Presentazione

Senatore Carlo Giovanardi
Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio
con delega alle politiche per la famiglia,
al contrasto delle tossicodipendenze e al servizio civile

"Liberi dalle droghe.
Liberi di essere"

Ci eravamo lasciati l'anno scorso commentando il calo dei consumi delle droghe emersi dalle indagini demoscopiche e statistiche effettuate per predisporre la Relazione al Parlamento per l'anno 2009.

Con moderata soddisfazione avevamo potuto constatare che, per la prima volta da molti anni, tutti gli indicatori di consumo delle sostanze stupefacenti avevano invertito la tendenza ed evidenziavano un arretramento, talvolta sensibile, di questo fenomeno.

Prudentemente decidemmo di sospendere il giudizio su questi risultati, peraltro confermati anche da altre successive ed indipendenti indagini, nella prospettiva di poterne individuare le cause e verificarne il consolidamento nel tempo attraverso le rilevazioni del successivo anno d'esercizio.

Dopo questa prima osservazione e sulla base delle evidenze scientifiche rilevate, si era resa necessaria la definizione di un nuovo piano strategico per consolidare e migliorare i risultati ottenuti. A questo proposito, il Dipartimento Politiche Antidroga ha realizzato e diffuso il Piano d'Azione Nazionale antidroga, che è stato successivamente approvato dal Consiglio dei Ministri del 29 ottobre 2010. Il Piano rappresenta il documento strategico e programmatico con cui si pianificano, per il futuro, le politiche di contrasto della droga, le iniziative di prevenzione a favore della popolazione giovanile e gli interventi di cura, riabilitazione sociale e lavorativa destinati alle persone tossicodipendenti, nonché le politiche per un efficace contrasto e azione legislativa in materia. In particolare, si è voluto concentrare le priorità e gli interventi per gli anni futuri sull'area della prevenzione, soprattutto quella precoce e orientata ai gruppi più vulnerabili, e della riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo, come pilastro portante e centrale delle nuove politiche e strategie di intervento nel campo delle tossicodipendenze.

I dati derivanti dalle nuove indagini eseguite nel 2011 ci dicono che vi è stato un ulteriore calo dei consumi e che quindi questo trend al ribasso si riconferma anche quest'anno. Tutte le sostanze stupefacenti trovano sempre un minor uso da parte della popolazione giovanile che, soprattutto negli ultimi anni, sembra esprimere, nella maggioranza dei casi, un atteggiamento più consapevole e responsabile, nei confronti della necessità e dell'opportunità di evitare qualsiasi uso di droghe. Resta sempre una piccola minoranza di persone, però, a cui va diretta tutta la nostra attenzione, che persistono nel comportamento di assunzione, forse stimolati anche dal fatto che alcuni adulti, alcune organizzazioni, continuano ancora oggi a pubblicizzare e sostenere erroneamente l'innocuità della cannabis e la legalizzazione delle droghe, trasmettendo, quindi, una bassa percezione della loro pericolosità e dei loro danni a queste giovani persone particolarmente vulnerabili a tali messaggi.

Senza abbandonare la cautela che deve sempre accompagnare l'analisi di questo tipo di dati, mi sento però in dovere di fare un'importante riflessione sull'involuzione dei consumi nel nostro Paese. Quando alle strategie antidroga seguono con coerenza una serie di azioni permanenti e capillari contro il consumo delle droghe, con i controlli, con la prevenzione, con l'informazione, con l'azione di contrasto, i risultati, pian piano, sicuramente emergono. Bisogna proseguire su questa strada, senza ambiguità, con decisione e perseveranza, come evidenziato anche da un recentissimo studio trentennale in cui emerge nettamente la correlazione inversa tra i livelli di disapprovazione esistente sul consumo delle droghe, in particolare della cannabis, nella società e l'uso delle stesse soprattutto da parte degli adolescenti. Quando il fronte è compatto ed esplicitamente contro l'uso di tutte le droghe, il consumo chiaramente diminuisce; quando, invece, si cede alla tentazione di introdurre pericolosi "distinguo" o addirittura si invoca la legalizzazione o l'apertura di "camere del buco" o si insiste ancora una volta esclusivamente su politiche di riduzione del danno, i livelli di consumo aumentano vertiginosamente e le terapie e i trattamenti di riabilitazione assumono spesso significati rinunciatari e non di vero recupero totale della persona. Oltre a questo, è necessario rinforzare e mantenere una forte attenzione anche alla prevenzione delle infezioni e all'overdose correlate all'uso di sostanze.

Sempre in tema di cannabis, il Dipartimento antidroga ha proseguito nell'azione di informazione sui rischi per la salute determinati da questa tipologia di sostanza stupefacente, ritenuta erroneamente meno insidiosa delle altre. Prima con la pubblicazione di una monografia dal titolo "*Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento*", predisposta in collaborazione con United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC), e poi con l'attivazione di un nuovo sito istituzionale interamente dedicato alla cannabis e ai danni che questa provoca alla salute dei consumatori. La piattaforma, che si aggiunge agli altri siti on-line del DPA, si articola in 13 sezioni (danni neurobiologici, caratteristiche della sostanza, cannabinoidi di origine sintetica, casi e forme di intossicazione acuta, ecc.) di facile consultazione, tutte completate da una nutrita bibliografia di riferimento.

Questa collaborazione con le Nazione Unite è solo una delle sinergie messe in campo dal Dipartimento con le agenzie internazionali che si occupano di contrastare la diffusione della droga. Nell'ultimo anno, i responsabili del DPA hanno operato con impegno prima a Bruxelles, in sede di Consiglio della Commissione Europea, poi a Vienna, in occasione della Commission on Narcotic Drugs dove, per iniziativa italiana, è stata presentata un'importante risoluzione sul reinserimento e la riabilitazione approvata da tutti gli Stati aderenti. A questo proposito, mi preme sottolineare che, in tali consessi internazionali, nonostante l'enfasi con cui è stato accolto il rapporto pubblicato dalla Global Commission on Drug Policy, un'associazione indipendente che nulla ha a che vedere con le

strutture dell'Onu che si occupano di ridurre la diffusione delle sostanze stupefacenti, non è in atto alcun "radicale cambio di paradigma" nelle strategie di contrasto alla droga. Come ha ben spiegato Yuri Fedotov, direttore generale dell'UNODC, recentemente in visita a Palazzo Chigi, non è stata mai presa in considerazione la possibilità di legalizzare le sostanze stupefacenti, a cominciare dalla cannabis, o di fare concessioni al fronte dell'antiproibizionismo. Inoltre, va chiarito che nessuno dei 192 Stati Membri riuniti all'ONU di New York ha acquisito né aderito a tali proposte che risultano essere, quindi, e per fortuna, totalmente inascoltate da chi, con serie posizioni di responsabilità governative, ha il compito di impostare le strategie anti-droga per il proprio Paese.

Non mi resta che ricordare, seppur brevemente, i risultati colti dal Dipartimento Politiche Antidroga nell'ultimo anno:

Sono stati, innanzitutto, attivati 30 progetti nel campo della prevenzione, formazione, cura e riabilitazione, coinvolgendo 33 organizzazioni ed instaurando 21 collaborazioni istituzionali ed internazioni che vanno ad aggiungersi ai 49 progetti già programmati nel 2009, per un totale di oltre 35,5 milioni di euro investiti. Tre di questi hanno una spiccata vocazione internazionale e sono svolti in collaborazione con le agenzie dell'ONU, con l'OMS, il NIDA e con il coinvolgimento dei Paesi che si affacciano sul bacino del Mediterraneo.

Anche nel campo dell'incidentalità notturna sono stati avviati progetti di prevenzione che coinvolgeranno 50 comuni italiani per l'accertamento della guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto delle droghe.

Sono state, inoltre, finanziate, per un totale di 1,3 milioni di euro, qualificatissime iniziative di ricerca nell'ambito delle neuroscienze e nella ricerca di laboratorio al fine di comprendere appieno e documentare in maniera incontrovertibile i danni cerebrali e psicologici provocati dal consumo delle droghe. Proseguono poi le attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce per l'individuazione di nuove droghe che, ad oggi, ha consentito di identificare ben 8 sostanze mai individuate prima sul mercato clandestino nazionale e responsabili di molte intossicazioni e ricoveri in pronto soccorso anche in Italia, tempestivamente inserite nelle tabelle ministeriali delle sostanze stupefacenti.

Nell'arco dell'ultimo anno, sotto la direzione del Dipartimento, è stato possibile definire e diffondere specifiche linee di indirizzo nell'ambito della prevenzione giovanile dell'uso delle droghe e delle infezioni correlate a tale pratica, specificamente destinate alle esigenze di formazione degli operatori dei Servizi per le tossicodipendenze, delle comunità terapeutiche e degli altri enti e istituzioni che, a vario titolo, si occupano di droghe e tossicodipendenza.

È stato poi messo in atto, in collaborazione con il Ministero della salute, un nuovo sistema informativo per le tossicodipendenze SIND e avviata la realizzazione di una rete di Osservatori regionali che renderà più capillare, tempestivo e preciso il monitoraggio ed il controllo del fenomeno droga, in collaborazione con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze.

In attuazione della specifica normativa, solo recentemente resa esecutiva con i relativi protocolli operativi, sono partite le campagne di test e controlli antidroga in tutte le aziende italiane per verificare l'assenza di fenomeni di uso e di tossicodipendenza nei lavoratori che svolgono mansioni a rischio per la propria o l'altrui incolumità. È stata anche introdotta l'obbligatorietà del drug test per poter ottenere le patenti di guida e il patentino per i motocicli.

Rammento, infine, la Campagna informativa di prevenzione contro l'uso delle sostanze stupefacenti, dal titolo "*Non ti fare, fatti la tua vita*", incentrata sulla figura della donna che si trasforma in un orrendo mostro e divora il protagonista dello spot. Con questo messaggio si è voluto evidenziare la metafora dell'inganno provocato dalla droga; all'inizio sembra una cosa bellissima, suadente, affascinante, poi, quando purtroppo è tardi, mostra il suo vero volto: una schiavitù orrenda da cui è difficilissimo affrancarsi e che talvolta porta anche alla morte del consumatore. Meglio starne lontani e godere della piccole e grandi cose che fanno bella la quotidianità.

Il 26 giugno, oltre ad essere la data in cui per consuetudine si presenta al Parlamento il report governativo sull'andamento del fenomeno delle tossicodipendenze nel nostro Paese, è anche la Giornata Mondiale contro la droga. Quest'anno il Dipartimento antidroga vuole celebrare tale evento sia con lo slogan "Liberi dalle droghe. Liberi di Essere", rivolgendosi a tutte quelle persone che scelgono di "essere" se stesse, libere dalla schiavitù delle droghe, e sia con il lancio sul web di una campagna di adesione contro la droga per ribadire che la tossicodipendenza è una malattia terribile e ostinata, da cui però, con l'aiuto della famiglia, delle agenzie sociali e delle istituzioni sì, si può guarire.

Ancora tanto resta da fare e siamo convinti che i buoni risultati ottenuti siano merito di tutta la comunità, gli operatori del pubblico e del privato sociale, i media che lavorano, anche se a volte non perfettamente coordinati, nel prevenire il consumo e nel curare e riabilitare queste persone, e quindi, in ultima analisi, per costruire un futuro migliore per i nostri giovani e per le loro famiglie. Solo così potremo assicurare la conservazione e la promozione delle risorse più importanti che uno Stato possiede e cioè il potenziale umano, intellettuale, culturale, lavorativo, creativo e spirituale particolarmente presente nelle giovani generazioni.

Indice

SINTESI I

PARTE PRIMA: DIMENSIONE DEL FENOMENO

I.1. CONSUMO DI DROGA 5

I.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale (approfondimenti studio GPS-ITA 2010) 6
I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani (studio SPS-ITA 2011) 22
I.1.3. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (DTLR) 53
I.1.4. Confronto tra studi di popolazione generale e indagini nelle acque reflue e nell'atmosfera 62

I.2. SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO 73

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie e non sanitarie 73
I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento 81

I.3. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE 113

I.3.1. Malattie infettive droga correlate 113
I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate 130
I.3.3. Incidenti stradali droga correlati 141
I.3.4. Mortalità acuta droga correlata 151
I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga 156

I.4. IMPLICAZIONI SOCIALI 161

I.4.1. Inclusione sociale 161
I.4.2. Criminalità droga correlata 164
I.4.3. Il fenomeno del gioco d'azzardo patologico 179

I.5. MERCATO DELLA DROGA 185

I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga 185
I.5.2. Sequestri di sostanze stupefacenti 187
I.5.3. Prezzo e purezza 191
I.5.4. Monitoraggio dei siti che commercializzano on-line sostanze stupefacenti o sostanze che ne mimano gli effetti 193

PARTE SECONDA: PROGRAMMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI RISPOSTA

II.1. POLITICHE SULLE DROGHE 209

II.1.1. Normative nazionale ed internazionali emanate nell'anno 2010 209
II.1.2. Normative regionali emanate nell'anno 2010 214
II.1.3. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale 215
II.1.4. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l'Osservatorio Europeo di Lisbona (OEDT) 221

II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO 225

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga: organizzazione e attività 2010 225
II.2.2. La rete degli osservatori 229
II.2.3. Amministrazioni Centrali 234
II.2.4. Amministrazioni Regionali 237
II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario 238
II.2.6. Costi sociali del consumo di sostanze stupefacenti 246

PARTE TERZA: INTERVENTI DI RISPOSTA AI BISOGNI SOCIO-SANITARI E DI CONTRASTO ALL'OFFERTA DI DROGA

III.1. PREVENZIONE 259

III.1.1. Prevenzione universale 260
III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio 271
III.1.3. Campagne informative di prevenzione 276

III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI 281

III.2.1. Programmi di trattamento attivati dalle Regioni 281
III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze 283
III.2.3. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione dei decessi droga correlati 292

III.3. INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO 303

III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine 304
III.3.2. Interventi della Giustizia 316

III.4. REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE 331

III.4.1. Progetti di reinserimento sociale 331
III.4.2. Misure alternative alla detenzione 336

PARTE QUARTA: APPROFONDIMENTI

IV.1. RISULTATI DEI PROGETTI DEL NETWORK NAZIONALE DI RICERCA SULLE DIPENDENZE 347

IV.2. SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE 371

IV.3. FENOMENO DEI CANNABINOIDI SINTETICI IN ITALIA E LE AZIONI DI PREVENZIONE E CONTRASTO 395

IV.4. PROGETTO “RAVE PARTY PREVENTION”: PREVENZIONE DEI RAVE PARTY ILLEGALI 405

IV.5. PROGETTO SIND SUPPORT: SUPPORTO ALL’IMPLEMENTAZIONE E AVVIO DEL SISTEMA INFORMATIVO SULLE DIPENDENZE (SIND) 413

IV.6. IL CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI E NEGLI ADULTI 419

PARTE QUINTA: SCHEDA AMMINISTRAZIONI

V.1. MINISTERI 433

V.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento Politiche Antidroga 433
V.1.2. Ministero della Salute 433
V.1.3. Ministero della Giustizia 439
V.1.4. Ministero dell’Interno 449
V.1.5. Ministero degli Affari Esteri 454
V.1.6. Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca 456
V.1.7. Comando Generale della Guardia di Finanza 458

V.2. REGIONI 465

V.2.1. Indicatori di sintesi 465
V.2.2. Comparazione dei dati delle Regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dalla media nazionale 509
V.2.3. Relazioni conclusive 517

PARTE SESTA: INDICAZIONI GENERALI

VI.1. PIANO DI AZIONE NAZIONALE E PIANI DI AZIONE REGIONALI 565

VI.1.1. Sintesi delle principali caratteristiche e contenuti del Piano d'Azione Nazionale Antidroga (approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 29 ottobre 2010) 565

VI.2. RASSEGNA ICONOGRAFICA DI MATERIALI PRODOTTI DAL DPA E ATTIVITA' COLLEGATE 571

VI.2.1. Masterplan progetti e network 571
VI.2.2. Campagne informative di prevenzione 577
VI.2.3. Linee di indirizzo 584
VI.2.4. Pubblicazioni 585
VI.2.5. Siti e accessi 588

Direzione e Coordinamento tecnico scientifico:
Giovanni Serpelloni, Elisabetta Simeoni, Luciana Saccone

Coordinamento e supervisione elaborazioni statistiche:
Bruno Genetti, Roberto Mollica

Elaborazioni dati, rapporti tecnici e contributi scientifici:
Renzo Bagnati, Nadia Balestra, Angela Binetti, Ilaria Bulla, Iulia Alexandra Carpignano, Lorenza Cretarola, Luigi D'Onofrio, Carlo De Luca, Angelina De Simone, Leila Fabiani, Roberto Fanelli, Maurizio Gomma, Carlo Locatelli, Teodora Macchia, Francesca Marazzi, Daniela Morrone, Raimondo Maria Pavarin, Sonia Principe, Claudia Rimondo, Carla Rossi, Catia Seri, Lorenzo Tomasini, Federica Vigna-Taglianti, Silvia Zanone, Elena Zappalorti, Monica Zermiani.

Gruppo di revisione editoriale
Gianluca Amico, Fiorella Calò, Anna Maria Fanfarillo, Cinzia Grassi, Giulia Marino, Roberta Tito, Luisa Vecchiocattivi

Fonti dati e collaborazioni:
Ministero dell'Interno:

- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per la Polizia Stradale
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga
- Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale della Polizia Criminale
- 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

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 Prevenzione e Comunicazione – Direzione Generale Prevenzione Sanitaria – Ufficio II e VII
- Dipartimento Qualità – Direzione Generale Programmazione Sanitaria – Ufficio VI.
- Dipartimento Qualità – Direzione Generale Sistema Informativo

- Dipartimento dell'Innovazione – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca:
- Dipartimento Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Ministero dell'Economia e delle Finanze:
- Comando Generale della Guardia di Finanza

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

Istituto Superiore Sanità:
- Dipartimento del Farmaco – Sostanze Stupefacenti e Psicotrope
- Dipartimento del Farmaco - Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
- Dipartimento Ambiente e Connessa Prevenzione Primaria - Centro Sicurezza Stradale
- Dipartimento di malattie infettive, parassitarie ed immunomediate

Assessorati Sanità e Servizi Sociali delle Regioni e Province Autonome

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

CNR – Consiglio Nazionale delle Ricerche – Istituto sull'Inquinamento Atmosferico

Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica - Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Grafica di copertina e styling: Riccardo de Conciliis

Giugno 2011

Parte Prima

Dimensione del fenomeno

CAPITOLO I.1.

CONSUMO DI DROGA

I.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale (approfondimenti studio GPS – ITA 2010)

I.1.1.1. Sintesi sui consumi e confronti con altre realtà locali

I.1.1.2. Attitudine al rischio e percezione della pericolosità nell'uso di sostanze stupefacenti e

I.1.1.3. Policonsumo nella fascia d'età 15-64

I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani (studio SPS – ITA 2011)

I.1.2.1. Metodologia

I.1.2.2. Sintesi sui consumi

I.1.2.3. Consumi di eroina

I.1.2.4. Consumi di cocaina

I.1.2.5. Consumi di cannabis

I.1.2.6. Consumi di stimolanti

I.1.2.7. Consumi di allucinogeni

I.1.2.8. Policonsumo nella fascia di età 15-19 anni

I.1.2.9. Consumo di alcol

I.1.2.10. Approfondimento studenti over 19 anni

I.1.3. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (DTLR)

I.1.3.1 Introduzione

I.1.3.2 Risultati

I.1.3.3 I costi del Drug Test

I.1.3.4 Dati delle Forze Armate

I.1.4. Confronto tra studi di popolazione generale e indagini nelle acque reflue e nell'atmosfera

I.1.5.1. Progetto AquaDrugs

I.1.5.2. Progetto AriaDrugs

I.1.5.3. Analisi di coerenza tra gli studi

I.1. CONSUMO DI DROGA

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

Il monitoraggio del fenomeno legato al consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali in Europa 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 politiche 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.
La ricerca dei fenomeni legati agli stupefacenti rientra nei piani strategici o nei piani d'azione nazionali sulle droghe di 20 dei 27 paesi che hanno trasmesso dati al riguardo, come argomento a sé oppure come contributo fondamentale alle politiche basate sull'esperienza. In 15 dei 27 paesi in esame esistono strutture che si occupano del coordinamento della ricerca sugli stupefacenti a livello nazionale.

Consumo di sostanze: studio biennale sulla popolazione generale (GPS)

In Italia lo studio di popolazione generale sul consumo di stupefacenti (GPS) è stato avviato nel 2001 con continuità e periodicità biennale ed il confronto dei risultati emersi in questi ultimi 7 anni ha permesso di analizzare se e come si sono modificate le abitudini di utilizzo di sostanze psicoattive legali ed illegali, fornendo interessanti ed utili indicazioni anche nel contesto dinamico dell'evoluzione del fenomeno negli altri Stati membri EU.

Limiti metodologici e basso tasso di risposta

I noti limiti strutturali di queste metodologie di studio caratterizzati da esigui livelli di adesione alle indagini, con le conseguenti problematicità in termini di significatività delle informazioni raccolte, pongono tuttavia un'attenta riflessione di carattere metodologico orientando l'attenzione a nuovi percorsi informativi alternativi ed integrativi agli studi di popolazione, al fine di pervenire ad un profilo conoscitivo più aderente possibile alla situazione reale.

Attivazione di nuove metodologie multi osservazionali complementari

A tal proposito il Dipartimento per le Politiche Antidroga, oltre alle tradizionali indagini di popolazione, nel 2010 ha avviato due studi innovativi presso otto città dislocate su tutto il territorio nazionale, il primo dei quali utilizza l'analisi microbiologica delle acque reflue nei bacini idrici per la rilevazione del consumo di sostanze stupefacenti.

Analisi acque reflue

Nel secondo studio, è stata sperimentata anche una metodologia per la misura della presenza di sostanze stupefacenti nell'aria, che analogamente all'analisi delle acque reflue, non consente la stima diretta della prevalenza di consumo, ma fornisce indicazioni sulle quantità di sostanze presenti.

Analisi micropolveri aeree

I.1.1. Consumo di droga nella popolazione generale (approfondimenti studio GPS-ITA 2010)

Indagini di popolazione 15-64 anni

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale GPS-ITA 2010 (General Population Survey) promossa dal Dipartimento per le Politiche Antidroga e realizzata nel 2010 in collaborazione con l'International Training Center di Torino.
I risultati emersi nell'ambito della realizzazione di altri studi effettuati a livello locale nello stesso periodo e nel primo trimestre 2011, sono stati confrontati con l'andamento del fenomeno osservato a livello nazionale e presentati nel Paragrafo I.1.1.1.. Nei paragrafi successivi sono riportati ulteriori approfondimenti condotti sulle informazioni rilevate nello studio di popolazione (percezione della pericolosità e attitudine al rischio, età inizio assunzione sostanze e poliassunzione).

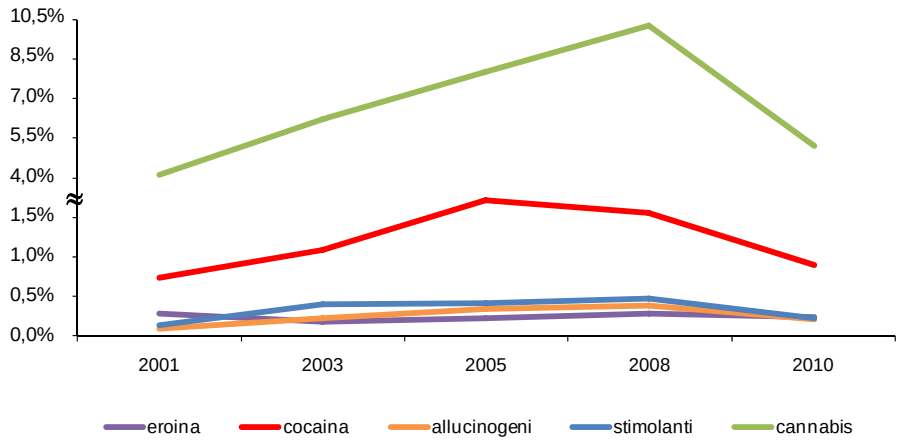
I.1.1.1 Sintesi sui consumi e confronti con altre realtà locali

Indagine GPS – ITA 2010

I risultati dello studio di popolazione generale 15-64 anni condotto nel 2010, come già presentato nella precedente edizione della relazione, evidenziano una generale contrazione dei consumi delle sostanze stupefacenti, avvalorata anche dai risultati dell'indagine sul consumo di sostanze psicotrope tra gli studenti 15-19 anni, e da altri studi realizzati a livello locale.

Diminuzione globale del consumo nella popolazione generale

Figura I.1.1: Consumo di sostanza stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2001-2010



Fonte: Elaborazione su dati IPSAD Italia 2001 – 2008, e dati GPS-ITA 2010

Tabella I.1.1: Prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anno 2010

Sostanza	Prevalenza 2008	Prevalenza 2010	Differenza 2008-2010	Differenza % 2008-2010
Eroina	0,39%	0,25%	-0,14 punti %	-35,9%
Cocaina	2,1%	0,9%	-1,2 punti %	-57,1%
Cannabis	14,3%	5,2%	-9,1 punti %	-63,6%
Stimolanti	0,74%	0,22%	-0,52 punti %	-70,3%
Allucinogeni	0,65%	0,22%	-0,43 punti %	-66,2%

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Risultati dell'indagine indipendente locale svolta a Milano nel 2010

Indagine locale a Milano: dal 2007 al 2010 calo dei consumatori

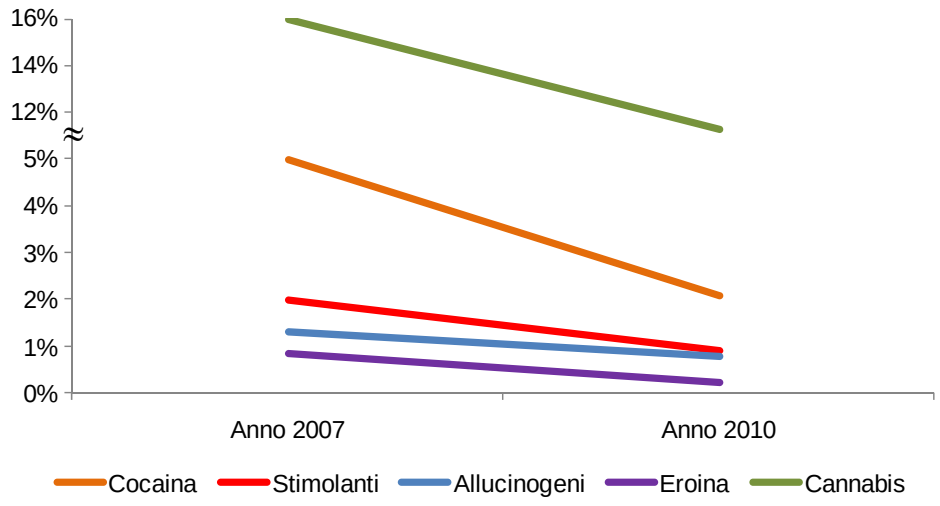
Nel mese di febbraio 2011 sono stati presentati i risultati di un'indagine di popolazione svolta a Milano nel corso del 2010, da parte del Dipartimento Dipendenze della ASL di Milano, e condotta secondo i criteri del EMCDDA. Questa indagine è stata riproposta per la terza volta nel territorio di competenza della ASL: già in precedenza (2004 e 2007) erano state condotte indagini che hanno mantenuto la stessa modalità di rilevazione di quella attuale (interviste face-to-face), e l'ultima rilevazione ha evidenziato un calo dei consumi nella popolazione indagata, che è in linea con l'indagine GPS Italia anch'essa eseguita nel 2010 a livello nazionale.
Dai risultati dell'indagine di Milano è stato stimato che quasi 300.000 persone di età compresa tra 15 e 64 anni hanno consumato almeno una sostanza stupefacente nel corso della vita. In particolare, rispetto al 2007, è stato osservato un calo dei soggetti che hanno dichiarato il consumo di almeno una sostanza negli ultimi 12 mesi: questa percentuale è passata dal 20.6% del 2007 al 14.9% del 2010 (-27.7% tra i due anni).
Per tutte le sostanze indagate nella popolazione milanese è stato rilevato un drastico calo dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni. Questi risultati confermano quanto emerso dall'indagine GPS-ITA condotta a livello nazionale nel 2010.

Tabella I.1.2: Prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale 15-64 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi) - Milano. Anno 2010 – Confronto con indagine nazionale GPS-ITA

Sostanza	Prevalenza 2007 Milano	Prevalenza 2010 Milano	Differenza 2007-2010 Milano	Differenza % 2007-2010 Milano	Differenza % 2008-2010 GPS-ITA
Eroina	0,85%	0,23%	-0,62 punti %	-72,9%	-35,9%
Cocaina	5.0%	2.1%	-2,9 punti %	-58.0%	-57,1%
Cannabis	16.0%	11.3%	-4.7 punti %	-29.4%	-63,6%
Stimolanti	2.0%	0.9%	-1.1 punti %	-55.0%	-70,3%
Allucinogeni	1.3%	0.8%	-0,5 punti %	-38.5%	-66,2%

Fonte: ASL Città di Milano

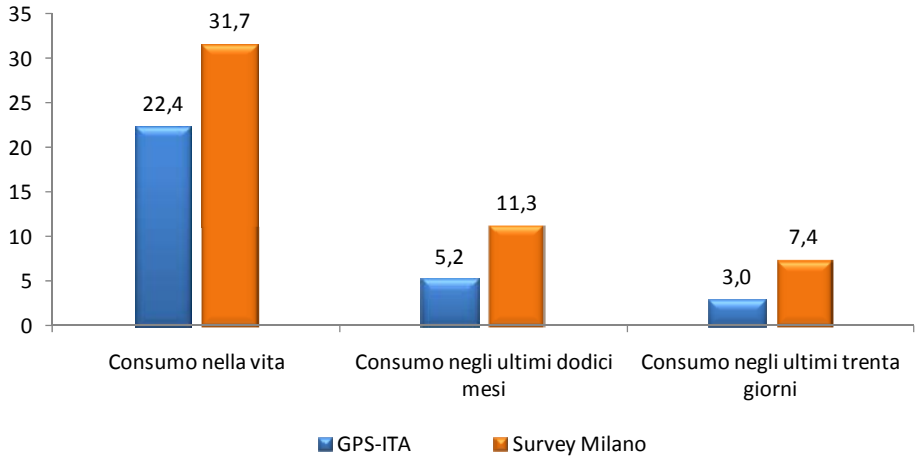
Figura I.1.2: Consumo di **sostanze stupefacenti** nella popolazione generale 15-64 anni. Survey Milano – Anni 2007 e 2010



Fonte: ASL Città di Milano

Figura I.1.3: Consumo di **cannabis** nella popolazione generale 15-64 anni. Confronto Survey Milano – GPS-ITA. Anno 2010

Maggior consumo di cannabis rispetto al dato nazionale



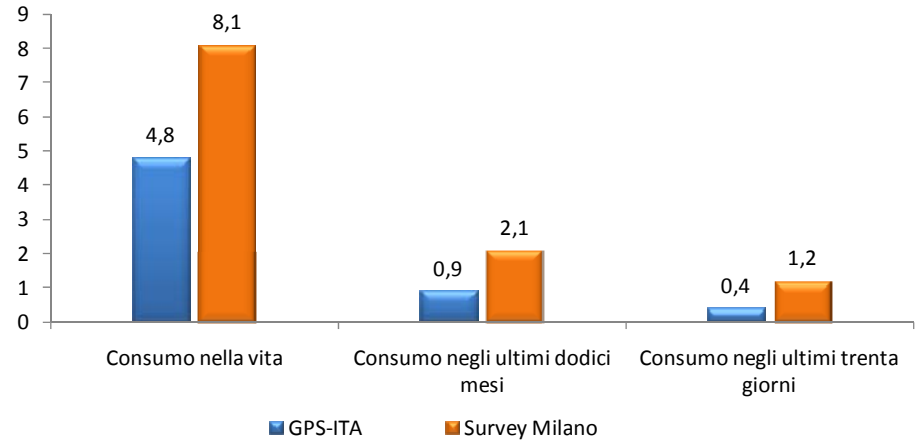
Fonte: ASL Città di Milano

Il confronto delle differenze percentuali delle indagini di Milano (2007-2010) e quella delle indagini nazionali GPS-ITA (2008-2010) mostrano evidenti diminuzioni della popolazione che ha dichiarato un consumo negli ultimi 12 mesi: i valori per la cocaina appaiono del tutto sovrapponibili, mentre per le altre sostanze il calo è più contenuto a Milano rispetto al dato nazionale.
Le prevalenze assolute stimate rimangono più alte a Milano rispetto al dato nazionale.

L'indagine di Milano riporta un'esperienza di consumo di cannabis nella vita per il 31,7% della popolazione (+9,3% rispetto al dato nazionale), e valori più che doppi delle prevalenze nazionali per i consumi degli ultimi dodici mesi e degli ultimi trenta giorni.

Figura I.1.4: Consumo di **cocaina** nella popolazione generale 15-64 anni. Confronto Survey Milano – GPS-ITA. Anno 2010

Consumo di cocaina doppio rispetto al dato nazionale

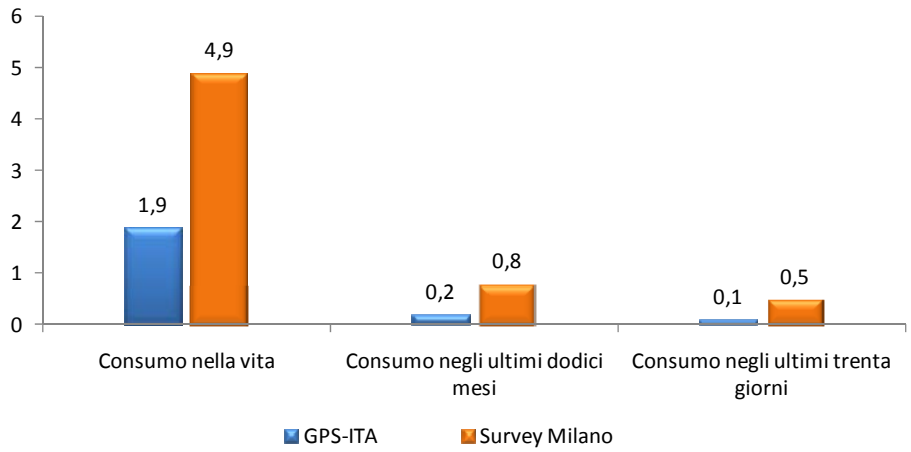


Fonte: ASL Città di Milano

Per la cocaina i milanesi mostrano consumi nella vita e negli ultimi dodici mesi prossimi al doppio del dato nazionale: le stime percentuali raggiungono il triplo per il consumo negli ultimi trenta giorni.

Figura I.1.5: Consumo di **allucinogeni** nella popolazione generale 15-64 anni. Confronto Survey Milano – GPS-ITA. Anno 2010

Consumo di allucinogeni maggiore di circa 4 volte rispetto al dato nazionale

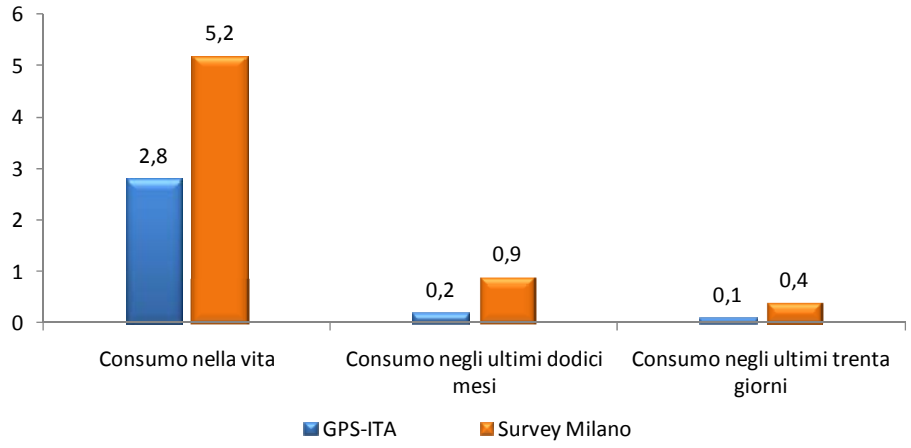


Fonte: ASL Città di Milano

Gli allucinogeni mostrano un dato costantemente maggiore a Milano rispetto alla rilevazione nazionale, anche se le percentuali dei consumi recenti (ultimo anno) e correnti (ultimo mese) sono al di sotto dell'1%.

