD, articolato in tre sedi dislocate a Trento, Riva del Garda e Rovereto, a tre comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari presenti sul territorio con quattro sedi, (Voce Amica, Centro Antidroga, Centro Trentino di Solidarietà) e ad associazioni e cooperative del privato sociale. È presente inoltre, con una sede, la Comunità Terapeutica di San Patrignano non convenzionata con l'APSS e una comunità della rete "I nuovi Orizzonti" convenzionata con l'APSS per alcuni posti.

La gestione dei soggetti con problematiche alcol correlate e con disturbi del comportamento alimentare è affidata a due servizi distinti dell'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: il Servizio di riferimento per le attività alcologiche e il Centro per i disturbi del comportamento alimentare

La struttura organizzativa di base prevede quattro componenti fondamentali: il vertice strategico, i quadri intermedi, l'equipe terapeutica e la componente tecnico/amministrativa.

Il *vertice strategico* è impersonato dalla figura del direttore, il quale assicura che il Servizio assolva alle finalità previste dal mandato istituzionale, risponde, per quanto di competenza, alle richieste dei gruppi di interesse (stakeholders), supervisiona l'organizzazione, gestisce le relazioni con l'ambiente esterno e formula le strategie generali allineandosi con le indicazioni gestionali del management dell'APSS (Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari).

I *quadri intermedi* sono costituiti dai responsabili di articolazione semplice e dai coordinatori d'area, che rappresentano la linea di congiunzione e comunicazione fra il vertice strategico e le differenti figure professionali.

L'*equipe multi disciplinare* rappresenta il nucleo operativo di base ed è formata dal medico, dall'infermiere professionale, dallo psicologo e dall'assistente sociale. L'equipe è il contesto all'interno del quale sono elaborati ed attuati i diversi interventi rivolti all'utenza che, di norma, si strutturano attraverso tre fasi strettamente correlate fra loro: l'accoglienza, la valutazione e la presa in carico.

La *struttura tecnico/amministrativa* ha funzioni di supporto alle altre componenti ed è composta da due tipi di operatori: gli amministrativi e gli operatori tecnici. Questi soggetti non sono direttamente coinvolti nei processi d'erogazione delle prestazioni rivolte all'utenza, ma forniscono servizi traversali che rendono possile la realizzazione di molte attività specifiche del Ser.D

C) Principali prospettive emerse nel 2012 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Emerge sempre di più la necessità di un approccio integrato e selettivo degli interventi siano essi di prevenzione, di cura e di inclusione per le dipendenze non da sostanze. Le politiche sanitarie e socio-sanitarie provinciali hanno fatto proprio la cultura della prevenzione e del contrasto dell'abuso di sostanze e dei comportamenti compulsivi patologici quali il gambling.

Le soluzioni possibili vengono perseguite nel proseguo di interventi terapeutici integrati fra il Ser.D. e le organizzazione del privato sociale (AMA), nella necessità di implementare gli interventi di prevenzione primaria con progetti di comunità nelle valli del Trentino, per l'attivazione di percorsi di informazione, sensibilizzazione e formazione rivolti a specifici settori professionali; per favorire modalità di informazione eticamente corretta ai cittadini; per promuovere iniziative comuni e coordinate tra Enti pubblici, privati e di privato sociale e per diffonderc i gruppi di auto mutuo aiuto.

Parte Sesta

Indicazioni generali

PAGINA BIANCA

CAPITOLO VI.1

PIANO DI AZIONE

VI.1.1. Monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013
(a cura di ITC – ILO)

PAGINA BIANCA

VI.1 PIANO DI AZIONE

VI.1.1 Monitoraggio del Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 (a cura di ITC – ILO)

Gli obiettivi del monitoraggio eseguiti nel corso del 2012 del Piano d'Azione Nazionale (PAN) sono stati:

- Individuare il legame tra normativa regionale in materia di dipendenze e PAN
- Rilevare le priorità di intervento definite a livello regionale e le azioni gestite a livello regionale
- Monitorare il grado di attuazione degli obiettivi del PAN in relazione alle azioni messe in campo dalle Regioni
- Far emergere le buone pratiche esistenti
- Far emergere i modelli di *governance* delle dipendenze nelle diverse Regioni italiane ed i sistemi informativi esistenti.

Individuazione del legame tra normativa regionale in materia di dipendenze e PAN

La normativa regionale è stata indagata valutando per singola Regione/P.A. le seguenti condizioni:

- Regioni e P.A. caratterizzate da una normativa di riferimento pre e **post** approvazione del PAN (ottobre 2010)
- Regioni e P.A. caratterizzate da una normativa di riferimento pre approvazione del PAN (ottobre 2010)
- Recepimento del PAN attraverso la normativa regionale e delle P.A
- Stesura del Piano di Azione Regionale (PAR) per le Dipendenze (Singoli Programmi regionali).

L'analisi ha consentito l'individuazione della seguente situazione.

Tabella VI.1.1: Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regione/PP.AA.	Normativa pre e post	Normativa pre	Recepimento PAN	Stesura PAR
Abruzzo		X		
Basilicata		X		
Calabria	X		X	X
Campania	X		X	
Emilia Romagna	X			X
Friuli Venezia Giulia	X			
Lazio	X		X	
Liguria		X		
Lombardia		X		
Marche	X			
Molise		X		
PA Bolzano	X			
PA Trento		X		
Piemonte	X			X
Puglia	X			
Sardegna	X		X	
Sicilia	X			
Toscana	X			
Umbria		X		
Valle d'Aosta		X		
Veneto		X		

In tutte le Regioni/PPAA è presente una normativa sulle dipendenze, che in nove casi risulta essere in vigore in precedenza dell'approvazione del PAN, mentre per le rimanenti 12 ne è stata emanata una aggiornata dopo l'approvazione del PAN. In 4 casi il PAN è stato recepito formalmente, mentre i tre sono presenti singoli programmi regionali che costituiscono il Piano d'Azione Regionale.

Rilevazione delle priorità di intervento definite a livello regionale e le azioni gestite a livello regionale

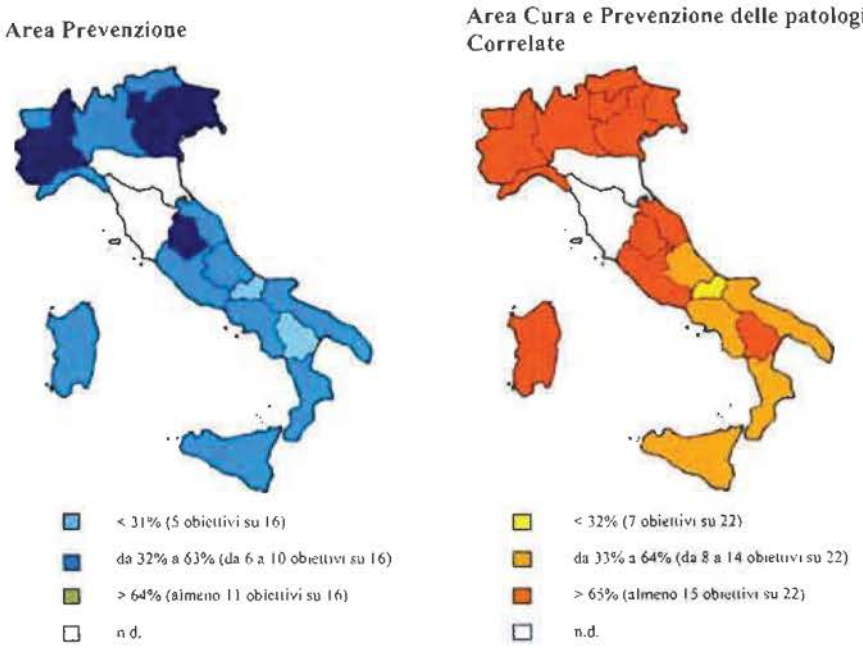
Questo tipo di informazione è stata fornita dalla P.A. di Bolzano, Veneto, Friuli Venezia Giulia, marche, Umbria Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Calabria.
In quasi tutte le realtà le attività gestite direttamente o coordinate dalla direzione centrale rappresentano una minima parte dell'attività svolta, le azioni principali sono: Programmazione, Coordinamento e Controllo e Valutazione.
Le attività gestite direttamente o coordinate dalla direzione centrale sono prevalentemente di natura progettuale (86%) e si collocano prevalentemente nell'area della prevenzione.
Quasi tutte le realtà che descrivono attività gestite o coordinate dalla direzione includono nella descrizione azioni collegate al PAN o finanziate dal DPA (fra le rispondenti solo per Veneto e Marche non si rileva nessun riferimento esplicito al PAN o al DPA).

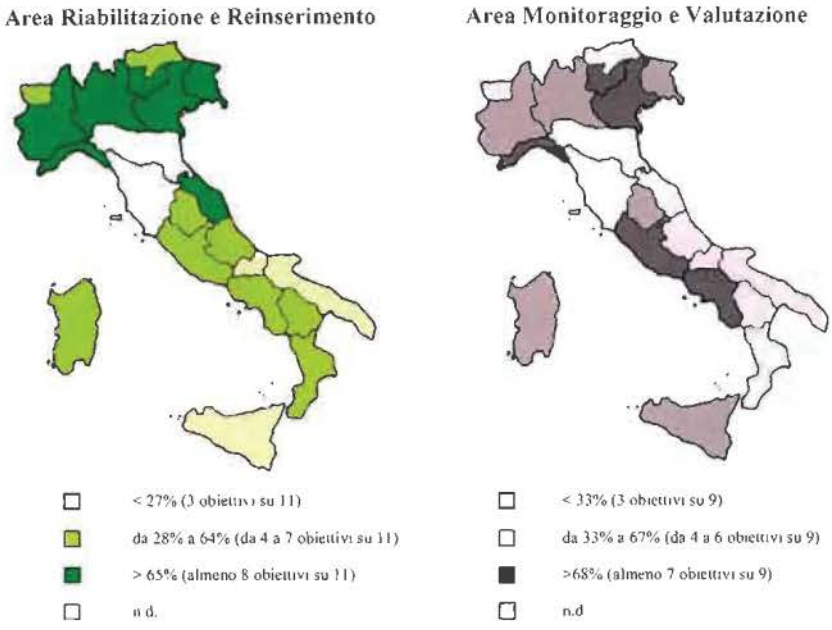
Monitoraggio del grado di attuazione degli obiettivi del PAN in relazione alle azioni messe in campo dalle Regioni

Grazie alle informazioni raccolte mediante le interviste, per ogni Regione e P.A. è stato possibile identificare gli obiettivi attuati nel territorio con azioni progettuali o di routine relativamente alle quattro aree del PAN: Prevenzione, Cura e Prevenzione delle Patologie Correlate, Riabilitazione e Reinserimento, Monitoraggio e Valutazione.
Per ogni singola area è stato riportato il grado di copertura percentuale degli obiettivi attuati.

Figura VI.1.1: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)

Grado di copertura delle aree del PAN





Rilevazione buone pratiche esistenti

Sono state rilevate 52 buone pratiche, in 18 Regioni. In gran parte dei casi si tratta di buone pratiche che si collocano all'interno degli ambiti della prevenzione e del trattamento. In circa 3 casi su 4, inoltre, si tratta di interventi strutturati e in 1 caso su 4 di attività progettuali.

Figura VI.1.2: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)

In quasi nella metà dei casi il territorio di riferimento della buona pratica è quello dell'Asl, seguito dal territorio regionale e da quello provinciale. Le buone pratiche sono state valutate tendenzialmente in maniera molto positiva, soprattutto riguardo la loro trasferibilità in altri contesti e sui loro elementi innovativi.

Figura VI.1.3: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)

Si riportano alcuni esempi di buone prassi.

- Azione di prevenzione presso le scuole aderenti a livello regionale, dove i ragazzi si impegnano a non fumare e a non far fumare i genitori. Nella giornata mondiale antitabacco viene premiata (premio in denaro 2000 euro alla classe) (Molise)
- Centro Clinico Cocainomani. Unità Operativa Dipartimentale dedicata ad un target selezionato: cocainomani integrati socialmente. Si propongono terapie prevalentemente non farmacologiche (psicoterapia, counselling, ecc.), l'accesso avviene esclusivamente su appuntamento e l'attività clinica si svolge anche in fasce orarie serali (Lombardia)
- Supporto territoriale al reinserimento sociale e lavorativo con la finalità di facilitare e sostenere il mantenimento oppure il reinserimento presso il domicilio del paziente. Le attività riguardano gli interventi domiciliari, il counselling psicologico e professionale, il supporto telefonico. Accompagnamento nelle pratiche quotidiane di inserimento. Bilancio delle competenze e sostegno alla famiglia. La durata dell'intervento è di 30 mesi minimo. (Valle d'Aosta)
- Progetto di prevenzione ambientale, realizzato da un gruppo di lavoro qualificato ed esperto composto da imprenditori, amministratori, forze di polizia ed operatori della prossimità, fa riferimento alle prospettive dello sviluppo di comunità, dell'ecologia della responsabilità e della responsabilità sociale del territorio. Ha affrontato la complessità e multi-dimensionalità del problema nel contesto locale specifico. Il risultato raggiunto può rivelarsi utile come strumento di supporto alla programmazione locale e ai fini dell'attivazione di iniziative concrete realizzabili sulla base delle esigenze rilevate e delle strategie d'azione suggerite. (Lombardia)
- Intervento strutturato, nato nel 2002, avente l'obiettivo di intercettare l'utenza giovanile (target 14-30 anni) consumatrice di sostanze non oppiacee. Si avvale di una sede staccata dal Ser.t con locali propri al fine di facilitare l'accesso a un'utenza che non si riconosce come tossicodipendente. Agilità (presa in carico veloce, cellulare di servizio attivo 12 h/die, uso nuove tecnologie…), sperimentazione (stage residenziali brevi per cocainomani, sportello in Prefettura, formazione rivolta ad altri attori della rete) aggiornamento costante sul mondo dei consumi (Piemonte).

Modelli di governance nelle dipendenze

La finalità della seguente analisi è orientata principalmente a due osservazioni:

- Comprendere come sono governati i rapporti tra livello politico e livello tecnico relativamente alle politiche ed alle azioni per le dipendenze – compresenza di diversi attori a diversi livelli di governance che influiscono sui processi decisionali

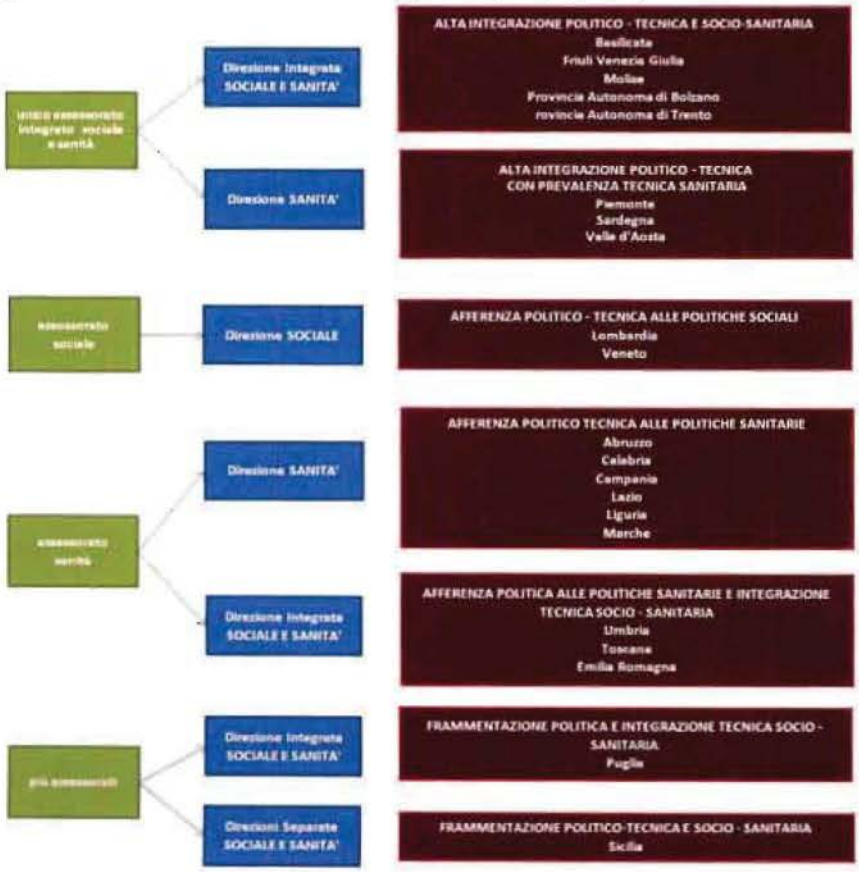
- Comprendere a qualc livello avvenga il processo di integrazione socio-sanitaria

Queste informazioni sui contesti di riferimento sono utili per almeno due importanti motivi.