Figura I.1.6: Consumo di **stimolanti** nella popolazione generale 15-64 anni. Confronto Survey Milano – GPS-ITA. Anno 2010

Maggiore uso di stimolanti rispetto al dato nazionale

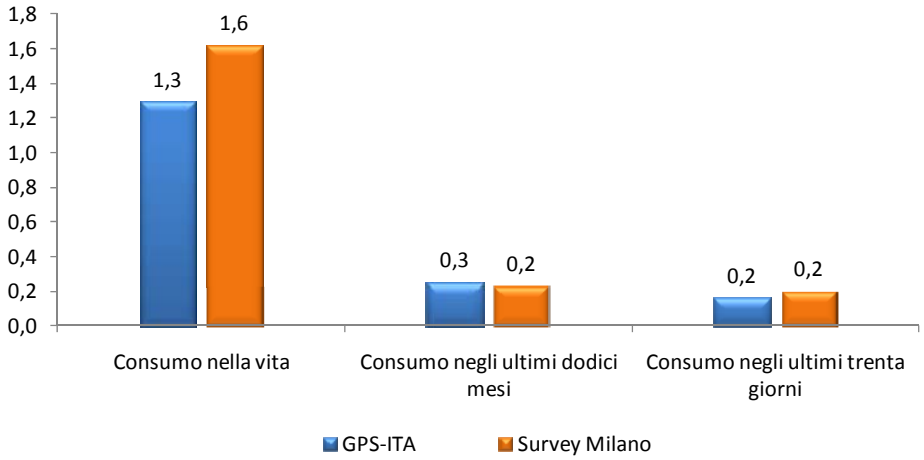


Fonte: ASL Città di Milano

Come per gli allucinogeni, anche gli stimolanti hanno valori maggiori a Milano ma percentuali di consumo recente e corrente basse.

Figura I.1.7: Consumo di **eroina** nella popolazione generale 15-64 anni. Confronto Survey Milano – GPS-ITA. Anno 2010

Consumo di eroina simile a d quello del dato nazionale



Fonte: ASL Città di Milano

I consumi di eroina, che rispetto alle altre sostanze indagate assumono valori tendenzialmente più bassi sia livello nazionale che locale, risultano modestamente più alti a Milano in riferimento al consumo nella vita e negli ultimi 30 giorni, ma di poco maggiori a livello nazionale per gli ultimi 12 mesi.

Come già osservato in analoghi confronti condotti nel 2007, i consumi risultano largamente più alti a Milano rispetto a quanto rilevato a livello nazionale; nel corso del 2010 le prevalenze calano in modo significativo rispetto alla precedente rilevazione del 2007. Se per l'indagine nazionale il riscontro di una marcata diminuzione dei consumi poteva essere anche distorta dalla metodologia di campionamento e rispondenza, il dato milanese, rilevato con la stessa metodologia adottata localmente nel 2007, conferma che i consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione generale sono in forte calo.
In controtendenza il consumo di alcolici, che risulta anch'esso in diminuzione a Milano rispetto all'incremento osservato in Italia, anche se nella metropoli i casi di ubriacature nell'ultimo mese non hanno subito riduzioni tra il 2007 e il 2010.

Analisi delle acque reflue

Metaboliti nelle acque reflue

A supporto delle indagini epidemiologiche nazionali effettuate mediante questionari nel 2010, sono state programmate anche analisi tossicologiche delle acque reflue afferenti ad undici città in Italia, mediante lo specifico progetto "Aquadrugs". Relativamente alle sole acque afferenti al depuratore di Nosedo, (provincia di Milano) e relativo ad un bacino di popolazione di circa 1.250.000 abitanti, esistono già dei dati preliminari
Tale punto di prelievo fa parte del campione delle undici città selezionate (Bari, Bologna, Cagliari, Cosenza, Firenze, Milano, Napoli, Palermo, Roma, Torina, e Verona) nelle quali è attualmente ancora in atto la fase di rilevazione. Sono però disponibili alcuni dati preliminari relativi al primo semestre 2011 per l'area di Milano. Tali dati andranno consolidati successivamente anche alla luce di un confronto con le altre 10 città ancora in esame.
Va precisato che il metodo condotto per l'analisi tossicologica delle acque reflue, riferendosi a rilevazioni multiple nell'ambito di uno o più periodi di osservazione, prevede l'elaborazione di un valore medio di concentrazione dei etabolici rilevati 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 indagati.

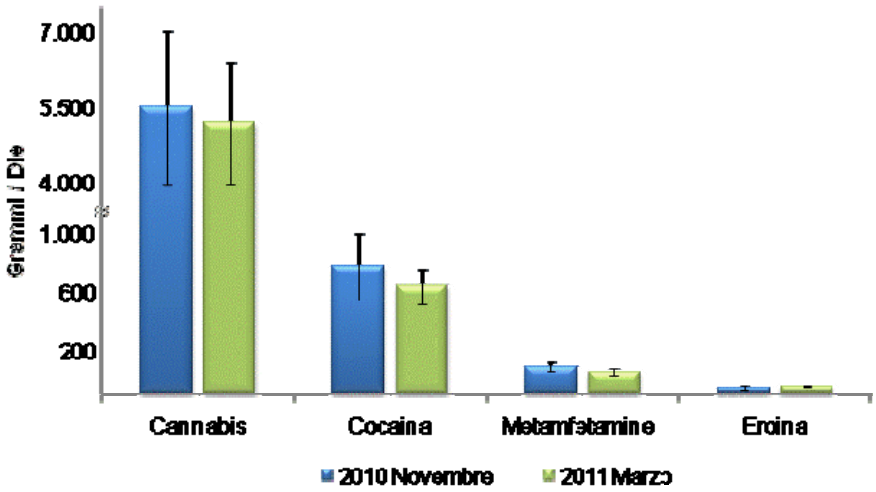
Figura I.1.8: Città campione progetto "Aquadrugs" 2011-2012



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.9: Quantità di sostanze stupefacenti (grammi per giorno) rilevate a Milano nei mesi di novembre 2010 e marzo 2011

Contrazione dei consumi negli ultimi sei mesi



Fonte:Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Tendenza alla contrazione dei consumi di cocaina nell'ultimo semestre

Le concentrazioni di metaboliti della cocaina rilevati nelle acque reflue e ricondotte alla quantità di cocaina consumata dalla popolazione afferente al depuratore di Nosedo, tra il periodo novembre 2010 e marzo 2011 evidenzia una tendenza alla contrazione dei consumi di questa sostanza.

Tendenza alla diminuzione dei consumi di cannabis da novembre 2010 a marzo 2011

Il consumo di cannabis diminuisce dal 2005 a marzo 2009, evidenziando nel periodo successivo un andamento oscillante, tendente al rialzo dal secondo semestre 2010, sebbene associato ad una maggiore variabilità delle concentrazioni rilevate in tale periodo, e comunque in tendenziale contrazione nel 2011.

Sostanziale stabilità dei consumi di eroina nel 2010 e inizio 2011

Analogamente al consumo di cocaina, anche per l'eroina le concentrazioni di metaboliti rilevati nelle acque reflue evidenziano una contrazione dei consumi dal 2009, che tende a stabilizzarsi sebbene con una certa variabilità, non apprezzabile in termini di significatività statistica.

Sostanziale stabilità dei consumi di metamfetamine nel 2010 e inizio 2011

Il consumo di metamfetamine, notoriamente più elevato nel capoluogo lombardo rispetto alla media nazionale, anche in relazione alla collocazione geografica strategica per il traffico proveniente dal nord Europa. e comunque molto inferiore ai consumi di cocaina e cannabis, evidenzia un andamento crescente dal 2005 al 2010. Nell'ultimo semestre (novembre 2010 – marzo 2011), tuttavia, si osserva una contrazione dei consumi simili a quelli osservati nel primo semestre 2010, denotando una tendenziale oscillazione attorno ad un valore medio, che potrebbe preludere all'inizio di una fase di stabilità dei consumi. Da segnalare per questo gruppo si sostanze che la sottoclasse "ecstasy" presenta un aumento della variabilità.

I.1.1.2 Attitudine al rischio e percezione della pericolosità nell'uso di sostanze stupefacenti

Rilevazione dell'attitudine al rischio

Nell'indagine di popolazione generale (15-64 anni) condotta in Italia nel 2010, è stato inserito, anche, uno strumento per la valutazione dell'attitudine al rischio dei rispondenti (scala di misura di Zuckerman[1]), con l'obiettivo di valutare la tendenza di un soggetto a ricercare situazioni ad elevato stimolo emotivo che comportano una condizione di rischio e pericolo. La scala di Zuckerman è un test psicologico, composto da 13 items, ognuno dei quali contiene due affermazioni; il soggetto intervistato deve indicare quale delle due affermazioni descrive meglio le sue caratteristiche e le sue preferenze. Una volta completato il questionario, il punteggio finale che descrive l'attitudine al rischio viene sintetizzato in cinque categorie: molto basso, basso, medio, alto e molto alto.

In generale, per entrambi i generi, i consumatori di ogni fascia d'età manifestano un'attitudine al rischio mediamente maggiore rispetto ai non consumatori, che tende a diminuire con l'aumentare dell'età dei rispondenti (Tabella I.1.3).

Tabella I.1.3: Punteggio medio della scala di Zuckerman tra i consumatori e i non consumatori, per genere ed età

Attitudine al rischio	Consumatori			Non consumatori			Δ % TOT	Totale		
	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F	TOT
15-18	7,5	7,0	7,2	6,1	6,1	6,1	-15,9	6,3	6,2	6,2
19-24	6,6	6,5	6,6	5,7	5,1	5,3	-19,1	6,1	5,5	5,8
25-34	5,9	5,6	5,7	4,6	4,3	4,4	-22,6	5,1	4,7	4,9
35-64	5,5	4,9	5,3	4,1	3,5	3,8	-28,9	4,5	3,7	4,0
Totale	5,8	5,5	5,6	4,4	3,9	4,1	-27,4	4,8	4,2	4,5

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggiore attitudine al rischio tra i consumatori e nelle fasce di età più giovani

Sia per i consumatori che per i non consumatori, i soggetti di genere maschile si dimostrano inclini al rischio in misura maggiore rispetto al genere femminile. È interessante notare che, tra chi afferma di aver consumato cocaina almeno una volta nella vita, questa differenza tra i generi non si osserva, in quanto le consumatrici di 19-24 anni sembrano essere più inclini al rischio rispetto ai coetanei di genere maschile (Tabella I.1.4). Lo stesso accade per l'eroina, per la quale le consumatrici di età compresa tra i 19 e i 24 anni, hanno un'attitudine al

[1] Zuckerman M. La ricerca di forti sensazioni, Psicologia Contemporanea, n.59, settembre/ottobre 1983.

rischio maggiore ai coetanei di genere maschile (6,2 maschi e 8,4 femmine).

Tabella I.1.4: Punteggio medio della scala di Zuckerman tra i consumatori di cannabis, cocaina, eroina ed ecstasy e i non consumatori, per genere ed età

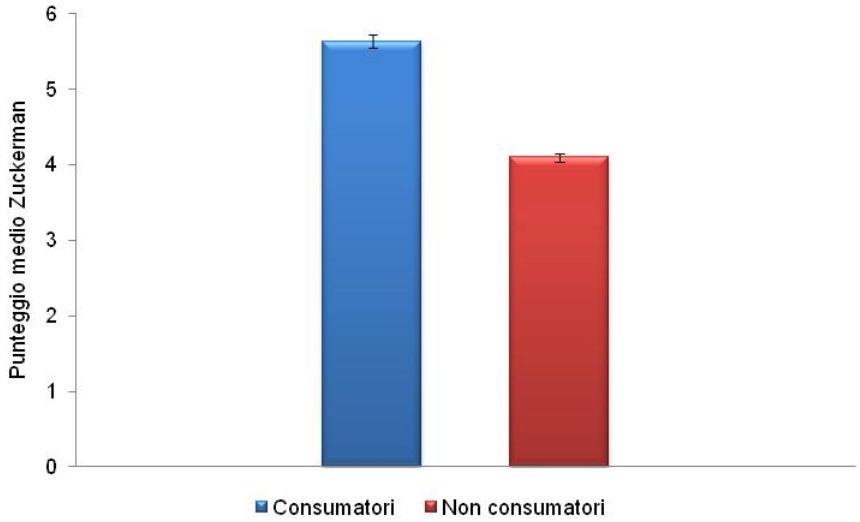
Attitudine al rischio	Consumatori			Non consumatori			Δ % TOT	Totale		
	M	F	TOT	M	F	TOT		M	F	TOT
Cannabis										
15-18	7,4	7,0	7,2	6,1	6,1	6,1	-15,4	6,3	6,2	6,2
19-24	6,7	6,5	6,6	5,7	5,1	5,3	-19,3	6,1	5,5	5,8
25-34	5,9	5,6	5,7	4,6	4,3	4,4	-22,9	5,2	4,7	4,9
35-64	5,7	5,1	5,5	4,1	3,5	3,8	-31,1	4,5	3,7	4,1
Totale	5,9	5,6	5,8	4,4	3,9	4,1	-28,9	4,8	4,2	4,5
Cocaina										
15-18	8,3	7,3	7,7	6,1	6,1	6,1	-21,2	6,3	6,2	6,2
19-24	6,8	7,5	7,1	5,7	5,1	5,3	-25,4	6,1	5,5	5,8
25-34	6,3	6,2	6,2	4,6	4,3	4,4	-28,7	5,2	4,7	4,9
35-64	6,2	5,3	5,9	4,1	3,5	3,8	-36,1	4,5	3,7	4,1
Totale	6,3	5,9	6,1	4,4	3,9	4,1	-33,3	4,8	4,2	4,5
Eroina										
15-18	-	-	-	6,1	6,1	6,1	-	6,3	6,2	6,2
19-24	6,3	8,4	7,1	5,7	5,1	5,3	-24,7	6,1	5,5	5,8
25-34	7,5	7,4	7,4	4,6	4,3	4,4	-40,3	5,2	4,7	4,9
35-64	6,2	4,8	5,6	4,1	3,5	3,8	-33,0	4,5	3,7	4,1
Totale	6,5	5,8	6,2	4,4	3,9	4,1	-34,0	4,8	4,2	4,5
Ecstasy										
15-18	7,0	-	7,0	6,1	6,1	6,1	-13,2	6,3	6,2	6,2
19-24	7,5	7,9	7,6	5,7	5,1	5,3	-30,4	6,1	5,5	5,8
25-34	6,6	5,8	6,3	4,6	4,3	4,4	-29,2	5,5	4,7	4,9
35-64	6,7	5,3	6,2	4,1	3,5	3,8	-39,5	4,5	3,7	4,1
Totale	6,8	6,0	6,5	4,4	3,9	4,1	-36,7	4,8	4,2	4,5

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal confronto complessivo tra consumatori e non consumatori, l'attitudine al rischio misurata con la scala Zuckerman, risulta maggiore per il primo gruppo rispetto ai non consumatori (Figura I.1.10)

Figura I.1.10: Punteggio medio della scala di Zuckerman tra i consumatori di cannabis, cocaina, eroina ed ecstasy e i non consumatori

L'attitudine al rischio è maggiore tra i consumatori di sostanze (punteggio medio 5,6) rispetto ai non consumatori (punteggio medio 4,1)

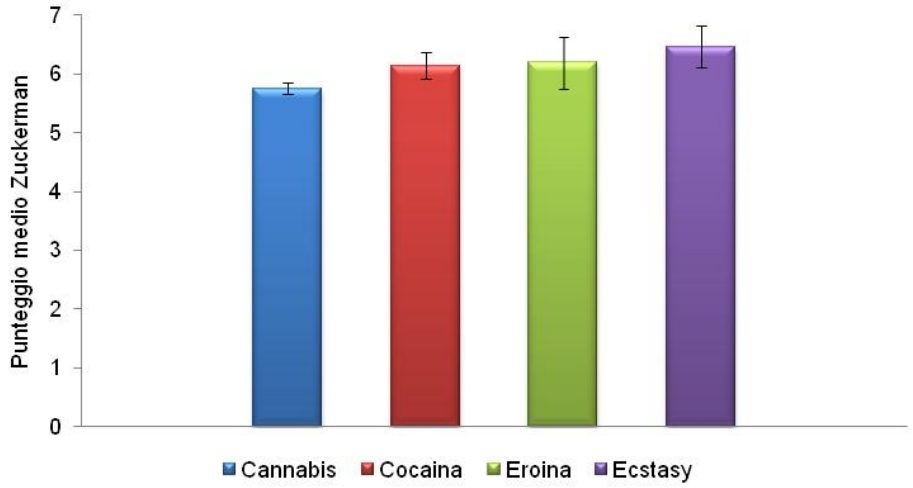


Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

In particolare, coloro che affermano di aver assunto ecstasy almeno una volta nella vita sembrano essere più inclini al rischio rispetto ai soggetti che dichiarano di aver assunto altre sostanze, ed in particolare cannabis (Figura I.1.11).

Figura I.1.11: Punteggio medio della scala di Zuckerman tra i consumatori di cannabis, cocaina, eroina ed ecstasy e i non consumatori

Tra i consumatori l'attitudine al rischio è maggiore per i consumatori di ecstasy (punteggio medio 6,5) e minore per chi usa cannabis (punteggio medio 5,8)



Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Alta percezione della pericolosità delle sostanze

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

Maggiori livelli di percezione tra i non consumatori (95,8%), nelle femmine (93,3%) e per la cocaina (95,0%)

Il confronto della percezione della pericolosità tra le sostanze esaminate (Tabella I.1.5), evidenzia come l'uso di sostanze illecite sia percepito dannoso in misura sensibilmente maggiore tra i non consumatori (95,8%), rispetto ai consumatori (65,1%) ed in percentuale lievemente superiore tra le donne (93,3% vs 90,8%), in linea con i risultati emersi nello studio di popolazione condotto nel biennio 2007/2008. Dal confronto emerge anche che la cocaina risulta la sostanza percepita come più dannosa da entrambi i generi (93,9% maschi e 95,8% femmine), ed in entrambi i gruppi di osservazione (consumatori 69,0%, non consumatori 97,2%), seguita dall'ecstasy e dalla cannabis.

Tabella I.1.5: Alta percezione della pericolosità di assunzione di cannabis, cocaina o ecstasy nella popolazione, per genere

Alta percezione pericolosità	Consumatori			Non consumatori			Δ %	Totale		
	% M	% F	% TOT	% M	% F	% TOT	TOT	% M	% F	% TOT
Cannabis	62,9	66,5	64,6	93,8	94,7	94,3	46,0	85,6	89,4	87,8
Cocaina	69,4	68,5	69,0	97,0	97,4	97,2	40,9	93,9	95,8	95,0
Ecstasy	57,6	68,3	61,8	95,3	96,1	95,8	54,9	92,7	94,7	93,8
Totale	**63,6**	**66,8**	**65,1**	**95,4**	**96,0**	**95,8**	**47,1**	**90,8**	**93,3**	**92,2**

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

In generale, sia nei consumatori che nei non consumatori, la percezione della pericolosità è minore nelle face di età giovanili e cresce con l'aumento dell'età.

La percezione di pericolosità aumenta con l'età

Dall'analisi dettagliata dei dati per genere e fascia di età, emerge infatti, un profilo della percezione della pericolosità legata all'assunzione di cannabis in aumento al crescere dell'età dei consumatori, passando dal 50,0% dei 15-18enni al 68,6% dei soggetti 35-64enni (Tabella I.1.6); per tutte le fasce d'età, sia per i consumatori che per i non consumatori, le donne percepiscono maggiormente dannoso per la salute l'uso di hashish o marijuana, rispetto ai coetanei di genere maschile, in accordo con il profilo conoscitivo emerso dal precedente studio di popolazione.
Come osservato per la cannabis, anche la percezione della pericolosità legata all'assunzione di cocaina cresce all'aumentare dell'età dei rispondenti, sia tra i consumatori della sostanza che tra i non consumatori. Tuttavia, per entrambi i generi, si osserva una diminuzione della percezione della pericolosità di consumo di cocaina nella classe d'età 25-34 anni rispetto alla classe precedente per i consumatori, mentre nei non consumatori questo avviene per i maschi nella fascia d'età 19-24 anni.
La percezione della pericolosità assume un andamento più variabile per la sostanza ecstasy, mantenendo comunque un profilo in aumento al crescere dell'età dei rispondenti.

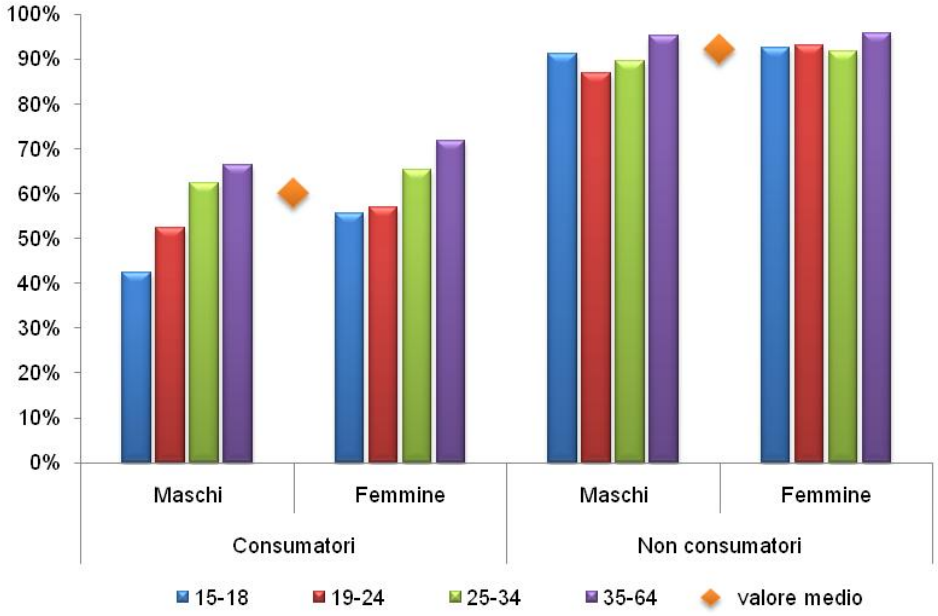
Tabella I.1.6: Alta percezione della pericolosità di assunzione di cannabis, cocaina o ecstasy nella popolazione, per età

Alta percezione pericolosità	Consumatori			Non consumatori			Δ %	Totale		
	% M	% F	% TOT	% M	% F	% TOT	TOT	% M	% F	% TOT
Cannabis										
15-18	42,3	55,6	50,0	91,2	92,5	91,9	83,9	85,9	87,9	87,0
19-24	52,3	56,8	54,8	87,0	93,0	90,9	65,9	72,8	81,5	78,1
25-34	62,4	65,3	64,0	89,7	91,6	91,0	42,1	78,8	83,2	81,6
35-64	66,3	71,9	68,6	95,3	95,7	95,6	39,3	88,7	92,6	90,9
Cocaina										
15-18	0,0	25,0	14,3	95,1	94,5	94,8	563,3	93,2	92,4	92,7
19-24	65,6	76,0	70,2	91,8	96,1	94,6	34,8	88,4	93,3	91,4
25-34	64,9	66,2	65,5	96,0	97,4	97,0	47,9	89,2	94,5	92,5
35-64	73,1	69,8	71,9	97,8	97,7	97,7	360	95,7	96,8	96,3
Ecstasy										
15-18	45,0	0,0	45,0	92,7	92,5	92,6	105,7	91,5	91,6	91,4
19-24	33,3	78,6	51,4	88,2	94,6	92,3	79,6	84,3	91,9	88,9
25-34	59,1	68,4	63,4	94,9	95,5	95,3	50,2	89,5	92,9	91,6
35-64	63,8	63,3	63,6	96,3	96,7	96,5	51,7	94,6	95,9	95,3
Totale										
15-18	41,9	52,5	47,9	93,0	93,2	93,1	94,4	90,2	90,6	90,4
19-24	52,4	59,7	56,2	89,0	94,6	92,6	64,7	81,8	88,9	86,1
25-34	62,5	65,6	64,2	93,5	94,9	94,4	47,0	85,8	90,2	88,6
35-64	67,3	71,3	68,9	96,5	96,7	96,6	40,2	93,0	95,1	94,1

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.12: Alta percezione della pericolosità di assunzione di cannabis nella popolazione, per genere ed età

La percezione della pericolosità è più bassa per la cannabis e maggiore per cocaina ed ecstasy.

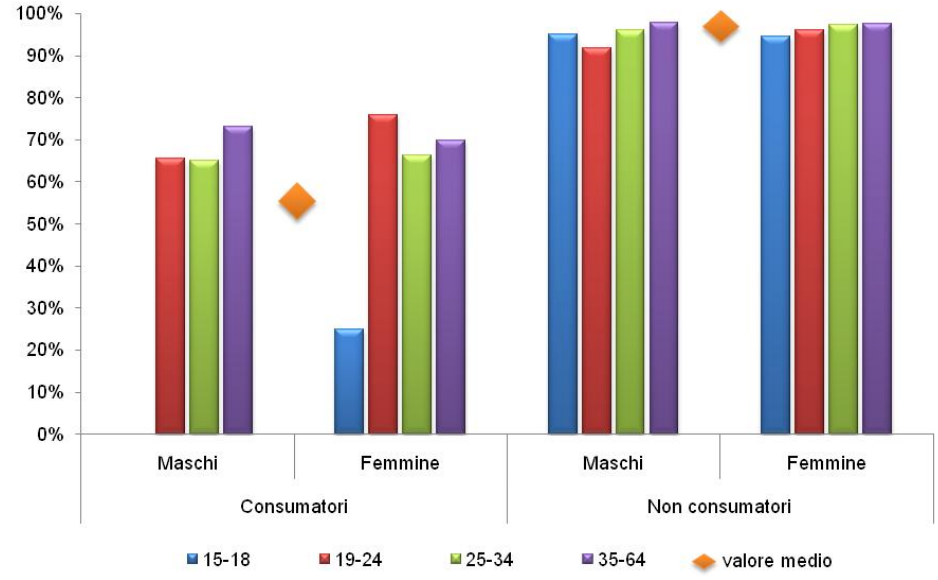


Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Come indicato in precedenza, la percezione della pericolosità risulta maggiore per i non consumatori di sostanze illecite rispetto ai consumatori. In particolare, per la cannabis, mediamente il 59,1% dei consumatori percepisce come altamente pericoloso l'uso della sostanza, contro il 92,0% dei non consumatori (Figura I.1.12).

Il 59,1% dei consumatori di cannabis ha un'elevata percezione del rischio, contro il 92% dei non consumatori

Figura I.1.13: Alta percezione della pericolosità di assunzione di cocaina nella popolazione, per genere ed età



Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analogamente alla percezione della pericolosità per la cannabis, in media il 55,1% dei consumatori di cocaina percepisce altamente pericoloso l'uso della

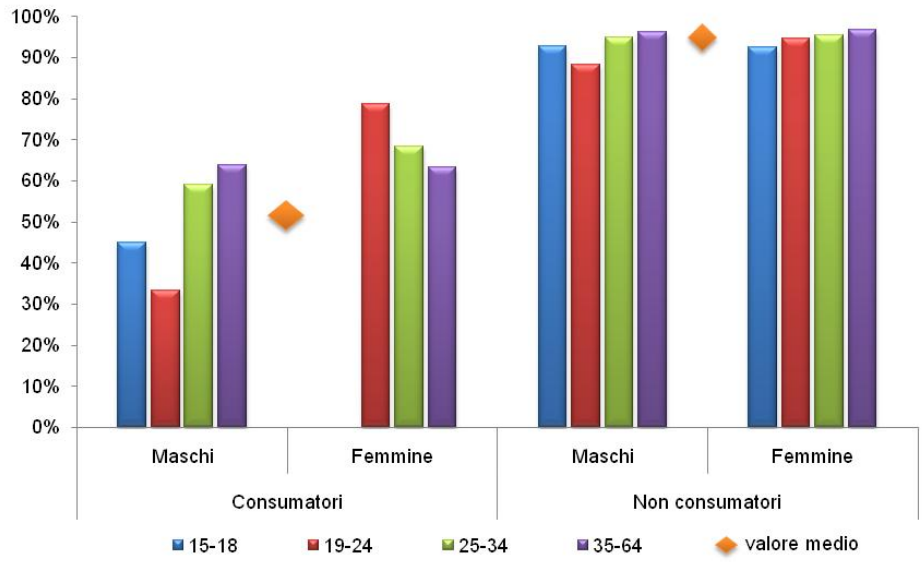
Il 55,1% dei consumatori di

sostanza, a fronte del 95,8% dei non consumatori (Figura I.1.13). Infine, il 51,4% dei consumatori di ecstasy percepisce dannoso per la salute l'uso della sostanza, contro il 93,9% dei non consumatori (Figura I.1.14).

cocaina ha un'elevata percezione del rischio, contro il 95,8% dei non consumatori

Figura I.1.14: Alta percezione della pericolosità di assunzione di ecstasy nella popolazione, per genere ed età

Il 51,4% dei consumatori di ecstasy ha un'elevata percezione del rischio, contro il 93,9% dei non consumatori



Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Di particolare interesse per lo studio è il confronto tra percezione della pericolosità e attitudine al rischio nella popolazione che ha fatto uso di sostanze stupefacenti almeno una volta nella vita e nei non consumatori.
È stata, quindi, verificata l'associazione tra l'attitudine al rischio misurata con la scala di Zuckerman e la percezione della pericolosità di assumere cannabis, cocaina o ecstasy, tra i consumatori di queste sostanze e i non consumatori.

Per le tre sostanze esaminate (cannabis, cocaina ed ecstasy) sembra esserci coerenza tra il punteggio ottenuto nel test di Zuckerman per la definizione dell'attitudine al rischio e la percezione della pericolosità di assunzione delle sostanze una volta o due, sia tra i consumatori che i non consumatori. Infatti, i rispondenti che ritengono non pericoloso l'uso delle sostanze ottengono punteggi medi elevati per l'attitudine al rischio, mentre coloro che si dimostrano meno inclini al rischio (punteggi minori nel test di Zuckerman) ritengono altamente dannoso per la salute il consumo delle tre sostane stupefacenti (Tabella I.1.7 e Figura I.1.15). È interessante evidenziare come i consumatori di ecstasy che ritengono leggermente pericoloso il consumo della sostanza ottengano un punteggio medio nella scala di Zuckerman più elevato rispetto a coloro che reputano non dannoso il consumo della stessa (7,2 vs 6,3).

Tabella I.1.7: Punteggio medio della scala di Zuckerman e opinione sulla pericolosità tra i consumatori di cannabis, cocaina, eroina ed ecstasy e i non consumatori

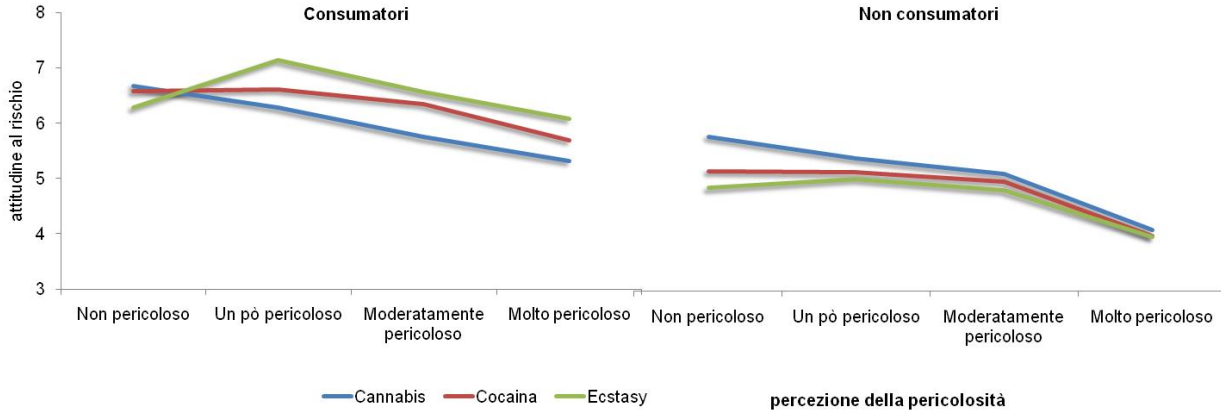
L'alta attitudine al rischio si accompagna ad una bassa percezione del rischio

Attitudine rischio	Consumatori			
	Percezione della pericolosità			
	Non pericoloso	Un po' pericoloso	Moderatamente pericoloso	Molto Pericoloso
Cannabis	6,7	6,3	5,8	5,3
Cocaina	6,6	6,6	6,4	5,7
Ecstasy	6,3	7,2	6,6	6,1

Attitudine rischio	Non consumatori			
	Percezione della pericolosità			
	Non pericoloso	Un po' pericoloso	Moderatamente pericoloso	Molto Pericoloso
Cannabis	5,8	5,4	5,1	4,1
Cocaina	5,2	5,1	5,0	4,0
Ecstasy	4,9	5,0	4,8	4,0

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.15: Punteggio medio ottenuto nella scala di Zuckerman per i consumatori di cannabis, cocaina ed ecstasy secondo l'opinione sulla pericolosità di assumere le sostanze una volta o due



Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.3 Policonsumo nella fascia d'età 15-64

Il 26,9% dei consumatori usa più droghe contemporaneamente

L'analisi riferita al consumo associato di più sostanze, delinea in modo completo il quadro riferito ai consumi di sostanze psicoattive illegali nella popolazione oggetto di studio. Il fenomeno della poliassunzione riguarda in misura maggiore il genere maschile, probabilmente a causa della maggiore inclinazione a mettersi in gioco ed a sperimentare nuove esperienze. Le combinazioni tra le sostanze sono svariate, ma è da sottolineare come i cannabinoidi rappresentino la droga più spesso presente in questi mix.

Tabella I.1.8: Distribuzione dei rispondenti per numero di sostanze assunte negli ultimi trenta giorni per classi d'età

Numero di sostanze assunte	Classi d'età							
	15-24		25-34		35-64		Totale	
	N	%	N	%	N	%	N	%
1	435	59,8	613	69,4	2.658	76,8	3.706	73,1
2	174	23,9	201	22,8	695	20,1	1.070	21,1
3	97	13,3	51	5,8	92	2,7	240	4,7
4	14	1,9	9	1,0	10	0,3	33	0,7
5	4	0,5	6	0,7	2	0,1	12	0,2
6 e più	4	0,5	3	0,3	4	0,1	11	0,2
Totale	**728**	**100,0**	**883**	**100,0**	**3.461**	**100,0**	**5.072**	**100,0**

Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

In Tabella I.1.8 sono riportate le distribuzioni dei rispondenti per numero di sostanze illegali assunte negli ultimi trenta giorni e per fasce d'età.
Il consumo di due o più sostanze psicotrope, di cui almeno una illegale, è stato indicato dall'11% del campione intervistato, con andamento decrescente all'aumentare dell'età (16,5% nei 15-24enni, 12,8% nei 25-34enni e 9,5% nei 35-64enni).

Tabella I.1.9: Distribuzione condizionata del policonsumo (negli ultimi trenta giorni) nella popolazione generale, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina, eroina ed amfetamine

Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Eroina	Cocaina	Amfetamine	Sedativi	Inalanti
Cannabis (3,0)*	73,1	85,4	-	1,7	8,8	0,7	13,3	2,7
Eroina (0,2)*	64,7	82,4	29,4	-	35,3	0,0	29,4	11,8
Cocaina (0,4)*	71,1	89,5	52,6	13,2	-	2,6	18,4	10,5
Amfetamine (0,1)*	28,6	57,1	28,6	0,0	14,3	-	57,1	14,3

(*) Prevalenza della sostanza negli ultimi trenta giorni

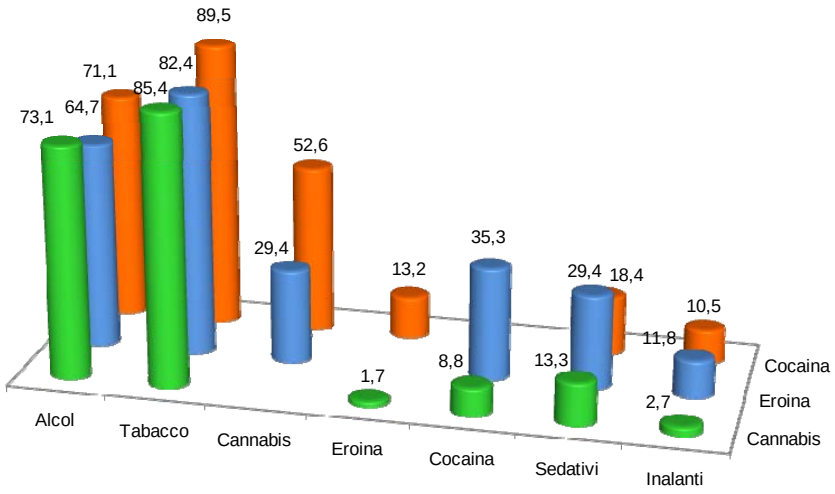
Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

La poliassunzione può essere analizzata osservando l'assunzione concomitante di due sostanze, legali ed illegali, negli ultimi trenta giorni partendo come punto di riferimento da una particolare sostanza.
Ad esempio, per quanto riguarda i consumatori di cannabis, il 73,1% indica anche un consumo associato di alcol e l'85,4% un policonsumo di cannabis e tabacco.

Tra i consumatori di sostanze cocaina, si osserva che l'89,5% associa anche l'uso di tabacco, il 71,1% utilizza alcol ed il 52,6% assume anche cannabis.
Invece tra i consumatori di eroina, l'82,4% assume anche tabacco, il 64,7% associa l'utilizzo di alcol, mentre il 35,3% combina l'assunzione di sostanze stimolanti (Tabella I.1.8 e Figura I.1.16). Infine tra i consumatori di amfetamine, il 57,7% assume anche il tabacco, un altro 57,7% combina anche sedativi ed un 28,6% associa l'utilizzo della cannabis.

Figura I.1.16: Distribuzione condizionata del policonsumo (negli ultimi trenta giorni) nella popolazione generale, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina

Uso di cannabis e policonsumo successivo.

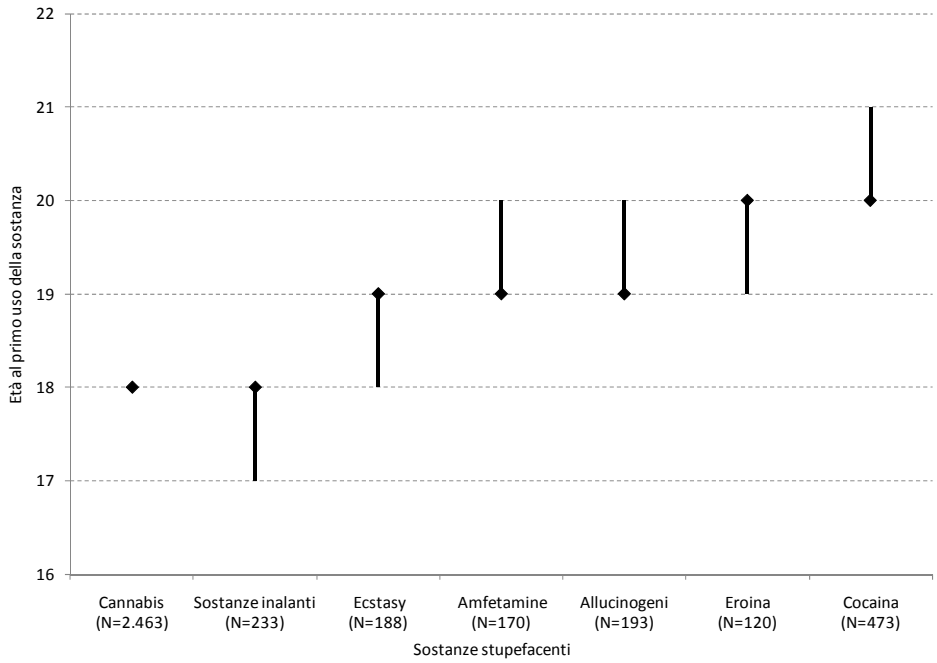


Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.17: Età mediana d'inizio consumo delle sostanze tra i consumatori di cannabis almeno una volta nella vita. Valori mediani e intervalli di confidenza.

Dopo un anno policonsumo di Ecstasy, Anfetamine, Allucinogeni

Dopo 2 anni policonsumo di Eroina e Cocaina



Fonte: Studio GPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Età mediana di inizio uso di cannabis: 18 anni

Come ultimo approfondimento relativo all'età media di inizio assunzione delle sostanze esaminate è stata condotta un'analisi sui soggetti che hanno indicato l'uso di cannabis almeno una volta nella vita e l'eventuale assunzione di altre sostanze nel corso della loro esistenza. Nella Figura I.1.17 sono riportate le età mediane di inizio consumo per ciascuna sostanza riferita. Come si può notare, la sostanza di iniziazione è rappresentata dalla cannabis e talvolta dalle sostanze inalanti, assunte per la prima volta mediamente attorno ai 18 anni. Nei consumatori di cannabis tra i 18 e i 19 anni, avviene mediamente il primo consumo di ecstasy seguito da amfetamine ed allucinogeni. L'eroina e la cocaina sembrano le sostanze assunte per la prima volta in età più tardiva.

I.1.2. Consumo di droga nelle scuole e tra i giovani (studio SPS-ITA)

Indagine su 35.048 giovani studenti

I dati relativi alle prevalenze dei consumi di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale 15-19 anni, sono stati estratti dallo studio SPS Italia (Student Population Survey), condotto su un campione di studenti nel primo semestre 2011 dal Dipartimento per le Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e con il supporto tecnico-scientifico dell'Università degli Studi Tor Vergata di Roma; nella fase di realizzazione dello studio sono stati coinvolti anche i Referenti Regionali per l'Educazione alla Salute. In questo capitolo verranno presentati i risultati preliminari dello studio, relativi a complessivi 35.048 questionari compilati alla data del 17 Maggio 2011. Attraverso l'auto-compilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria aveva lo scopo di monitorare e stimare la quota di studenti di 15-19 anni consumatori di sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo: almeno una volta nella vita, nel corso dell'ultimo anno e nell'ultimo mese. In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio e sul livello di adesione dello studio.

I.1.2.1 Metodologia

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 dagli studenti che frequentano le classi di un intero percorso scolastico.

Tabella I.1.10: Distribuzione del collettivo di scuole secondarie di secondo grado presenti sul territorio nazionale e delle unità di campionamento di primo stadio per regione.

Regione	Totale istituti	Campione di scuole
Abruzzo	151	22
Basilicata	122	19
Calabria	375	33
Campania	701	69
Emilia Romagna	418	34
Friuli Venezia Giulia	148	19
Lazio	540	58
Liguria	155	18
Lombardia	810	69
Marche	191	20
Molise	60	14
Piemonte	399	46
Puglia	627	44
Sardegna	271	29
Sicilia	630	64
Toscana	426	38
Trentino Alto Adige	126	21
Umbria	157	19
Valle d'Aosta	21	9
Veneto	462	41
Totale	**6.790**	**686**

Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

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.
Le variabili considerate per la stratificazione delle unità di primo stadio (Regioni, tipo di istituto scolastico e regime dell'istituto) 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 artistico) risponde all'esigenza di utilizzare un campione rappresentativo della popolazione scolastica per area territoriale nell'ipotesi che le caratteristiche delle diverse zone territoriali e le diverse tipologie di percorso scolastico possano influire sulla prevalenza del consumo di sostanze. Al fine di rappresentare l'intera popolazione di istituti scolastici presenti sul territorio nazionale, quale ulteriore variabile di stratificazione, è stato considerato il regime dell'istituto pubblico o paritario.
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.

Tabella I.1.11: Distribuzione delle unità di primo stadio per regione e tipo di istituto scolastico

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	6	9	5	2	22
Basilicata	7	6	4	2	19
Calabria	17	7	5	4	33
Campania	26	21	20	2	69
Emilia Romagna	11	14	8	1	34
Friuli Venezia Giulia	5	7	5	2	19
Lazio	25	14	15	4	58
Liguria	7	5	4	2	18
Lombardia	26	15	20	8	69
Marche	4	4	7	5	20
Molise	3	5	4	2	14
Piemonte	15	17	9	5	46
Puglia	11	19	10	4	44
Sardegna	10	7	8	4	29
Sicilia	24	20	17	3	64
Toscana	11	14	8	5	38
Trentino Alto Adige	8	6	4	3	21
Umbria	6	6	5	2	19
Valle d'Aosta	3		4	2	9
Veneto	16	14	9	2	41
Totale	**241**	**210**	**171**	**64**	**686**

Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Strumento di indagine

Uso di protocolli europei

Al fine di garantire la raccolta di informazioni confrontabili con gli altri Stati membri dell'EU, lo strumento utilizzato per lo studio è stato predisposto seguendo il protocollo europeo, integrato ed in minima parte modificato al fine di meglio adattare lo strumento alla realtà italiana.

Innovazione telematica

Come per il 2010, la conduzione dell'indagine di popolazione studentesca SPS-ITA 2011 è stata supportata dall'utilizzo della tecnologia informatica. 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.
Al fine di superare alcune difficoltà riscontrate nell'analisi della qualità dei dati rilevati nell'edizione 2010, nel 2011 la struttura del questionario on line è stata rivista ed aggiornata, inserendo delle funzioni di filtro utili ai fini della congruenza interna delle risposte date dagli intervistati. L'attuale questionario prevede 331 domande complessive, articolate in 12 sezioni, che possono ridursi a 130 in caso di non consumo di alcuna sostanza.
Le analisi della congruenza delle risposte hanno dato esito favorevole per quanto riguarda la validazione dei questionari la cui verifica, in questo modo, è molto più rapida e solida. La maggiore affidabilità del sistema garantisce, quindi, una base dati in cui le risposte sono archiviate con una logica interna di qualità superiore rispetto all'edizione 2010 dell'indagine SPS-ITA.

Realizzazione dello studio

61,5% di adesione

Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2011 e alla data del 17 maggio, le scuole aderenti all'iniziativa che avevano concluso la fase di rilevazione ammontavano a 422, pari al 61,5% del campione di scuole pianificato. 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.

Tabella I.1.12: Percentuale di adesione delle scuole allo studio per regione

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	133,3	44,4	100,0	50,0	81,8
Basilicata	57,1	66,7	75,0	0,0	57,9
Calabria	58,8	71,4	40,0	50,0	57,6
Campania	42,3	47,6	60,0	50,0	49,3
Emilia Romagna	100,0	57,1	87,5	100,0	79,4
Friuli Venezia Giulia	100,0	85,7	120,0	50,0	94,7
Lazio	44,0	50,0	53,3	50,0	48,3
Liguria	28,6	80,0	25,0	50,0	44,4
Lombardia	61,5	93,3	55,0	62,5	66,7
Marche	100,0	50,0	57,1	100,0	75,0
Molise	133,3	120,0	100,0	50,0	107,1
Piemonte	66,7	82,4	55,6	60,0	69,6
Puglia	81,8	52,6	80,0	50,0	65,9
Sardegna	40,0	71,4	25,0	50,0	44,8
Sicilia	54,2	45,0	41,2	66,7	48,4
Toscana	45,5	71,4	62,5	20,0	55,3
Trentino Alto Adige	62,5	66,7	125,0	0,0	66,7
Umbria	50,0	50,0	60,0	50,0	52,6
Valle d'Aosta	33,3	0,0	75,0	50,0	55,6
Veneto	56,3	92,9	66,7	0,0	68,3
Totale	**60,2**	**65,7**	**62,6**	**50,0**	**61,5**

Fonte: Studio SPS-ITA 2011– Dipartimento Politiche Antidroga

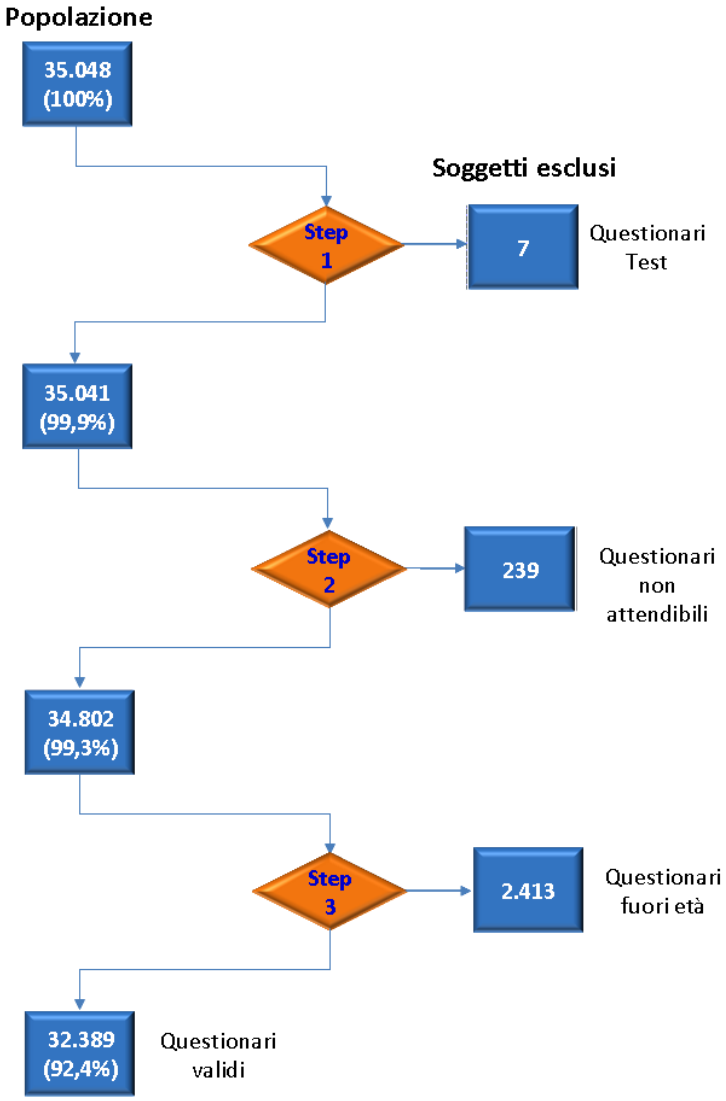
Tabella I.1.13: Distribuzione % di adesione delle scuole sul totale scuole coinvolte, per area geografica e tipo di istituto

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia Nord-occidentale	56,9	86,5	54,1	58,8	64,1
Italia Nord-orientale	75,0	75,6	92,3	25,0	75,7
Italia Centrale	50,0	57,9	57,1	56,3	54,8
Italia Meridionale/Insulare	60,6	56,4	58,9	47,8	57,8
Totale	**60,2**	**65,7**	**62,6**	**50,0**	**61,5**

Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione della percentuale di adesione delle scuole rispetto al campione previsto, secondo il tipo di istituto, evidenzia in alcuni casi, valori superiori a 100%, apparentemente contradditorio con il piano di indagine. Questa situazione si è verificata a seguito della sostituzione di alcune scuole che inizialmente non avevano confermato l'adesione allo studio, non comunicando la propria adesione, quindi sostituite con analoga tipologia di istituto nella regione o nell'area geografica di pertinenza, attingendo dal campione di scuole di "riserva".
In un secondo, queste scuole hanno inviato il modulo di adesione iniziando nel contempo la compilazione dei questionari, sovrapponendosi agli istituti selezionati in loro sostituzione. In altri casi, qualora nel campione di riserva non era presente un istituto della stessa tipologia e stessa regione di quello da sostituire è stata selezionata una scuola della regione limitrofe sempre appartenente alla stessa area geografica.
L'effetto combinato delle situazioni descritte in precedenza ha determinato nei pochi casi indicati in Tabella I.1.13 il superamento della quota di scuole da coinvolgere nello studio secondo il piano di indagine.
Sulle informazioni rilevate durante lo studio, è stata condotta l'analisi della qualità, applicando alcuni criteri di esclusione dalle successive elaborazioni dei questionari ritenuti "non affidabili" sulla base dei criteri indicati nello schema riportato in Figura I.1.28 in cui viene riportato anche il numero di questionari esclusi dalle successive analisi.

Figura I.1.18: Procedura di controllo qualità dei dati



Nella fase iniziale, step 1, sono stati esclusi i "questionari test" compilati in fase preliminare da alcune scuole, a cui non è seguita la realizzazione dell'indagine (7 questionari esclusi dal dataset complessivo).
Ulteriore criterio di esclusione dal dataset finale di questionari ritenuti "non attendibili" (step 2), è stata l'indicazione di assunzione di tutte le sostanze riportate nel quesito sull'uso di sostanze psicotrope o associazione di più sostanze, la cui applicazione ha individuato ulteriori 239 questionari eliminati dall'archivio.
Dei risultanti 34.802 questionari, 2.413 erano riferiti a studenti di età inferiore o superiore all'età oggetto di studio (15-19 anni), esclusi temporaneamente dalle successive elaborazioni, perché trattati separatamente (step 3).

I.1.2.2 Sintesi sui consumi

Alta numerosità campionaria: 32.389 soggetti con età 15-19 anni alla data del 17 maggio 2011

I risultati preliminari dello studio che verranno presentati nei prossimi paragrafi si riferiscono all'analisi delle informazioni raccolte su 32.389 questionari compilati.
L'analisi complessiva dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti e riferiti a studenti di età 15-19 anni nel 2011 conferma la tendenza alla contrazione generale dei consumi già osservata nel 2010 per tutte le sostanze illecite.

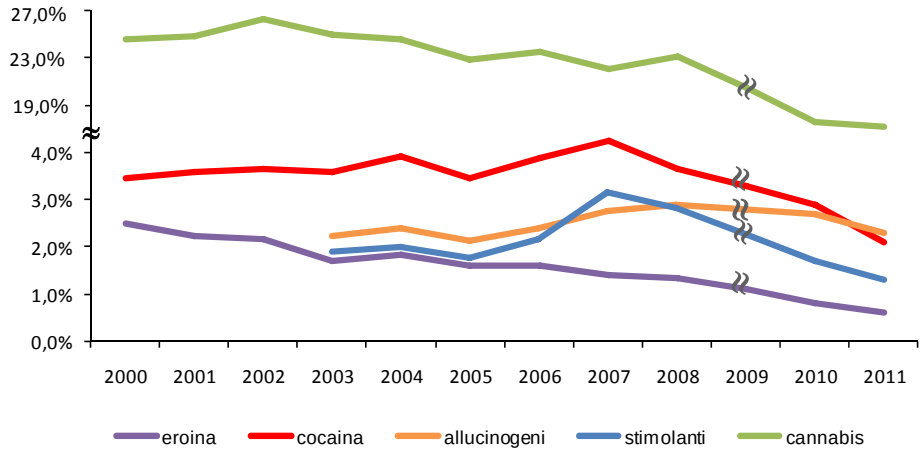
Tabella I.1.14: Prevalenza di consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Anni 2010 e 2011

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2011	Differenza 2010-2011	Differenza % 2010-2011
Eroina	0,8%	0,6%	-0,2 punti %	-25,0%
Cocaina	2,9%	2,1%	-0,8 punti %	-27,6%
Cannabis	18,5%	18,2%	-0,3 punti %	-1,6%
Stimolanti	1,7%	1,3%	-0,4 punti %	-23,5%
Allucinogeni	2,7%	2,3%	-0,4 punti %	-14,8%

Trend in diminuzione per tutti i tipi d'uso di sostanze

Fonte: Studio SPS-ITA 2010 - 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.19: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2011



Si conferma la tendenza al ribasso

Fonte: Elaborazione su dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010 - 2011

Il confronto dei consumi di stupefacenti negli ultimi 11 anni evidenzia una progressiva contrazione dei consumi di eroina e cannabis, a fronte di un lieve aumento dei consumi di cocaina e stimolanti in controtendenza dal 2007. L'assunzione di sostanze allucinogene è cresciuta dal 2005 al 2008, in controtendenza dal 2010.

Si consolida il calo del consumo per tutte le sostanze

Tabella I.1.15: Consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2010

ANNO	Eroina	Cocaina	Cannabis	Stimolanti	Allucinogeni
2000	2,5%	3,4%	25,6%	n.d.	n.d.
2001	2,2%	3,6%	25,9%	n.d.	n.d.
2002	2,1%	3,6%	27,3%	n.d.	n.d.
2003	1,7%	3,6%	25,9%	1,9%	2,2%
2004	1,8%	3,9%	25,5%	2,0%	2,4%
2005	1,6%	3,4%	23,8%	1,8%	2,1%
2006	1,6%	3,9%	24,5%	2,2%	2,4%
2007	1,4%	4,2%	23,0%	3,2%	2,8%
2008	1,3%	3,6%	24,2%	2,8%	2,9%
2010	0,8%	2,9%	18,5%	1,7%	2,7%
2011	0,6%	2,1%	18,2%	1,3%	2,3%

n.d. dato non disponibile

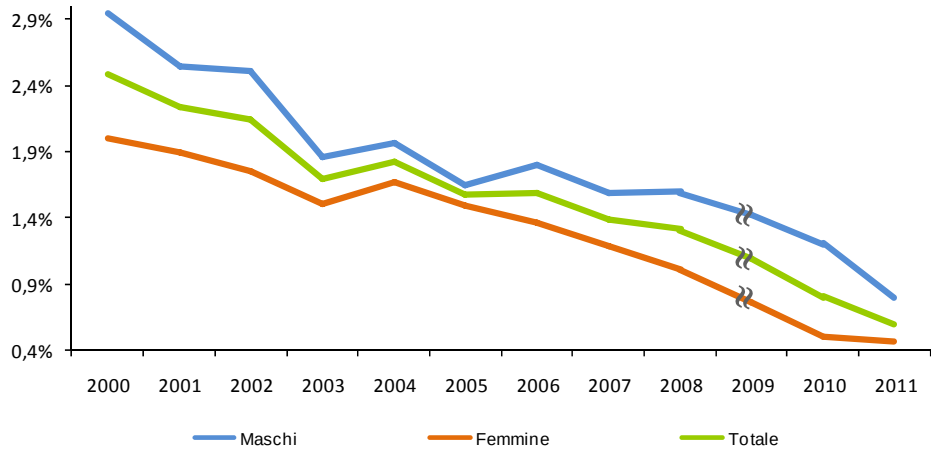
Fonte: Elaborazione su dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010 - 2011

I.1.2.3 Consumi di eroina

SI riconferma il trend in diminuzione dell'uso di eroina

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti contattati negli studi condotti dal 2000 al 2010, la percentuale di studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra in continua diminuzione per le femmine dal 2004, rispetto al trend maschile più accentuato. Nel 2011, si osserva un ulteriore decremento della prevalenza nei maschi, mentre nelle femmine i consumi risultano sostanzialmente stabili sul valore del 2010.

Figura I.1.20: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010 - 2011

Tabella I.1.16: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2010 e 2011

Eroina	Anno		Variazione 2010 vs 2011	
Genere	**2010**	**2011**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	1,2	0,8	-0,4	-33,3
Femmine	0,5	0,5	0	0,0
Totale	**0,8**	**0,6**	**-0,2**	**-25,0**

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

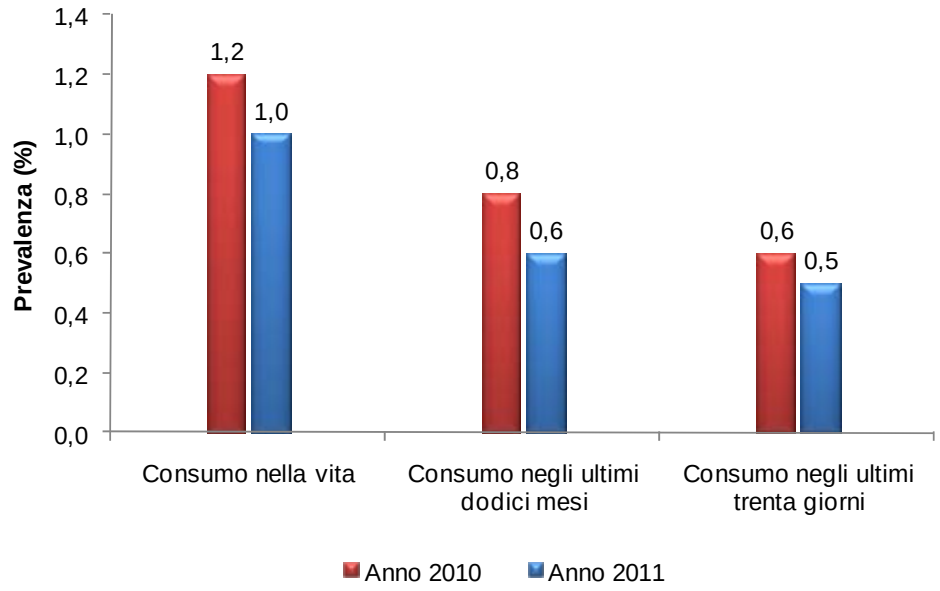
L'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dall'1,0% degli studenti italiani intervistati, mentre lo 0,6% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente l'intervista. Lo 0,5% degli studenti italiani sostiene di aver assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario.

Figura I.1.21: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni). Anni 2010 e 2011

Diminuzione dei consumi di eroina;

Il 99,0% degli studenti non ha mai assunto eroina, mentre l'1,0% ha usato eroina almeno una volta nella vita

Solo lo 0,5% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

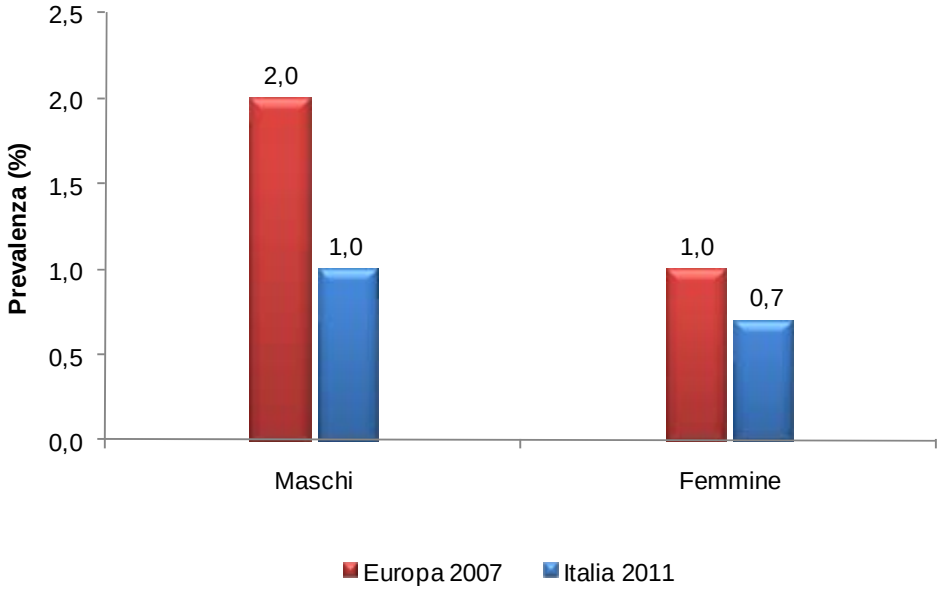


Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Rispetto alla rilevazione del 2010, tutti i valori relativi al consumo di eroina da parte degli studenti italiani, risultano in diminuzione. Il consumo di eroina almeno una volta nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni risulta in diminuzione rispetto ai consumi medi europei osservati nell'ultima edizione dell'indagine ESPAD (2007), con particolare riferimento ai soggetti di genere maschile (1,0% vs 2,0%), e meno evidente rispetto alle coetanee europee (0,7% vs 1,0%).

Minor consumo di eroina degli studenti italiani rispetto agli studenti europei

Figura I.1.22: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita), per genere. Europa 2007, Italia 2011

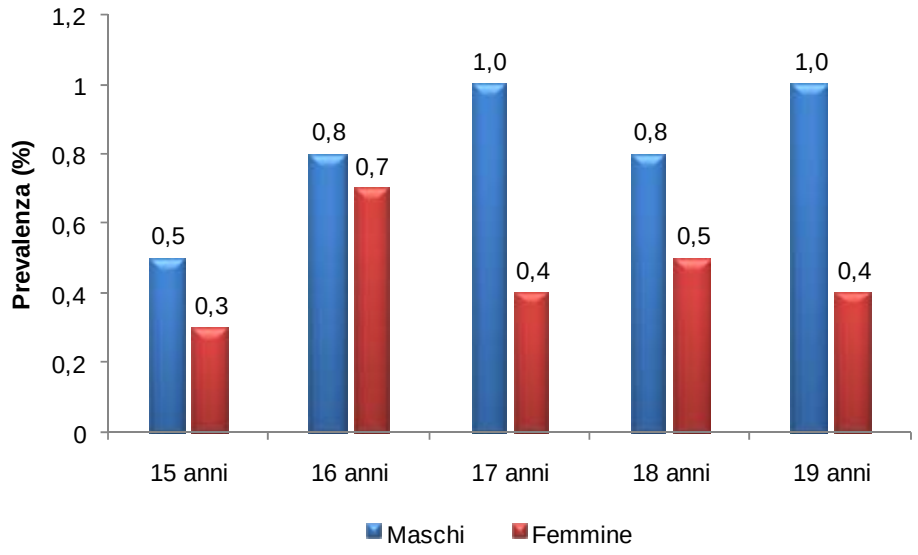


Fonte: Elaborazione su dati ESPAD 2007 e SPS-ITA 2011

Pur osservando un maggiore coinvolgimento dei maschi nel consumo di eroina durante l'anno precedente alla rilevazione, tra gli studenti più giovani di 15-16 anni le differenze di genere risultano inferiori a quelle rilevate tra gli studenti 17-19enni.

Figura I.1.23: Consumo di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Anno 2011

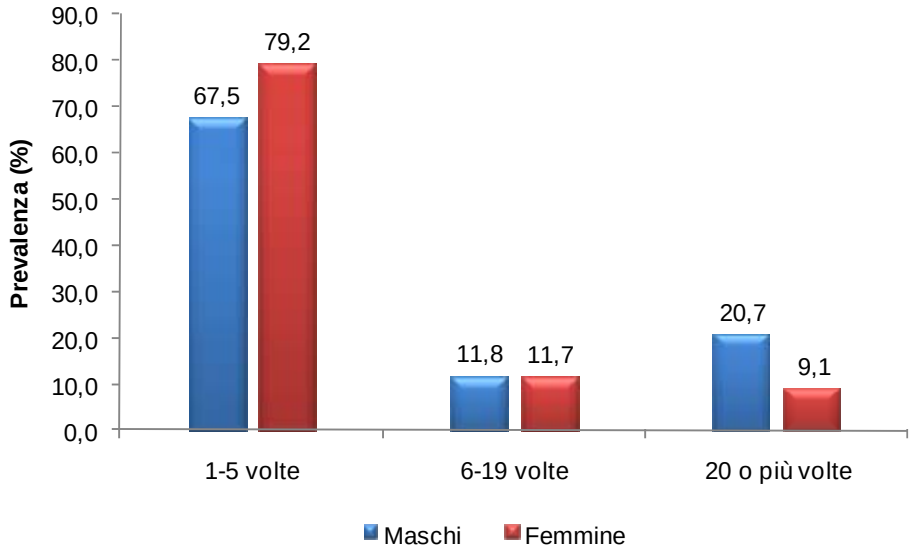
Studenti che consumano eroina: maggior interessamento del genere maschile, alta prevalenza delle femmine tra le sedicenni



Fonte: Elaborazione sui dati SPS-ITA 2011

Nel genere maschile i consumi più elevati si registrano nei 17enni e nei 19enni, nel collettivo femminile, invece, le prevalenze maggiori si osservano in corrispondenza dei 16 anni, a cui fa seguito un progressivo decremento, in particolare tra le 17enni e le 19enni. Per queste due età si osservano, inoltre, i valori più elevati del rapporto delle prevalenze d'uso maschili e femminili, con valori tra le prevalenze, per entrambe le età, pari a 2,5.

Figura I.1.24: Distribuzione della frequenza di consumo fra i consumatori di eroina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

Prevalente il consumo occasionale e riduzione della frequenza d'uso

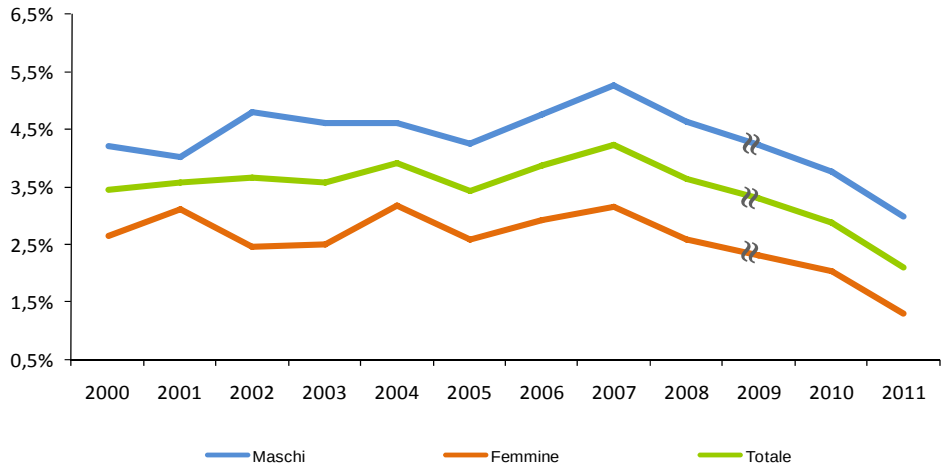
Tra gli studenti che hanno riferito di aver assunto eroina almeno una volta negli ultimi 12 mesi, il consumo più diffuso risulta quello di tipo occasionale (da 1 a 5 volte), soprattutto tra le studentesse (79,2% contro il 67,5% dei maschi). Per il 21% dei maschi ed il 9% delle femmine si è trattato invece di consumare eroina più frequentemente (20 o più volte in 12 mesi). Rispetto al 2010, nel 2011 si assiste ad una sensibile riduzione anche della frequenza di consumo, nel 2010 gli studenti che hanno riferito l'uso di eroina più di 6 volte l'anno erano rispettivamente il 48% dei maschi ed il 41% delle femmine, a fronte rispettivamente del 33% dei maschi e del 22% delle femmine rilevato nel 2011.

I.1.2.4 Consumi di cocaina

Il trend del consumo di cocaina rilevato nel campione intervistato, evidenzia un andamento al ribasso dal 2007, dopo una tendenza all'aumento nel triennio 2005-2007, ed un andamento stabile, sebbene con una certa variabilità nel periodo precedente al 2005.