- Conoscere il contesto di riferimento e soprattutto la molteplicità degli attori coinvolti nella definizione delle politiche sulle dipendenze propria di ciascun territorio è fondamentale per leggere e interpretare correttamente le informazioni raccolte dalla direzioni centrali e fin qui presentate. Tanto maggiore è la frammentazione delle responsabilità e delle competenze tanto più sarà difficile definire ed attuare politiche condivise.
- La frammentazione delle responsabilità e delle competenze influenza anche l'attività di controllo e valutazione. In questa prima fase ci si è limitati a raccogliere indicazioni dalla direzione regionale ma per avere informazioni più attendibili ed esaustive sarà importante in futuro coinvolgere tutti gli attori coinvolti in ciascuna regione per la definizione e l'attuazione delle politiche sulle dipendenze.

Sono stati rilevati differenti modelli in funzione dell'organizzazione regionale.

Figura VI.1.4: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



Le declinazione territoriale delle strategie regionali avviene, per il tramite dei Dipartimenti delle Dipendenze, non ancora attivati in tutte le Regioni/PPAA, attraverso l'attività operativa dei Servizi per le Dipendenze. Compatibilmente con gli assetti organizzativi locali e le caratteristiche territoriali (aree urbane, rurali o montane) , si è osservata la presenza e la distribuzione dei Dipartimenti e dei Servizi in relazione alla popolazione residente 15-54 anni.

Tabella VI.1.2: Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regione/PP.AA.	Dipartimenti delle Dipendenze	Servizi per le Dipendenze
Abruzzo	-	1.54
Basilicata	1.57	1.89
Calabria	0.18	1.54
Campania	0.06	1.41
Emilia Romagna	0.48	1.95
Friuli Venezia Giulia	0.96	0.96
Lazio	0.39	1.56
Liguria	0.64	0.64
Lombardia	0.28	1.40
Marche	1.11	1.73
Molise	-	3.55
PA Bolzano	0.57	2.59
PA Trento	-	1.58
Piemonte	0.38	1.14
Puglia	0.27	2.47
Sardegna	-	1.52
Sicilia	0.33	1.86
Toscana	-	-
Umbria	0.86	2.36
Valle d'Aosta	1.49	1.49
Veneto	0.80	1.44

Tendenzialmente i Dipartimenti si occupano di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento e meno frequentemente di monitoraggio e valutazione (aree PAN).
I Ser.d, invece, tendono ad occuparsi di tutte le aree di riferimento del PAN. A differenza dei Dipartimenti si occupano frequentemente anche di monitoraggio e valutazione, soprattutto nei casi in cui sia presente un sistema informativo regionale dedicato.

Sistemi informativi per le Dipendenze

In tutte le Regioni/PPAA risulta presente un Osservatorio che può essere specifico per le dipendenze o essere integrato con altre politiche; nel 62% dei casi l'osservatorio per le dipendenze è parte dell'osservatorio epidemiologico.

Figura VI.1.5: La posizione dell'Osservatorio delle dipendenze nelle Regioni/PPAA

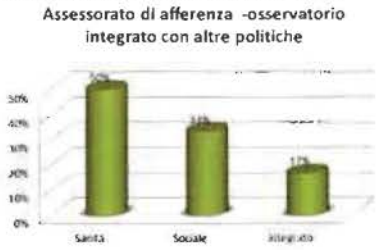


Tabella VI.1.3: Numero Dipartimenti per le Dipendenze e SerD ogni 100.000 residenti 15-54 anni

Regioni e PP.AA.	Tipologia di osservatorio	Assessorato di afferenza	Direzione di afferenza
Piemonte	specialistico	integrato	sanità
Valle d'Aosta	specialistico	integrato	integrato
Lombardia	specialistico	sociale	sociale
PA Bolzano	integrato	sanità	sanità
PA Trento	integrato	sanità	sanità
Friuli V.G.	specialistico	altro	altro
Veneto	integrato	sociale	sociale
Liguria	specialistico	sanità	sanità
Emilia - Romagna	specialistico	sanità	integrato
Toscana	integrato	sociale	integrato
Marche	integrato	integrato	integrato
Umbria	integrato	integrato	integrato
Lazio	integrato	sanità	sanità
Abruzzo	integrato	sanità	sanità
Molise	integrato	integrato	integrato
Campania	specialistico	sanità	sanità
Puglia	integrato	integrato	integrato
Basilicata	integrato	sanità	sanità
Calabria	integrato		
Sardegna	specialistico	integrato	sanità
Sicilia	integrato	sanità	sanità

Grado di attuazione degli obiettivi del PAN per singola Regione/PPAA

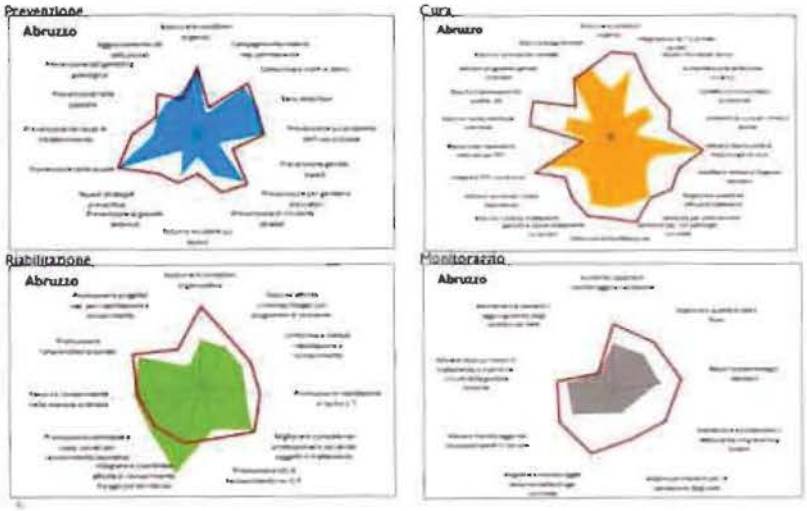
In questo paragrafo si riportano graficamente, per gli obiettivi delle quattro aree del PAN trattate, la situazione delle singole Regioni/PPAA rispetto alla media nazionale di riferimento. Nei grafici radar viene rappresentato il punteggio assegnato a ciascun obiettivo:

1: non rilevato (livello prossimo all'origine)
2: presenza delle finalità
3: attività di progetto
4: attività routine (livello corrispondente alla circonferenza più esterna)

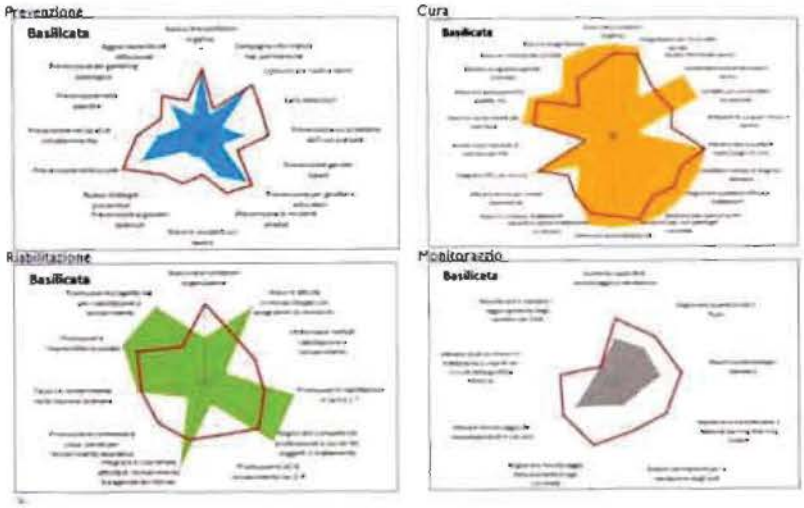
In rosso è riportata la media nazionale ottenuta calcolando per ciascun obiettivo la media aritmetica dei punteggi ottenuti nelle Regione e P.A. analizzate per Emilia Romagna e Toscana i dati non sono pervenuti.