Figura I.1.25: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 - 2011

Continua la diminuzione dei consumi di cocaina nei giovani



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010 - 2011

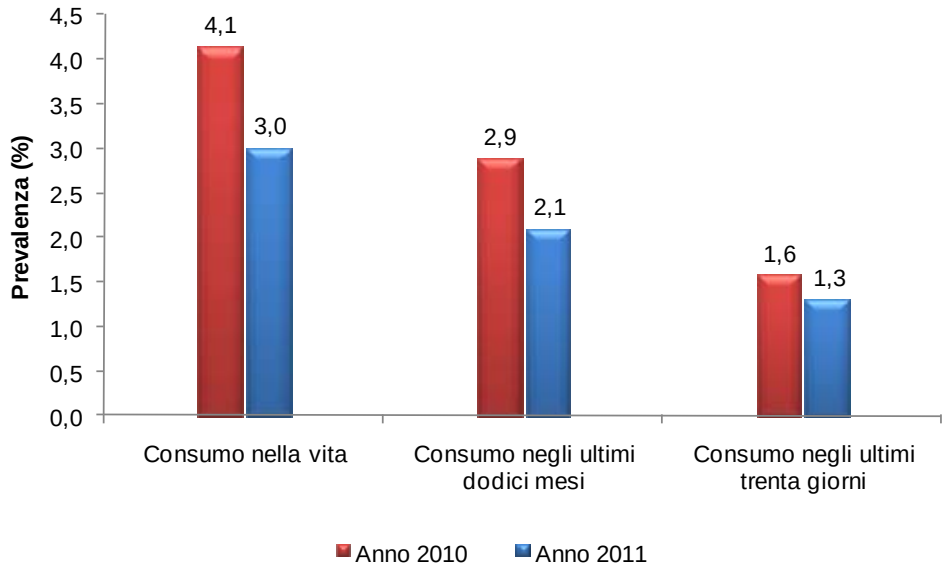
Tabella I.1.17: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2010 e 2011

Cocaina	Anno		Variazione 2010 vs 2011	
Genere	**2010**	**2011**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	3,7	3	-0,7	-18,9
Femmine	2,0	1,3	-0,7	-35,0
Totale	**2,9**	**2,1**	**-0,8**	**-27,6**

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Nel 2011, il 3,0% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita ed il 2,1% 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'1,3% degli studenti.

Figura I.1.26: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni). Anni 2010 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

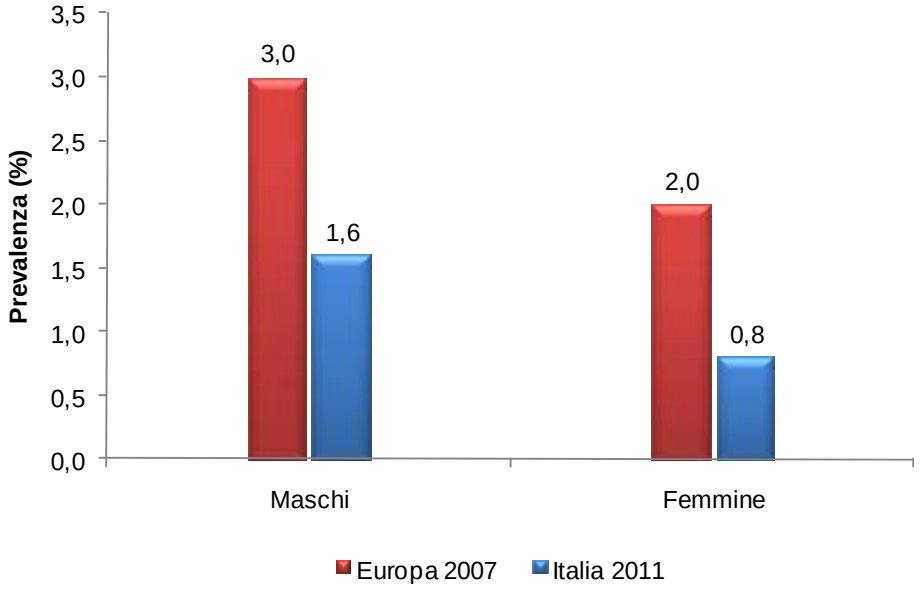
Diminuzione dei consumi di cocaina;

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

Solo l'1,3% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Il confronto con gli ultimi dati disponibili a livello europeo (ESPAD 2007) evidenzia che i valori relativi al consumo di cocaina da parte degli studenti italiani risultano in diminuzione. Il consumo di cocaina almeno una volta nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni risulta in diminuzione rispetto ai consumi medi europei osservati nell'ultima edizione dell'indagine ESPAD (2007), sia nei maschi (3,0% vs 1,6%) che nelle femmine (2,0% vs 0,8%).

Figura I.1.27: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita), per genere. Europa 2007, Italia 2011

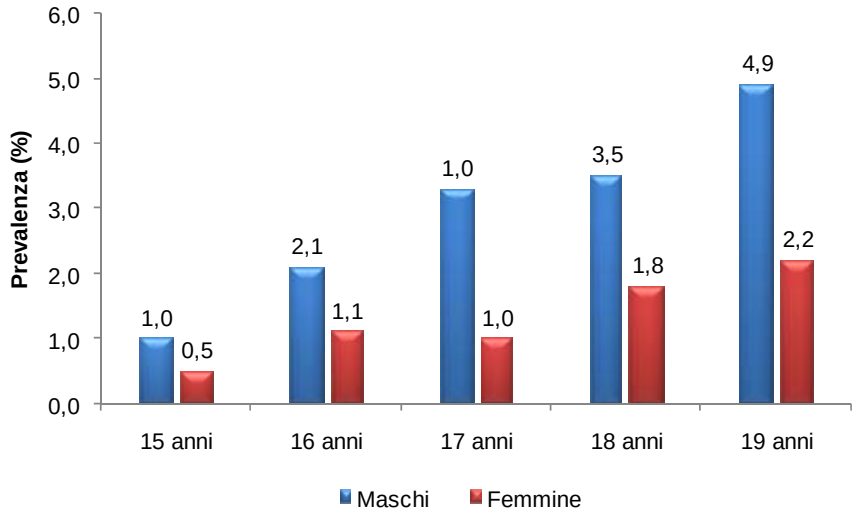


Fonte: Elaborazione su dati ESPAD 2007 e SPS-ITA 2011

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano cocaina

Con particolare riferimento al genere maschile, la contiguità con l'uso di cocaina aumenta al crescere dell'età: i consumatori passano dall'1,0% dei 15enni, al 2,1 dei 16enni, al 3,3% dei 17enni, al 3,5% dei 18enni ed al 4,9% dei 19enni. Tra le studentesse l'aumento è meno marcato: le consumatrici di cocaina passano dallo 0,5% delle 15enni all'1,1% delle 16enni, all'1% delle 17enni, al 1,8% delle 18enni ed al 2,2% delle 19enni.

Figura I.1.28: Consumo di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Anno 2011



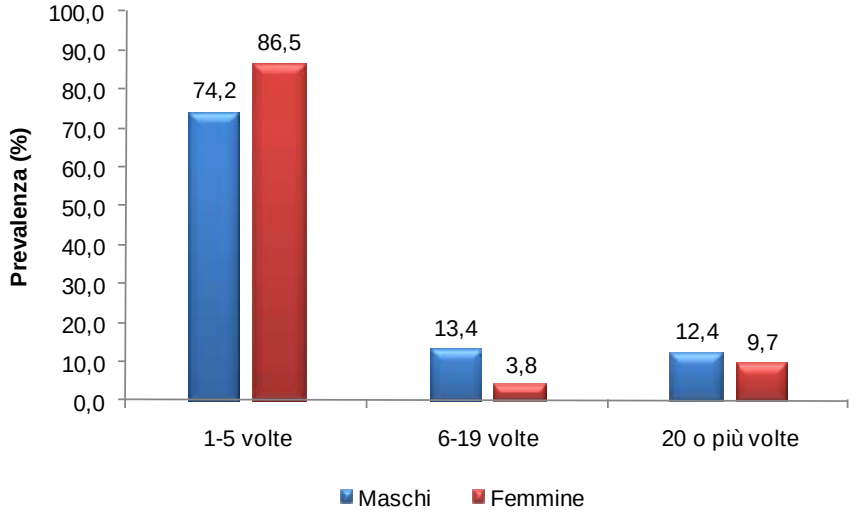
Maggior consumo nella fascia di età 18-19 anni

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

Tra gli studenti consumatori di cocaina durante l'ultimo anno, il 12,4% dei maschi ed il 9,6% delle femmine ha utilizzato la sostanza 20 o più volte, mentre per il 74,2% degli adolescenti maschi e per l'86,5% delle femmine si è trattato di un consumo occasionale (da 1 a 5 volte). Come per l'eroina, nel 2011 anche la frequenza del consumo di cocaina si è notevolmente ridotta.

Figura I.1.29: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cocaina nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2011

Tra i consumatori, maggiore presenza di consumo occasionale



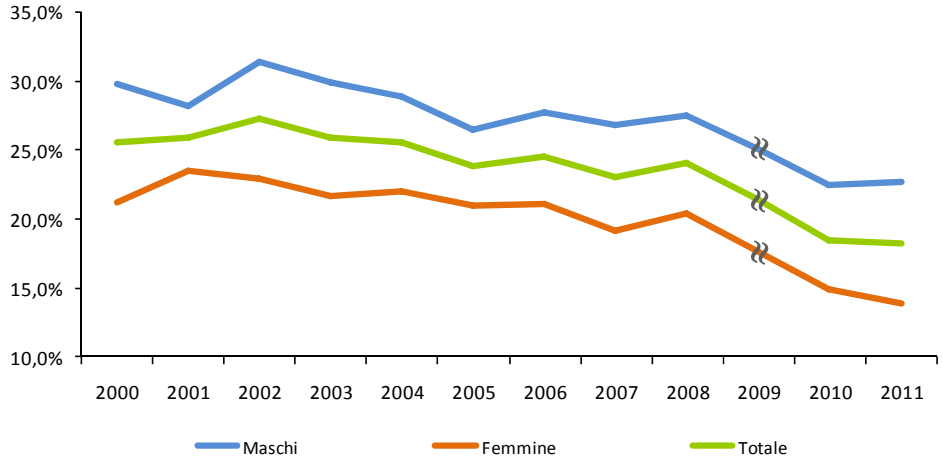
Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

I.1.2.5 Consumo di cannabis

Il trend del consumo di cannabis negli ultimi 12 mesi, dopo una temporanea tendenza all'aumento registrata nel 2008, evidenzia un andamento stabile nell'ultimo biennio. Considerando la differenza per genere, rispetto al 2010 nel 2011 si osserva un leggero aumento dei consumi nella popolazione studentesca maschile ed una lieve diminuzione in quella femminile.

Ancora calo del consumo totale di cannabis (-1,6%) negli ultimi 12 mesi, con lieve aumento del consumo tra i maschi (+0,9%) ma netto calo tra le femmine (-6,1%)

Figura I.1.30: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2000 – 2011



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010 - 2011

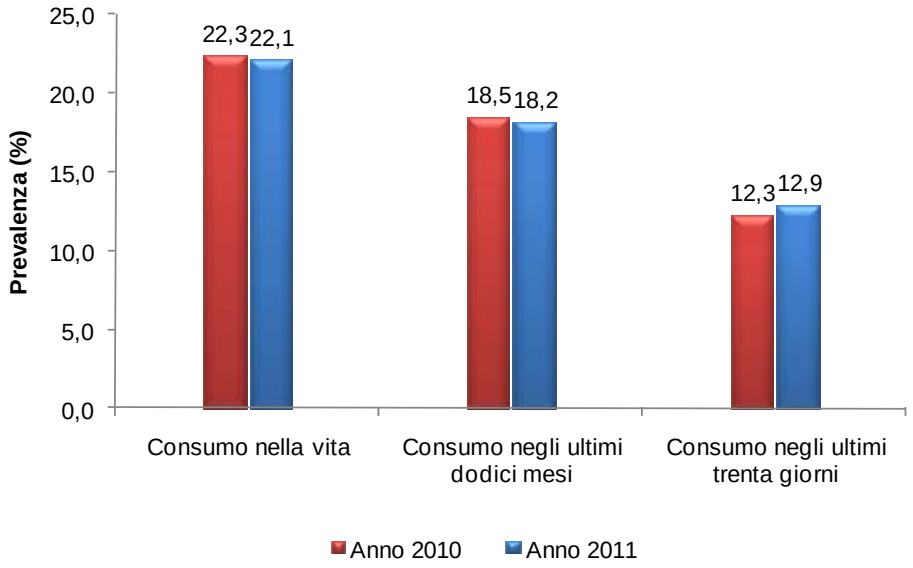
Tabella I.1.18: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2010 e 2011

Cannabis	Anno		Variazione 2010 vs 2011	
Genere	**2010**	**2011**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	22,5	22,7	+0,2	+0,9
Femmine	14,8	13,9	-0,9	-6,1
Totale	**18,5**	**18,2**	**-0,3**	**-1,6**

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Il consumo di cannabis è stato sperimentato dal 22,1% degli studenti intervistati, quota che raggiunge il 18,2% se si considera il consumo annuale ed il 12,9% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (una o più volte).

Figura I.1.31: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni). Anni 2010 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

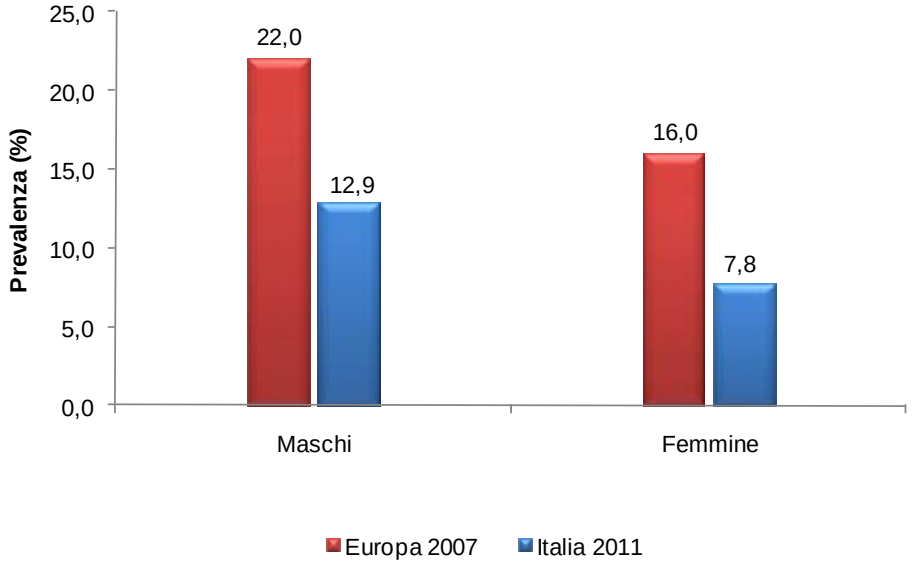
Diminuzione dei consumi di cannabis;

Il 77,9% degli studenti non ha mai consumato cannabis, mentre il 22,1% ha usato cannabis almeno una volta nella vita

Il 12,9% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Il consumo di cannabis almeno una volta nella vita da parte dei quindicenni e sedicenni italiani, intervistati nel 2011 risulta inferiore rispetto ai coetanei europei intervistati nel 2007, per entrambi i generi (12,9% vs 22,0% per i maschi e 7,8% vs 16,0% per le femmine).

Figura I.1.32: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita), per genere. Europa 2007, Italia 2011



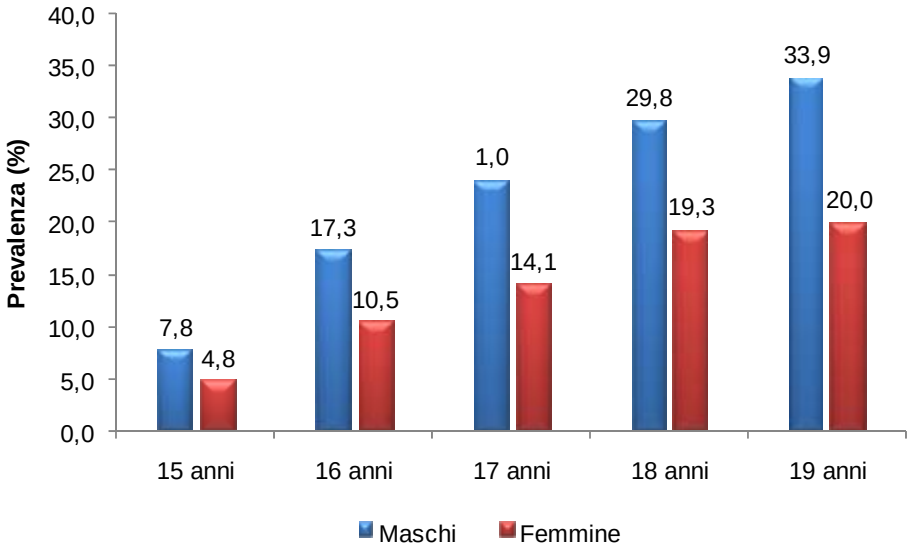
Fonte: Elaborazione su dati ESPAD 2007 e SPS-ITA 2011

Il consumo di cannabis risulta direttamente correlato all'età dei soggetti: tra i maschi, le prevalenze di consumo passano dal 7,8% dei 15enni al 33,9% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa rispettivamente dal 4,8% al 20,0%.
Nel collettivo maschile, le prevalenze dei consumatori aumentano progressivamente, soprattutto nel passaggio dai 15 ai 16 anni (16 anni: 17,3%), mentre nel collettivo femminile tale differenza è più evidente nel passaggio dai 17 ai 18 anni (17 anni: 14,1%; 18 anni: 19,3%), per poi stabilizzarsi per le 19enni su prevalenze simili alle 18enni.

Maggior consumo tra studenti 19enni: 33,9% nei maschi e 20,0% nelle femmine

Figura I.1.33: Consumo di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Anno 2011

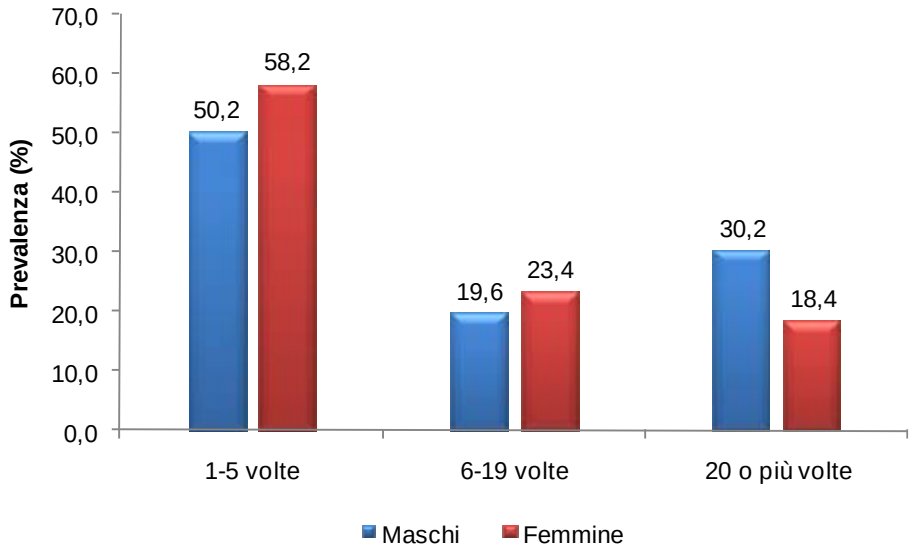
Aumento dei consumi di cannabis con il crescere dell'età



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-5 volte nel corso dell'anno (f=58%; m=50%). Il 30% del collettivo maschile, contro il 18% di quello femminile, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte nei dodici mesi antecedenti l'indagine campionaria.

Figura I.1.34: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di cannabis nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2011



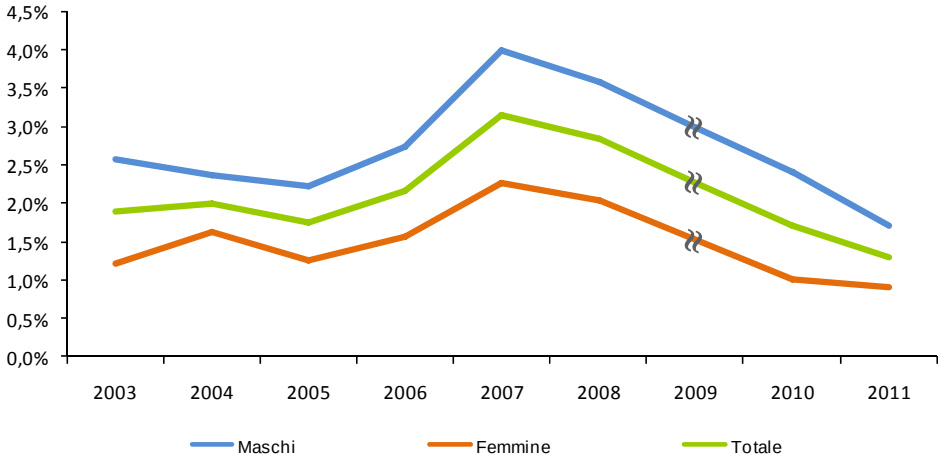
Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

I.1.2.6 Consumi di stimolanti

Il trend del consumo di stimolanti negli ultimi 12 mesi rilevato nel campione intervistato nel 2011 indica un'ulteriore contrazione dei consumi per entrambi i generi, sebbene più marcata nei maschi, iniziata nel 2009 per i maschi e nel 2007 nelle femmine (dal 2,4% all'1,7% nei maschi e dall'1,0% allo 0,9% nelle femmine).

Continua la riduzione dei consumi di stimolanti (-23,5%) più marcata nei maschi rispetto alle femmine

Figura I.1.35: Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003 - 2011



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010 - 2011

Tabella I.1.19: Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2010 e 2011

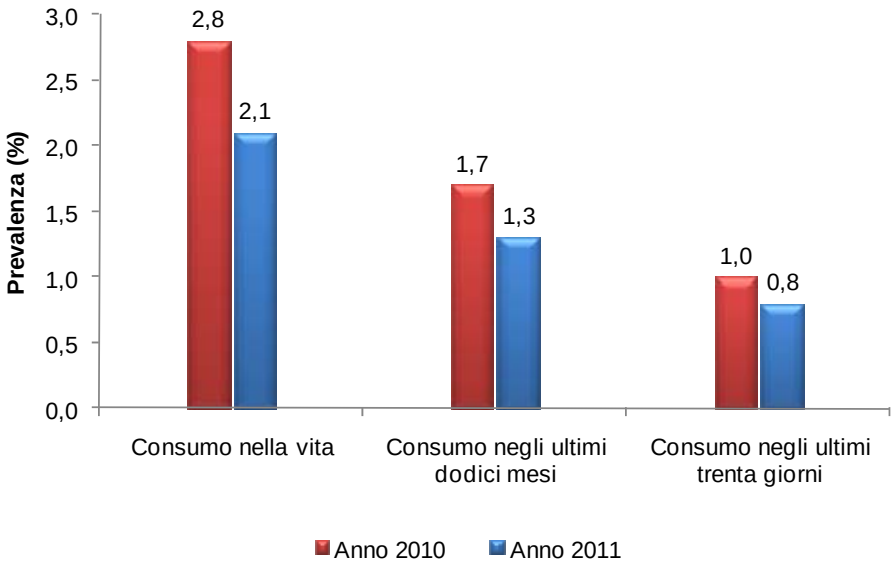
Stimolanti	Anno		Variazione 2010 vs 2011	
Genere	**2010**	**2011**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	2,4	1,7	-0,7	-29,0
Femmine	1,0	0,9	-0,1	-6,6
Totale	**1,7**	**1,3**	**-0,4**	**-23,5**

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Il 2,1% della popolazione studentesca nazionale riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine, ecstasy, ecc.) almeno una volta nella vita, mentre il 1,3% le ha utilizzate nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di stimolanti nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è stato riferito dallo 0,8% della popolazione studentesca nazionale.

Il 2,1% degli studenti 15-19 anni ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

Figura I.1.36: Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni). Anni 2010 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

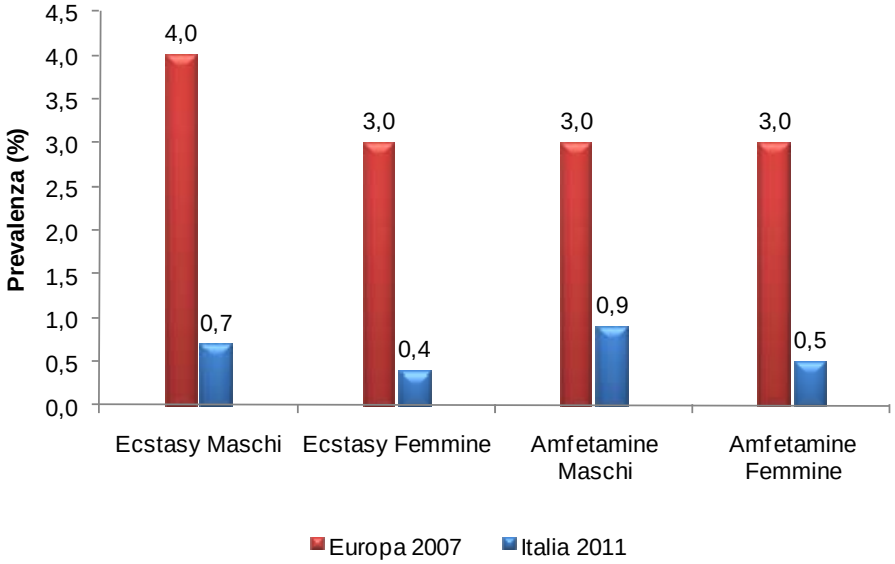
Diminuzione dei consumi di stimolanti;

Il 97,9% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre il 2,1% ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

Lo 0,8% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Distinguendo tra tipologia di sostanza psicoattiva stimolante, si osserva una percentuale piuttosto omogenea di consumatori di ecstasy e di amfetamine. Come osservato nell'indagine sulla popolazione generale (GPS-ITA), anche in quella studentesca 15-16enne, il consumo di stimolanti sembra essere meno diffuso in Italia rispetto alla media europea (ecstasy: 0,7% maschi italiani vs 4% maschi europei; 0,4% femmine italiane vs 3% femmine europee; amfetamine: 0,9% maschi italiani vs 3% maschi europei; 0,5% femmine italiane vs 3% femmine europee).

Figura I.1.37: Consumo di ecstasy e amfetamine nella popolazione scolarizzata 15-16 anni (una o più volte nella vita), per genere. Europa 2007, Italia 2011

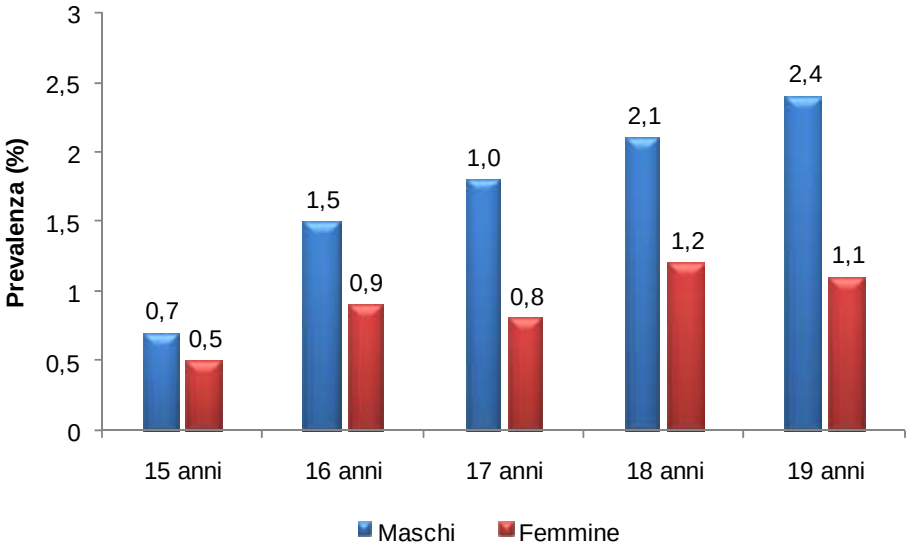


Fonte: Elaborazione su dati ESPAD 2007 e SPS-ITA 2011

Le quote di consumatori di stimolanti di genere maschile aumentano al crescere dell'età dei soggetti. La prevalenza di consumo tra i maschi passa dallo 0,7% dei 15enni al 2,4% dei 19enni. Tra le studentesse, si osserva un andamento per età più variabile ed inferiore rispetto ai maschi, con prevalenze di consumo minime tra le 15enni e le 17enni (0,5% e 0,8%).

Il maggior consumo si registra tra gli studenti maschi 19 anni: 2,4%

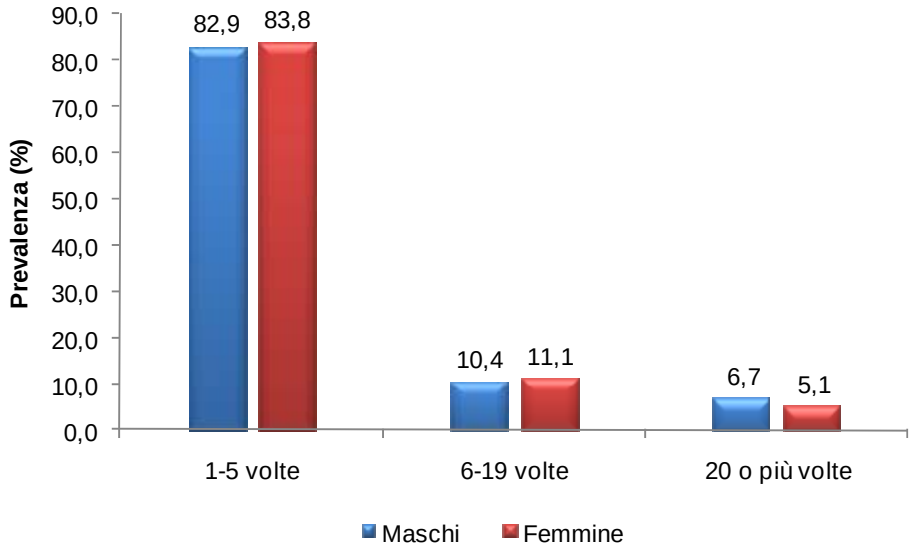
Figura I.1.38: Consumo di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

Tra gli studenti intervistati consumatori di sostanze stimolanti, l'84% dei maschi ed l'83% delle femmine riferisce di aver utilizzato queste sostanze da 1 a 5 volte negli ultimi 12 mesi. Il consumo più assiduo di stimolanti (20 o più volte annualmente) è stato riferito rispettivamente dal 6,7% e dal 5,1% della popolazione studentesca maschile e femminile.

Figura I.1.39: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di stimolanti nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2011



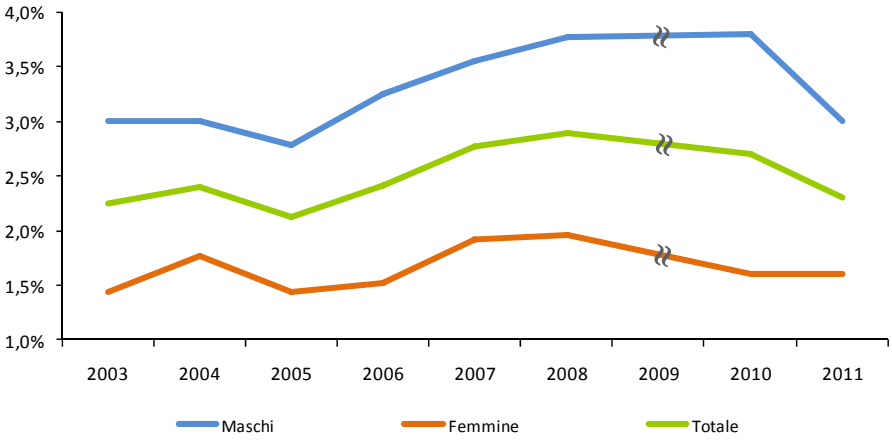
Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

I.1.2.7 Consumi di allucinogeni

Consumi in costante diminuzione dal 2008 (-14,8%)

Secondo le indicazioni rilevate dagli studenti intervistati dal 2003 al 2011, ad eccezione del 2009 anno in cui non è stata eseguita la rilevazione, sembra delinearsi un andamento crescente dal 2005 al 2008, in seguito al quale si assiste ad una contrazione dei consumi di allucinogeni per entrambi i generi della popolazione ecolarizzata, in percentuale più elevata tra i maschi (-13,3%).

Figura I.1.40: Consumo di allucinogeni nella popolazione ecolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anni 2003 – 2011



Fonte: Elaborazione sui dati ESPAD Italia 2000 – 2008, e dati SPS-ITA 2010 – 2011

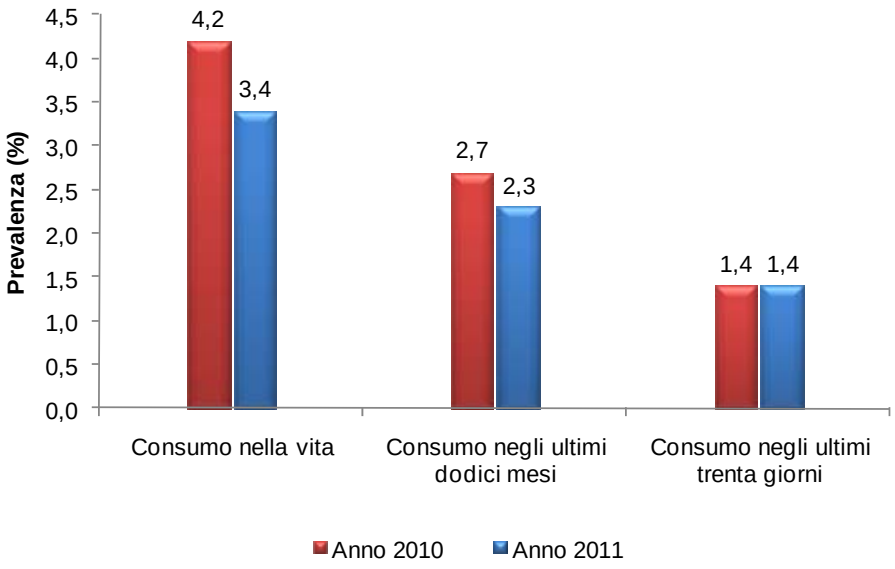
Tabella I.1.20: Consumo di allucinogeni nella popolazione ecolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2010 e 2011

Allucinogeni	Anno		Variazione 2010 vs 2011	
Genere	**2010**	**2011**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	3,8	3,0	-0,8	-21,1
Femmine	1,6	1,6	0,0	0,0
Totale	**2,7**	**2,3**	**-0,4**	**-14,8**

Fonte: Elaborazione sui dati SPS-ITA 2010 – 2011

Tra gli studenti italiani, il 3,4% ed il 2,3% ha riferito di aver usato sostanze allucinogene rispettivamente almeno una volta nella vita ed almeno una volta nell'ultimo anno precedente all'intervita, mentre l'1,4% ha riportato di averne consumato recentemente (nel corso degli ultimi 30 giorni). Sensibili differenze rispetto alla rilevazione del 2010, si osservano nel consumo di allucinogeni almeno una volta nella vita (-19,0%), stabile il consumo negli ultimi 30 giorni.