Figura VI.1.6: Regioni/PPAA rispetto agli obiettivi delle quattro aree del PAN

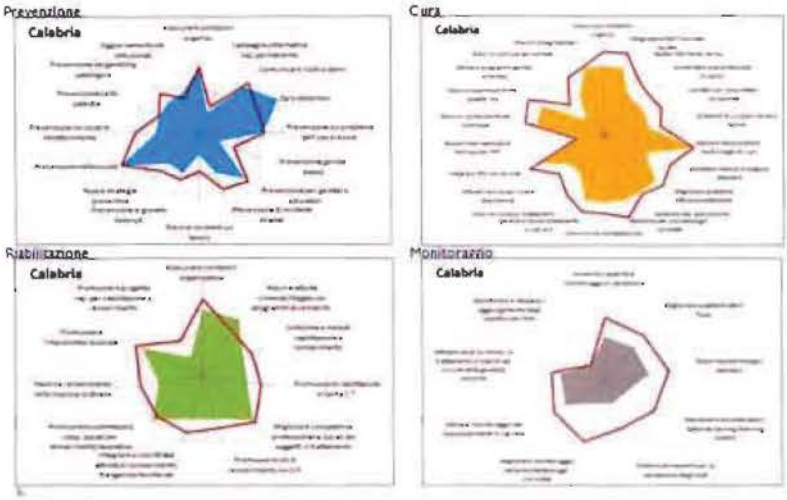
Abruzzo



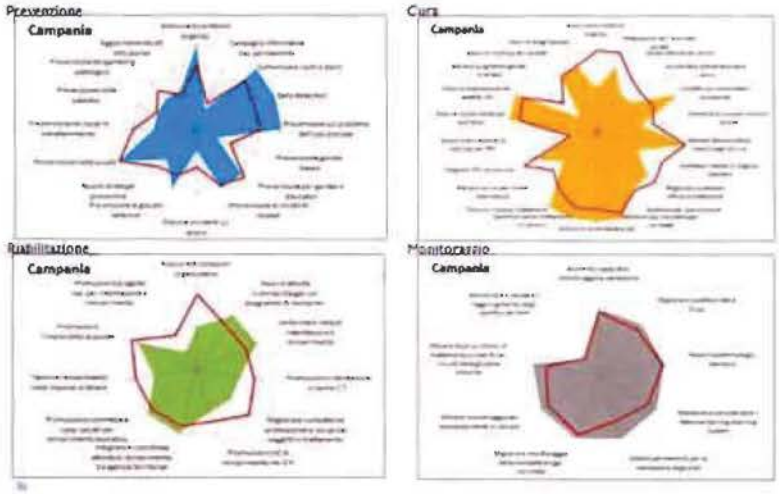
Basilicata



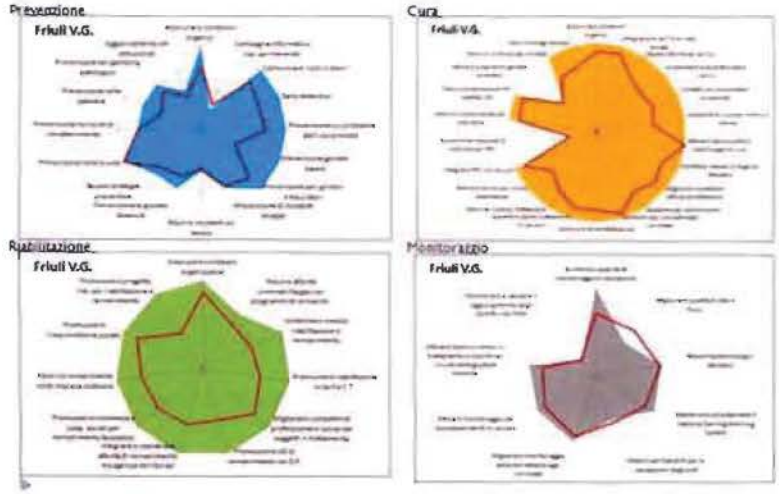
Calabria



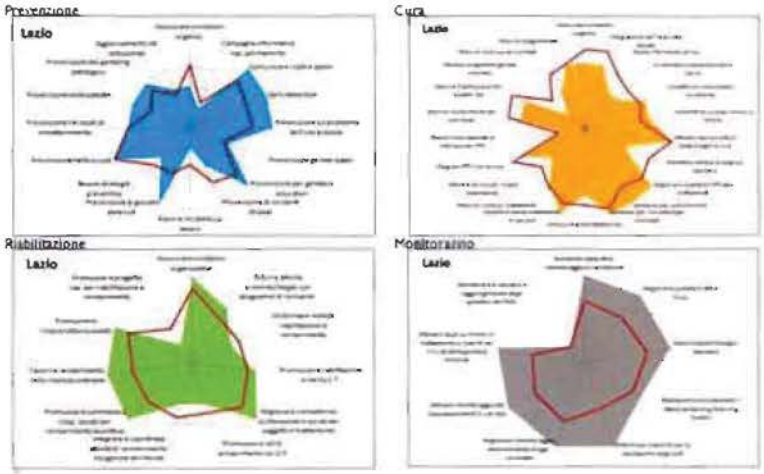
Campania



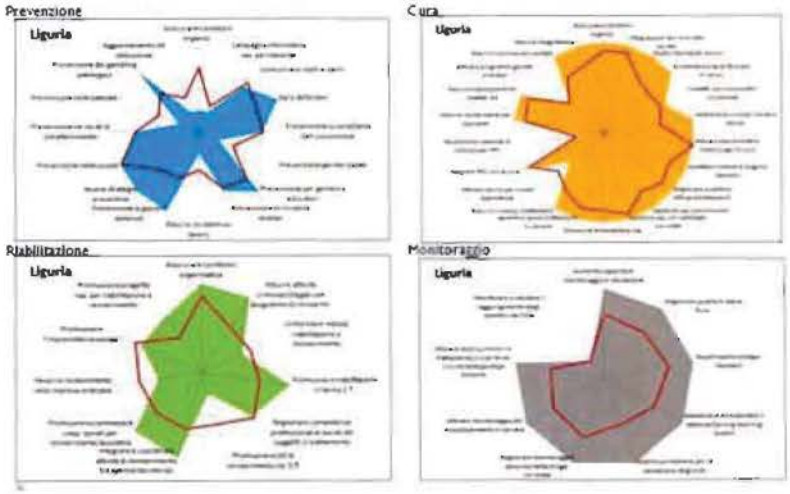
Friuli Venezia Giulia



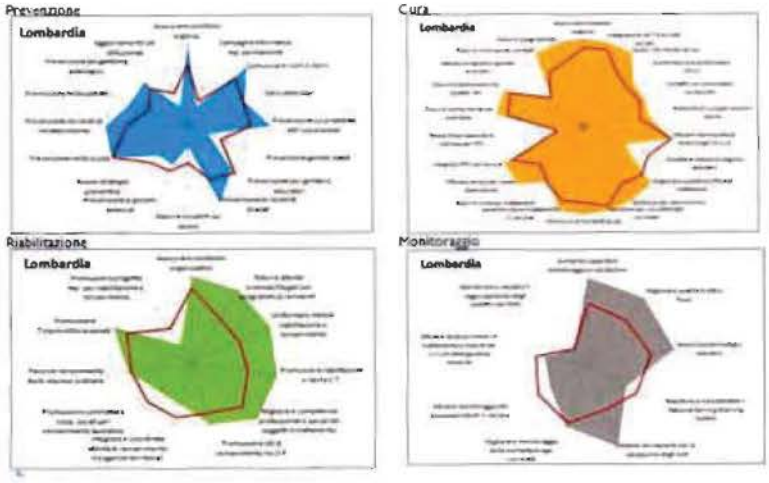
Lazio



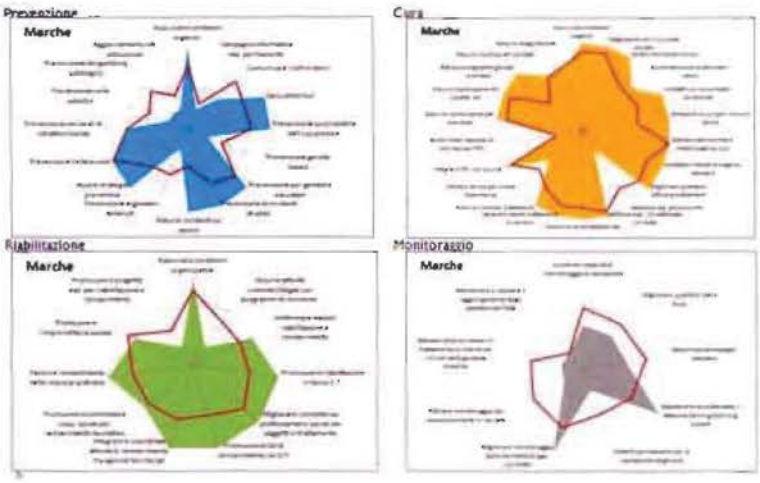
Liguria



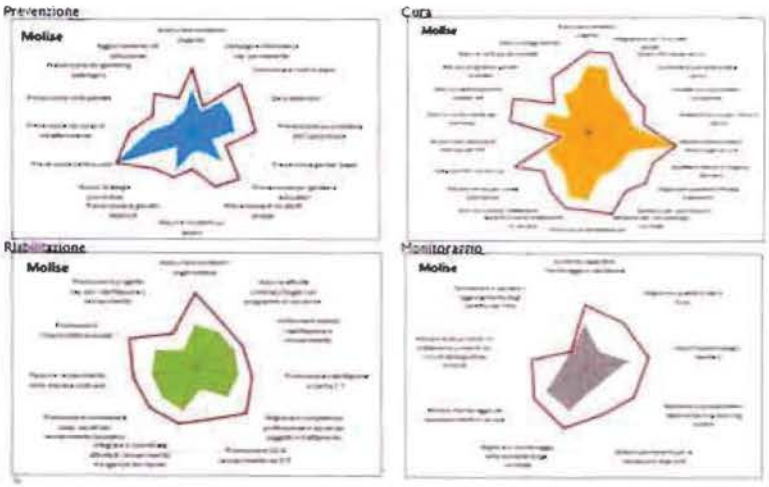
Lombardia



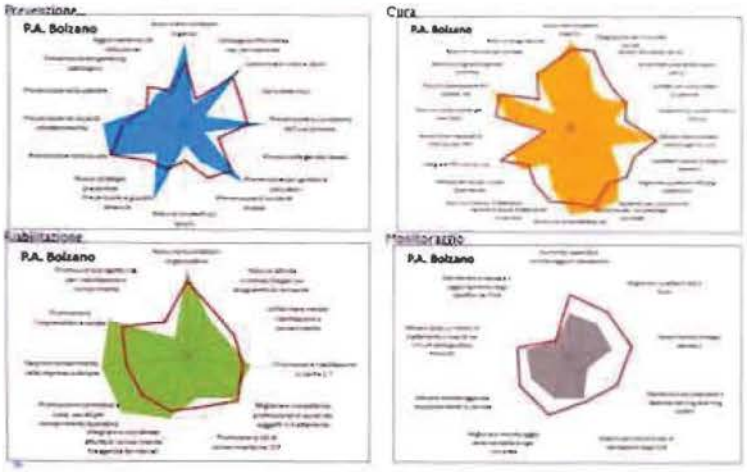
Marche



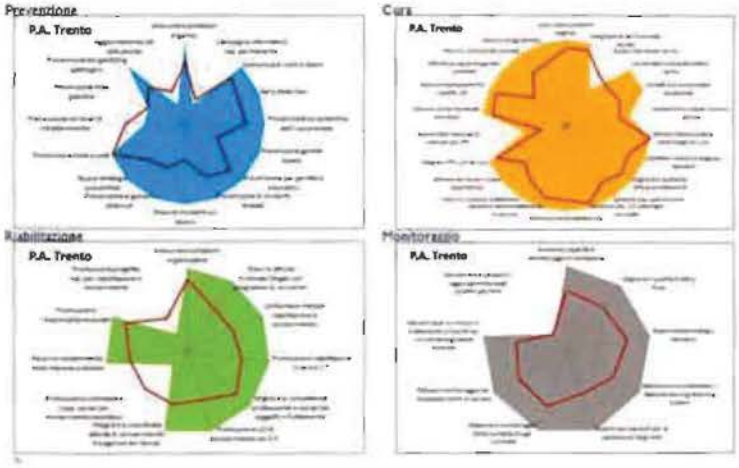
Molise



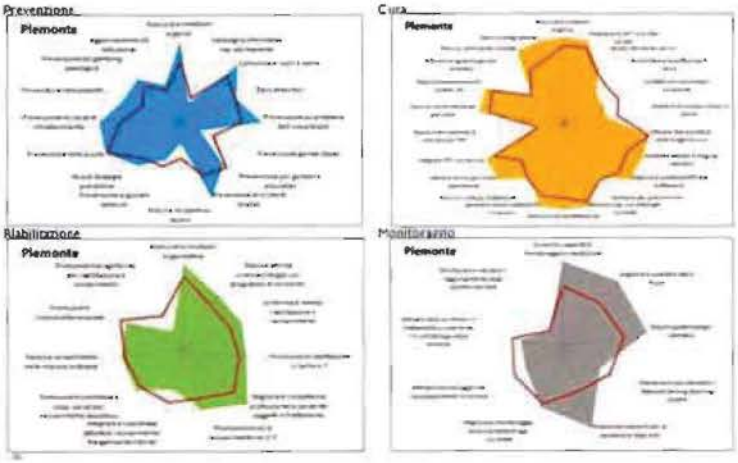
P. A. di Bolzano



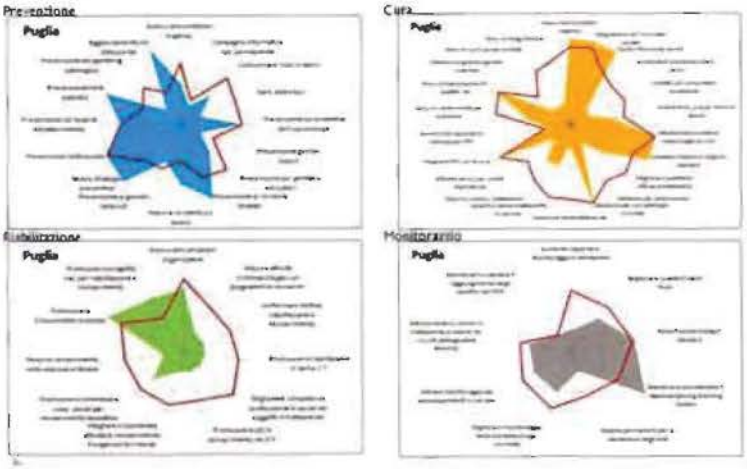
P. A. di Trento



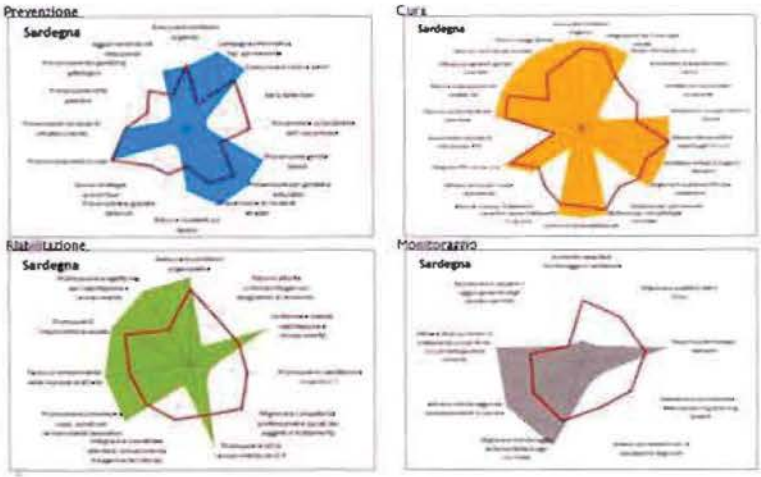
Piemonte



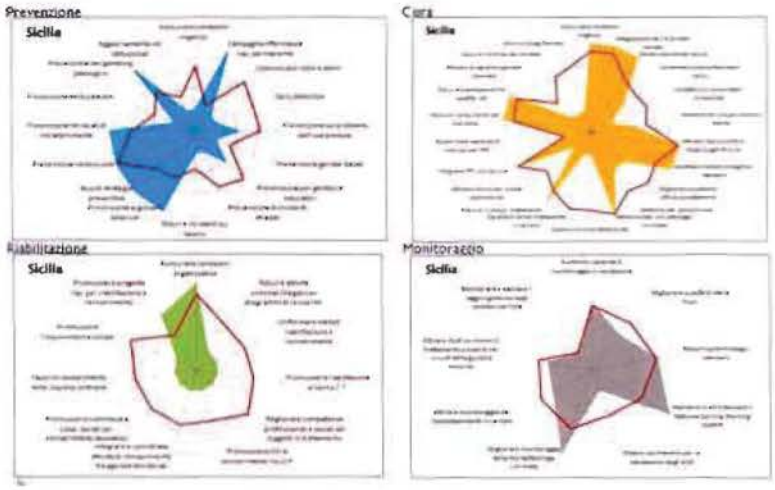
Puglia



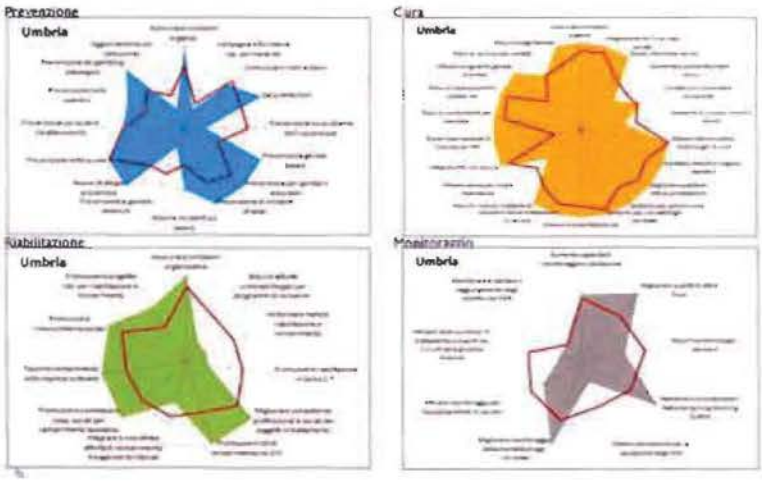
Sardegna



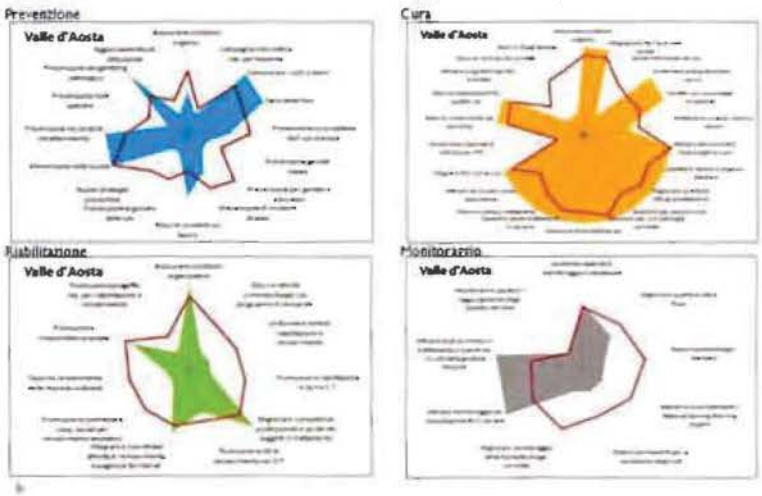
Sicilia



Umbria



Valle d'Aosta



Veneto

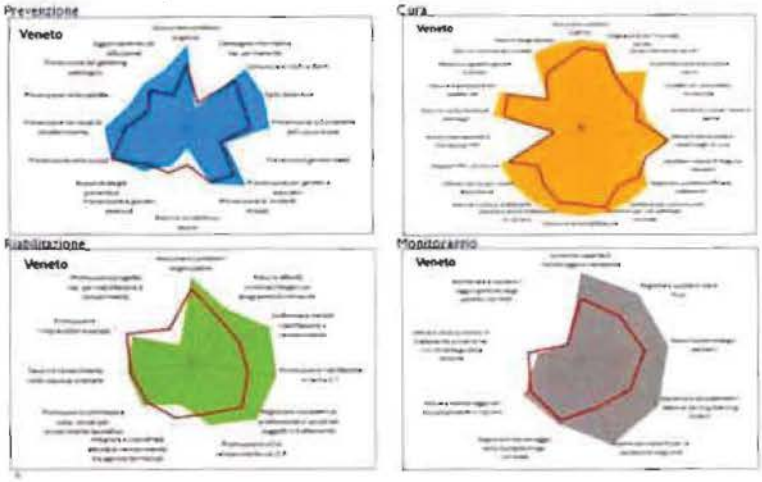
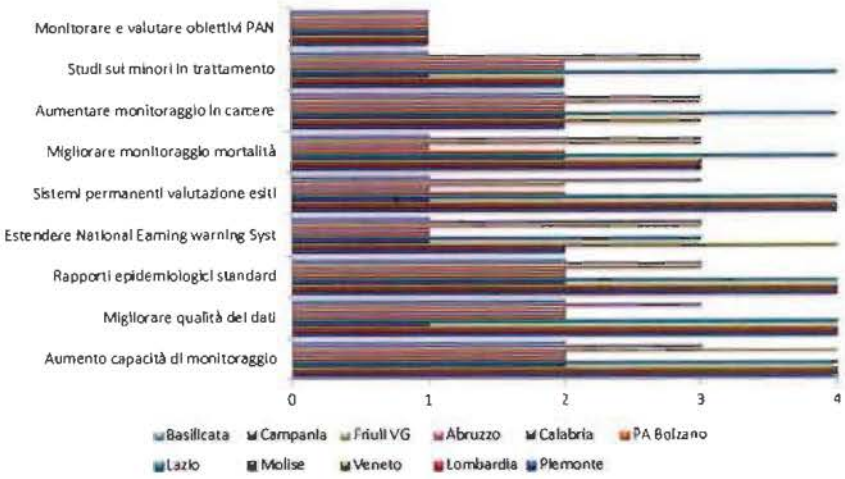


Figura VI.1.7: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



Piemonte, Lombardia e Veneto segnalano l'adozione di pratiche routinarie per un buon numero di obiettivi. Friuli Venezia Giulia e Campania evidenziano, a loro volta, buoni indici di conformità anche se prevalentemente attestati su attività a progetto e conseguentemente con il rischio che la produzione statistica corrente non sia mantenuta negli anni successivi. Nelle altre Regioni, monitoraggio e valutazione riflettono gli adempimenti legislativi stabiliti senza particolare valore aggiunto nei confronti delle politiche pubbliche contro le dipendenze. Tra le aree del PAN, il monitoraggio rappresenta quella con più bassi indici di conformità delle attività regionali rispetto agli obiettivi definiti dal PAN.

Le buone pratiche

L'osservazione delle buone pratiche è stata preceduta dall'osservazione del quadro informativo generale (Scheda 1), dall'analisi delle attività regionali gestite direttamente dalle Direzioni regionali (Scheda 2), dalla descrizione delle buone pratiche (Scheda 3) e accompagnata prima dall'intervista con i responsabili regionali e, poi, dalla visita in loco nella sede di gestione della buona pratica.

Ognuna delle Regioni ad oggi consultate, presenta buone pratiche, osservabili nei seguenti profili:

- Legislazione e programmazione
- Gestione regionale delle attività
- Attività progettuali e di routine realizzate sul territorio regionale.

La caratteristica comune rilevata è la scarsa rappresentatività delle buone pratiche nella legislazione regionale. Questo elemento può essere causato da molti fattori. In primo luogo, dalla settorialità della materia delle dipendenze e la sua inclusione in ambiti normativi più vasti, come la salute o le politiche sociali. In secondo luogo, il rapido evolversi del fenomeno delle droghe impedisce alla struttura amministrativa un adeguato adattamento delle procedure di formazione del testo amministrativo. Lo strumento più utilizzato che offre una sufficiente visibilità è la Delibera di Giunta che tuttavia rende molto laborioso il processo di consultazione dall'esterno. In pochi casi, come il Piemonte, quando lo sforzo è quello di dare organicità alla materia lungo la strumentazione utilizzata nei "testi unici", la durata dello sforzo amministrativistico rende molto "onerosa" l'azione di riordinamento. In contesti più

piccoli dotati di autonomia amministrativa, come la Provincia Autonoma di Bolzano o il Friuli Venezia Giulia, è presente una legislazione "sorgente" che tuttavia non comprende l'evoluzione raggiunta dalle esperienze nel territorio. In altri casi, come la Basilicata, Campania o Calabria, è necessario risalire nel tempo per individuare provvedimento di una certa rilevanza innovativa, come la strutturazione dei servizi pubblici o l'integrazione con il privato sociale.

Per quanto riguarda le attività gestite direttamente dalle Direzioni Regionali, l'osservazione ha rilevato il forte limite finanziario, soprattutto nelle Regioni soggette al piano di rientro, che limita l'avvio di sperimentazioni da parte delle Regioni anche in presenza di interessanti idee, o sul versante delle politiche o su quello di micro-sperimentazioni. Il caso del Lazio è esemplare nelle ricerca di fonti di bilancio, anche in presenza del piano di rientro, per finanziare attività ritenute rilevanti per l'efficacia delle politiche pubbliche contro le dipendenze, come le attività formative per gli operatori oppure il perfezionamento di sistemi di valutazione epidemiologica.

CAPITOLO VI.2.

RASSEGNA ICONOGRAFICA DEI MATERIALI PRODOTTI DAL DPA E ATTIVITA' COLLEGATE

VI.2.1. Progetto "Elementare ma non troppo ... "

VI.2.2. Aggiornamento dati siti web con informazione antidroga

VI.2.3. Pubblicazioni Dipartimento Politiche Antidroga 2008-2012

VI.2.3.1 Linee di Indirizzo

VI.2.3.2 Manuali tecnico-scientifici

VI.2.3.3 Pubblicazioni scientifiche e report epidemiologici

VI.2.3.4 Strategie e Masterplan Progetti

VI.2.3.5 Scientific Community e collaborazioni internazionali

PAGINA BIANCA

VI.2 RASSEGNA ICONOGRAFICA DEI MATERIALI PRODOTTI DAL DPA E ATTIVITA' COLLEGATE

VI.2.1 Progetto "Elementare ma non troppo ..."

"Elementare, ma non troppo ..." è un progetto promosso da Dipartimento Politiche Antidroga, Istituto Superiore di Sanità e MOIGE - Movimento Italiano Genitori, per sensibilizzare e informare minori, genitori e docenti delle scuole elementari italiane sui rischi connessi all'uso della cannabis, dell'alcol e sui fattori che ne favoriscono l'avvio del consumo.
Nell'ambito del progetto, di durata biennale, sono state coinvolte 50 scuole elementari su tutto il territorio nazionale, per un totale di circa 15.000 bambini, 30.000 genitori e 2.000 insegnanti.

In ciascuna scuola è stato realizzato un open day che ha consentito ai bambini, coinvolti in attività ludiche alla presenza degli esperti del MOIGE, e successivamente ai genitori e agli insegnanti, nel corso di incontri serali, di saperne di più sul tema oggetto della campagna. Ciascun bambino ha realizzato un disegno sul tema e i migliori 12 sono stati inseriti all'interno di un calendario inviato poi alle scuole.

Nel corso delle giornate formative è stato distribuito materiale informativo sia per i bambini che per gli adulti con consigli utili per prevenire e contrastare l'uso delle droghe e dell'alcol e i fattori che ne favoriscono il consumo.

Di seguito le copertine del libretto diffuso nelle scuole e la copertina del calendario con i disegni realizzati dai bambini.

CAMPAGNA INFORMATIVA 26 GIUGNO 2012
"Liberi da tutte le droghe, Liberi da tutte le mafie.
Chi compra droga finanzia le mafie, le loro violenze e il terrorismo"
Il 26 giugno 2012, per celebrare la "Giornata internazionale contro il consumo e il traffico illecito di droga" indetta dalle Nazioni Unite, il DPA ha proposto un'iniziativa comune da attuare in diverse città italiane.

La campagna si basava sul semplice concetto secondo cui vivere nella legalità e, ancora prima, nel principio dell'onestà e della coerenza dei propri comportamenti, lontano e contro tutte le organizzazioni mafiose, è un messaggio che le giovani generazioni dovrebbero sempre tenere ben presente, soprattutto nel momento in cui qualcuno di loro fosse tentato di acquistare sostanze stupefacenti.

L'iniziativa è stata realizzata **sotto l'Alto Patronato del Presidente della Repubblica, con il patrocinio del Presidente della Camera e del Presidente del Senato e la collaborazione dell'ANCI – Associazione Nazionale Comuni Italiani.**

A partire dal 25 giugno e sino al 27 p.v., il messaggio antidroga "Liberi da tutte le droghe, Liberi da tutte le mafie. Chi compra droga finanzia le mafie, le loro violenze e il terrorismo" è stato proiettato sulla Mole Antonelliana a Torino, in Piazza Maggiore a Bologna, sul Torrione del Teatro Carlo Felice di Genova, su Palazzo Barbieri a Verona, sul Campanile di San Marco a Venezia, sulla Torre di San Niccolò a Firenze, su Palazzo dei Priori di Perugia, sul Colosseo a Roma, sul Maschio Angioino a Napoli, sulla facciata della Sede comunale in Piazza Sant'Oronzo a Lecce, sulla Torre dell'Elefante a Cagliari, sul Palazzo di Città di Palermo, sulla statua del Cavatore a Catanzaro e in Piazza Ferrarese a Bari.

Ha condiviso l'iniziativa anche l'allora Procuratore Nazionale Antimafia, Pietro Grasso, che ha scritto:

"come Procuratore nazionale antimafia non posso che impegnarmi, con tutta la mia forza, nel perseguire i traffici di droga in tutto il mondo, ma ho bisogno della rivolta epocale di tutti voi, giovani e anziani, poveri e ricchi. È tempo di dire tutti con una sola voce: "NOI NO!!!". E' tempo di soffiare tutti insieme, forte, sempre più forte per formare un vento che spazzi via tutte le droghe, naturali e sintetiche, tutti i trafficanti, pushers e spacciatori, nonché i loro soldi, sporchi di lacrime, di sangue, di dolore per tante vite distrutte".

Tutti i Comuni hanno dimostrato il loro pieno sostengo al progetto, e si sono impegnati affinché la proiezione riuscisse nel miglior modo facilitando le pratiche amministrative per la richiesta degli idonei permessi. Allo stesso modo, i Comuni hanno diffuso la notizia sul territorio sensibilizzando l'opinione pubblica sull'iniziativa.

Seguono alcune immagini della proiezione realizzata dalle serate del 25 e 26 giugno.

FIRENZE - Torre di San Niccolò

Liberi da tutte le DROGHE
Liberi da tutte le MAFIE
BARI - Piazza del Ferrarese

VENEZIA - Campanile di San Marco

Chi compra DROGA
finanzia la MAFIE
le loro VIOLENZE
e il TERRORISMO
VERONA - Palazzo Barbieri

PERUGIA - Palazzo dei Priori

CAGLIARI - Torre dell'Elefante

LECCE - Piazza Sant'Oronzo

BARLETTA - Castello Svevo

CATANZARO - Il Cavatore

CAMPAGNA ESTIVA SPIAGGE SICURE 2012

Il Progetto sperimentale "DP@pps" è stato realizzato per soddisfare l'esigenza di informazione e prevenzione dei giovani che, nell'estate, frequentano le spiagge italiane, sugli argomenti trattati nelle campagne del Dipartimento Politiche Antidroga:

- Prevenzione dell'uso di sostanze psicoattive (informazione precoce, approccio educativo ...);
- Prevenzione dell'incidentalità stradale derivante dalla guida in stato di ebbrezza e sotto l'effetto di sostanze stupefacenti.

Il progetto è stato realizzato nei mesi di Agosto e Settembre 2012 ed ha previsto le seguenti attività:

- Affissione di n. 200 quadri promozionali di dimensioni cm.70 x cm.100, realizzati in materialc plastico resistente agli agenti atmosferici, posti sui lati delle torrette di avvistamento della SNS installate come postazioni degli assistenti bagnanti nelle spiagge del Centro-Nord d'Italia Isole comprese e su n. 70 PASS (Postazionc Ausiliaria Spiaggia Sicura) delle stesse caratteristiche per un totale di n. 270 quadri promozionali.

- Stampa e la distribuzione di 20.000/40.000 flyers e/o pieghevoli all'interno di giornate informative e formative "Papà ti Salvo Io" che si svolgeranno durante la stagione balneare presso diverse località.

Di seguito l'elenco delle località che sono state coinvolte nel progetto:

Costa Adriatica	**Costa Tirrenica**
Peseara/Montesilvano	Marina di Massa
Silvi Marina	Bonassola
Tortoreto Lido/Giulianova	Deiva
Alba Adriatica	Alassio
Porto D'Ascoli/S. Benedetto del Tronto	Laigueglia
Grottammare	Torre del lago
Cupra Marittima	Marina di Carrara
Porto San Giorgio/Lido di Fermo	Levanto
Civitanova Marche/Porto Potenza Picena	Castiglion della Pescaia
Senigallia	
Rosolina a Mare	
Isole	**Lago di Garda**
Sassari	Riva
Nuoro	Lazise
Taormina/Giardini Naxos	Malerba del Garda
Ragusa	Peschiera del Garda
	Desenzano
	Moniga

Immagini diffuse durante la campagna.

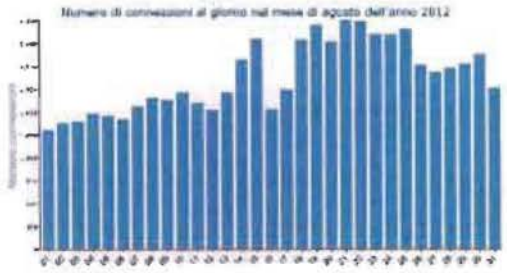
La sperimentazione ha realizzato inoltre un Network per smartphone.

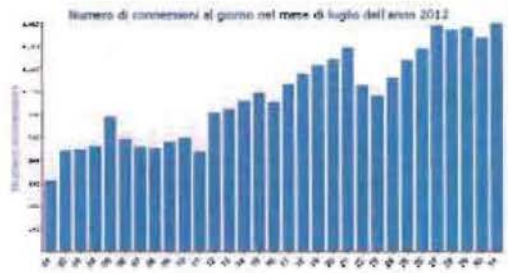
L'azione si è sviluppata nel mese di agosto 2012 nelle località balneari messe a disposizione della Società Nazionale Salvamento, (7000 mt. di costa adriatica da S.Benedetto del Tronto a Porto d'Ascoli) appositamente individuate/selezionate. Gli "hotspot" hanno permesso la navigazione web gratuita tramite smartphone dopo il download dell'app.

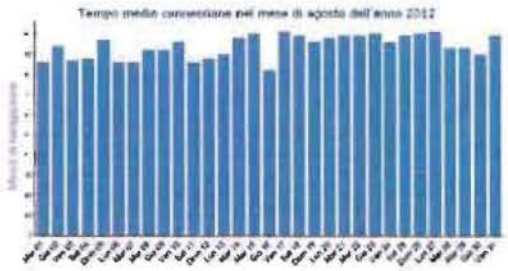
Le località a cui si inteso dare la possibilità di far scaricare gratuitamente il "Media Network DPA" hanno coperto la riviera delle Palme che va da S. Benedetto del Tronto a Porto d'Ascoli. La sperimentazione ha promosso anche la diffusione della campagna Estate Spiagge Sicure. Il "Media Network" ha diffuso anche molte delle campagne promosse dal DPA e dallo stesso autorizzate e indicate. I contenuti delle campagne sono state oggetto di votazione e commentate in un forum appositamente studiato.
L'app scaricata permetteva di collegarsi ad un link specifico dedicato alle campagne di prevenzione dell'uso di droga realizzate dal DPA dal 2008 al 2012 e di indirizzare ai seguenti siti:

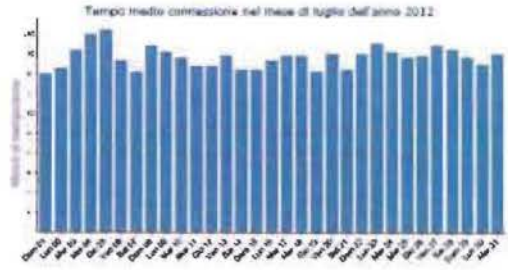
www.politicheantidroga.it	www.dreamonshow.it
www.drugsonstreeet.it	www.drogaprevenzione.it
www.droganograzie.it	www.movieonstreet.it
www.drogaedu.it	www.lovenodrigs.it
www.drugfreedu.org	www.drogainbreve.it

Di seguito le Statistiche Flurry Analytics 2011/2012 (fonte piattaforma ALISEO) relative alle attività svolte dal progetto DP@pps.









VI.2.2 Aggiornamento dati siti web con informazione antidroga

Di seguito si riportano i dati relativi ai contatti, pagine visitate, visite di tutti i siti relativi al periodo che compreso tra settembre 2012 e marzo 2013.
Siti web orientati a diversi target (operatori dei servizi e delle comunità terapeutiche, specialisti, ricercatori, studenti, insegnanti, giovani, donne, genitori, popolazione generale):

Il sito www.politicheantidroga.it genera un traffico giornaliero pari a 10.000 accessi provenienti da più di mille utenti diversi. Mentre sono di media 2.500 le pagine visitate ogni giorno, per un flusso che varia fra i 750 MB fino ad 1 GB ed oltre.
Tali dati sono ufficiali e verificabili solo su esplicita autorizzazione dal Centro Elaborazione Dati della Presidenza del Consiglio dei Ministri.
I 30 gennaio u.s. il Dipartimento ha pubblicato on-line il sito web istituzionale www.drogaprevenzione.it che raccoglie e mette a disposizioni degli utenti e degli operatori delle tossicodipendenze i materiali informativi sul tema della prevenzione delle droghe.