Figura I.1.41: Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni)i. Anni 2010 e 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Diminuzione dei consumi di allucinogeni;

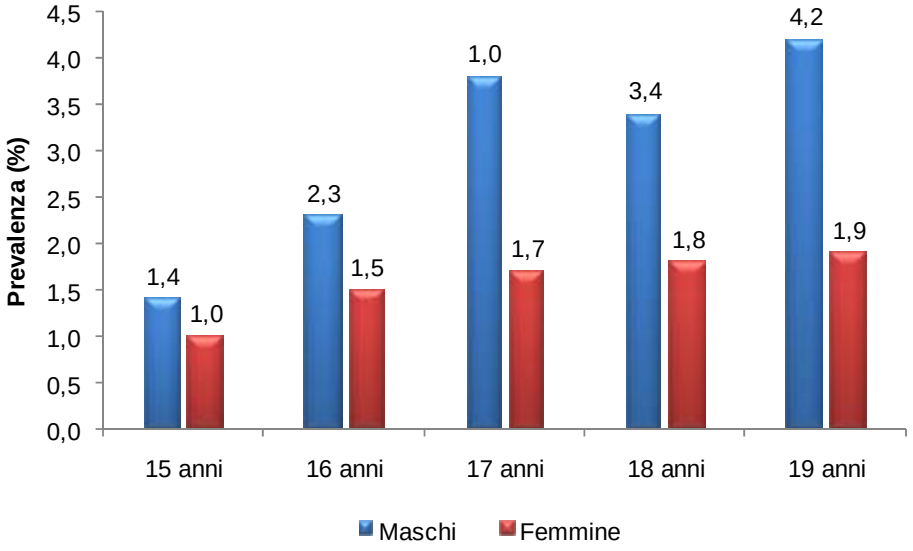
Il 96,6% degli studenti non ha mai assunto allucinogeni, mentre il 3,4% ha usato allucinogeni almeno una volta nella vita

Solo l'1,4% gli ha consumati negli ultimi 30 giorni

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, ad eccezione dei 18enni, età in cui si riscontra una contrazione nei consumi. Le studentesse consumatrici di allucinogeni aumentano nel passaggio dai 15 anni ai 16 anni (0,9% vs 1,4%) e rimangono stabili nelle età successive.

Maggior uso tra studenti maschi 19 anni: 3,7%

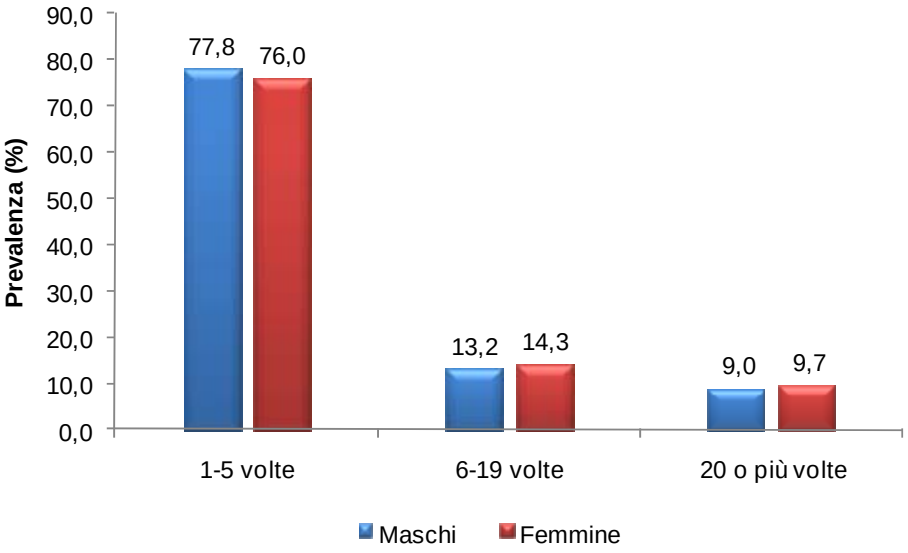
Figura I.1.42: Consumo di allucinogeni nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, il 78% dei maschi ed il 76% delle femmine ne ha fatto uso da 1 a 5 volte nel corso dell'ultimo anno, mentre il consumo più frequente (20 o più volte nel corso di 12 mesi) è stato riferito dal 9% e da quasi il 10% rispettivamente degli studenti e delle studentesse.

Figura I.1.43: Distribuzione della frequenza di utilizzo fra i consumatori di allucinogeni nella popolazione generale 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

I.1.2.8 Policonsumo nella fascia 15-19

La poliassunzione di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra soggetti più giovani.
La Tabella I.1.21 rappresenta la distribuzione di prevalenza condizionata d'uso di sostanze legali ed illegali tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi dodici mesi.

Tabella I.1.21: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolarizzata 15-19 anni negli ultimi 12 mesi (last year prevalence). Anno 2010

Sostanze	Tabacco (≥ sigaretta/die)	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis (18,2%)	76,3	-	10,5	2,8
Cocaina (2,1%)	86,8	90,0	-	22,4
Eroina (0,6%)	76,5	81,3	75,4	-

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Nonostante il calo dei consumatori, permane una forte tendenza al policonsumo:

Forte associazione con tabacco di tutte le sostanze

Il 18,2% degli studenti riferisce di aver consumato cannabis nell'ultimo anno, tra questi, il 76,3% ha fumato almeno una sigaretta al giorno, il 10,5% ha usato cocaina e il 2,8% eroina.
Degli studenti intervistati il 2,1% ha riferito l'uso di cocaina negli ultimi dodici mesi. Tra i consumatori di cocaina, l'86,8% riferisce di fumare quotidianamente sigarette, il 90% ha fatto uso anche di cannabis e il 22,4% di eroina.
Lo 0,6% ha riferito di aver fatto uso almeno una volta negli ultimi dodici mesi di eroina. Il 76,5% dei consumatori della sostanza ha fumato quotidianamente, l'81,3% ha usato cannabis e il 75,4% cocaina. Questi risultati evidenziano che tra i consumatori di eroina si osservano percentuali maggiori di uso associato a cocaina, rispetto ai consumatori di cocaina, che ricorrono al consumo congiunto di eroina in percentuale inferiore.

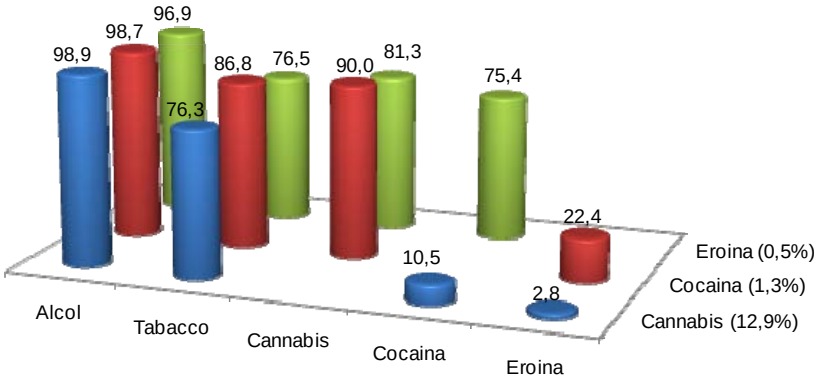
Consumatori di cannabis:
10% anche cocaina
2,8% anche eroina

Consumatori di cocaina:
87% anche cannabis
22% anche eroina

Consumatori di eroina:
81% anche cannabis
75% anche cocaina

Figura I.1.44: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolarizzata 15-19 anni negli ultimi 12 mesi (last year prevalence). Anno 2011

Cannabis si conferma come droga "trasversale"



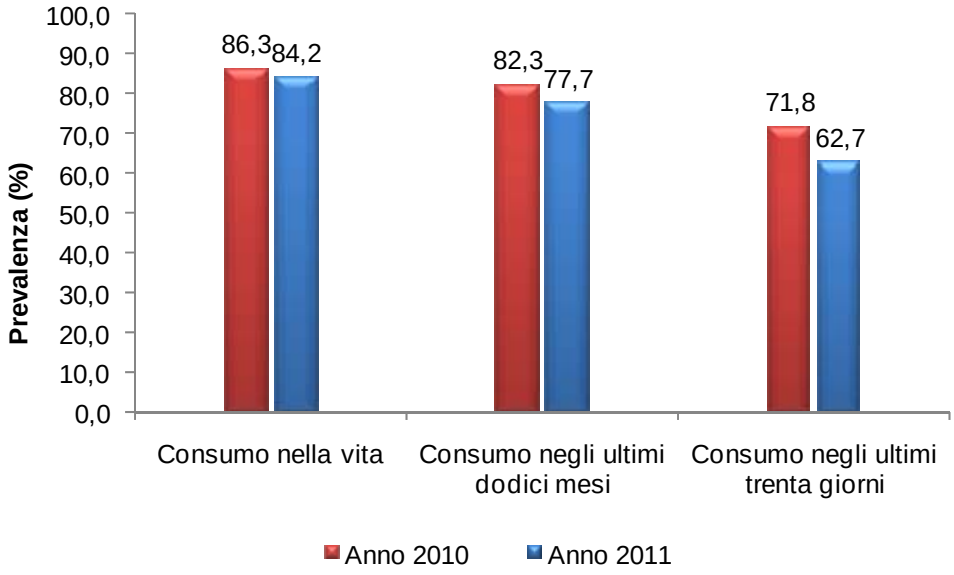
Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2011

I.1.2.9 Consumo di alcol

L'84,2% della popolazione studentesca nazionale riferisce di aver consumato una bevanda alcolica almeno una volta nella vita, mentre il 77,7% le ha consumato nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di alcol nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è stato riferito dallo 62,7% degli studenti intervistati.

L'84,2% degli studenti 15-19 anni ha consumato alcol almeno una volta nella vita

Figura I.1.45: Consumo di alcol nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni). Anni 2010 e 2011

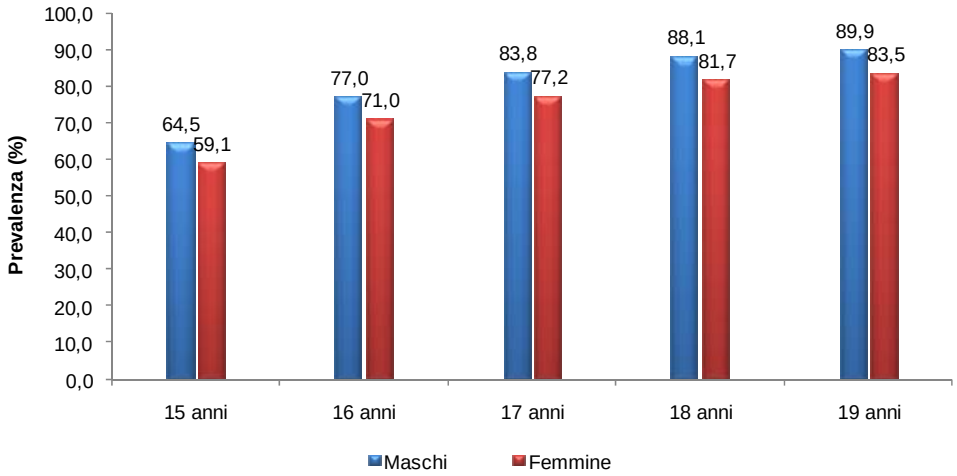


Nel 2010 si ha una diminuzione del consumo di alcol:
-5,6% negli ultimi 12 mesi
- 12,7% negli ultimi 30 giorni

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Il consumo di bevande alcoliche risulta direttamente correlato all'età dei soggetti, lievemente superiore nei maschi rispetto alle femmine; i consumatori aumentabo costantemente passando dal 61,7% dei 15enni all'86,5% dei 19enni.

Figura I.1.46: Consumo di alcol nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Anno 2011



La fascia di età con maggiori consumi è quella dei 19 anni

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 – 2011

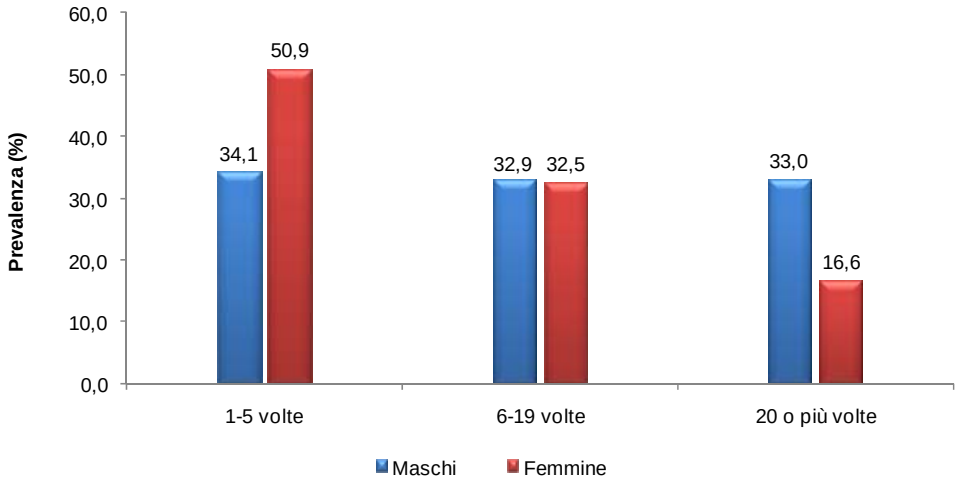
Tabella I.1.22: Consumo di alcol nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2010 e 2011

Alcol	Anno		Variazione 2010 vs 2011	
Genere	**2010**	**2011**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	85,0	80,9	-4,1	-4,8
Femmine	79,8	74,7	-5,1	-6,4
Totale	**82,3**	**77,7**	**-4,6**	**-5,6**

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, per i maschi si osservano percentuali simili in tutte e tre le classi di frequenza considerate; nelle femmine, invece, prevale il consumo di bevande alcoliche occasionale (50,9%).

Figura I.1.47: Distribuzione della frequenza di consumo fra i consumatori di alcol nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2011

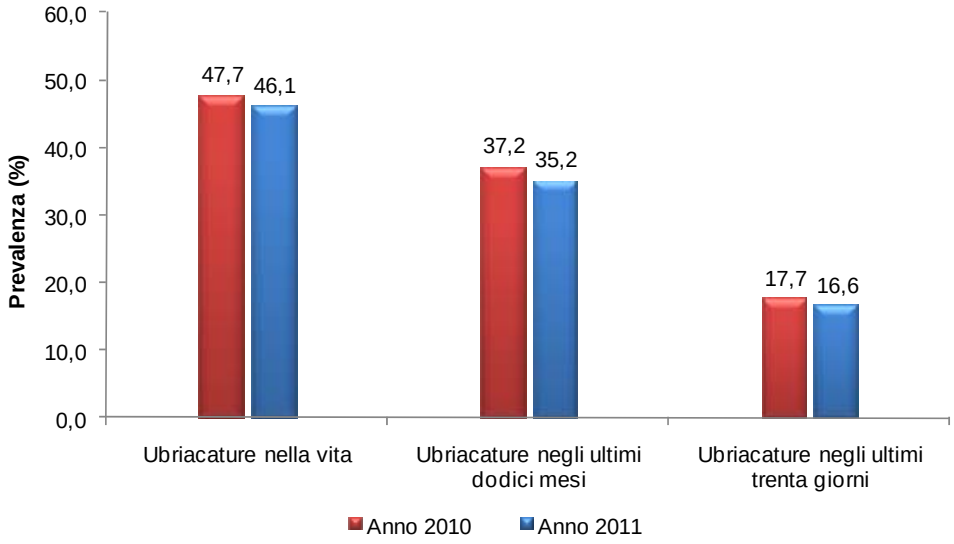


Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Il 46,1% della popolazione studentesca nazionale riferisce di essersi ubriacato almeno una volta nella vita, mentre il 35,2% lo ha fatto nel corso dell'ultimo anno. Il 16,6% della popolazione studentesca nazionale ha dichiarato di essersi ubriacato nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario.

Il 46,1% degli studenti 15-19 anni si è ubriacato almeno una volta nella vita

Figura I.1.48: Intossicazione alcolica (ubriacature) nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte nella vita, negli ultimi 12 mesi, negli ultimi trenta giorni). Anni 2010 e 2011

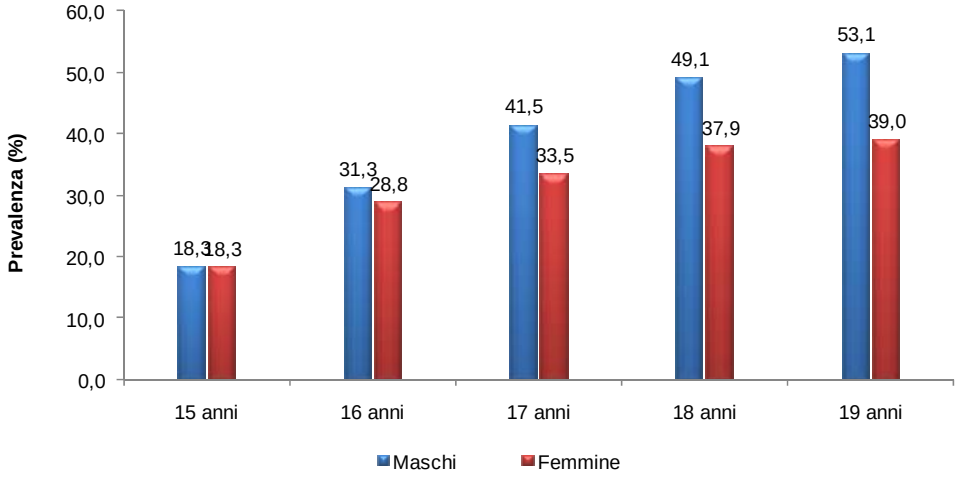


Diminuzione delle intossicazioni alcoliche (ubriacature): -5,4% negli ultimi 12 mesi -6,2% negli ultimi 30 giorni

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Anche le intossicazioni alcoliche risultano direttamente correlate all'età dei soggetti; ad eccezione dei 15enni, per i quali si osserva la stessa prevalenza sia per i maschi che per le femmine (18,3), nella fascia di età 16-19 anni, invece, i valori aumentano progressivamente e sono nettamente superiori nei maschi.

Figura I.1.49: Intossicazione alcolica (ubriacature) nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (una o più volte negli ultimi 12 mesi). Distribuzione per genere e classi d'età. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

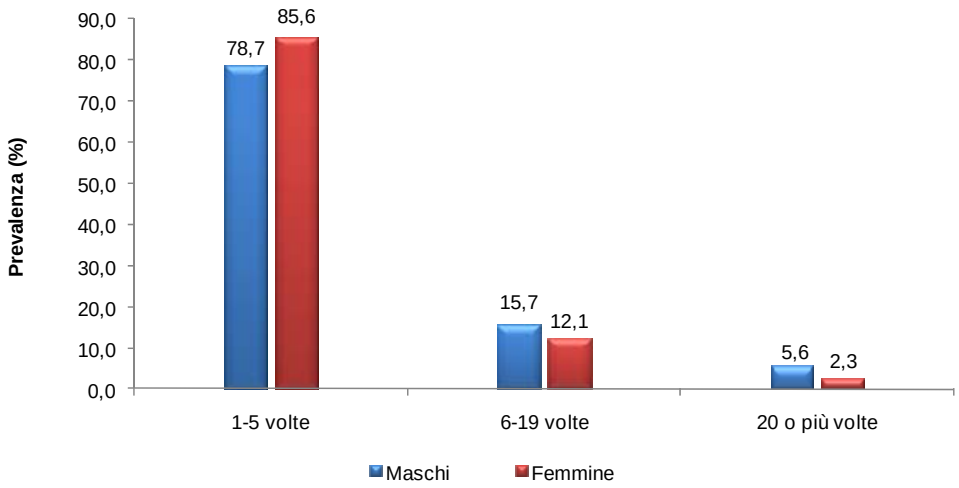
Tabella I.1.23: Intossicazione alcolica (ubriacature) nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Confronto 2010 e 2011

Ubriacature	Anno		Variazione 2010 vs 2011	
Genere	**2010**	**2011**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	41,3	38,9	-2,4	-5,8
Femmine	33,4	31,7	-1,7	-5,1
Totale	**37,2**	**35,2**	**-2,0**	**-5,4**

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, in entrambi i generi prevale l'intossicazione alcolica occasionale, circoscritta a 1-5 volte nel corso dell'anno (f=85,6%; m=78,7%). Il 6% del collettivo maschile, contro il 2% di quello femminile, riferisce di essersi ubriacato più assiduamente, 20 o più volte nei dodici mesi antecedenti l'indagine campionaria.

Figura I.1.50: Distribuzione della frequenza delle intossicazione alcoliche (ubriacature) nella popolazione scolarizzata 15-19 anni (almeno una volta negli ultimi 12 mesi). Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010 - 2011

I.1.2.10 Approfondimento studenti over 19 anni (indagine SPS-ITA 2010)

L'indagine sul consumo di sostanze psicotrope nella popolazione scolarizzata è stata condotta nelle scuole secondarie di secondo grado per l'intero percorso scolastico, dalle prime classi alle quinte, con l'obiettivo di indagare il fenomeno nella fascia di età 15-19 anni. Reclutando gli studenti frequentanti tali classi, tuttavia, è stata indagata anche una quota di soggetti con età inferiore o superiore al target di osservazione, pari complessivamente al 6,1% del campione indagato.

Analisi dei consumi tra gli studenti di età 13-14 anni e superiore a 19 anni (6,1% del campione complessivo)

In questo paragrafo, particolare attenzione è dedicata agli studenti di età superiore a 19 anni che rappresentano la quota di soggetti che per vari motivi hanno dovuto ripetere uno o più anni scolastici. Tale interesse nasce dall'evidenza riscontrata nelle analisi condotte sul campione di studenti target, che ad un minor rendimento scolastico risulterebbe associato un maggior consumo di sostanze stupefacenti.

Distribuzione per età dei rispondenti

Pochi gli studenti "fuori target" di età 13-14 anni e di età superiore a 21 anni

Rispetto al contingente di studenti esclusi dal target di indagine, la quota di ragazzi 13 e 14-enni è rappresentata da una percentuale inferiore al 10% e ancora più esigua la percentuale di studenti con età superiore a 21 anni. La loro scarsa numerosità non permette di condurre analisi dettagliate e quindi i risultati presentati sono indicativi; considerazioni meritevoli di attenzione invece possono essere effettuate per il contingente di studenti di età 20 e 21 anni in merito all'evoluzione degli studenti che hanno avuto qualche battuta d'arresto del corso normale degli studi

Tabella I.1.24: Distribuzione percentuale degli studenti intervistati per età ed area geografica. Anno 2010

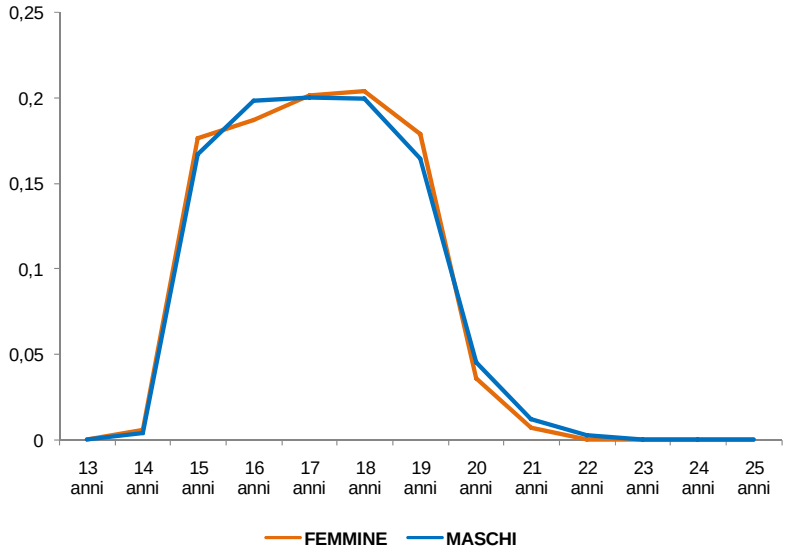
I soggetti con età maggiore di 19 anni hanno avuto verosimilmente percorsi scolastici problematici

Età	Nord-Ovest	Nord-Est	Centro	Sud e Isole	Italia
13 anni	0,01	0,07	0,05	0,00	0,03
14 anni	0,19	0,23	0,56	0,85	0,50
15 anni	17,69	18,13	16,16	17,03	17,28
16 anni	19,55	19,25	19,62	19,07	19,33
17 anni	20,45	18,57	20,98	20,04	19,99
18 anni	19,69	19,85	20,06	20,77	20,18
19 anni	17,07	17,86	16,95	16,79	17,12
20 anni	4,22	4,47	4,25	3,77	4,11
21 anni	0,85	1,10	0,96	1,02	0,99
22 anni	0,17	0,27	0,19	0,25	0,22
23 anni	0,02	0,04	0,07	0,11	0,07
24 anni	0,07	0,01	0,07	0,06	0,05
25 anni	0,02	0,12	0,08	0,23	0,13

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Nella Tabella I.1.24 sono riportate le distribuzioni percentuali per area geografica, che evidenziano un'elevata variabilità delle frequenze per i 14enni, anche se il dato è di lieve entità (in media dello 0,5%). Elevata variabilità a livello territoriale si riscontra anche per gli studenti ultra 21-enni, soprattutto tra i 25-enni, presenti in percentuale trascurabile.
Le età fra 19 e 21 anni sono invece ben rappresentate, sia come dimensione percentuale sul territorio, sia come distribuzione fra le singole aree. Disaggregando l'analisi per genere, i maschi sono più rappresentati delle femmine nelle età 20 – 25 (Figura I.1.51), mentre avviene il contrario fino a 19 anni (tranne per i 16enni).

Figura I.1.51: Distribuzione percentuale degli studenti intervistati secondo l'età e il genere. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

La distribuzione percentuale degli studenti ultra 19-enni per regione (Tabella I.1.25) evidenzia equidistribuzioni analoghe a quelle delle macro aree territoriali, ma si notano valori percentuali più elevati in alcune regioni.

Tabella I.1.25: Distribuzione percentuale degli studenti intervistati di età superiore a 18 anni per regione. Anno 2010

Regioni	Anni							Totale 19/25
	19	20	21	22	23	24	25	
Abruzzo	19,2	4,4	1,3	1,2	0,2	0,1	0,4	26,8
Basilicata	16,0	4,0	1,0	0,1	0,0	0,3	0,9	22,3
Calabria	18,9	1,9	0,7	0,1	0,1	0,0	0,0	21,7
Campania	16,0	3,5	0,6	0,2	0,1	0,0	0,1	20,5
Emilia Rom.	17,9	4,8	1,0	0,2	0,0	0,0	0,2	24,1
Friuli-V.G.	16,4	4,9	1,0	0,4	0,1	0,0	0,1	22,9
Lazio	16,8	3,4	1,0	0,2	0,0	0,0	0,1	21,5
Liguria	17,8	4,2	0,8	0,2	0,0	0,2	0,0	23,2
Lombardia	16,4	4,2	0,8	0,2	0,0	0,1	0,0	21,7
Marche	17,4	5,7	0,8	0,3	0,1	0,1	0,2	24,6
Molise	14,9	4,6	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	20,7
Piemonte	17,9	3,9	1,0	0,1	0,1	0,0	0,0	23,0
Puglia	16,7	3,7	0,7	0,0	0,1	0,0	0,3	21,5
Sardegna	16,6	5,0	2,5	0,5	0,4	0,1	0,4	25,5
Sicilia	16,7	3,4	0,9	0,2	0,1	0,1	0,2	21,6
Toscana	17,7	4,1	0,9	0,1	0,1	0,1	0,2	23,2
Trentino A.A.	18,0	3,2	1,1	0,2	0,0	0,0	0,2	22,7
Umbria	16,3	4,1	0,9	0,1	0,2	0,0	0,1	21,7
Valle d'Aosta	17,5	6,0	0,7	0,3	0,0	0,0	0,3	24,8
Veneto	18,8	4,4	1,3	0,2	0,0	0,0	0,2	24,9
Italia	17,2	4,1	1,0	0,2	0,1	0,1	0,2	22,9

Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Osservando, infatti, i valori percentuali dei 20-enni, le regioni Valle d'Aosta, Marche e Sardegna presentano percentuali significativamente più alte rispetto alle altre regioni e alla media nazionale (da 1,5 a 2 punti percentuali oltre la media).

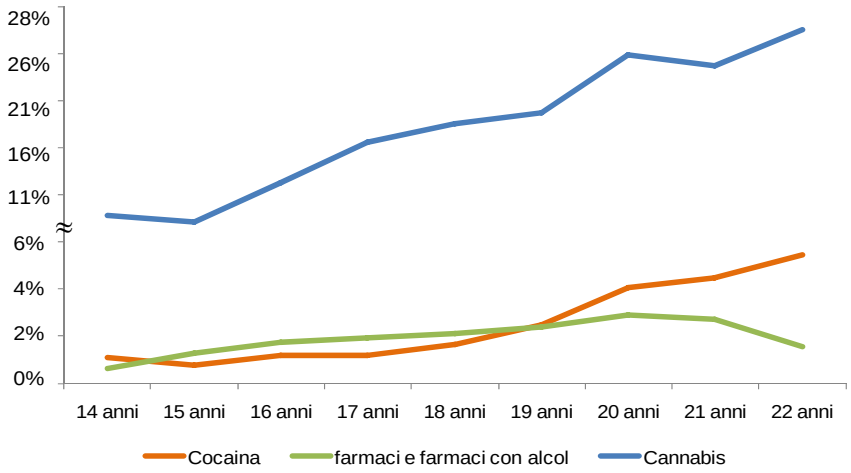
Percentuali elevate di 20-enni in Valle d'Aosta, Marche e Sardegna

Consumi tra gli studenti 15-19-enni e gli over 19 anni

Come emerso dalle analisi sui consumi per età dei rispondenti della popolazione target, l'età gioca un ruolo determinante sui consumi, essendo la trasgressione parte della crescita adolescenziale, che in parte si potrebbe esprimere anche nella sfida dei comportamenti illeciti quali l'assunzione di sostanze psicotrope dannose alla salute. Tale comportamento si accentua con l'aumentare dell'età, ad eccezione del consumo di farmaci senza prescrizione medica, che segue un andamento crescente fino ai 20 anni, sebbene con una minor propensione rispetto al consumo di cannabis e cocaina, invertendo la tendenza nelle età più adulte (Figura I.1.52).

Dopo i 20 anni il trend dei consumi di farmaci senza prescrizione medica aumenta nelle femmine e diminuisce nei maschi

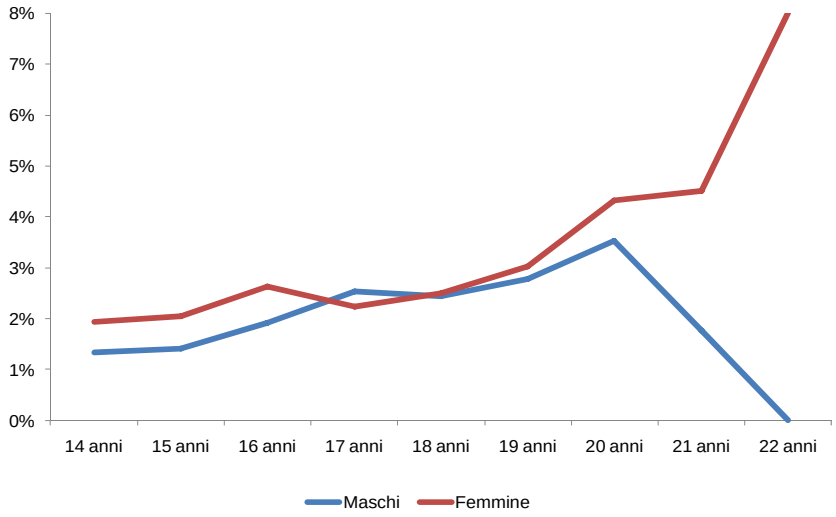
Figura I.1.52: Prevalenza di consumo di cannabis, cocaina e farmaci senza prescrizione medica negli ultimi 30 giorni, per età degli intervistati. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Particolarmente interessante risulta l'analisi dei consumi di farmaci anche in associazione ad alcol differenziati per genere (Figura I.1.53), che evidenzia un comportamento diametralmente opposto tra maschi e femmine dopo i vent'anni.

Figura I.1.53: Prevalenza di consumo di farmaci senza prescrizione medica negli ultimi 30 giorni, per età e genere degli intervistati. Anno 2010

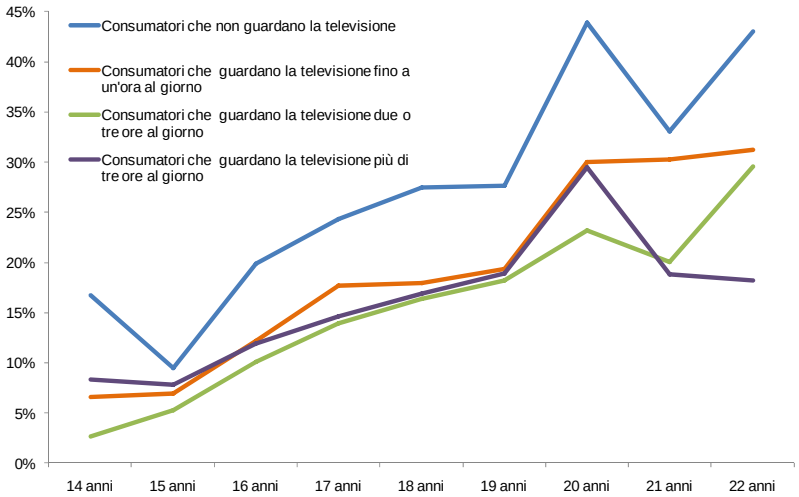


Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Ruolo importante dell'informazione. Consumano più sostanze stupefacenti gli studenti che non guardano la TV

Di particolare interesse sono risultate altre analisi condotte sugli studenti "extra-target" in merito a comportamenti che riguardano la cultura alternativa alla scuola, gli interessi ad altro. In Figura I.1.54 si riporta la prevalenza di consumatori di droghe in funzione dell'età e delle diverse abitudini rispetto al "guardare la televisione". Spiccano i valori alti della prevalenza fra quanti non guardano la televisione, che sono, comunque, una piccola percentuale dei rispondenti (3,6%). Le altre curve sembrano in linea con i dati generali, sebbene aumenti sensibilmente la variabilità dopo i 19 anni, complice la bassa numerosità degli studenti intervistati.

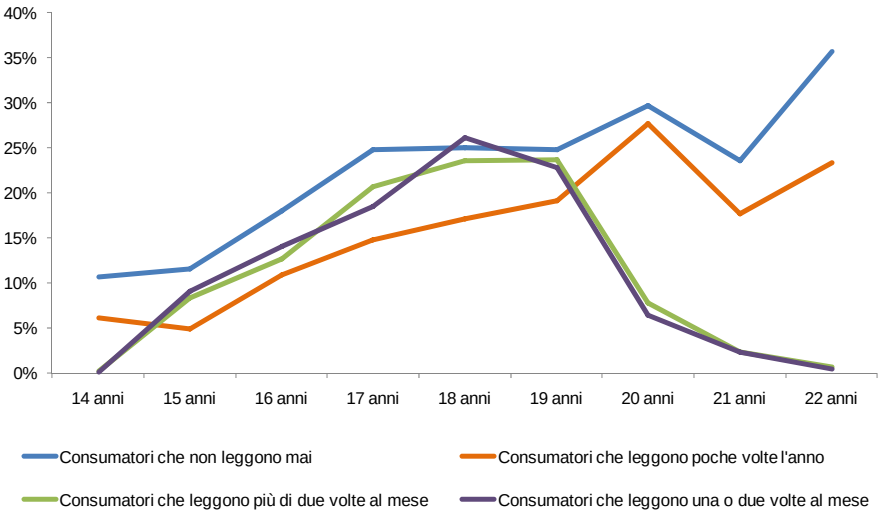
Figura I.1.54: Prevalenza di consumo di qualsiasi droga nella vita fra gli studenti che "guardano la TV", secondo l'età degli intervistati. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

Con il passare degli anni i consumatori aumentano nel gruppo di quelli che non leggono mai (Figura I.1.55), che sono il 20,4 % dei rispondenti. Sono anche fortemente presenti nel gruppo di quelli che leggono poche volte, che sono il 41% dei rispondenti complessivi all'indagine.
Si riducono sensibilmente fino a quasi scomparire, i consumatori negli altri due gruppi che leggono con maggiore frequenza, a partire dai 20 anni in poi.

Figura I.1.55: Prevalenza di consumo di qualsiasi droga nella vita fra gli studenti che "leggono per piacere", secondo l'età degli intervistati. Anno 2010



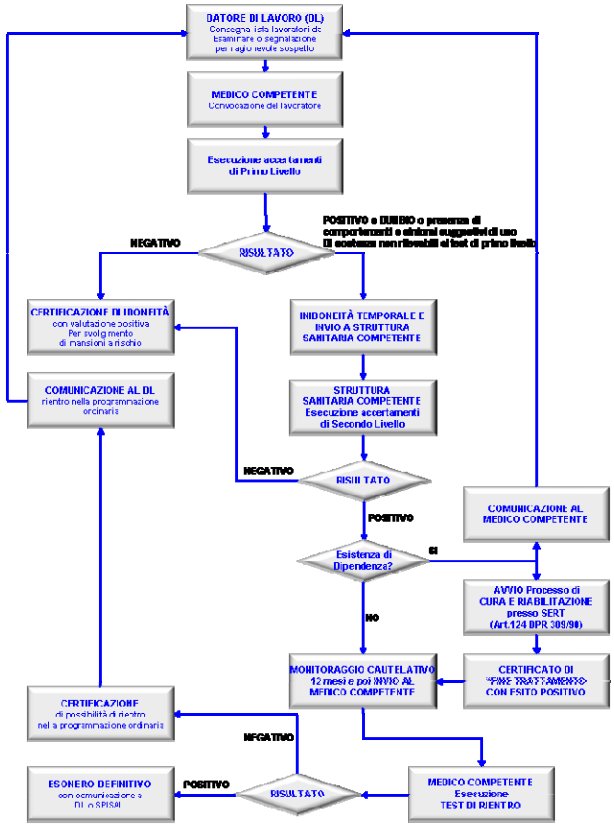
Fonte: Elaborazione su dati SPS-ITA 2010

I.1.3. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio - DTLR)

I.1.3.1. Introduzione

Nel corso del 2010 il DPA, nell'ambito del progetto DTLR (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio), al fine di migliorare la propria raccolta dati ed avvalersi di ulteriori alte professionalità ha chiesto ed ottenuto la partecipazione al gruppo tecnico del progetto di ASSTRA – Associazione Trasporti.
Un gruppo tecnico supporta l'apposito tavolo costituito dal DPA in merito alla revisione dell'Intesa Stato-Regioni attualmente vigente; la revisione del testo e della sua impostazione si è resa necessaria per poter prevedere al suo interno i protocolli dell'alcol e delle sostanze stupefacenti, attualmente separati. La procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio, come possibile notare dalla successiva figura I.1.56, è piuttosto articolata e presenta, alla luce dell'esperienza operativa seguita all'applicazione, margini di miglioramento allo studio del tavolo di revisione.

Figura I.1.56: Procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nella figura I.1.57 sono indicate le Regioni e Province Autonome che hanno prodotto, secondo una ricerca condotta dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con la Rete Ferroviaria Italiana (ente affidatario del progetto sui Drug test nei lavoratori con mansioni a rischio – DTLR), atti normativi di applicazione dell'Intesa Stato Regioni del 18 settembre 2008; in quasi tutta Italia è stato dato un seguito con esiti molto difformi e talvolta non perfettamente allineati a quanto originariamente disposto nell'atto di intesa.

Figura I.1.57: Applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 18.09.2008 – anno di rilevazione 2010



Fonte: Elaborazione RFI e DPA

I.1.3.2 Risultati preliminari

86.987 soggetti esaminati: +60,6% di soggetti esaminati rispetto al 2009

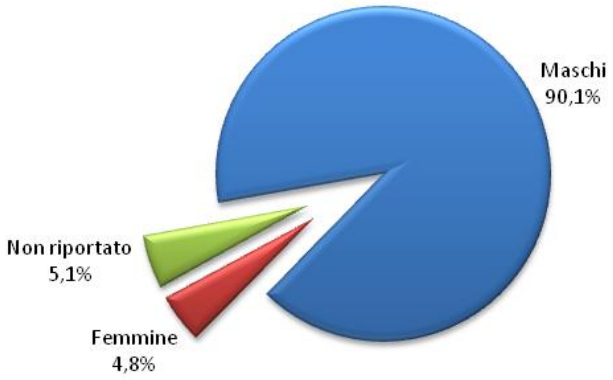
I dati a disposizione del Dipartimento Politiche Antidroga, raccolti attraverso il progetto DTLR affidato alla Rete Ferroviaria Italiana (RFI) – Gruppo Ferrovie dello Stato -, sono stati forniti, oltre che da RFI, anche da ASSTRA – Associazione Trasporti, dalla Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale (S.I.M.L.I.I.), dalla Associazione Nazionale Medici d'Azienda (A.N.M.A.), da LAMM s.r.l., da ENAV S.p.A. e dal Laboratorio di Sanità Pubblica di Trento. Per il 2010 i dati fanno riferimento a 86.987 soggetti sottoposti a test di I° livello (+60,6% rispetto al 2009 in cui sono stati testati 54.138 soggetti), di cui circa il 5% di genere femminile.

Tabella I.1.26: Denominazione e numero dei soggetti fonte di dati - Anno 2010 –

Denominazione fonte dati	Soggetti
Rete Ferroviaria Italiana – Gruppo Ferrovie dello Stato – Direzione Sanità	42.988
ASSTRA – Associazione Trasporti -	17.307
Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale	10.982
Associazione Nazionale Medici d'Azienda	9.087
Laboratorio Analisi Mediche Mestre s.r.l.	5.237
ENAV S.p.A.	1.124
Laboratorio di Sanità Pubblica Trento	262
Totale soggetti sottoposti a test di I° livello	**86.987**

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.58: Popolazione esaminata per drug test di I livello – analisi per genere – Anno 2010



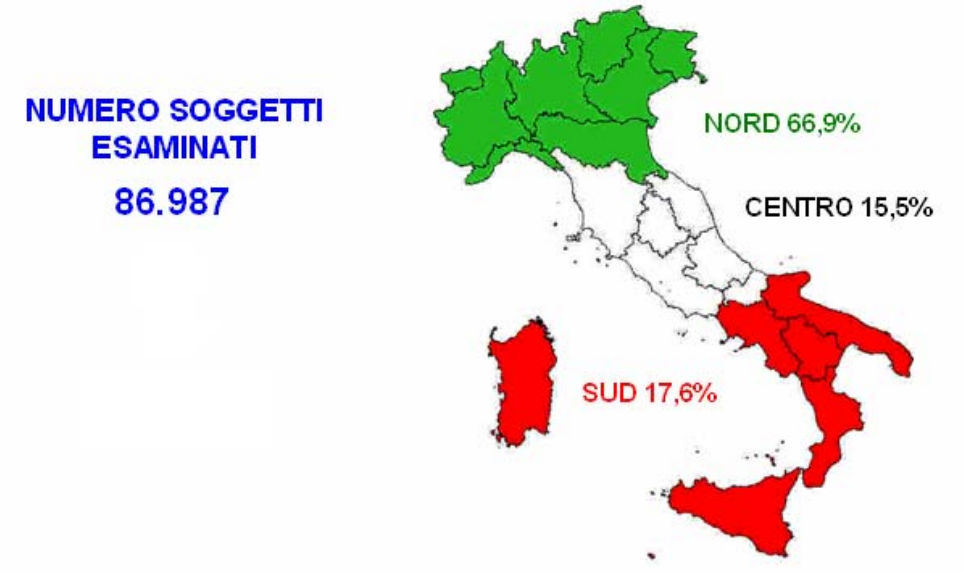
Circa il 90% del campione di genere maschile

Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR, LAMM e LSPT

L'analisi per area geografica evidenzia una netta prevalenza dei test eseguiti nell'Italia settentrionale con quasi il 67% dei casi, a seguire il 17,6% per Sud ed Isole ed il 15,5% nel centro. Il settore dei trasporti è quello più interessato dai controlli.

Figura I.1.59: Popolazione esaminata drug test di I livello – analisi per macro area geografica – Anno 2010 -

Diverse percentuali in base alla concentrazione dei lavoratori e all'applicazione dei drug test

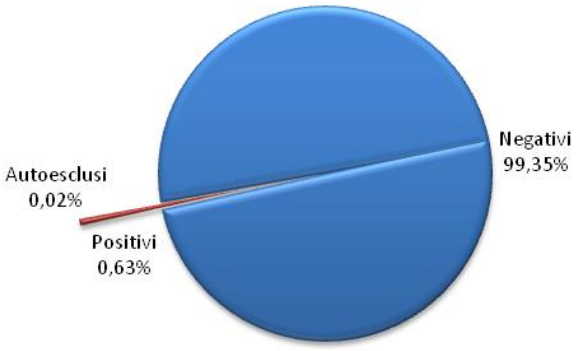


Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR, LAMM e LSPT

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 0,63% 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 0,65%.

Nel 2010 0,63% di positivi ai test di primo livello. Nel 2009 1.15%

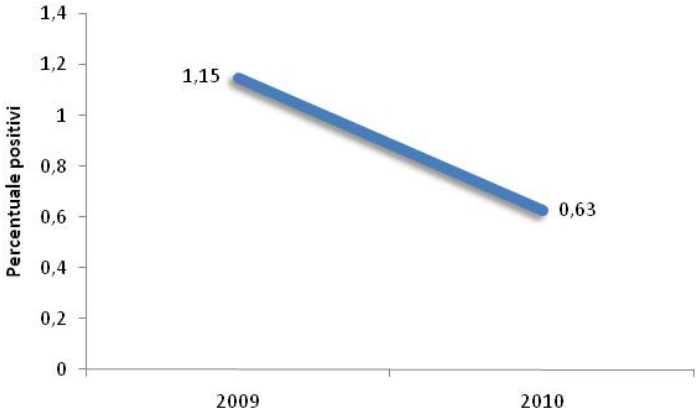
Figura I.1.60: Drug test di I livello – analisi per esito (con test di conferma in laboratorio)– Anno 2010 -



Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR, LAMM e LSPT

Rispetto al 2009, anno in cui la positività riscontrata era dell'1,15%, si è riscontrato un calo di oltre il 45% (Figura I.1.61).

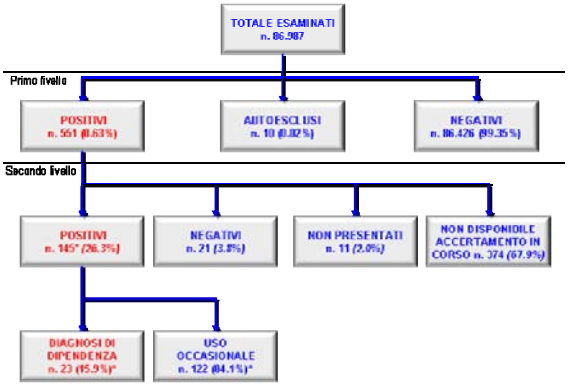
Figura I.1.61: Drug test di I livello. Confronto positività 2009-2010



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il flusso dati 2010 è rappresentato nella figura I.1.62 in cui si riporta la numerosità dei soggetti.

Figura I.1.62: Flusso soggetti sottoposti ad accertamento – Anno 2010

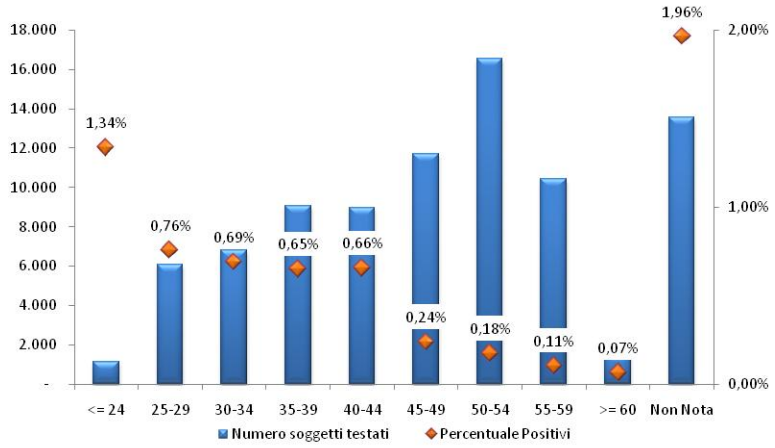


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi per fascia d'età evidenzia che il campione esaminato è costituito da circa il 47% di soggetti di'età superiore ai 45 anni. All'interno delle classi di età quelle che presentano una più alta prevalenza di positività sono quelle giovanili.

Il 47% del campione ha più di 45 anni

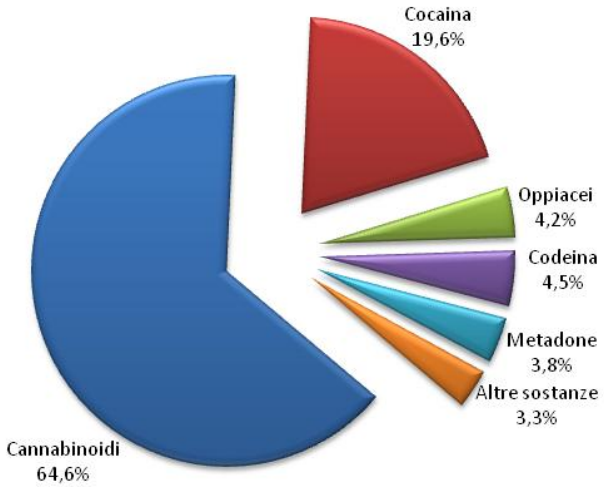
Figura I.1.63: Drug test di I livello – analisi per fascia d'età ed esito test – Anno 2010 –



Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR, LAMM e LSPT

Nei 551 casi per i quali è disponibile il dato sulla sostanza consumata, il 64,6% mostra una positività ai cannabinoidi, mentre la cocaina è stata riscontrata nel 19,6% e gli oppiacei nel 4,2% (Figura I.1.64). Rispetto al 2009 sostanzialmente stabili i cannabinoidi, in forte aumento la cocaina (13,0% nel 2009, 19,6% nel 2010: incremento del 50%), più che dimezzati gli oppiacei (9% nel 2009, 4,2% nel 2010).

Figura I.1.64: Drug test di I livello – analisi per sostanza d'abuso sui 551 soggetti risultati positivi al test di conferma – Anno 2010 -



quasi 2/3 dei soggetti risultati positivi per cannabinoidi, , 1/5 per cocaina

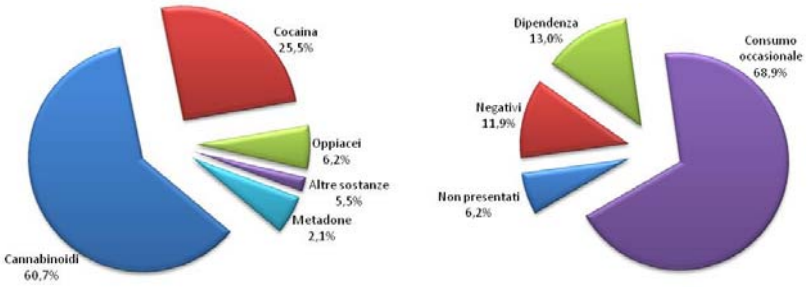
Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR, LAMM e LSPT

I dati degli accertamenti di II livello per l'anno 2010 riguardano 177 soggetti (31,5% dei positivi al I livello). La mancanza della maggior parte dei dati per gli accertamenti di secondo livello dipende dai tempi tecnici che intercorrono tra il riscontro di positività al I livello e la diagnosi finale.

Al 13,0% del campione è stata riscontrata una diagnosi di tossicodipendenza, in prevalenza per cannabinoidi ed a seguire cocaina, oppiacei e metadone (Figura I.1.65).

Figura I.1.65: Accertamenti clinici di II livello – analisi per sostanza e diagnosi– Anno 2010

Quasi il 69% ha una diagnosi di consumo occasionale



Fonte: Elaborazioni su dati DPA – progetto DTLR e LSPT

I.1.3.3 I costi del drug test

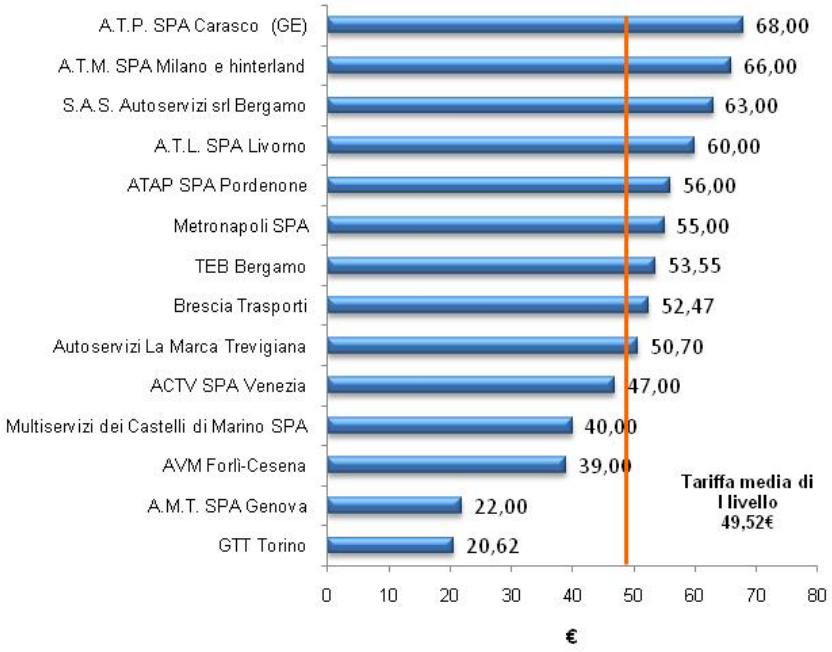
Aspetto assolutamente di rilevanza, in particolare per i datori di lavoro, è quello della sostenibilità finanziaria di tutte le procedure diagnostico accertative nonché amministrative connesse all'obbligo di sottoporre al drug test il personale svolgente mansioni a rischio.
Il costo diretto minimo da 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 ha sottoposto una scheda informativa sui costi diretti ad alcune associate ASSTRA che su base volontaria hanno fornito alcune utile indicazioni che di seguito si rappresentano.

Dalla figura 1.1.66 si può notare quanto sia eterogenea la tariffazione indicata , da un minimo di poco superiore ai 20 € sino ad un massimo di 68 € con un dato medio dichiarato di quasi 50 € .

notevole eterogeneità

Figura I.1.66: Tariffa individuale per accertamenti drug test di I livello – anno 2010

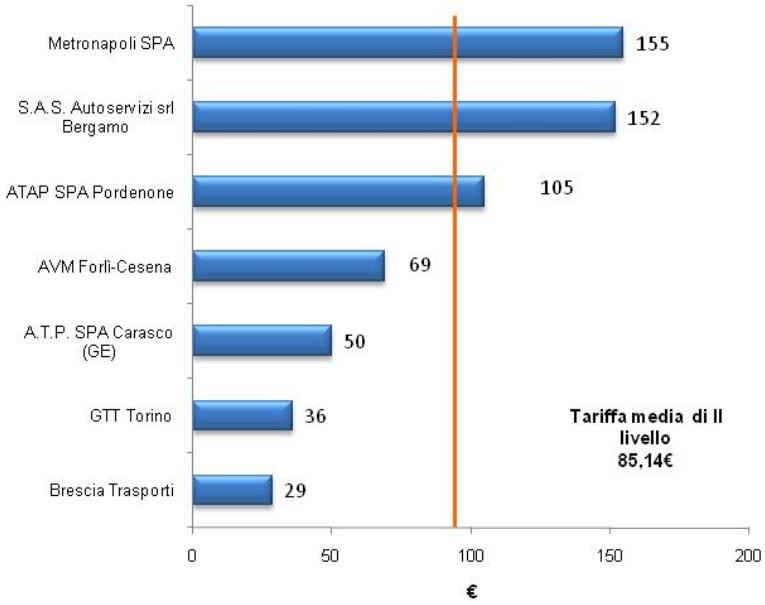
Costo medio accertamenti di I livello di quasi 50 € per persona.



Fonte: Elaborazioni DPA

Figura I.1.67: Tariffa individuale per accertamenti drug test di II livello – anno 2010

Costo medio per accertamenti di II livello circa 85 € per persona

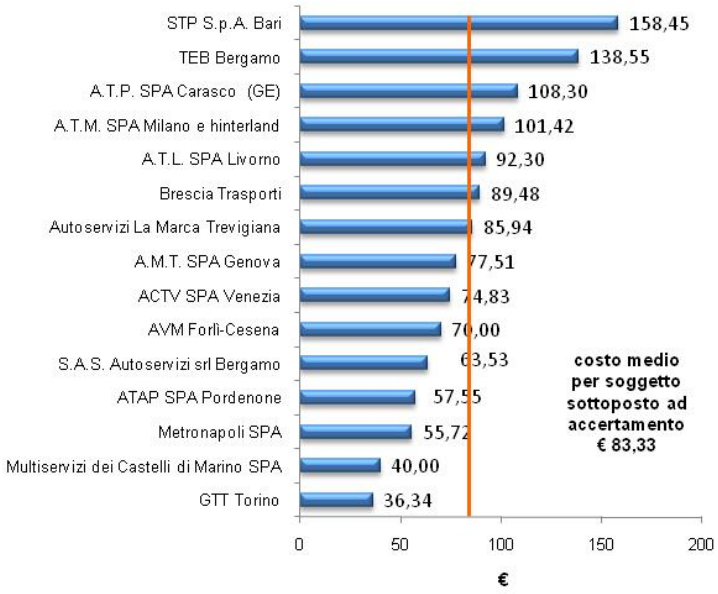


Fonte: Elaborazioni DPA

Complessivamente, il costo medio calcolato per primo e secondo livello a persona è pari ad € 83,33 con un minimo di € 36,34 (Gruppo Torinese Trasporti) ed un massimo di € 158,45 (Società Trasporti Pugliese) (Figura I.1.68).

Il costo medio per soggetto è maggiore di 83 €

Figura I.1.68: Costo medio per accertamenti drug test – anno 2010



Fonte: Elaborazioni DPA

I.1.3.4 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[2] eseguiti (Tabella I.1.27), mentre per il Corpo dei Carabinieri le informazioni riguardano il numero di soggetti sottoposti ad esame (Tabella I.1.28).

Tabella I.1.27: Drug test eseguiti sulle Forze Armate. Anni 2006 - 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Esercito Italiano					
Test eseguiti	47.993	39.523	48.306	42.417	57.034
Test positivi	625	340	54	446	204
% Positivi	1,30	0,86	0,11	1,05	0,36
Marina Militare					
Test eseguiti	50.525	43.747	41.476	43.958	43.752
Test positivi	26	19	15	7	4
% Positivi	0,05	0,04	0,04	0,02	0,01
Aeronautica Militare					
Test eseguiti	63.378	43.617	64.108	70.258	82.805
Test positivi	57	42	41	27	0
% Positivi	0,09	0,10	0,06	0,04	0,00
Totale (E.I., M.M., A.M.)					
Test eseguiti	161.896	126.887	153.890	156.633	183.591
Test positivi	708	401	110	480	208
% Positivi	0,44	0,32	0,07	0,31	0,11

Fonte: Elaborazioni su dati del Ministero della Difesa

I controlli a campione mediante drug test sull'urina sono stati effettuati al personale in servizio fuori area sul 3% della forza effettiva e su quello in servizio in Patria sul 5% della forza effettiva; inoltre, viene sottoposto a test anche il personale aspirante all'arruolamento volontario.
Nel 2010 all'interno dell'Esercito Italiano sono stati eseguiti complessivamente 57.034 test (+34,5% rispetto al 2009) di cui 204 casi sono risultati positivi (0,4%). Dal 2006, anno in cui erano stati ottenuti 625 test positivi, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2008 (la positività è stata osservata solo in 54 casi pari allo 0,1%); dopo un picco registrato nel 2009, nel 2010 i test positivi sono tornati a diminuire.

Marina Militare, diminuiscono i test e la positività

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 2010 sono stati effettuati 43.752 test (-0,5% rispetto al 2009) e sono risultati positivi solo 4 esami (0,01%).

Aeronautica Militare, più

Per quanto riguarda l'Aeronautica Militare, vengono eseguiti controlli periodici

[2] Un soggetto viene sottoposto, in media, dai 4 ai 7 test

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.

controlli e nessun positivo

Nel 2010 sono stati eseguiti 82.805 test (+17,9% rispetto al 2009) e nessun soggetto è risultato positivo.

Tabella I.1.28: Soggetti esaminati Corpo dei Carabinieri. Anni 2006 - 2010

	2006	2007	2008	2009	2010
Corpo dei Carabinieri					
Soggetti esaminati	1.670	249	1.632	638	810
Soggetti positivi	5	6	14	6	2
% positivi	0,30	2,41	0,86	0,94	0,25

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 2010 sono stati sottoposti a drug test 810 carabinieri e di questi 2 soggetti sono risultati positivi (0,25%).

I.1.4. Confronto tra studi di popolazione generale e indagini nelle acque reflue e nell'atmosfera

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.

Osservazione multidimensionale

Per questo motivo, parallelamente alle tradizionali indagini di popolazione descritte in precedenza (popolazione generale 15-64 anni – GPS-ITA e popolazione studentesca 15-19 anni – SPS-ITA), il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha avviato due ulteriori studi per la rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti denominati AquaDrugs e AriaDrugs.

Figura I.1.69: Progetti avviati dal Dipartimento per le Politiche Antidroga per il monitoraggio del consumo di sostanze nella popolazione generale e studentesca



Fonte: Dipartimento per le Politiche Antidroga - DPA

Di seguito vengono descritti i risultati ottenuti dall'utilizzo di queste due nuove metodologie di indagine basate su evidenze oggettive e viene presentato un confronto tra i risultati sui consumi, emersi dai diversi studi condotti nel 2010.

I.1.4.1 Progetto AquaDrugs

Otto città sotto osservazione

Nel primo semestre 2010, in otto città campione a livello nazionale, è stato condotto uno studio sul consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione generale e scolastica, utilizzando un criterio innovativo basato sull'analisi tossicologica delle acque reflue nei depuratori municipali e nei collettori scolastici.
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.

Inoltre, l'analisi tossicologica delle concentrazioni di sostanze stupefacenti risente del fatto che, la solubilità delle droghe nelle acque reflue è fortemente condizionata dal pH e dalla presenza di sospensioni solide e/o composti organici.
Tale criterio 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 (la percentuale di escrezione metabolica, il rapporto di massa residuo/sostanza parentale, la percentuale di degradazione delle sostanze in acque reflue, il volume delle acque in arrivo giornalmente al depuratore), forniscono una misura delle droghe complessivamente consumate nella giornata da tutta la popolazione afferente al depuratore.

Milano, Verona, Torino, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Palermo

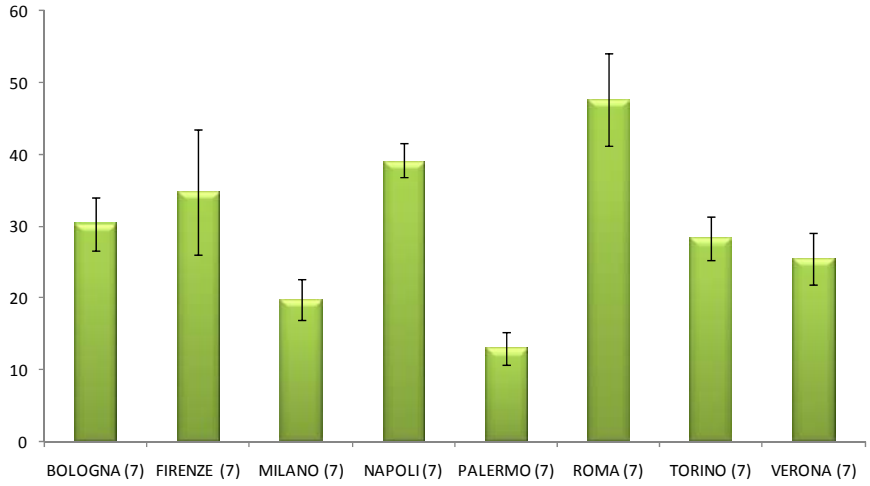
Ai fini dello svolgimento dello studio preliminare a livello nazionale, sono state selezionate le seguenti otto città campione: Milano, Verona, Torino, Bologna, Firenze, Roma, Napoli, Palermo. Per ciascun centro urbano sono stati individuati i depuratori municipali più opportuni per l'effettuazione di campionamenti rappresentativi e gli scarichi fognari più appropriati degli istituti scolastici selezionati. 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 di rifiuto in orario scolastico, per cinque o sei 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, metabolici morfina e 6-acetilmorfina per l'eroina e per le anfetamine e le sostanze anfetamina, metanfetamina, e MDMA (ecstasy).

Campionamenti multipli

In particolare, per ciascuna di queste sostanze è stato possibile identificare, mediante la tecnica HPLC-MS/MS, la concentrazione dei residui target, stabile per il tempo necessario al campionamento e alle analisi, che ha consentito di risalire alle dosi mediamente consumate da parte della popolazione.

Rilevamento cannabis nella popolazione generale: le città più colpite sono Roma, Napoli, Firenze e Bologna

Figura I.1.70: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di **cannabis** rilevate in ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza



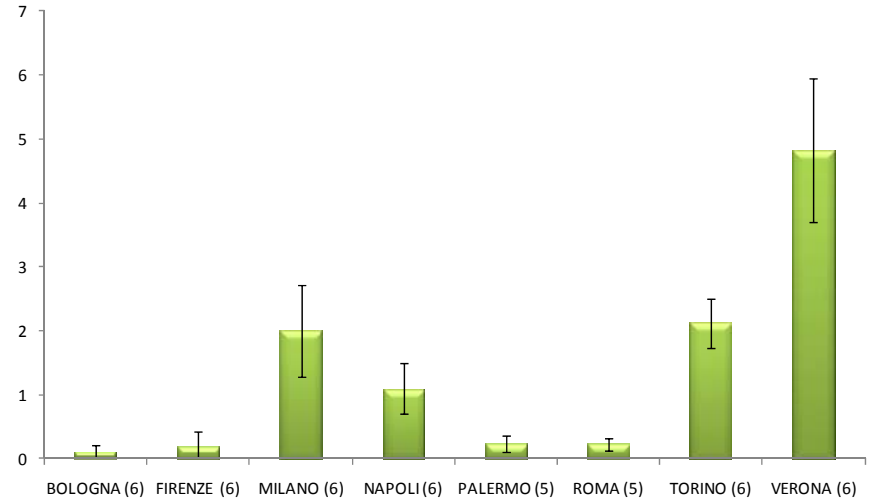
Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi delle acque reflue nei depuratori municipali delle otto città selezionate ha individuato dosi medie giornaliere (per 1.000 residenti) di cannabis lievemente più elevate a Roma e Napoli, mentre Palermo è risultata la città con la minore concentrazione di sostanza metabolita TCH-COOH (cannabis) nelle acque di rifiuto (Figura I.1.70).

Al contrario, l'analisi delle concentrazioni nelle scuole della città di Verona ha evidenziato quantità medie di cannabis maggiori (Figura I.1.71), con differenze statisticamente significative rispetto agli altri centri urbani esaminati. Dosi elevate di sostanza metabolica THC-COOH sono state rilevate anche nei plessi scolastici di Torino, Milano e Napoli.

Figura I.1.71: Distribuzione delle dosi medie (per 1.000 studenti) di **cannabis** rilevate per ciascun **istituto scolastico** e corrispondenti intervalli di confidenza

Rilevamento cannabis nelle acque reflue delle scuole: le città più colpite sono Verona e Torino

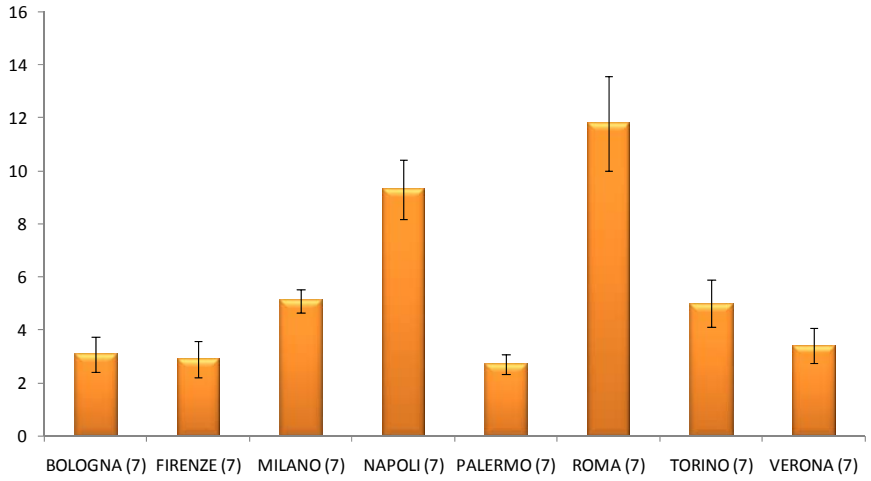


Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

In accordo con quanto descritto in precedenza per la sostanza cannabis, l'analisi delle acque reflue nei depuratori municipali delle città di Roma e Napoli ha individuato anche per la cocaina dosi medie giornaliere (per 1.000 residenti) più elevate (Figura I.1.72), con differenze statisticamente significative rispetto agli altri centri urbani.

Figura I.1.72: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di **cocaina** rilevate in ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

Rilevamento cocaina nella popolazione generale: le città più colpite sono Roma e Napoli

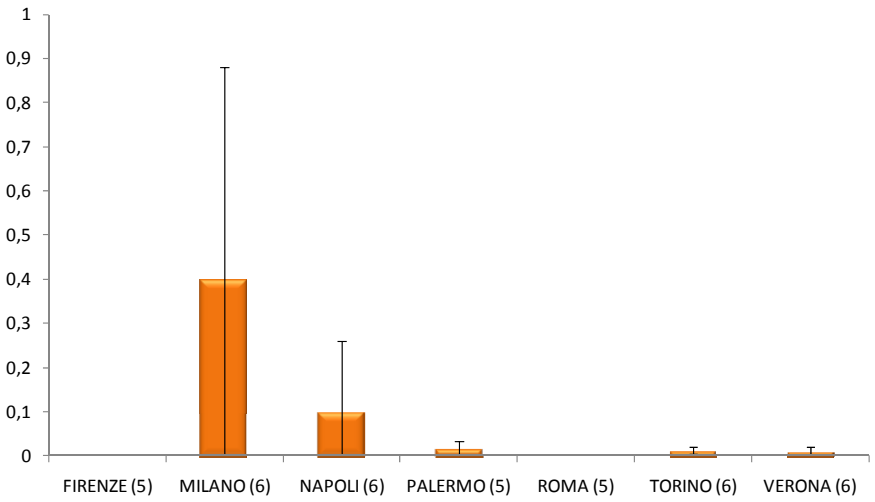


Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Al contrario, il consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione scolastica indagato mediante l'analisi microbiologica delle acque di rifiuto dei plessi scolastici selezionati, ha rilevato dosi medie di cocaina in quantità maggiore negli istituti di Milano (Figura I.1.73), anche se questo dato risulta altamente variabile (intervallo di confidenza molto ampio).