Statistiche social network

(Le statistiche di seguito riportate si riferiscono al periodo di tempo che va dalla creazione delle pagine al mese di maggio 2013).

facebook

Politiche Antidroga 1

(Terminate amicizie)

5000 amici

Più di 2000 contenuti veicolati

facebook

Politiche Antidroga 2

(Attivo da marzo 2013)

514 amici

Più di 50 contenuti veicolati

YouTube

DPA Channel

n. visualizzazioni totali 720.530

Stima minuti guardati 581.707

Iscritti 538

twitter

Politiche Antidroga

Follower 546

Following 268

Tweet 94

VI.2.3. Pubblicazioni Dipartimento Politiche Antidroga 2008-2012

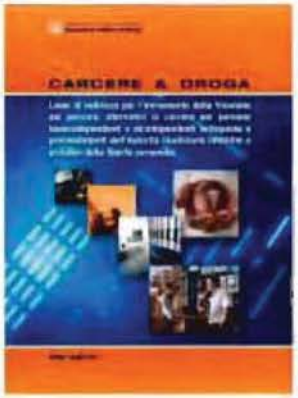
VI.2.3.1 Linee di Indirizzo

Prevenzione dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol
Accordo di collaborazione DPA-ANCI
(Dicembre 2012)

Prevenzione dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol
Protocollo di Intesa MIUR-DPA
(Dicembre 2012)

Uso di sostanze stupefacenti e patologie infettive correlate
(Ottobre 2012)

Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di Indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi.
(Novembre 2011)

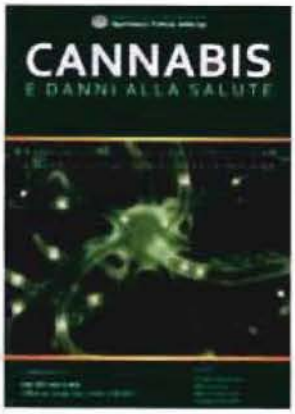


Carcere & Droga. Linee di Indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi altemativi al Carcere per persone tossicodipendenti e alcol dipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale
(Novembre 2011)

Strategie di Auto-aiuto. Guida per interrompere l'uso di sostanze stupefacenti (WHO) (Giugno 2011)

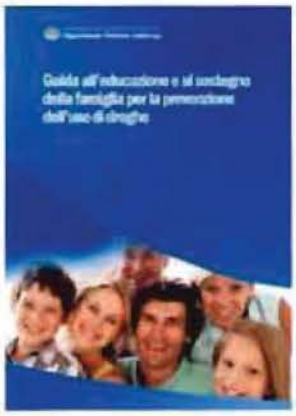
La musica e il canto per la prevenzione dell'uso di droghe.
Carta dei principi e dei diritti per le giovani generazioni
(giugno 2011)

Uso di cocaina e lesioni distruttive. Linee di indirizzo per gli specialisti otorinolaringoiatri
(Maggio 2011)



Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento.
(Gennaio 2011)

Linee di Indirizzo Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti
(Gennaio 2011)



Guida all'educazione e al sostegno della famiglia per la prevenzione dell'uso di droghe (Progetto Edu.Care)
(Dicembre 2010)

Media & Droga. Codice di Autoregolamentazione. Indicazioni per lo svolgimento dei programmi radiotelevisivi che trattano il tema dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol con particolare riferimento alla tutela delle persone minori.
(Marzo 2010)

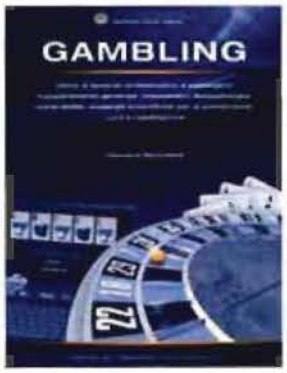
Linee di Indirizzo. Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti.
(Giugno 2009)

Cocaina e minori. Linee di Indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze
(Giugno 2009)

Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe.
(aprile 2009)

Counseling Individuale nella Dipendenza da Cocaina. Una guida per il trattamento individuale della dipendenza da cocaina attraverso il counseling cognitivo comportamentale.
(gennaio 2009)

VI.2.3.2 Manuali tecnico scientifici

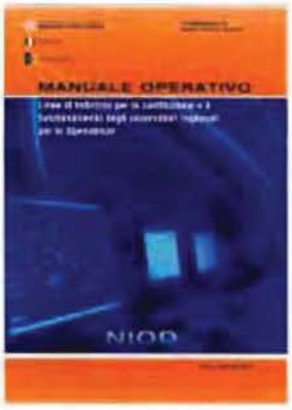


GAMBLING - Gioco d'azzardo problematico e patologico: inquadramento generale, meccanismi fisiopatologici, vulnerabilità, evidenze scientifiche per la prevenzione, cura e riabilitazione
(Febbraio 2013)

Neuroscienze delle dipendenze: il Neuroimaging
(Novembre 2012)

Modello Teorico Prativo per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente. Manuale per gli operatori Progetto RELI
(Novembre 2011)

Diagnosi e interventi precoce dell'uso di sostanze nei minori mediante counselling motivazionale, drug test e supproto educativo della famiglia: metodi e razionali (Early detection e early intervention).
(Novembre 2011)

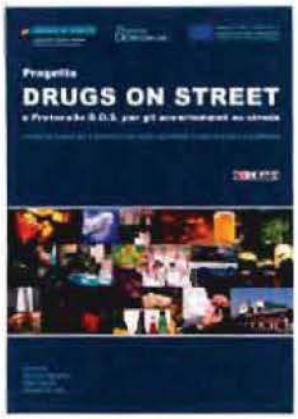


Manuale operativo. Linee di indirizzo per la costituzione e il funzionamento degli osservatori regionali per le dipendenze (NIOD)
(Settembre 2011)

Manuale Operativo. Sistema informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND)
(Maggio 2011)

Creazione di un Osservatorio Nazionale sulle droghe: un manuale comune (OEDT)
(Dicembre 2010)

Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze – II Edizione
(Giugno 2010)



Progetto Drugs on street e Protocollo D.O.S. per gli accertamenti su strada
(Agosto 2008)

Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartime
delle Dipendenze – I Edizione
(Giugno 2008)

Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le droghe.
Drugs Early Warning System (Maggio 2008)

VI.2.3.3 Pubblicazioni scientifiche e report epidemiologici

Report SPS-DPA 2012
(Dicembre 2012)

Report GPS-DPA 2012
(Dicembre 2012)

Report SPS-DPA 2011
(Ottobre 2012)

Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Elaborazioni 2012 su dato 2011.
(Agosto 2011)

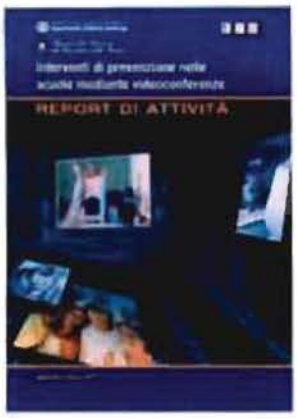
Report di attività 2012 Sistema Nazionale di Allerta Precoce
(Giugno 2012)

2011 National Report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox Italian Focal Point. New Development, Trends and in-depht information on selected issues.
(Novembre 2011)

Progetto Quadro NNIDAC. Network nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati.
(Ottobre 2011)

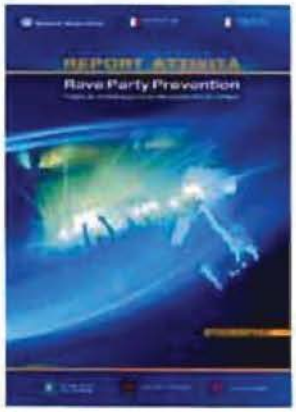
Activity Report N.E.W.S.
(Luglio – Agosto 2011)

Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Elaborazioni 2011 su dato 2010.
(Giugno 2011)



Interventi di prevenzione nelle scuole mediante videoconferenza
(Giugno 2011)

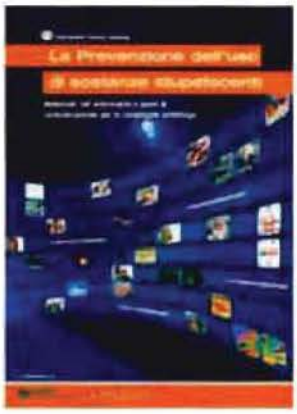
Activity Report N.E.W.S.
(Maggio – Giugno 2011)



Rave Party Prevention. Progetto per il monitoraggio ed il controllo degli eventi musicali illegali.
(Maggio 2011)

Activity Report N.E.W.S.
(Marzo – Aprile 2011)

Activity Report N.E.W.S.
(Gennaio – Febbraio 2011)



La prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti. Materiali, siti informativi e piano di comunicazione per le campagne antidroga.
(Novembre 2010)

2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox Italian Focal Point.
New Development, Trends and in-depht information on selected issues.
(Novembre 2010)

Activity Report N.E.W.S.
(Novembre – Dicembre 2010)

Strumenti informativi per una scuola senza droghe. Rete nazionale di portali informativi per le scuole per la prevenzione dell'uso di droghe
(ottobre 2010)

Activity Report N.E.W.S.
(Settembre – Ottobre 2010)

Activity Report N.E.W.S.
(Luglio – Agosto 2010)

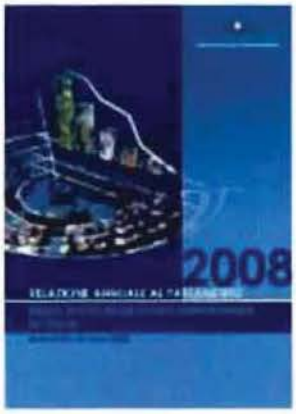
Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia.
Elaborazioni 2010 su dato 2009.
(giugno 2010)

Activity Report N.E.W.S.
(Maggio – Giugno 2010)

Activity Report N.E.W.S.
(Marzo – Aprile 2010)

Activity Report N.E.W.S.
(Gennaio – Febbraio 2010)

2009 National Report (2008 data) to the EMCDDA by the Reitox Italian Focal Point. New Development, Trends and in-depht information on selected issues.
(Novembre 2009)



Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Elaborazioni 2009 su dato 2008.
(giugno 2009)

Apprendere e Lavorare nell'era digitale. On-line collaborative e-learning per le organizzazioni sanitarie e sociali.
(Luglio 2008)

VI.2.3.4 Strategie e Masterplan Progetti

Consorzio Etico

VALORE SALUTE - Per la salute dei giovani, la prevenzione dell'uso di tutte le droghe e dell'abuso di alcol

(Maggio 2013)

Statement Master 2012

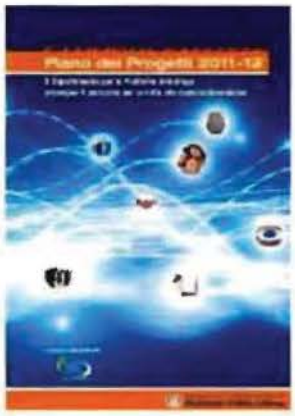
Cannabis e i suoi derivati: Alcuni elementi di chiarezza su danni alla salute, uso medico dei farmaci a base di THC, coltivazione domestica e uso voluttuario.

(Luglio 2012)

Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga. Relazioni conclusive della Conferenza e delle successive consultazioni permanenti

(Settembre 2009)

Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013
(ottobre 2010)



Piano dei Progetti 2011/2012. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga prosegue il percorso per la lotta alle tossicodipendenze
(marzo 2011)

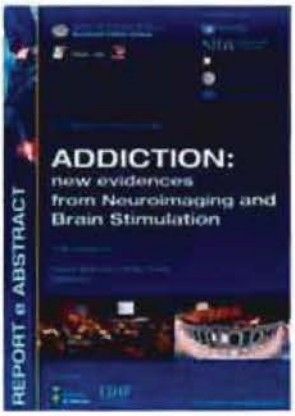
Piano dei Progetti 2010. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga traccia un nuovo percorso per la lotta alle tossicodipendenze
(marzo 2010)

Posizione italiana sulla legalizzazione delle sostanze stupefacenti
(giugno 2011)

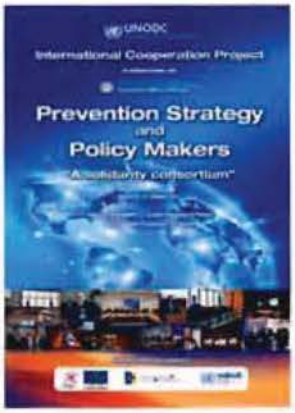
Principi generali della posizione Italiana sulla lotta alla droga.
(novembre 2011)

Le ragioni del perché NO alla legalizzazione delle sostanze stupefacenti
(novembre 2011)

VI.2.3.5 Scientific Community e collaborazioni internazionali



3° Congresso Internazionale "Addiction:
new evidences from neuroimaging and brain stimulation"
(Novembre 2012)



Prevention Strategy and Policy Makers a "Solidarity Consortium"
(Ottobre 2012)

Italian Scientific Community on Addiction. Una nuova comunità Scientifica per l'innovazione del sistema delle Dipendenze italiano.

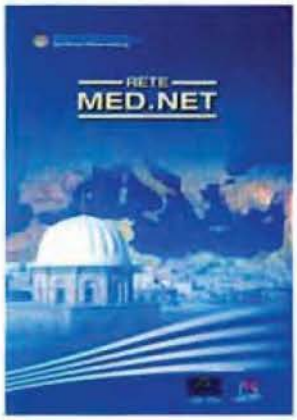
- Italian Scientific Community on Addiction.
- Italian Journal on Addiction. Dalle neuroscienze alla ricerca multidisciplinare
- National School on Addiction
- Newsletter Droganews
- International Groups

(luglio 2011)

Accordo di collaborazione scientifica ITALIA – USA. Accordi intergovernativi per sviluppare progetti e interazioni comuni nell'area della ricerca, della cura, della prevenzione e della riabilitazione delle dipendenze.
(luglio 2011)

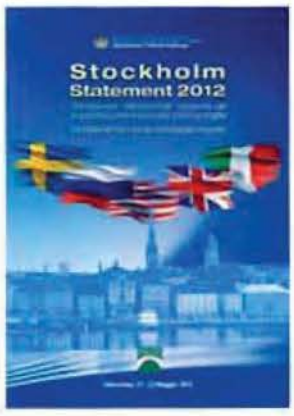
Scuola Nazionale sulle Dipendenze – National School on Addiction
Programma formativo multidisciplinare per i professionisti del sistema italiano delle dipendenze.
(gennaio 2012)

Progetto di collaborazione Italia-Cina
(febbraio 2012)



Rete MED.NET
(febbraio 2012)

Progetto di collaborazione Italia-Russia
(febbraio 2012)



Stockholm Statement 2012
Dichiarazione internazionale congiunta per una politica umana bilanciata contro le droghe

Parte Settima

Dimensione del fenomeno nella popolazione femminile

PAGINA BIANCA

CAPITOLO VII.1.