Figura I.1.73: Distribuzione delle dosi medie (per 1.000 studenti) di **cocaina** rilevate per ciascun **istituto scolastico** e corrispondenti intervalli di confidenza

Rilevamento cocaina nelle acque reflue delle scuole: la città più colpita è Milano

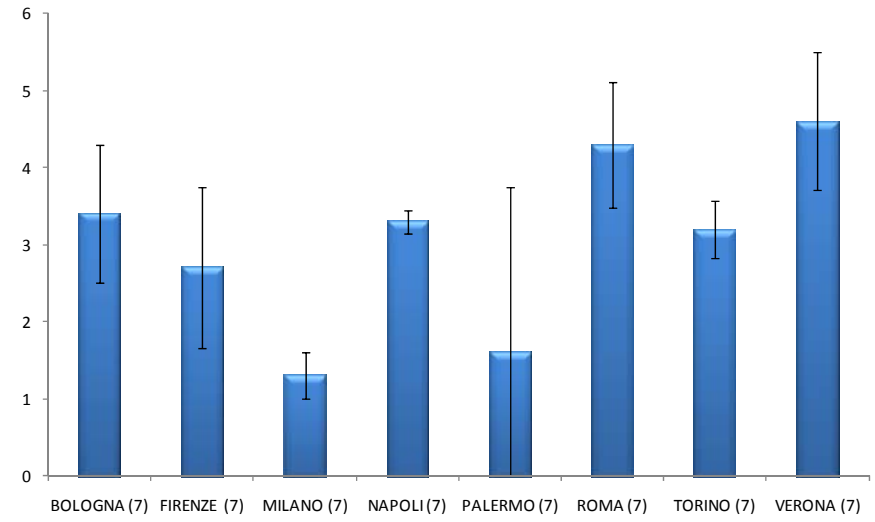


Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi delle concentrazioni delle sostanze psicoattive eroina ed amfetamine (o metamfetamine) nelle acque reflue non ha riscontrato presenza di metaboliti presso i collettori degli istituti scolastici selezionati, limitando di conseguenza la presentazione dei risultati per le analisi condotte solo presso i depuratori municipali delle otto città campionate.
In particolare, sono stare rilevate dosi medie giornaliere (per 1.000 residenti) di eroina lievemente più elevate a Verona e Roma, mentre Milano, oltre a Palermo città con consumi minimi per tutte le sostanze indagate, è risultata la città con la minore concentrazione (Figura I.1.74).

Figura I.1.74: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di **eroina** rilevate in ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

Rilevamento eroina nella popolazione generale: le città più colpite sono Verona e Roma

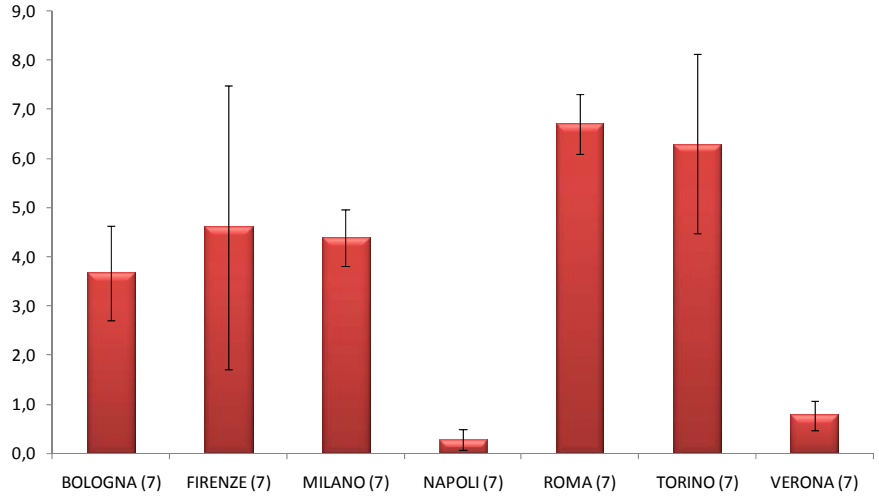


Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Considerando, invece, le quantità rilevate di amfetamine e metamfetamine, Roma e Torino sono risultate le due città con concentrazioni maggiori (Figura I.1.75), mentre i consumi a Verona e Napoli, che hanno evidenziato concentrazioni elevate di oppiacei, sono risultati minimi molto inferiori alle altre città indagate.

Figura I.1.75: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di **amfetamine e metamfetamine** rilevate in ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

Rilevamento amfetamine nella popolazione generale: le città più colpite sono Roma e Torino



Fonte: Studio AquaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.4.2 Progetto AriaDrugs

Studio sperimentale sulle sostanze stupefacenti nell'aria

Parallelamente allo studio sulle acque reflue, nello stesso periodo è stato realizzato un ulteriore studio sulla rilevazione della concentrazione di sostanze stupefacenti nell'atmosfera, in particolare cocaina e cannabinoidi, cercando di valutare possibili correlazioni tra la presenza di queste sostanze nell'aria e nelle acque reflue.

Lo studio ha caratteristiche di assoluta novità, sia in ambito nazionale che europeo. La presenza di droghe e specie correlate (metaboliti, piro-prodotti) in atmosfera è stata, infatti, scoperta soltanto di recente, mentre studi dedicati ed estesi rimangono ancora assai rari. Tuttavia, i dati disponibili sono sufficienti a rivelare la diffusione del fenomeno e l'entità del cosiddetto "inquinamento da droghe". La sostanza illecita più studiata è la cocaina, sia perché la rivelazione e la misura presentano meno difficoltà, sia perché questa sostanza sembra la più abbondante in atmosfera tra le sostanze illecite.

Inquinamento atmosferico

8 punti urbani e campionamenti multipli nel tempo (Aprile Giugno 2010)

Ai fini dello studio, il particolato sospeso è stato raccolto presso stazioni appartenenti alle reti di monitoraggio regionali o, comunque, in siti rappresentativi dell'inquinamento di fondo negli otto contesti urbani selezionati. Le misurazioni sono state effettuate in un anno solare con frequenza diversa in base alla sostanza esaminata: monitoraggio delle concentrazioni di cocaina, associata al particolato atmosferico (PM10), con cadenza giornaliera per gruppi settimanali, e monitoraggio delle concentrazioni di Delta9-tetraidrocannabinolo, cannabinolo e cannabidiolo con risoluzione temporale mensile (un mese per ogni stagione dell'anno).

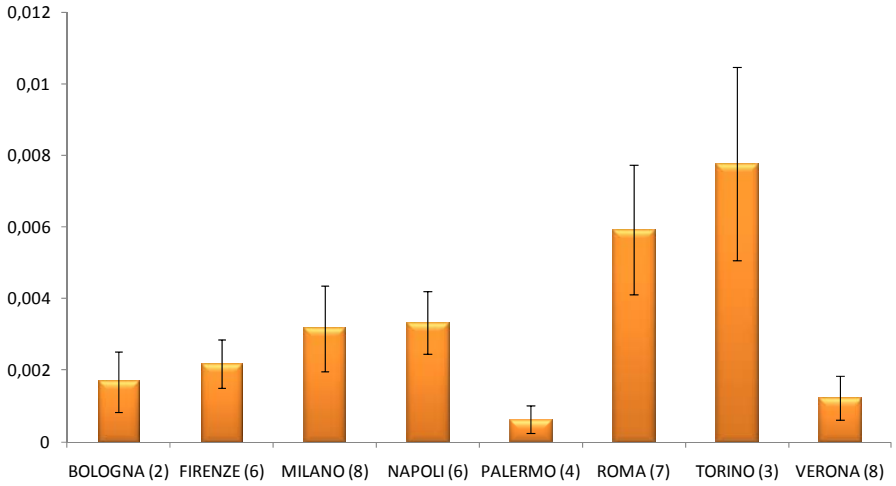
Metodologie analitiche avanzate

Le analisi chimiche dei campioni raccolti sono state effettuate mediante procedure che prevedono l'estrazione delle polveri sospese con solvente organico, la purificazione dell'estratto, l'eventuale derivatizzazione delle sostanze e infine la separazione, l'identificazione e la quantificazione attraverso la gascromatografia capillare e la spettrometria di massa. Inoltre, con l'obiettivo di discriminare la contaminazione da sostanze psicotrope dall'inquinamento atmosferico, sono stati misurati anche gli idrocarburi cancerogeni. In particolare, per la cocaina sono state individuate le modulazioni temporali (lungo l'anno solare per ogni sito) e spaziali (per le diverse località), mentre per i cannabinoidi la valutazione è stata limitata al confronto estate-inverno e alle tre sostanze esaminate. In questo modo è stato possibile rilevare variazioni di tipo stagionale e depurare i dati raccolti da

un eventuale effetto dell'inquinamento atmosferico o eventi eccezionali.
Al fine di poter operare confronti con i risultati emersi dallo studio AquaDrugs, nel presente documento sono illustrati i risultati ottenuti dall'analisi delle concentrazioni di cocaina e cannabis nell'atmosfera degli otto centri urbani rilevati, nel periodo temporale Aprile-Giugno 2010.

Figura I.1.76: Distribuzione delle concentrazioni (µg/m^3 su PM10) di **cocaina** rilevate per ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

Cocaina: le più alte concentrazioni a Torino e Roma. Le più basse a Palermo e Verona

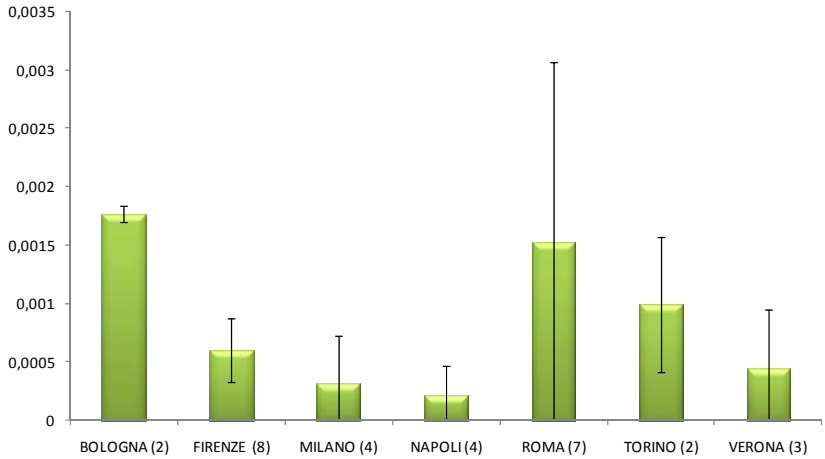


Fonte: Studio AriaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi delle concentrazioni di sostanze illecite nell'atmosfera rilevate nelle otto città campione selezionate, ha evidenziato quantità di cocaina mediamente più elevate a Torino e Roma (Figura I.1.76), mentre Palermo è risultata la città con la minore concentrazione di cocaina nell'aria (0,0006 µg/m^3 su PM10). Nonostante a Bologna siano stati considerati solamente due siti, in questa città sono state rilevate concentrazioni di Delta9-tetraidrocannabinolo, cannabinolo e cannabidiolo mediamente maggiori rispetto agli altri centri urbani (Figura I.1.77). Anche per queste sostanze, Roma e Torino appaiono tra le città con concentrazioni mediamente più elevate, nonostante il dato della città di Roma risulti altamente variabile (intervallo di confidenza molto ampio).

Figura I.1.77: Distribuzione delle concentrazioni (µg/m^3 su PM10) di **cannabis** rilevate per ciascun **centro urbano** e corrispondenti intervalli di confidenza

Cannabis: le più alte concentrazioni a Bologna e Roma. Le più basse a Napoli e Milano

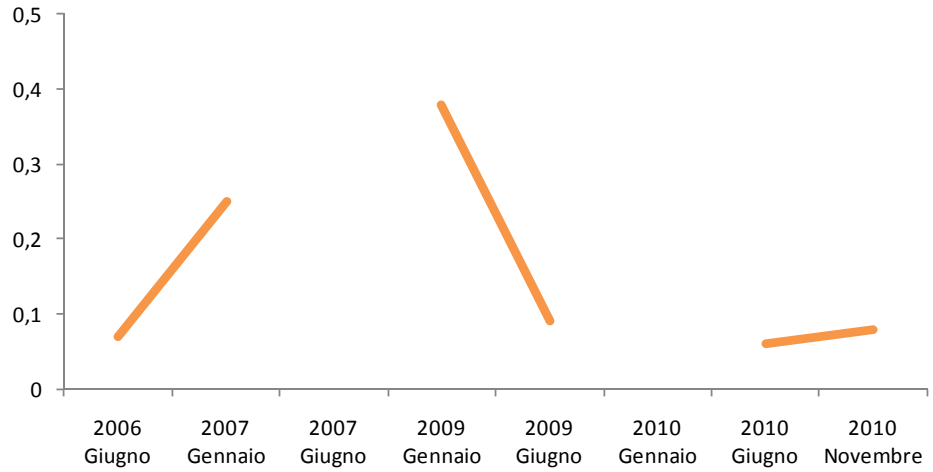


Fonte: Studio AriaDrugs 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Considerando i dati rilevati in studi precedenti (Figura I.1.78), l'andamento delle concentrazioni di cocaina misurate nell'atmosfera dall'anno 2006 ad oggi, per la città di Milano, evidenzia quantità di cocaina presenti nell'aria sensibilmente più basse nel 2010, apparentemente costanti in tutto l'anno, in considerazione della sporadicità con cui sono state effettuate le rilevazioni.

Figura I.1.78: Andamento storico delle concentrazioni (ng/m^3) di cocaina nell'atmosfera, città di Milano

Concentrazioni di cocaina nell'aria più basse nel 2010 rispetto al periodo 2006 - 2009



Fonte: Studio AriaDrugs – Dipartimento Politiche Antidroga

CAPITOLO I.2.

SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie e non sanitarie

I.2.1.1. Stima di alcune popolazioni di utilizzatori con bisogno di trattamento e spacciatori di sostanze psicoattive

I.2.1.2 Stima del numero di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei

I.2.1.3 Stime di incidenza (nuovi casi) di utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento

I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento

I.2.2.1. Caratteristiche demografiche

I.2.2.2. Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

I.2.2.3 Tempi di latenza tra inizio d'uso e primo trattamento, e consumo di sostanze: lo studio multicentrico del Dipartimento Politiche Antidroga su un campione di 47.821 utenti dei Servizi per le tossicodipendenze attraverso il flusso SIND

I.2.2.4. Valutazione degli esiti dei trattamenti

I.2. SOGGETTI CON BISOGNO DI TRATTAMENTO

Premesse

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.
Con riferimento a questo gruppo di soggetti, nel presente capitolo vengono presentate alcune informazioni sulla stima della prevalenza e dell'incidenza (nuovi casi), sulla base dei dati desunti dal Ministero dell'Interno.
Ulteriore indicatore chiave oggetto di monitoraggio da parte dell'OEDT riguarda la domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator) da parte delle persone che usano sostanze psicoattive e che si rivolgono ai servizi sanitari territoriali. Una specifica sezione viene dedicata al profilo delle caratteristiche dei soggetti assistiti dai Ser.T nel 2009.

Fonti informative

Per il calcolo delle stime di prevalenza e di incidenza dei soggetti con bisogno di assistenza, sono stati utilizzati i flussi informativi della Direzione Centrale per la Documentazione Statistica e della Direzione Centrale Polizia Criminale del Ministero dell'Interno, mentre per il profilo dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze, sono state utilizzate le informazioni aggregate fornite dal flusso informativo del Ministero della Salute, ed informazioni per singolo utente, desunte da uno studio pilota multicentrico condotto su un campione di Servizi per le tossicodipendenze del centro-nord Italia.

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie e non sanitarie

I.2.1.1 Stima di alcune popolazioni di utilizzatori con bisogno di trattamento

Soggetti in trattamento: solo una parte del problema

Il consumo problematico di sostanze psicoattive rappresenta uno dei cinque indicatori epidemiologici chiave adottati dall'Osservatorio Europeo per il monitoraggio del fenomeno droga[1]; tale indicatore ha l'obiettivo di stimare la dimensione delle popolazioni coinvolte in quei pattern di consumo più gravi e a rischio. Nel corso degli anni i gruppi di esperti dell'Osservatorio europeo di Lisbona hanno condiviso una definizione di uso problematico di sostanze psicoattive[2] 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

[1] Per una descrizione dei diversi indicatori chiave si veda all'indirizzo: http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators
[2] 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.

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.[3]

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 e il poliuso era praticamente assente. Il gruppo di esperti, che lavorano con l'Osservatorio europeo sull'indicatore, 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[4]. 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. 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[5].

Per arrivare a una nuova definizione operativa e per stimare al meglio le diverse popolazioni di utilizzatori, particolarmente rilevanti sono le informazioni che derivano dalle survey sui consumatori, che vengono effettuate nei diversi paesi.

In Italia è stata condotta nel 2010 dal Dipartimento per le Politiche antidroga, con la collaborazione scientifica del Centro interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica dell'Università di Roma Tor Vergata, un'importante indagine tra i residenti nelle comunità e gli assistiti dai sevizi a bassa soglia.

L'indagine ha raccolto circa 1200 questionari nelle comunità e circa 300 nei servizi a bassa soglia. I dati hanno permesso di approfondire molti aspetti legati alle abitudini dei consumatori con stile di vita maggiormente problematico. I principali risultati sono stati presentati a riunioni internazionali e, in particolare, nel corso della riunione degli esperti presso l'Osservatorio di Lisbona nel mese di dicembre.

E' stata riconosciuta l'importanza dell'approccio e della metodologia e l'indagine verrà riproposta nel 2011 in almeno 4 paesi dell'Unione europea, tra cui l'Italia, nell'ambito di un progetto finanziato dalla Commissione europea. Attualmente è già in corso la rilevazione in Albania.

Nel seguito del presente paragrafo si riportano le stime degli "utilizzatori con bisogno di trattamento" definiti in base alla frequenza d'uso, ovvero con frequenza di almeno 20 assunzioni mensili, nella popolazione giovanile e nella popolazione tra 15 e 64 anni6, ottenute integrando dati dall'indagine sulla popolazione scolastica (SPS 2010) e dati e informazioni dall'indagine sugli assistiti in bassa soglia e nelle strutture socio-riabilitative.

Dall'indagine SPS 2010 è possibile ricavare le percentuali di utilizzo "con bisogno di trattamento" per gli studenti di età compresa tra 15 e 21 anni (Tabella I.2.1) per le diverse sostanze e combinazioni di uso.

---

[3] Per una descrizione dei diversi metodi si vedano le linee guida europee all'indirizzo http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index65519EN.html

[4] 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. Nel 2010 sono state rilevate ben 41 nuove sostanze.

[5] 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.

[6] Questa classe di età è stata assunta come classe di riferimento a livello europeo e viene qui utilizzata per facilitare i confronti, ma è importante sottolineare che alcuni utilizzatori, anche problematici, hanno età inferiori.

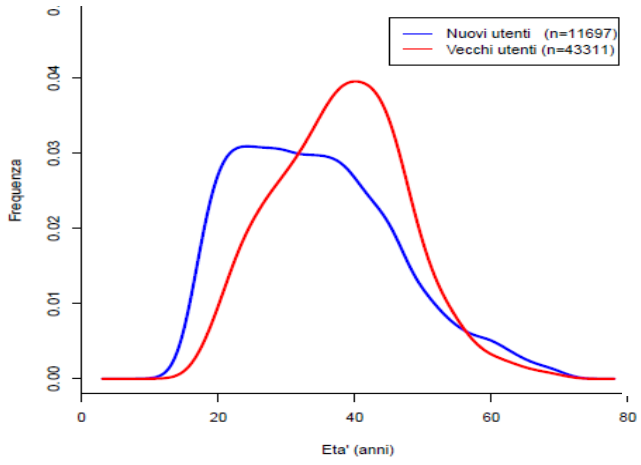
Tabella I.2.1: Distribuzione percentuale degli studenti 15-21 anni che hanno assunto sostanze almeno 20 volte nell'ultimo mese (sul totale studenti che hanno consumato almeno una sostanza negli ultimi 30 giorni) – Anno 2010

Sostanze d'uso	% Studenti 15-21 anni con uso sostanze almeno 20 volte nell'ultimo mese
solo cannabis	5,4
cannabis eroina cocaina	4,1
cannabis cocaina	6,9
cannabis eroina	0,1
solo eroina	0,0
eroina e cocaina	0,0
solo cocaina	0,0
solo altre droghe	1,3
cannabis e altre droghe	4,4
Totale	**22,2**

Fonte: Elaborazione su dati SPS – ITA 2010

Come si vede, il 22,2% di quanti hanno utilizzato sostanze psicoattive nell'ultimo mese prima della rilevazione lo ha fatto almeno 20 volte.
Se si escludono dal calcolo delle percentuali di utilizzatori con bisogno di trattamento, la cannabis usata da sola, le altre droghe, che necessitano di ulteriori approfondimenti, e la cannabis con altre droghe per fornire una stima prudenziale e conservativa, si arriva a una percentuale globale di utilizzo con bisogno di trattamento tra gli studenti (15-21 anni) pari all'11,1%.
La prevalenza totale di utilizzatori con bisogno di trattamento nella fascia di età 15-21 anni PDU (15-21), può essere calcolata applicando l'ipotesi conservativa che i giovani delle stesse età che non frequentano la scuola, consumino nello stesso modo di quelli che la frequentano. A partire dalla stima del totale dei consumatori nella stessa fascia di età 15-21 anni, ottenuta utilizzando le informazioni demografiche fornite dall'ISTAT (692.000 residenti 15-21 anni), si ottiene che i soggetti eleggibili a trattamento di età 15-21 anni sono 76.812 (ottenuto come 0,111 * consumatori 15-21 anni e la percentuale).

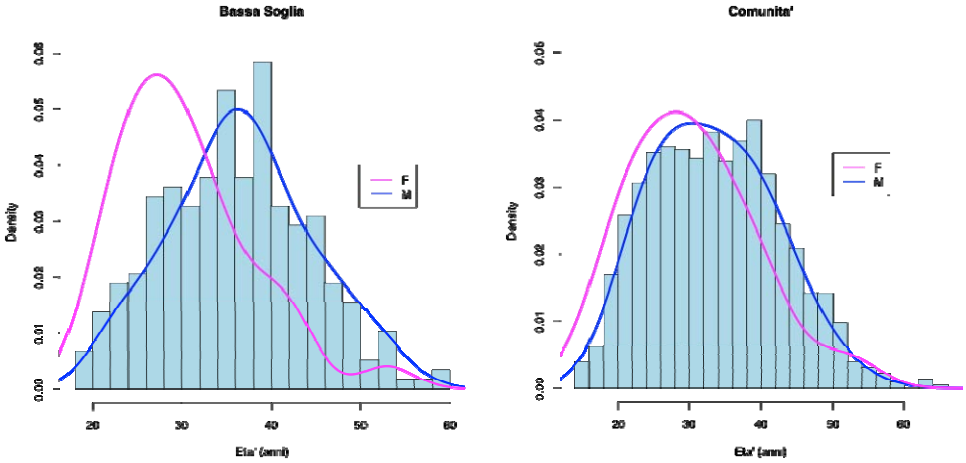
Figura I.2.1: Distribuzione percentuale degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze per età secondo il tipo di utenza. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati studio multicentrico DPA 2010

Per poter procedere alla stima del totale della popolazione di utilizzatori con bisogno di trattamento nella classe di età 15-64 anni, si possono utilizzare le informazioni sulla distribuzione per età dei consumatori eleggibili a trattamento, stimata attraverso le indagini sulle comunità e sui servizi a bassa soglia e validate attraverso le informazioni sulla distribuzione per età degli utenti dei SerT stimata dai dati dello studio multicentrico DPA (Figura I.2.1.). Risulta che tra i consumatori eleggibili a trattamento, la percentuale di soggetti con età tra 15 e 21 anni è pari a circa l'8%. Pertanto PDU (15-21) rappresenta circa l'8% dei consumatori eleggibili a trattamento, quindi i consumatori 15-64 anni con bisogno di trattamento, secondo la definizione data, sono pari a circa 960.000.
Di questi, una parte rientra nella categoria dei soggetti eleggibili per trattamento, di cui è possibile avere una stima, relativamente a quelli con sostanza primaria eroina, a partire dai dati della prevalenza in trattamento nei SerT, con il metodo del moltiplicatore semplice, in analogia con quanto fatto nei due anni precedenti[7]. Per quanto detto sopra, non è, però, possibile utilizzare lo stesso approccio per i consumatori di cocaina.

Figura I.2.2: Distribuzione percentuale del campione di utenti bassa soglia e strutture socio-riabilitative per età e genere. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati studio PDU 2010

Per questi ultimi è, però, possibile avere stime di popolazioni che possono essere prese come indicative di quella di interesse.

Per stimare alcune popolazioni di consumatori, tra cui i consumatori di cocaina, è stato considerato l'archivio dei soggetti segnalati per art.75 per gli anni 2005-2009. Sulla base dell'analisi di completezza e di qualità dei dati, è stata estratta la sezione relativa al 2008, e sono state calcolate le stime di consumatori utilizzato il modello di Poisson troncato con eterogeneità, calcolando gli stimatori di Chao e Zelterman e i relativi intervalli di confidenza.
In relazione alla tipologia di informazioni disponibili nel suddetto archivio, in particolare i dati sui soggetti segnalati "Già noti" alle Forze dell'Ordine per precedenti segnalazioni ed i "Nuovi" soggetti segnalati, è possibile stimare i consumatori di sostanze con bisogno di trattamento, partendo dal contingente di

[7] Occorre considerare che la stima presentata nei precedenti anni degli utilizzatori eleggibili per trattamento, essendo basate solo sulla popolazione relativa ai SerT, risulta una proxy per difetto della popolazione di interesse. Infatti, dall'indagine sulle comunità, risulta che ben il 19% degli eleggibili non passa per un SerT. Tenendo conto di questa informazione, non disponibile in precedenza, è possibile per il 2010 migliorare le stime considerando il dato ottenuto dalla comunità come una percentuale di sottonotifica.

soggetti già segnalati, mentre l'incidenza si può stimare partendo dalla popolazione dei "Nuovi" segnalati (Tabella I.2.2).

Tabella I.2.2: Stime di Zelterman per i soggetti consumatori di **cocaina**, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2008.

Area geografica	Totale segnalati	Consumatori Cocaina (Zelterman)		
		Media	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)
Nuovi segnalati				
Italia nord/orientale	679	28.774	14.802	56.570
Italia nord/ occidentale	1.626	45.589	31.878	65.515
Italia centrale	1.012	51.209	28.107	94.010
Italia meridionale e insulare	1.404	70.403	42.227	118.027
Totale	4.721	195.975	148.300	259.580
Già segnalati in anni precedenti				
Italia nord/orientale	261	3.772	2.040	7.187
Italia nord/ occidentale	583	10.606	6.607	17.260
Italia centrale	299	11.138	4.498	28.282
Italia meridionale e insulare	608	9.222	6.041	14.291
Totale	1.751	34.746	24.105	50.453

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

120.000 tossicodipendenti stimati in Italia per cocaina,3,0 per mille (15-64 anni)

Se si correggono le stime degli utilizzatori di cocaina utilizzando l'informazione sulla proporzione di popolazione a rischio di segnalazione (valore prudenziale del 30%, anche se secondo altre stime di massima si riportano valori compresi tra 36 e 38%), si ottiene, a livello nazionale una stima per difetto pari a circa 120.000. Considerando che questi sono i soggetti che vengono segnalati da più anni, è possibile considerare questa popolazione come relativa a soggetti utilizzatori di cocaina con bisogno di trattamento[8].

Si può osservare che questo valore, che è sicuramente un limite inferiore, non è molto lontano dall'ordine di grandezza della popolazione eleggibile per trattamento per cocaina stimata nel 2008 (172.000)

I.2.1.2 Stima del numero dei soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei

Soggetti in trattamento: solo una parte del problema

I soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze del territorio nazionale rappresentano solo una parte della popolazione di utilizzatori di sostanze con possibile necessità di trattamento.

Per stimare la popolazione dei potenziali utenti in trattamento per uso problematico di sostanze, l'Osservatorio Europeo di Lisbona ha definito, mediante linee guida, opportune metodologie statistiche che, unendo l'informazione di diversi flussi istituzionali, permettono di stimare il numero complessivo di consumatori che presentano problemi di salute connessi all'utilizzo di sostanze psicoattive, includendo anche quella parte dei consumatori che, pur non essendosi rivolta alle strutture di trattamento nel corso dell'anno, presenta caratteristiche analoghe a quelle dei soggetti in trattamento presso i Ser.T.
Purtroppo le metodologie sviluppate sono applicabili in modo affidabile soltanto alla stima degli utilizzatori di oppiacei; l'Osservatorio europeo sta integrando le

[8] C'è da ricordare che un numero non trascurabile utilizza, oltre alla cannabis, anche altre sostanze.

linee guida per tener conto delle sfide poste dai recenti andamenti del mercato e del consumo che rendono non più utilizzabile in generale la definizione di uso problematico, né le metodologie di stima.
Dei metodi di stima riportati nelle linee guida reperibili all'indirizzo in nota, si utilizza quello del moltiplicatore semplice dai dati di trattamento e si applica unicamente agli utilizzatori di oppiacei. I valori dei moltiplicatori a livello locale, stimati nel 2010, per la regione Abruzzo, la P.A. di Trento e l'area metropolitana di Bologna, unici studi locali disponibili, sono molto simili tra loro e conservano l'ordine di grandezza di quelli stimati, anche utilizzando altri studi locali, in anni precedenti. A conferma della non adeguatezza dei metodi di stima attualmente in uso per altre sostanze basti osservare che il moltiplicatore per la cocaina negli studi locali e negli ultimi tre anni disponibili varia da 2,1 a 13, oscillando nella stessa area tra 2,1 e 11,8.
Per il 2010 si stimano in Italia 218.425 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per oppiacei, corrispondenti a una prevalenza di 5,5 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.

218.425 tossicodipendenti stimati in Italia per oppiacei, 5,5 per mille (15-64 anni)

Tabella I.2.3: Stime di prevalenza (valori assoluti e tasso per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei secondo il genere. Anno 2010

Regioni	Maschi		Femmine		Totale	
	N	Tasso	N	Tasso	N	Tasso
Abruzzo	5.308	12,09	811	1,84	6.119	6,96
Basilicata	1.699	8,69	144	0,74	1.843	4,72
Calabria	10.708	16,05	1.172	1,73	11.880	8,83
Campania	19.547	10,07	2.226	1,12	21.774	5,54
Emilia Romagna	12.495	8,80	2.708	1,92	15.202	5,37
Friuli Venezia Giulia	3.577	8,95	782	2,00	4.359	5,51
Lazio	20.229	10,92	4.227	2,21	24.457	6,49
Liguria	5.772	11,65	2.103	4,18	7.876	7,89
Lombardia	23.427	7,16	4.023	1,26	27.450	4,25
Marche	5.867	11,69	1.275	2,55	7.141	7,13
Molise	1.219	11,57	165	1,58	1.384	6,60
P.A. Bolzano	979	5,85	213	1,31	1.192	3,61
P.A. Trento	1.261	7,26	306	1,80	1.567	4,57
Piemonte	13.731	9,57	3.007	2,11	16.738	5,85
Puglia	12.424	9,22	1.257	0,91	13.682	5,01
Sardegna	4.850	8,42	681	1,19	5.530	4,82
Sicilia	12.239	7,45	1.604	0,94	13.843	4,14
Toscana	13.016	10,95	2.870	2,39	15.886	6,64
Umbria	3.278	11,46	828	2,85	4.106	7,12
Valle D'Aosta	349	8,25	74	1,80	423	5,07
Veneto	13.210	8,06	2.763	1,73	15.973	4,93
Italia	185.185	9,36	33.239	1,67	218.425	5,51

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

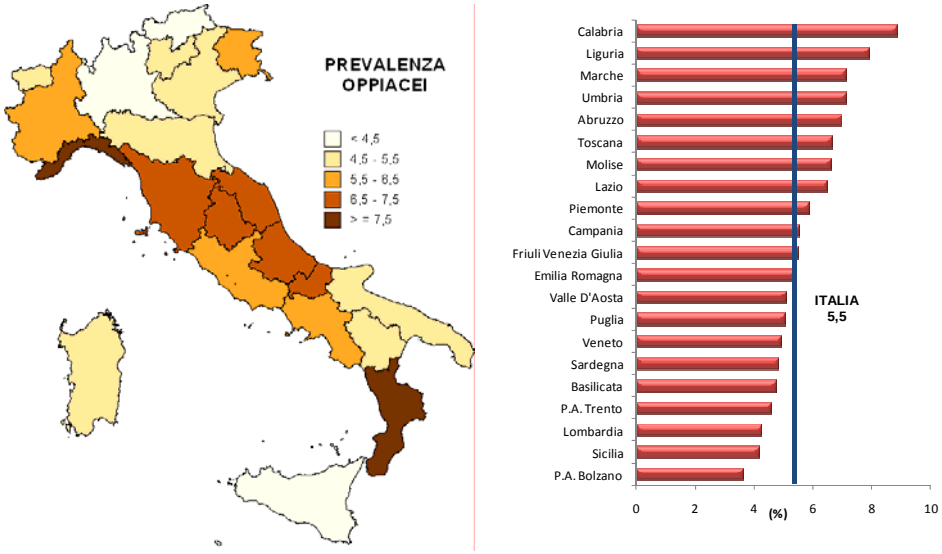
Il confronto regionale delle stime indicate in tabella I.2.3 non evidenzia un'elevata variabilità tra le differenti aree territoriali, la variabilità statistica, stimata con il metodo bootstrap, fornisce un intervallo di confidenza al 95% di semiampiezza 6000 soggetti. Se si considera la stima mediana per il confronto con il 2009, si ha che il numero di soggetti eleggibili per trattamento per oppiacei è aumentato di circa 1%, a conferma della fase endemica dell'epidemia di uso di eroina in atto ormai da oltre 15 anni.

L'analisi delle stime di prevalenza a livello regionale

Forti differenziazioni tra regioni

L'analisi delle stime a livello regionale, eseguita dal Centro Interdipartimentale di Biostatistica e Bioinformatica dell'Università di Tor Vergata, evidenzia che le aree in cui si osserva la prevalenza più elevata sono la Calabria e la Liguria (rispettivamente 8,8 e 7,9 casi per mille residenti di età compresa tra 15 e 64) e nelle regioni centrali Toscana, Umbria e Marche oltre all'Abruzzo e al Molise, regioni in cui, potenzialmente, si ha il più alto numero di utenti eleggibili al trattamento nei Servizi rispetto alla popolazione residente. Negli estremi settentrionali e meridionali, invece, si collocano le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa; il valore minimo è stato calcolato per la provincia autonoma di Bolzano (3,6 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni).

Figura I.2.3: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei (soggetti cumulati). Anno 2010



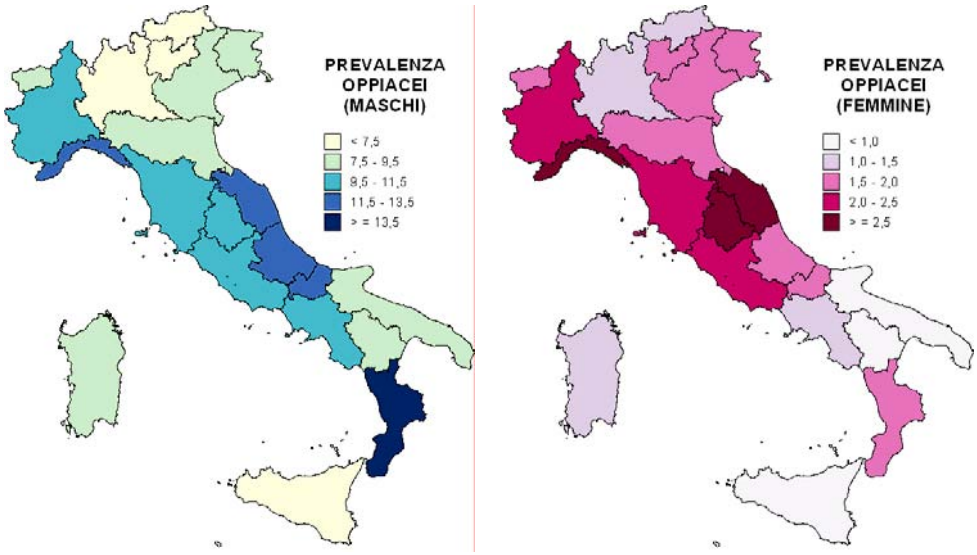
Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Le regioni più colpite: Calabria e Liguria

Le regioni meno colpite sono: PA Bolzano e Sicilia

Per quanto riguarda le stime di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei per genere, si osservano valori sensibilmente più elevati per i maschi rispetto alle femmine, sebbene la distribuzione delle prevalenze regionali non evidenzi particolari differenze nei due profili, con l'unica eccezione della Calabria per la quale si osservano prevalenze per i maschi più marcate rispetto alle altre regioni.