FOCUS DONNA

VII.1.1 I consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione generale femminile e nelle studentesse 15-19 anni

VII.1.2 Donne con bisogno di trattamento e domanda di trattamenti

VII.1.3 Malattie infettive droga correlate

VII.1.4 Morbilità e mortalità droga correlata

VII.1.5 Mortalità acuta droga correlata

PAGINA BIANCA

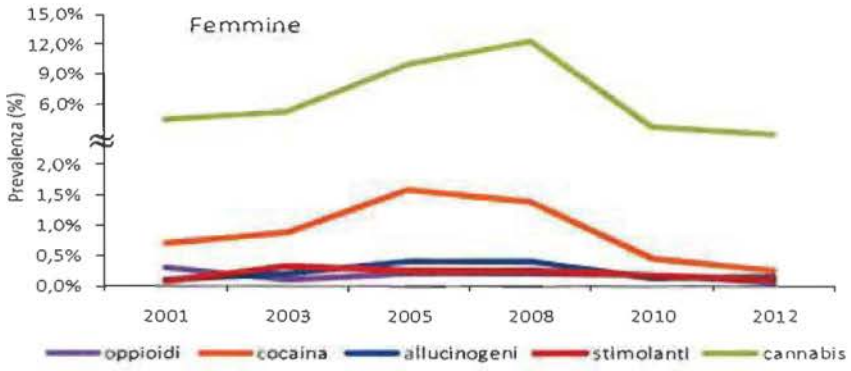
VII.1. FOCUS DONNA

In questa sezione viene riportato per la prima volta nella Relazione Annuale al Parlamento, un approfondimento sul fenomeno dei consumi di sostanze stupefacenti relativo al solo universo femminile. A livello mondiale, ma anche nazionale, la letteratura e l'evidenza scientifica dimostrano sempre più l'importanza dell'analisi di genere al fine dell'attuazione di strategie e politiche efficaci nell'ambito della prevenzione, del trattamento e della riabilitazione delle dipendenze. Scopo del contenuto di questa sezione è la descrizione dei principali dati ed indicatori statistici relativi all'uso di sostanze, alla morbilità e alla mortalità nella popolazione femminile.

VII.1.1. I consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione generale femminile e nelle studentesse 15-19 anni

L'analisi generale dell'andamento dei consumi[1] di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi (Last Year Prevalence-LYP), riferiti alla popolazione generale 15-64 anni, evidenzia la tendenza alla contrazione dei consumatori dal 2008.

Figura VII.1.1: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni e nella popolazione Femminile negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012



Fonte: Elaborazione su dati ISPAD Italia 2001 – 2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga*
**IPSAD= Indagine sulla Popolazione Italiana sull'uso di Alcol e Droghe, condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche*

La contrazione delle prevalenze di consumatrici viene confermata anche dall'analisi specifica per le donne 15-64 anni, in cui si osserva una riduzione dei consumi a partire dal 2008 per tutte le sostanze, ed in particolare per cannabis e cocaina, che si confermano anche nel 2012 le sostanze a penetrazione maggiore (Tabella VII.1.1).

[1] I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale GPS-DPA 2012 (General Population Survey) per le età 18-64 promossa e diretta dal Dipartimento Politiche Antidroga e realizzata nel 2012 in collaborazione con il Ministero della Salute ed il Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale (CUEIM). I dati vengono integrati con i risultati dell'indagine scolastica SPS-DPA 2012 (Student Population Survey) per le età 15-17 anni promossa e realizzata dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Tabella VII.1.1: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione femminile 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

Prevalenze nella popolazione femminile

Anno	Sostanze stupefacenti				
	Eroina	Cocaina	Cannabis	Stimolanti	Allucinogeni
2001	0,3%	0,7%	4,5%	0,1%	0,1%
2003	0,1%	0,9%	5,3%	0,3%	0,2%
2005	0,2%	1,6%	9,8%	0,3%	0,4%
2008	0,2%	1,4%	12,0%	0,3%	0,4%
2010	0,2%	0,5%	3,8%	0,2%	0,1%
2012	0,1%	0,2%	3,0%	0,1%	0,2%

Fonte: Elaborazione su dati ISPAD Italia 2001 – 2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga*
**IPSAD= Indagine sulla Popolazione Italiana sull'uso di Alcol e Droghe, condotta dal Consiglio Nazionale delle Ricerche*

Focalizzando l'attenzione sull'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti registrato nel 2012 nella popolazione generale 18-64 anni, distintamente per maschi e femmine, e nei periodi di osservazione, in tutta la vita, una o più volte nell'ultimo anno, una o più volte nell'ultimo mese (Tabella VII.1.2), emerge che la cannabis si mantiene la sostanza più utilizzata in tutti e tre i periodi temporali e in entrambi i gruppi di popolazione, seguita dalla cocaina. In generale, le donne di 18-64 anni assumono meno sostanze rispetto ai coetanei maschi, in tutti e tre i periodi temporali considerati.

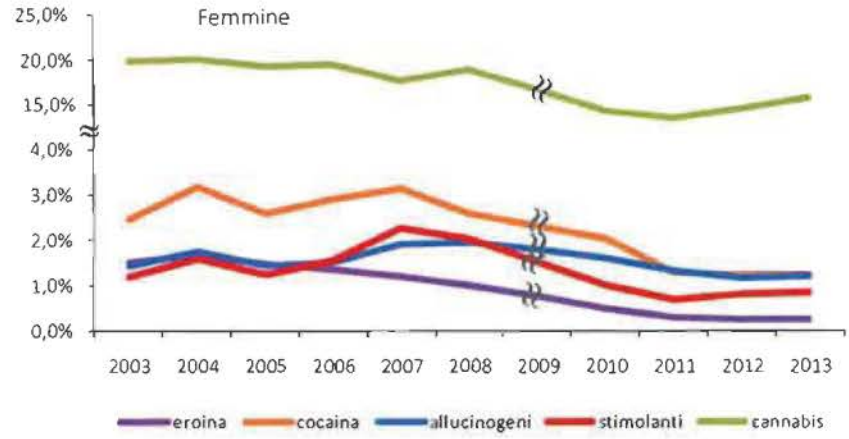
Tabella VII.1.2: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione femminile 18-64 anni. Anno 2012

Anno	In tutta la vita			Ultimi 12 gli mesi			Ultimi 30 giorni		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
Cannabis	27,25	16,97	21,70	4,57	2,65	3,53	2,08	0,96	1,47
Cocaina	6,00	2,72	4,23	0,98	0,21	0,57	0,42	0,07	0,23
Oppioidi	1,47	0,89	1,16	0,18	0,06	0,11	0,08	0,04	0,06
Stimolanti	3,28	1,74	2,45	0,12	0,08	0,10	0,03	0,01	0,02
Allucinogeni	2,38	0,94	1,61	0,16	0,12	0,14	0,04	0,01	0,02

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il consumo di sostanze stupefacenti da parte dei giovani viene monitorato mediante la realizzazione annuale dell'indagine presso un campione di scuole secondarie di secondo grado. I risultati delle analisi condotte sulle informazioni rilevate nel primo semestre 2013 e confrontate con quelle dei periodi precedenti, evidenziano che a fronte di un generale calo dei consumi nella popolazione adulta, nella fascia giovanile si rileva un incremento significativo nel consumo di cannabis nell'ultimo anno (19,14% nel 2012 a 21,43% nel 2013), mentre per le altre sostanze si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una certa variabilità.

Figura VII.1.2: Consumatori di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica totale 15-19 anni e in quella femminile 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2013



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'incremento dei consumi osservato per la popolazione studentesca in genere è evidenziato anche dall'andamento dei consumi riferiti alle sole studentesse; la prevalenza di consumatrici di cannabis nel 2013, riferito al consumo negli ultimi 12 mesi, aumenta di un punto percentuale rispetto al 2012. Si nota che la cannabis è di gran lunga la sostanza stupefacente più utilizzata (16,7% la prevalenza) mentre si attesta intorno all'1% la prevalenza delle altre sostanze e allo 0.3% quello della eroina.

Tabella VII.4.3: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione studentesca femminile 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012

Anno	Sostanze stupefacenti				
	Eroina	Cocaina	Cannabis	Stimolanti	Allucinogeni
2003	1,5%	2,5%	21,7%	1,4%	1,2%
2004	1,7%	3.2%	22,0%	1,8%	1,6%
2005	1,5%	2,6%	20,9%	1,4%	1,3%
2006	1,4%	2,9%	21,1%	1,5%	1,6%
2007	1,2%	3,1%	19,1%	1,9%	2,3%
2008	1,0%	2,6%	20,4%	2,0%	2,0%
2009	0,8%	2,3%	17,7%	1,8%	1,5%
2010	0,5%	2,0%	14,8%	1,6%	1,0%
2011	0,3%	1,3%	13,8%	1,3%	0,7%
2012	0,2%	1,3%	15,2%	1,2%	0,8%
2013	0,3%	1,2%	16,7%	1,2%	0,8%

Prevalenze nella popolazione suidentesca femminile

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, per le studentesse prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-2 volte nel corso dell'ultimo mese (il dato è del 43,88% per le femmine e 35,8% per i maschi). Il 19,9% delle studentesse riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte negli ultimi 12 mesi, senza variazioni rispetto al 2012.

E' da aggiungere che il consumo di cannabis risulta direttamente correlato all'età sia per le studentesse che per i coetanei maschi: le prevalenze di consumo negli ultimi 12

mesi, passano dal 6,8% delle 15enni al 22,0% delle 19 anni. Interessante notare che sebbene le consumatrici siano quantitativamente meno dei maschi, tale differenza si assottiglia nelle fasce di età più giovani (15 e 16 anni), per poi ampliarsi nella maggiore età (18 e 19 anni).

Come per i consumi nella popolazione generale, anche in quella scolastica 15-19 anni, per tutti i periodi di osservazione (in tutta la vita, una o più volte nell'ultimo anno, una o più volte nell'ultimo mese) (Tabella I.1.2), si osserva un consumo di cannabis maggiore rispetto le altre sostanze, e per tutte le sostanze si osserva, analogamente alla popolazione 18-64 anni, prevalenze di consumatrici inferiori rispetto ai coetanei maschi.

Tabella VII.1.4: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione femminile 18-64 anni. Anno 2013

Anno	In tutta la vita			Ultimi 12 gli mesi			Ultimi 30 giorni		
	M	F	TOT	M	F	TOT	M	F	TOT
Cannabis	29,45	19,27	24,41	26,12	16,65	21,43	18,83	11,26	15,08
Cocaina	3,66	1,7	2,69	2,77	1,23	2,01	1,32	0,7	1,01
Oppioidi	0,59	0,43	0,51	0,4	0,26	0,33	0,24	0,15	0,2
Stimolanti	2,54	1,3	1,93	1,83	0,83	1,33	0,93	0,48	0,71
Allucinogeni	4,1	1,86	2,99	2,94	1,2	2,08	1,47	0,69	1,08

Fonte: Studio SPS-DPA 2013 – Dipartimento Politiche Antidroga

Prevalenze nella popolazione studentesca femminile

VII.1.2. Donne con bisogno di trattamento e domanda di trattamenti

PDU – Problem Drug Users

Per analizzare il fenomeno della tossicodipendenza, oltre agli indicatori sul consumo di stupefacenti, è necessario dare una misura sui consumatori di sostanze che, in relazione al loro stato di salute, avrebbero necessità di affidarsi alle cure del servizio sanitario. Di questi, una parte iniziano o hanno iniziato un percorso terapeutico - riabilitativo, altri invece sono ancora sconosciuti ai servizi di cura. Tale contingente di persone viene identificato a livello europeo con l'acronimo PDU – Problem Drug Users – e rappresenta uno degli indicatori chiave oggetto di monitoraggio da parte dell'Osservatorio Europeo, insieme con indicatori sul consumo di stupefacenti nella popolazione generale e scolastica.

Le fonti informative disponibili, unitamente ad opportune metodologie di stima consentono di stimare a livello generale i consumatori con bisogno di trattamento per oppiacei, per cocaina e cannabis. Tuttavia per queste ultime sostanze non si dispone di stime per genere rimanendo tale analisi dunque fattibile per i soli consumatori di oppiacei con bisogno di trattamento.

Il flusso informativo utilizzato per stimare questi consumatori è il flusso del Ministero della Salute, relativo all'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze e dalle Amministrazioni Regionali e Provinciali[2].

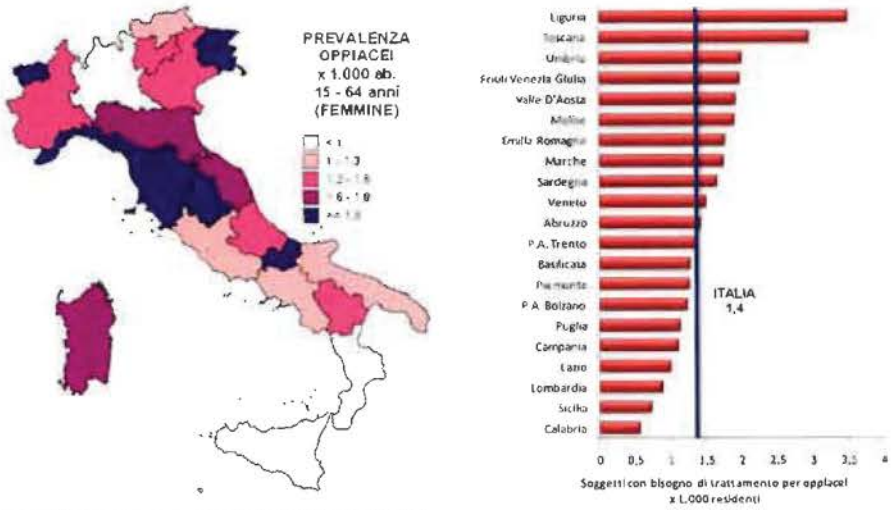
Per il 2012 si stimano in Italia circa 174.000 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per uso primario di oppiacei, corrispondenti a una prevalenza di 7,6 per i maschi vs 1,4 soggetti di sesso femminile ogni 1.000 residenti nella fascia di età 15-64 anni.

Nonostante la bassa prevalenza di donne con necessità di assistenza socio-sanitaria

[2] I dati sono attinti dal flusso informativo del Ministero della Salute, relativi all'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze e dalle Amministrazioni Regionali e Provinciali, che attraverso gli osservatori regionali hanno fornito le stime del coefficiente moltiplicatore dell'utenza con bisogno di trattamento per oppiacei, derivante dall'applicazione del metodo cattura-riecattura da fonti diverse applicato a livello locale: flusso utenti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) e flusso dei ricoveri ospedalieri avvenuti in regime ordinario o diurno (Schede di Dimissione Ospedaliere – SDO).

legata al consumo di oppiacei, la distribuzione evidenzia differenze tra le regioni con una maggiore richiesta potenziale di assistenza in Liguria (3,5 persone ogni 1.000 residenti di età 15-64 anni vs 1,4 a livello nazionale).
Ai vertici della graduatoria figurano anche le Regioni Toscana, Umbria e Friuli Venezia Giulia mentre le popolazione femminile delle Regioni meridionali (Calabria, Sicilia, Campania e Puglia), Lombardia e Lazio sembrano essere meno interessate dal fenomeno.

Figura VII.1.3: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di donne con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2012



Bisogno di trattamento per oppiacei nelle donne (15-64 anni)
Le regioni più colpite: Liguria, Toscana e Umbria

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Tra gli indicatori epidemiologici per il monitoraggio del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope previsti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, rientra anche l'indicatore della domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator). L'indicatore descrive il profilo delle caratteristiche dei soggetti, che in relazione al loro consumo di sostanze si rivolgono alle strutture sanitarie (servizi per le tossicodipendenze e strutture ospedaliere)[3].

Tra gli indicatori epidemiologici per il monitoraggio del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope previsti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, rientra anche l'indicatore della domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator). L'indicatore descrive il profilo delle caratteristiche dei soggetti, che in relazione al loro consumo di sostanze si rivolgono alle strutture sanitarie (servizi per le tossicodipendenze e strutture ospedaliere).
Il profilo informativo descritto in questo capitolo è stato predisposto utilizzando flussi provenienti dal Ministero della Salute il quale, attraverso le Regioni e le Province Autonome, acquisisce i dati dai servizi sanitari locali relativi sia all'assistenza dei pazienti presso i servizi territoriali sia presso le strutture ospedaliere. Secondo i criteri metodologici descritti in precedenza, la stima della popolazione tossicodipendente assistita nel 2012 risulta pari a 164.101 soggetti.
Di questo contingente di utenza l'89,0% proviene dal nuovo flusso informativo SIND ed il restante 11,0% è stato stimato sulla base dei dati 2011.
La prevalenza di utenza dei servizi rispetto alla popolazione residente (utenti per 1.000 residenti) conferma il maggior ricorso ai servizi sanitari da parte dei maschi

[3] Il dato viene monitorato parzialmente attraverso il flusso informativo previsto dal DPR 309/90 relativo alle attività erogate dai servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.) che raccoglie informazioni aggregate sull'utenza afferente ai servizi, sulle patologie infettive droga-correlate e sulle tipologie di trattamenti erogati dalle unità operative (D.M. 20 settembre 1997).

rispetto alle femmine (7,3 vs 1,2 utenti per 1.000 residenti), differenza particolarmente pronunciata per la nuova utenza (maschi 1,3 per 1.000 residenti, femmine 0,2 per 1.000 residenti).

Tabella VII.1.5: Caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2011-2012

Caratteristiche	2011		2012		Δ %	Diff %
	N	%	N	%		
Tipo di contatto						
Nuovi utenti	33.679	19,6	30.169	18,4	-10,4	-1,2
Utenti già noti	138.532	80,4	133 932	81,6	-3,3	1,2
Totale	172.211	100,0	164.101	100,0	-4,7	-
Genere						
Nuovi utenti Maschi	29.162	86,	25.420	84,5	-12,8	-2
Nuove utenti Femmine	4.517	13,4	4.649	15,5	2,9	2
Totale	33.679	100	30.069	100	-10,7	-
Utenti già noti Maschi	119.648	86,4	113.843	85,0	-4,9	-1,4
Utenti già note Femmine	18.884	13,6	19.454	15,0	3,0	1,4
Utenti già noti Totale	138.532	100	133.932	100	-3,3	
Tasso nuovi utenti per genere						
% Nuovi maschi	19,6		18,3			-1,3
% Nuove femmine	19,3		19,3			0,0

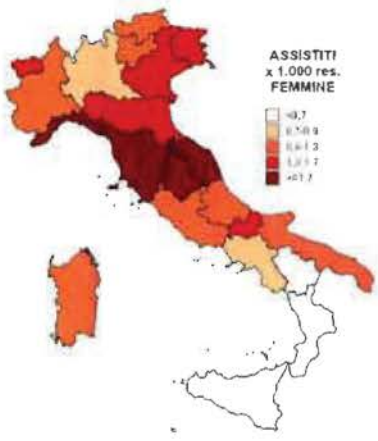
Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

Solo il 14,8% dell'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è di genere femminile, con un rapporto di 5,8 maschi per utente femmina (più bassa tra i nuovi utenti ai servizi rispetto agli utenti già in carico 5,5 vs 5,8).

14,8% la prevalenza di utenti donne

Il fenomeno nella popolazione femminile sembra meno sviluppato in Calabria, Basilicata, Sicilia, Campania, Lombardia e Lazio con valori da 0,5 a 1,0 (donne ogni 1.000 residenti), mentre si ha una maggiore diffusione del fenomeno in Liguria (3,0) e Toscana (3,4).

Figura VII.1.4: Utenti per 1.000 residenti secondo la regione a cui afferisce la struttura, per genere - Anno 2012



Minor presenza del genere femminile nelle regioni del sud

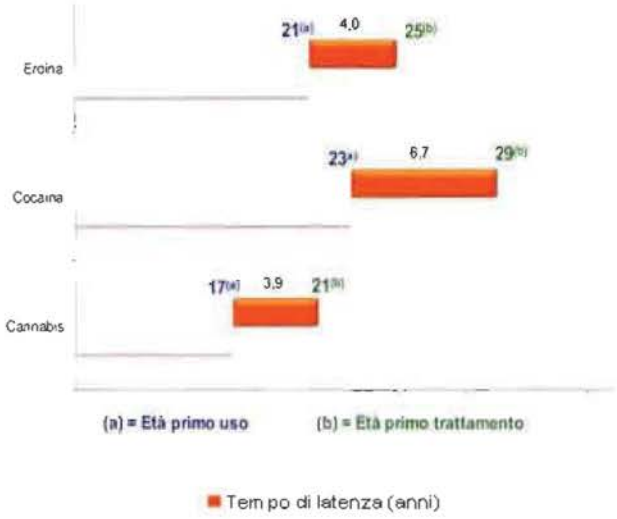
Fonte: Flusso SIND e schede ANN – Ministero della Salute

Il tempo di latenza è definito come il periodo che intercorre tra il momento di primo utilizzo della sostanza e la prima richiesta di trattamento (per problemi derivanti

dall'uso di quella determinata sostanza); esso assume valore pari a 6,1 anni nel campione totale (6,4 anni nei maschi e 4,3 anni nelle femmine).
E' possibile eseguire una analisi per genere sulla sostanza primaria d'abuso e il tempo di latenza. Sulla popolazione globale si rileva che il tempo di latenza è superiore negli assuntori di cocaina piuttosto che in quelli di eroina e cannabis: in particolare si registrano 5,5 anni per quanto riguarda gli assuntori di oppiacei (7,7 anni nel 2011), 8,5 anni per gli assuntori di cocaina (10,8 anni nel 2011) e 5,7 anni per gli assuntori di cannabis (7,3 anni nel 2011). Tali valori variano lievemente se si effettua per le sole donne risultando inferiore rispetto a quello dei maschi. A conferma di ciò, si nota che per quanto riguarda l'età di primo trattamento esso risulta più precoce nelle femmine, a fronte di un età di primo uso analoga a quella dei maschi.

Primo trattamento esso risulta più precoce nelle femmine

Figura VII.1.5: Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza, per genere femminile. Anno 2012



Fonte: Flusso SIND – Ministero della Salute

VII.1.3. Malattie infettive droga correlate

Patologie infettive correlate: in forma di HIV, HBV, HCV, TBC, MST

L'assunzione di sostanze psicotrope ed altri comportamenti devianti, possono produrre gravi implicazioni e pericolose conseguenze per la salute.
La principale conseguenza direttamente correlata all'uso di sostanze psicoattive, ed in particolare alla loro modalità di assunzione, nonché il tipo di stile di vita condotto dalla generalità degli assuntori regolari di sostanze, comportano elevati rischi di contrarre malattie infettive quali HIV, HBV e HCV.

Di seguito si riportano dati di prevalenza delle malattie infettive HIV, HCV e HBV come calcolati nel 2012.

HIV: Si riscontra una positività al test HIV nel genere femminile (3,3% vs. 2,6% nei maschi), sia tra la nuova utenza (3,3% vs. 3,0%) che tra l'utenza già nota ai servizi (3,4% vs. 2,5%).
HBV: La distribuzione delle prevalenze di positivi a test HBV per genere, evidenzia una positività più alta nei maschi (20,3% vs. 18,2%) sia tra la nuova utenza (13,6% vs. 12,9%) sia tra l'utenza già nota ai servizi (21,8% vs. 19,6%).
HCV: la prevalenza di utenti positivi a test è più alta per le femmine sia tra la nuova

utenza (17,1% vs. 16,4%), sia tra i soggetti già noti ai servizi (45,0% vs, 43,0%).

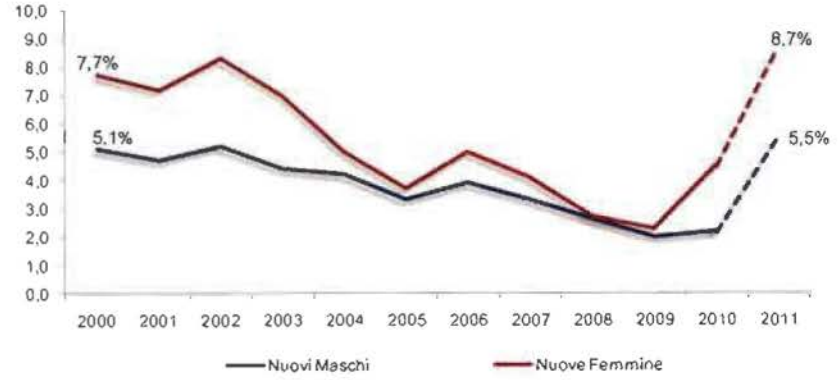
Tabella VII.1.6: Prevalenza di utenti HCV Positivi **Testati nell'anno di riferimento** secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2012

Prevalenza di positivi a test	Maschi	Femmine	Totale
HIV	%	%	%
Nuovi Utenti	3,0	3,3	3,0
Utenti già in carico	2,5	3,4	2,7
Totale	2,6	3,3	2,7
HBV			
Nuovi Utenti	13,6	12,9	13,5
Utenti già in carico	21,8	19,6	21,4
Totale	20,3	18,2	19,9
HCV			
Nuovi Utenti	16,4	17,1	16,6
Utenti già in carico	43,0	45,0	43,2
Totale	38,1	39,0	38,2

Fonte: Elaborazione su dati SIND Ministero della Salute

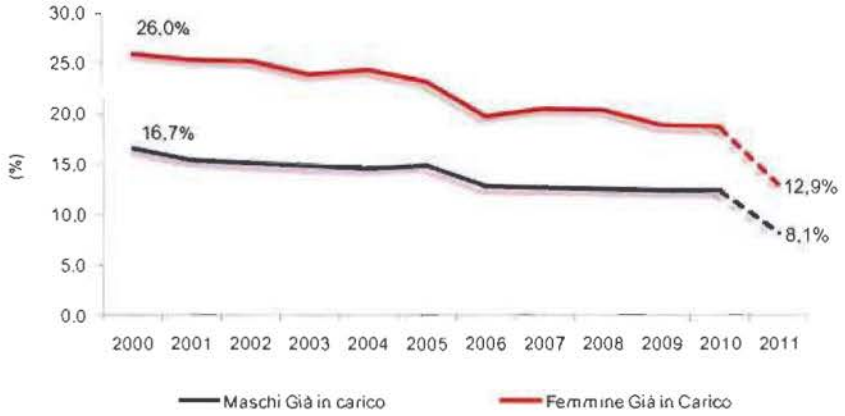
Per una migliore comprensione del fenomeno, con una particolare attenzione al contingente femminile si riportano i trend di prevalenza di HIV, HCV e HBV suddivisi per sesso a partire dall'anno 2000 in poi. Si noti che li dove non sia stato possibile costruire il trend fino al 2012 si riporta il trend dal 2000 al 2011.

Figura VII.1.6: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto Nuovi **Utenti**. Anni 2000 – 2011



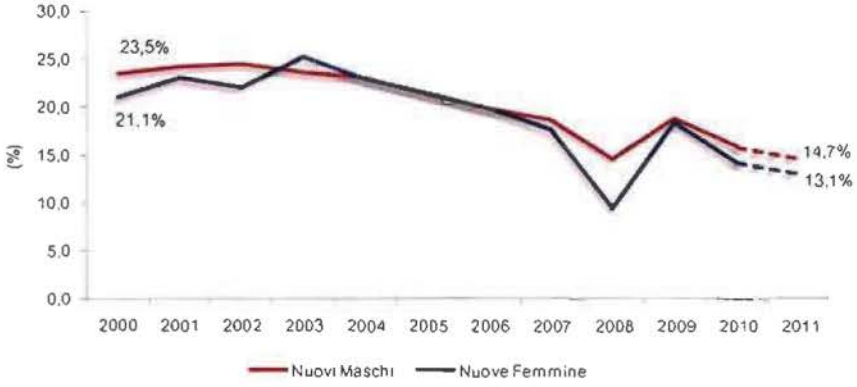
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura VII.1.7: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



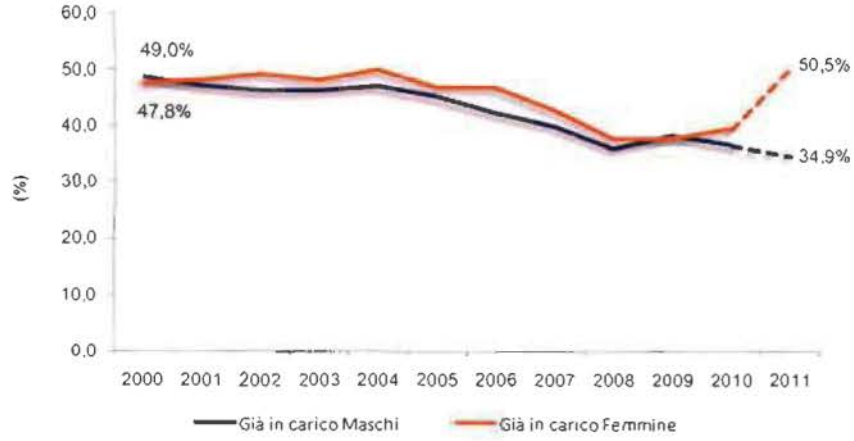
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura VII.1.8: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



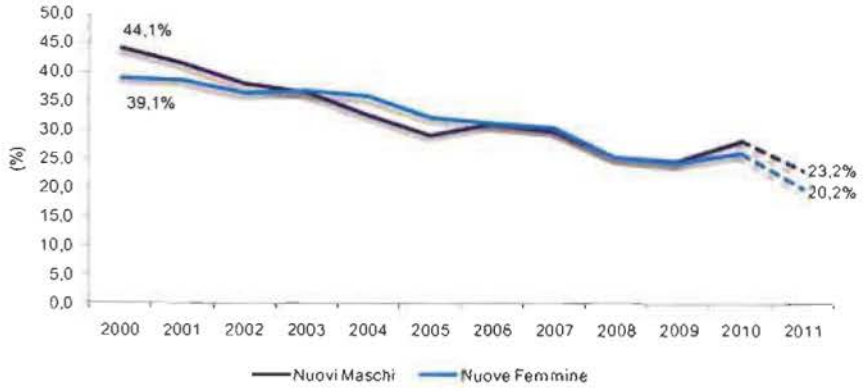
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura VII.1.9: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



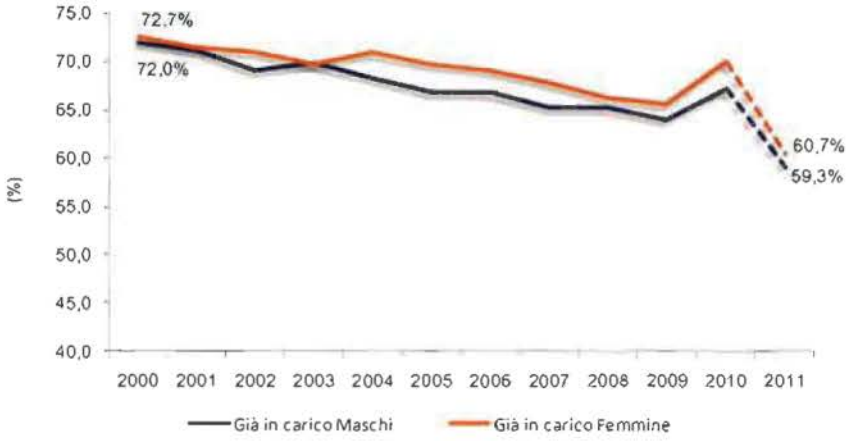
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura VII.1.10: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Figura VII.1.11: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

VII.1.4. Morbilità e mortalità droga correlata

Mediante l'analisi delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), è possibile definire un profilo conoscitivo delle caratteristiche dei ricoveri di pazienti assuntori di sostanze psicoattive, e di desumere quindi un profilo delle principali patologie droga correlate.

L'analisi della SDO viene utilizzata anche per la descrizione delle malattie infettive rilevate nei ricoveri ospedalieri droga correlati.

Nel triennio 2009 - 2011 i ricoveri complessivi per qualsiasi patologia sono diminuiti del 7,8% (11.674.098 nel 2009, 10.757.733 nel 2011); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondaria) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (23.997 nel 2009, 23.895 nel 2010 e 23.131 nel 2011) del collettivo nazionale, con una contrazione del 3,6% inferiore all'andamento dei ricoveri complessivi.

Riduzione del 3,6% dei i ricoveri droga-correlati nel triennio 2009 - 2011

Tabella VII.1.7: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Genere, Nazionalità e Età. Anno 2010-2011

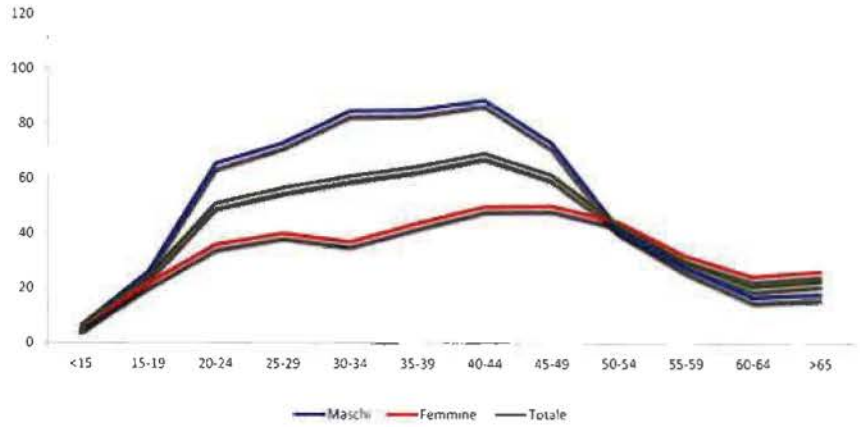
Caratteristiche	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Femmine	10.560	44,2	9.880	42,7	-6,4
Totale	23.895	100	23.131	100	-3,2
Età					
Età media femmine	46,7		47,4		1,4
Età mediana femmine	44,0		45,0		2,3

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Età media delle donne ricoverate: 47,4 anni

Come evidenziato dalla Figura I.1.12, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni, con punte massime nella classe di età 40-44 anni, con circa 88 ricoveri ogni 100.000 residenti; diversamente, il numero dei ricoveri delle donne prevale su quello dei maschi dopo i 54 anni, con punte massime nella fascia di età 40-49 anni, con circa 100 ricoveri ogni 100.000 residenti.

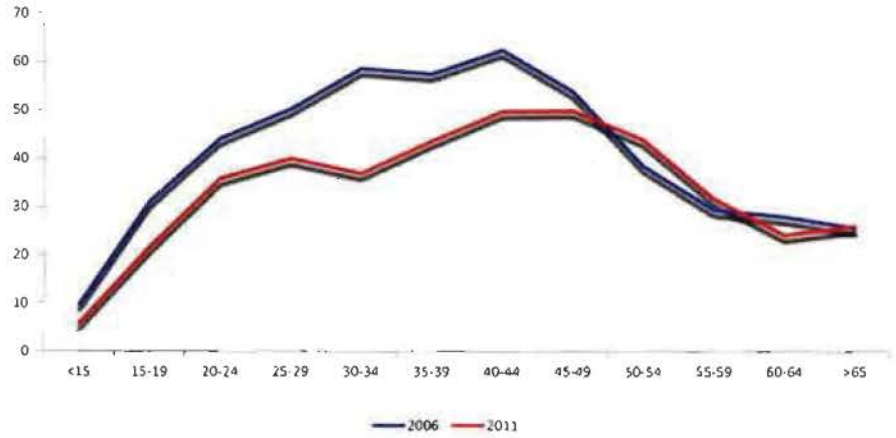
Figura VII.1.12: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Per le femmine si osserva una diminuzione nelle fasce di età più giovani. Nella fascia di età 30 – 34 anni si evidenzia una diminuzione di 21,7 punti percentuali (circa 58 ricoveri nel il 2006 vs. 37 ricoveri nel 2011). Aumenta, di circa 5,5 punti percentuali il tasso di ospedalizzazione sia nella fascia di età 50 – 54 anni (circa 39 ricoveri nel 2006 vs. 44 ricoveri nel 2011) sia nelle femmine con un'età maggiore di 65 anni (25 ricoveri nel 2006 e circa 26 nel 2011).

Figura VII.1.13: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per **Femmine** e classi di età. Anni 2006 e 2011



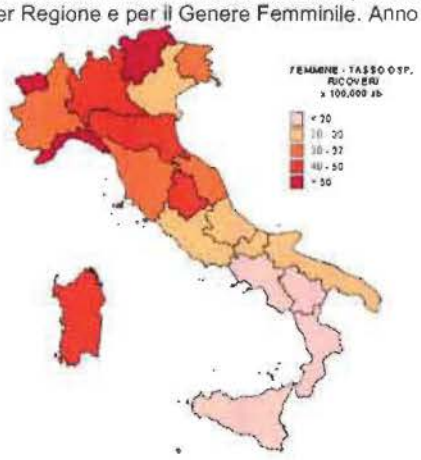
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Ricoveri di soggetti con età avanzata e uso di barbiturici

Come si vedrà in seguito l'elevata ospedalizzazione nelle fasce di età avanzate riguardano in prevalenza l'abuso di barbiturici.

La distribuzione regionale dei ricoveri droga-correlati di donne evidenzia il più elevato ricorso all'assistenza ospedaliera in Liguria con circa 55 ricoveri, seguita da Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta con 49 ricoveri, Umbria con circa 47 ricoveri, Emilia - Romagna con 45 ricoveri ed, infine, Sardegna con 43 ricoveri. Parimenti al genere maschile, ricoveri meno frequenti di donne con problematiche droga-correlate si osservano nelle regioni del sud, Puglia con 5 ricoveri, Calabria con 15 ricoveri e Sicilia, Basilicata e Campania con 16 ricoveri (Figura I.1.14).

Figura VII.1.14: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione e per il Genere Femminile. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Per il genere femminile le regioni con più ricoveri sono il Trentino Alto Adige con 55 ricoveri, l'Emilia – Romagna con 43 ricoveri, la Liguria con 41 ricoveri e la Sardegna con 39 ricoveri. Le regioni con minor numero di ricoveri, per le over 55, risultano essere le regioni del sud, la Puglia con 2 ricoveri, la Calabria con circa 10 ricoveri, la Campania con 12 ricoveri e la Sicilia con 14 ricoveri.

VII.1.5. Mortalità acuta droga correlata

Come da indicazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) di Lisbona, l'argomento della mortalità nei consumatori di droga viene suddiviso tra mortalità per intossicazione acuta e mortalità tra i tossicodipendenti per altra causa. La prima viene analizzata nel presente paragrafo, mentre nel successivo verranno descritti i decessi di pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere per patologie droga correlate.

Gli episodi di overdose sono raccolti nel nostro paese dal Registro Speciale (RS) di mortalità della DCSA (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga) del Ministero dell'Interno, che rileva tali episodi su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive) in cui siano state interessate le Forze di Polizia.

Aumento del numero di decessi droga correlati nel 2012

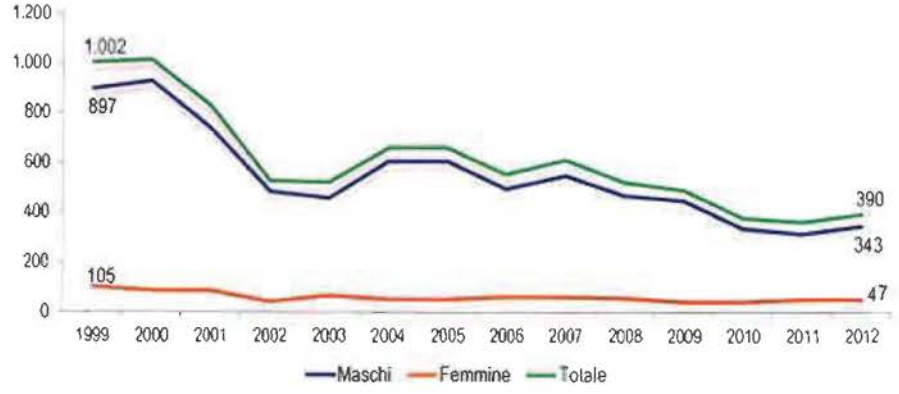
In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, anno in cui si sono registrati 1.002 casi di decesso per overdose, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Negli anni successivi si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2011, mentre nell'anno 2012 si registra un incremento del 7,7% con un numero di decessi pari a 390 (Figura I.1.15). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 9 maschi ogni donna (9,1); tale quoziente varia da un minimo di 6,6 nel 2011 (in cui il 13,3% dei deceduti era costituito da donne) ed un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.1.8).

Tabella VII.1.8: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2012

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332	314	343
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42	48	47
Tot.	**1002**	**1016**	825	**520**	517	653	653	**551**	606	**517**	484	**374**	362	**390**
M/F	8,5	11,0	8,4	11,4	7,2	11,8	11,8	8,3	9,1	8,4	10,0	7,9	6,5	7,3

Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

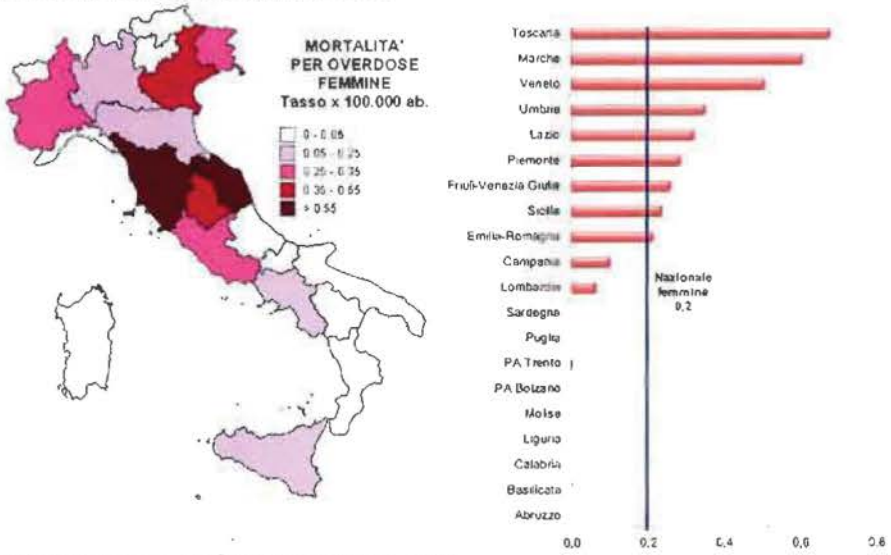
Figura VII.1.15: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2012



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per le femmine il tasso di mortalità risulta essere sensibilmente inferiore rispetto a quello dei maschi in quasi tutte le regioni, il valore medio nazionale è pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,8 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi. In questo caso la regione più colpita è la Toscana con un 1 decesso per 100.000 residenti (Figura I.1.16).

Figura VII.1.16: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2012



Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

DELTA SYSTEM

Indicatori	Femmine	Maschi	Differenza %
Prevalenze - **Eroina** - Popolazione Generale 15-64 anni	**0,1%**	0,2%	-65,3%
Prevalenze - **Cocaina** - Popolazione Generale 15 -64 anni	**0,2%**	1,0%	-75,4%
Prevalenze - **Cannabis** - Popolazione Generale 15 -64 anni	**3,0%**	5,2%	-42,3%
Prevalenze - **Stimolanti** - Popolazione Generale 15 -64 anni	**0,1%**	0,2%	-37,5%
Prevalenze - **Allucinogeni**- Popolazione Generale 15 -64 anni	**0,2%**	0,2%	-34,9%
Prevalenze - **Eroina** - Popolazione Studentesca 15 -19 anni	**0,3%**	0,4%	-35,0%
Prevalenze - **Cocaina** - Popolazione Studentesca 15 -19 anni	**1,2%**	2,8%	-55,6%
Prevalenze - **Cannabis** - Popolazione Studentesca 15 -19 anni	**16,7%**	26,1%	-36,3%
Prevalenze - **Stimolanti** - Popolazione Studentesca 15 -19 anni	**0,8%**	1,8%	-54,6%
Prevalenze - **Allucinogeni**- Popolazione Studentesca 15 -19 anni	**1,2%**	2,9%	-59,2%
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	**1,4%**	7,6%	-81,6%
% Nuovi utenti assistiti su Totale assistiti nei Ser.T.	**19,3%**	18,3%	5,5%
% Utenti già noti ai servizi su Totale assistiti nei Ser.T.	**80,7%**	81,7%	-1,2%
Prevalenza utenti positivi a test HIV*	**3,3%**	2,6%	26,9%
Prevalenza utenti positivi a test HBV*	**18,2%**	20,3%	-10,3%
Prevalenza utenti positivi a test HCV*	**39,0%**	38,1%	2,4%
Tasso di mortalità droga correlata	**0,2%**	1,8	-88,9%

**Dati riferiti all'anno 2011.*

Direzione e Coordinamento tecnico scientifico:
Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni

Coordinamento e supervisione elaborazioni statistiche:
Bruno Genetti, Roberto Mollica

Elaborazioni dati, rapporti tecnici e contributi scientifici:
Alessandra Andreotti, Nadia Balestra, Paolo Berretta, Ilaria Bulla, Iulia Alexandra Carpignano, Carlo De Luca, Danila Faechini, Anna Maria Fanfarillo, Sara Fanfarillo, Daniele Fassinato, Alessandra Fraschini, Martina Galasso, Teresa Gatto, Maurizio Gomma, Clara Aida Khalil, Carlo Locatelli, Alfonso Lopez, Teodora Macchia, Francesca Marazzi, Andrea Martena, Sonia Principe, Gianluca Riglietti, Claudia Rimondo, Catia Seri, Milena Sperotto, Roberta Tito, Lorenzo Tomasini, Maria Alessandra Tullio, Eugenio Valenzi, Emanuele Vineent, Fabio Vittadello, Silvia Zanone, Monica Zerniani.

Fonti dati e collaborazioni:

Ministero dell'Interno:
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
- Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile e per le Risorse Strumentali e Finanziarie Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno - Documentazione e Statistica
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per la Polizia Stradale

Ministero della Giustizia:
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna
- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo sviluppo e la gestione del sistema informativo automatizzato, statistica ed automazione di supporto dipartimentale
- Dipartimento degli Affari di Giustizia Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio I - Affari Legislativi, Internazionali e Grazie
- Dipartimento degli Affari di Giustizia – Direzione Generale della Giustizia Penale - Ufficio III - Casellario
- Dipartimento per la Giustizia Minorile - Ufficio I del Capo Dipartimento

Ministero della Salute
- Dipartimento della sanità pubblica e dell'innovazione – Direzione Generale Prevenzione – Ufficio II e VII
- Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale Programmazione Sanitaria – Ufficio VI
- Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale Sistema Informativo Statistico Sanitario – Ufficio III
- Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca:
- Dipartimento Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Ministero degli Affari Esteri
- Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza
- Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
- Direzione Generale per l'Unione europea

Ministero della Difesa – Direzione Generale Sanità Militare

Comando Generale della Guardia di Finanza

Assessorati Sanità e Servizi Sociali delle Regioni e Province Autonome

Istituto Superiore Sanità:
- Dipartimento del Farmaco Sostanze Stupefacenti e Psicotrope
- Osservatorio nazionale Alcol CNEPS

Istat: Direzione centrale per le statistiche socio-demografiche e ambientali Servizio Sanità, salute e assistenza

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale

Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato

International Training Centre of the International Labour Organization

United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute

Rete Ferroviaria Italiana , ASSTRA – ASSociazione TRAsporti - , SIMLII - Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale -, ANMA – Associazione Nazionale Medici d'Azienda – ENAV S.p.A , Laboratorio di Sanità Pubblica di Trento (progetto DTLR)

Associazione Comunitalia

ASAPS – Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale

Giugno 2013

Grafica di copertina e styling: Riccardo de Conciliis

€ 37,00

170300001240