Figura I.2.4: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei secondo il genere. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

I.2.1.3 Stime di incidenza (nuovi casi) di utilizzatori di eroina che richiederanno trattamento

Partendo dal principio che qualsiasi uso di droga è problematico, bisogna però ricordare che vi possono essere casi a rapida evoluzione verso la dipendenza e altri che non evolvono e si autoestinguono.
Tra coloro che possono evolvere verso una dipendenza, un efficace indicatore epidemiologico per l'analisi della dinamica del fenomeno è costituito dal numero di soggetti che ogni anno iniziano ad assumere sostanze psicoattive illegali e che, negli anni seguenti, sviluppando problemi di salute, richiederanno un trattamento ai servizi per le tossicodipendenze.

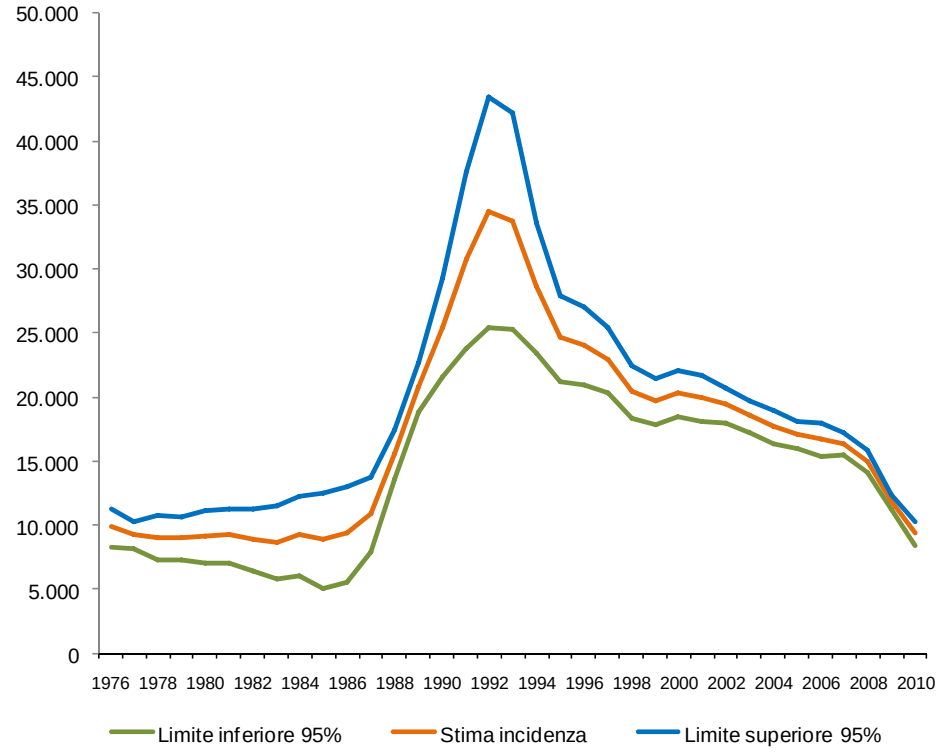
Indicatore incidenza di uso "evolutivo"

Questo indicatore, denominato incidenza di uso "evolutivo", stima il numero di nuovi casi di consumo in un periodo di tempo fissato, in genere un anno, che evolveranno in richiesta di trattamento e non di tutti i nuovi casi di consumo. Per stimare l'incidenza di uso evolutivo è stato utilizzato il metodo di stima Back calculation, sviluppato nell'ambito di progetti europei in collaborazione con L'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona[9], che permette di ricostruire "incidenza di uso evolutivo" a partire da due elementi noti o stimati:

- il numero di nuove richieste di trattamento che ogni anno vengono effettuate ai Servizi per le Tossicodipendenze;
- la distribuzione del tempo che intercorre tra l'inizio dell'uso della sostanza e la prima richiesta di trattamento ai servizi ("tempo di latenza").

[9]Scalia Tomba GP, Rossi C, Taylor C, Klempova D, Wiessing L., 2008, Guidelines for Estimating the Incidence of Problem Drug Use. EMCDDA, Lisbon.

Figura I.2.5: Incidenza di soggetti con bisogno di trattamento per uso di eroina in Italia (stime ed intervalli di confidenza al 95%)



Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

E' possibile applicare il metodo solo per quanto riguarda gli utilizzatori di eroina, perché per questa popolazione è stata stimata con sufficiente accuratezza, utilizzando un ampio campione rappresentativo, la distribuzione del tempo di latenza[10], mentre questo non è ancora possibile per i consumatori di cocaina.
Il grafico (Figura I.2.5) mostra una stabilità dell'incidenza di uso evolutivo di eroina dalla seconda metà degli anni settanta fino al 1984, un aumento marcato dal 1985 al 1992 arrivando ad un massimo di circa 34.000 soggetti. Successivamente l'incidenza ha mantenuto un andamento decrescente arrivando a circa 15.000 negli ultimi 2 anni.

I.2.2. Caratteristiche dei soggetti in trattamento

La maggior parte degli interventi terapeutici diretti ai consumatori di stupefacenti vengono eseguiti a livello ambulatoriale ed in parte minore in ambiente residenziale e semiresidenziale. Mediante il protocollo TDI dell'Osservatorio Europeo sulle Dipendenze (OEDT), negli stati membri dell'UE vengono rilevate informazioni relative alle caratteristiche socio-demografiche dell'utenza che accede ai servizi territoriali (genere, età, titolo di studio, condizioni abitative) ed informazioni anamnestiche sul consumo (natura del contatto con il servizio, sostanza d'abuso primaria e secondaria, età prima assunzione, modalità di assunzione, etc.).

[10]Progetto di ricerca "Valutazione del tempo di latenza nell'accesso dei tossicodipendenti al sistema dei servizi di assistenza" condotto negli anni 2002-2004 presso il Dipartimento di Matematica dell'Università di Roma "Tor Vergata", con finanziamento del Fondo Nazionale Droga.

I.2.2.1 Caratteristiche demografiche

Sulla base delle informazioni pervenute dal Ministero della Salute alla data del 25 maggio 2010, relative ai flussi informativi aggregati inviati dai Servizi per le tossicodipendenze regionali, è stata raggiunta una copertura di circa il 90%, con una certa variabilità a livello territoriale.
A tale data di aggiornamento, la popolazione tossicodipendente assistita nel 2010 risulta pari a 176.430 persone.

Circa il 90% l'indice di copertura dell'indagine del flusso informativo del Ministero della Salute

176.430 persone tossicodipendenti in trattamento nel 2010

Tabella I.2.4: Caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2009 – 2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ %	Diff %
	N	%	N	%		
Tipo di contatto						
Nuovi utenti	33.983	20,2	35.597	20,2	4,7	0,0
Utenti già noti	134.381	79,8	140.833	79,8	4,8	0,0
Totale	168.364	100,0	176.430	100,0	4,8	
Genere						
Nuovi utenti Maschi	29.019	85,4	29.708	83,5	2,4	-1,9
Nuove utenti Femmine	4.964	14,6	5.889	16,5	18,6	1,9
Totale	33.983	100,0	35.597	100,0	4,7	
Tasso nuovi utenti per genere						
% Nuovi maschi	20,0		19,9		-	-0,1
% Nuove femmine	21,1		21,8		-	0,7
Tasso di prevalenza						
Nuovi utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	0,9		0,9		-	0,0
Utenti già noti x 1.000 residenti (15-64 anni)	3,4		3,6		-	0,2
Totale utenti x 1.000 residenti 15-64 anni)	4,3		4,5		-	0,2
Età media						
Nuovi utenti	30,5		31,0		-	0,5
Utenti già noti	35		35,2		-	0,2
Totale	34,1		34,2		-	0,1

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

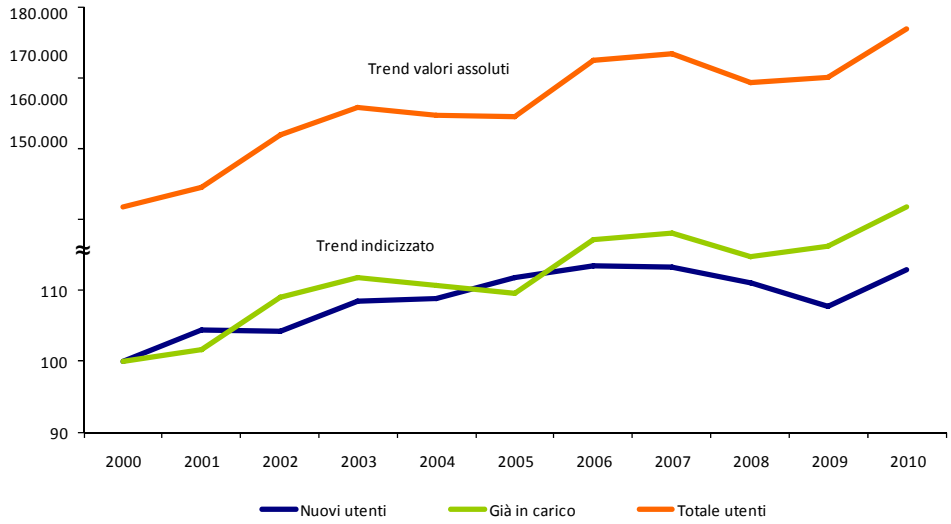
aumento di 4,7% dei nuovi utenti

circa 31 anni: età media dei nuovi utenti

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 poi aumentare nell'ultimo anno a 35.597 riportandosi ai valori osservati nel 2007 (Figura I.2.6). Tale andamento, osservabile anche per l'utenza già nota ai servizi, potrebbe essere giustificata dal minor grado di copertura del flusso informativo riscontrato nel biennio precedente, che evidenzierebbe un trend stabile della nuova utenza dal 2006 al 2010.
La prevalenza di utenza dei servizi rispetto alla popolazione residente (utenti x 1.000 residenti) conferma il maggior ricorso ai servizi sanitari da parte dei maschi (7,6 vs 1,4 utenti per 1.000 residenti), differenza particolarmente pronunciata per la nuova utenza (maschi 1,5 x 1.000 residenti, femmine 0,3 x 1.000 residenti).

Aumento dei nuovi utenti nell'ultimo anno

Figura I.2.6: 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 - 2010



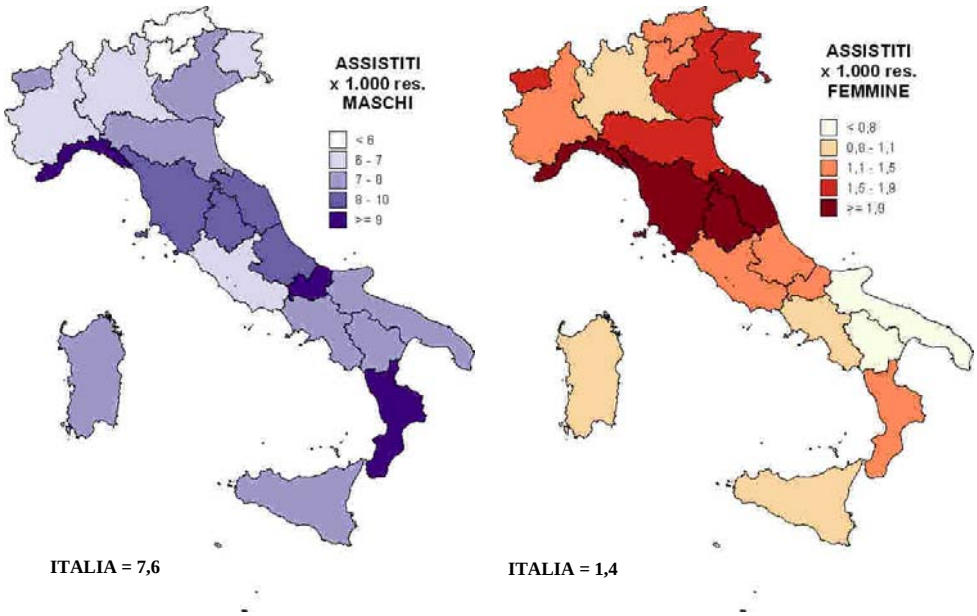
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'83,5% dell'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è di genere maschile, con un rapporto del 5,0% maschi per utente femmina (più elevata tra gli utenti già noti ai servizi rispetto ai nuovi utenti 5,7 vs 5,0).

Maggiore prevalenza di utenti maschi (83,5%)

Figura I.2.7: Utenti x 1.000 residenti per genere - Anno 2010

Minor presenza del genere femminile nelle regioni del sud



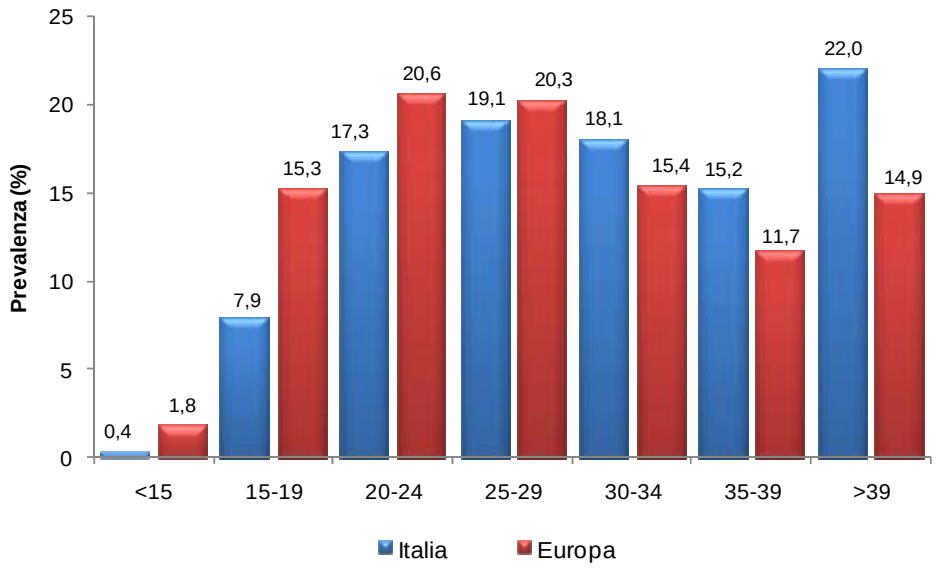
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

La distribuzione a livello regionale della prevalenza di utenti tossicodipendenti assume profili differenziati rispetto al genere degli assistiti: per i maschi si osservano prevalenze di bassa entità in Trentino Alto Adige (P.A. Bolzano 5,1 e P.A. Trento 5,2), Lombardia (6,1), Piemonte (6,6) e Friuli Venezia Giulia (6,8), mentre valori superiori si osservano in Liguria (11,7). Il fenomeno nella popolazione femminile sembra meno sviluppato nelle regioni meridionali ed insulari Basilicata, Puglia, Campania, Sicilia, Sardegna con valori da 0,6 a 1,0 (donne ogni 1.000 residenti) ad eccezione della Calabria (1,2 donne ogni 1.000

Età di inizio

residenti); maggiore diffusione del fenomeno, invece nelle regioni centrali (Toscana e Umbria circa 2 assistite ogni 1.000 residenti) e Liguria (4,4 assistite).

Figura I.2.8: Percentuale nuovi utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze per classi di età in Italia (dati 2010) ed Europa (dati 2008)

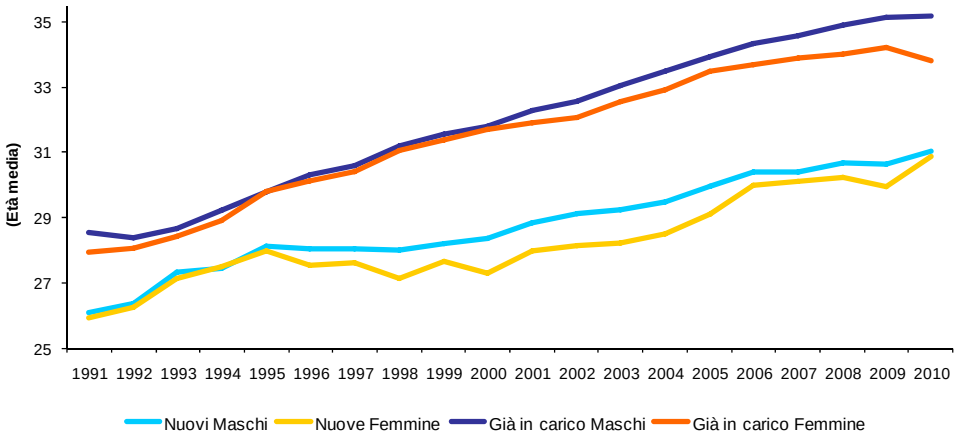


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute – Bollettino Statistico EMCDDA 2010

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 di "nuova utenza" che, nel caso italiano, indica i soggetti che afferiscono per la prima volta ad una struttura, a volte non disponendo dell'informazione di precedenti contatti con altre strutture, con la conseguente sovrastima del contingente e della relativa età.

Figura I.2.9: Età media degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto e il genere. Anni 1991 - 2010



Arrivo ai servizi sempre più tardivo

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Dal 1991 al 2010 è aumentata l'età media delle nuove persone assistite passando rispettivamente da 26 a 31 anni sia per le femmine sia per i maschi. Rispetto all'utenza già nota ai servizi, per la quale il trend dell'età media risulta in continua crescita, meno pronunciato con una maggiore variabilità per il genere femminile.

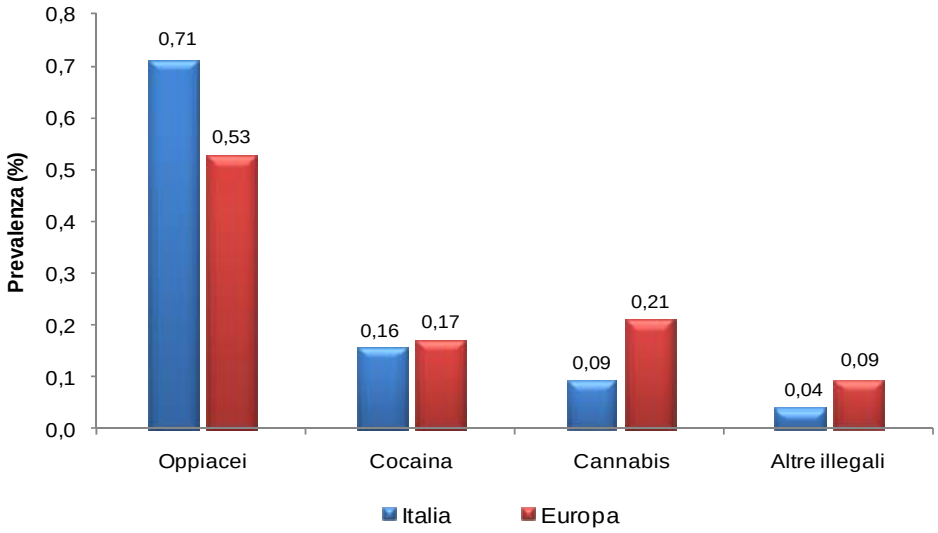
Aumento dell'età media di primo accesso ai servizi: da 26 (1991) a 31 (2010)

I.2.2.2 Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

Tra le persone complessivamente assistite nel 2010 dai Servizi per le tossicodipendenze territoriali che hanno indicato una sostanza d'abuso principale, il 70% ha riferito l'eroina quale sostanza d'uso prevalente, seguita da cocaina (15,2% dell'utenza complessivamente assistita) e da cannabis (9,2% del totale assistiti) (Figura I.2.12). 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.

Sostanze primarie maggiormente utilizzate: 70% eroina, 15,2% cocaina, 9,2% cannabis

Figura I.2.10: Utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza d'abuso primaria in Italia (dati 2010) ed Europa (dati 2008)



Caratteristica degli utenti italiani: maggior numero di soggetti con uso di eroina, minor numero con uso di cannabis e amfetamine

Fonte: Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute – Bollettino Statistico EMCDDA 2010

Tabella I.2.5: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso primario da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2009 - 2010

Sostanze d'abuso primario	2009		2010		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	114.606	68,9	120.671	70,1	5,3	1,2
Cocaina	25.846	15,5	26.227	15,2	1,5	-0,3
Cannabis	15.550	9,3	15.787	9,2	1,5	-0,1
Altri stimolanti	1.739	1,0	1.493	0,9	-14,1	-0,1
Altre droghe	8.645	5,2	7.941	4,6	-8,1	-0,6

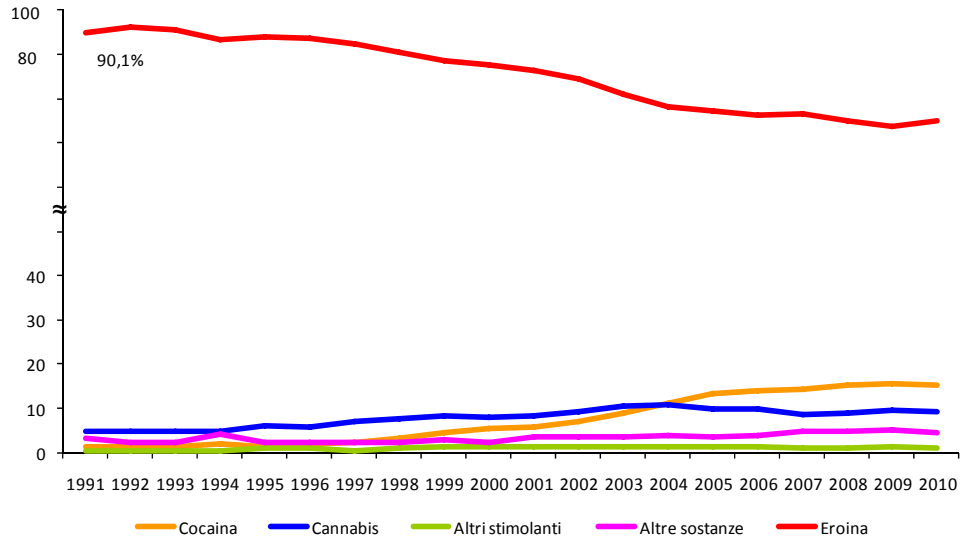
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Pur mantenendosi a livelli elevati, la percentuale di assistiti che riferisce l'eroina quale sostanza stupefacente di uso prevalente ha seguito un andamento progressivamente decrescente dal 1991 al 2005 (passando da circa il 90% a circa il 72%), in questo ultimo quadriennio sembra però che il fenomeno si sia

Utenti in trattamento per uso di eroina: tendenza alla stabilizzazione negli ultimi 4 anni

stabilizzato su valori attorno al 70%.
A fronte di una diminuzione degli utenti con uso di eroina come sostanza primaria, si osserva un incremento degli utenti con consumo di cocaina (dall'1,3% ad oltre il 15,2%) che, dal 2005 hanno superato gli utenti in trattamento per uso di cannabis (dal 5% al 9,2%).

Figura I.2.11: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza primaria. Anni 1991 - 2010



Aumento degli utenti in trattamento per uso di cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

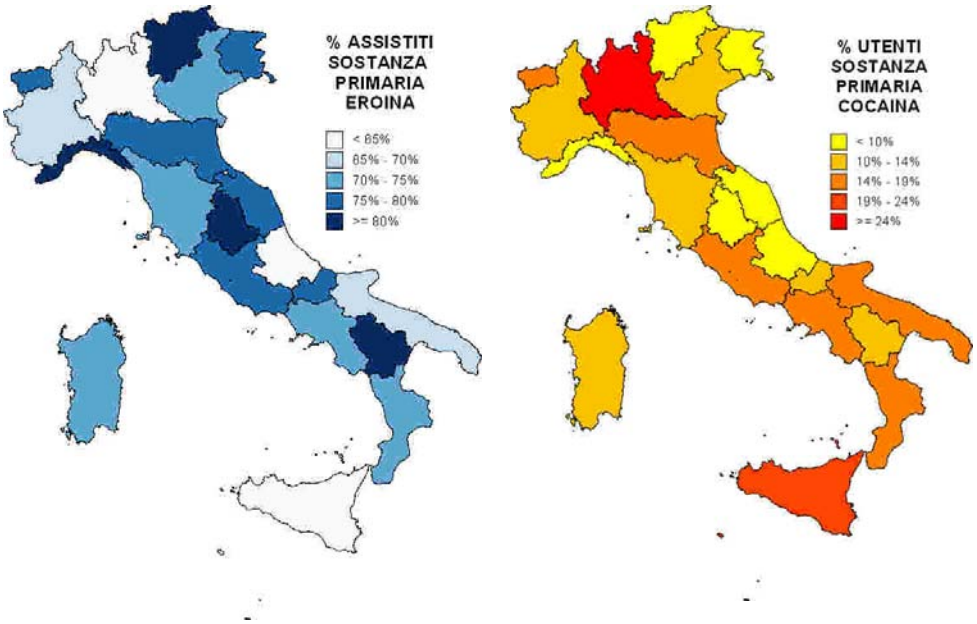
Utenti in trattamento per uso primario di eroina

La distribuzione a livello regionale per uso primario di eroina, evidenzia che le regioni con una minore percentuale di utenti per uso primario di eroina sono la Lombardia (62%), l'Abruzzo (63%), la Sicilia (64%), il Piemonte (65%) e la Puglia (67%), mentre le regioni con una più alta percentuale di utenti per uso primario di eroina sono l'Umbria (87%), la Basilicata (84%), il Trentino Alto Adige (82%) e la Liguria (81%).

Utenti in trattamento per uso primario di cocaina

Per quanto riguarda l'analisi regionale per uso primario di cocaina le regioni con la percentuale più bassa sono il Trentino Alto Adige (6%), Friuli Venezia Giulia, Umbria e Abruzzo (7%), mentre le regioni con la più alta percentuale per uso primario di cocaina sono la Lombardia (28%), la Sicilia (22%) infine Campania e Valle d'Aosta (17%).

Figura I.2.12: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria di eroina e cocaina. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Regioni con % > di utenti per eroina (sul totale in carico ai Ser.T.) : Umbria, Basilicata, Trentino Alto Adige e Liguria

Regioni con % > utenti per cocaina: Lombardia eSicilia,

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 prevalente, costituiscono anche la preferenza da parte degli assistiti che ne fanno un uso secondario.

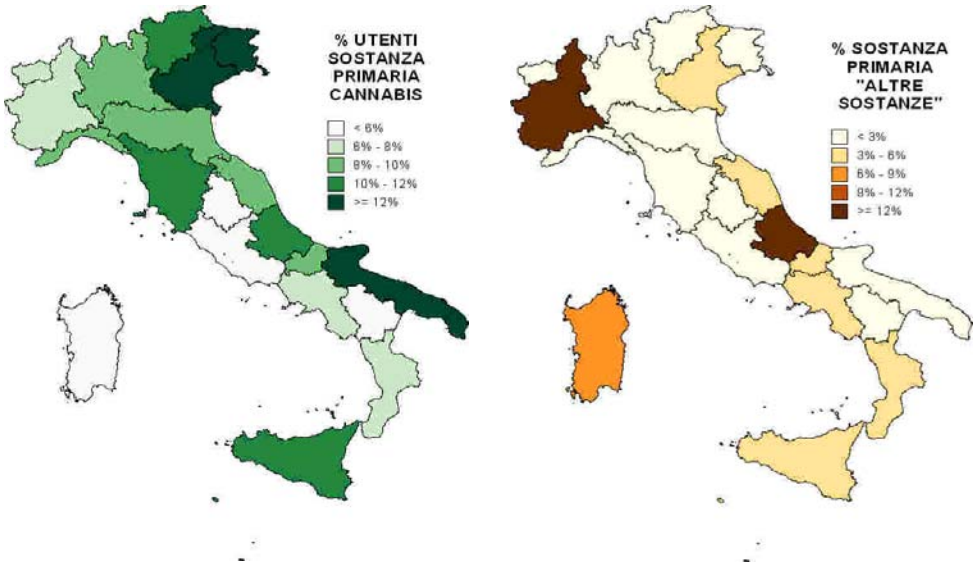
Utenti in trattamento per uso primario di cannabis

La distribuzione a livello regionale per uso primario di cannabis, evidenzia che, le regioni con una minore percentuale di utenti sono l'Umbria e la Basilicata (5%), la Sardegna, Lazio e Valle d'Aosta (6%), mentre le regioni con una più alta percentuale di utenti per uso primario di cannabis sono Puglia (15%), Friuli Venezia Giulia (14,0), Veneto (13,6%).

Utenti in trattamento per uso primario di altre sostanze

La percentuale di utenza assistita per uso primario di altre droghe (prevalentemente droghe sintetiche) è meno concentrata nelle regioni Basilicata (0,5%), Trentino Altro Adige, Liguria, Valle d'Aosta, Umbria e Lombardia (1%), mentre le regioni con la più alta percentuale per uso primario di altre droghe sono l'Abruzzo (20%), il Piemonte (14%) e, infine, la Sardegna (7%).

Figura I.2.13: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria cannabis e altre sostanze. Anno 2010



Regioni con % > utenti per cannabis: Puglia, Friuli Venezia Giulia e Veneto

Regioni con % > utenti per altre sostanze: Piemonte, Abruzzo e Sardegna

Fonte: Elaborazione su dati 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.
Nel 2010 le sostanze d'abuso secondarie risultano essere quasi parimenti la cocaina e la cannabis con una percentuale del 30,4% (Tabella I.2.6).

Tabella I.2.6: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso secondario da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze – Anni 2009 - 2010

Sostanze d'abuso secondario	2009		2010		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	5.581	4,9	6.554	5,4	17,4	0,5
Cocaina	35.418	31	37.025	30,4	4,5	-0,6
Cannabis	33.090	29	36.991	30,3	11,8	1,3
Psicofarmaci	6.070	5,3	8.598	7,1	41,6	1,8
Alcool	19.100	16,7	18.066	14,8	-5,4	-1,9
Altre droghe	15.010	13,1	14.669	12,0	-2,3	-1,1

Aumento di psicofarmaci, eroina, cannabis come sostanze secondarie

Diminuzione della sostanza alcool

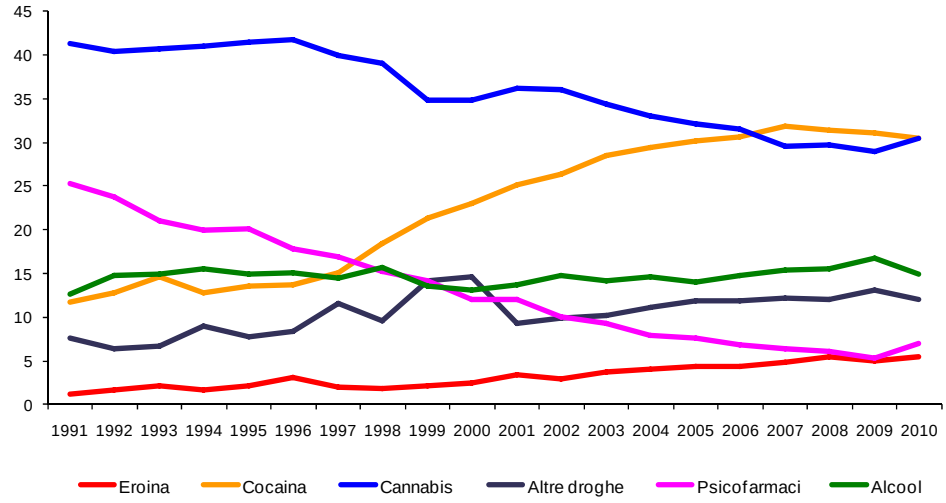
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

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 2010 al 30,4%. Nell'ultimo anno il ricorso di psicofarmaci, in prevalenza benzodiazepine, come sostanza secondaria in associazione all'uso di una sostanza prevalente (5,3% vs 7,1) contrariamente all'abuso di alcool che dal 16,7% del 2009 passa al 14,8% nel 2010. Andamento un po' instabile per l'uso secondario di eroina, che pur rimanendo a percentuali molto basse, nell'ultimo quinquennio è cresciuta dal 3% nel 2002 a circa il 5,4% nel 2008, calando al 4,9% nel 2009 risalendo al 5,4 nel 2010.

Tra gli utenti in trattamento trend in crescita per uso di cannabis e psicofarmaci come sostanza secondaria

Diminuzione dell'uso di alcool associato alla sostanza primaria

Figura I.2.14: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza secondaria. Anni 1991 - 2010



Dal 2007 la sostanza secondaria più usata è la cocaina

Diminuzione dell'uso di alcool

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'assunzione di sostanze stupefacenti per via endovenosa ed in particolare per gli oppiacei evidenzia una diminuzione quasi lineare nel tempo passando dal 68% degli assistiti che hanno riferito eroina come sostanza di abuso primaria per via iniettiva nel 1997, al 59,0% nel 2010.

Tabella I.2.7: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso iniettivo da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze - Anno 2009 - 2010

Assunzione per via iniettiva della sostanza	2009		2010		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	70.434	61,5	71.282	59,0	1,2	-2,5
Cocaina	3.360	13	3.396	12,9	1,1	-0,1
Benzodiazepine	68	9,3	157	15,7	130,9	6,4
Altri oppiacei	291	37,7	108	15,5	-62,9	-22,2

Diminuzione dell'uso iniettivo dell'eroina

Aumento delle benzodiazepine per via iniettiva

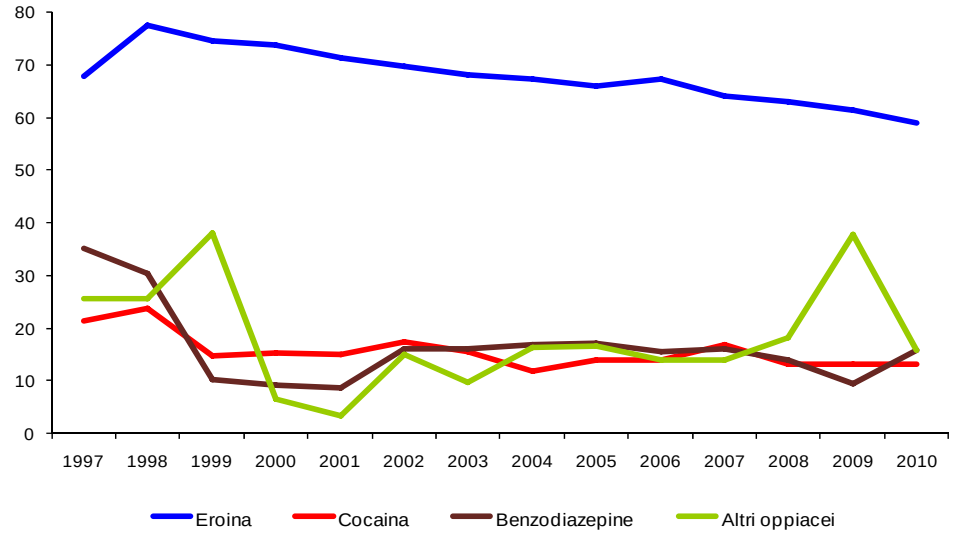
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Questa leggera flessione delle persone che hanno dichiarato un uso iniettivo della sostanza primaria nel corso dell'ultimo decennio 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 2010 dopo un inizio del decennio in cui tale pratica veniva utilizzata da oltre il 20% dei consumatori di cocaina come sostanza prevalente. Nel 2009 si evidenziava una forte crescita dell'uso iniettivo di altri oppiacei (morfina) con un valore pari al 37,7%, imputabile quasi esclusivamente ad utenti assistiti dai Ser.T della regione Piemonte.

In diminuzione l'uso iniettivo delle sostanze primarie

Inversione di tendenza dell'uso iniettivo di benzodiazepine che nel 2009 - 2010 è aumentato dal 9,3% al 15,7%.

Figura I.2.15: Andamento dell'uso iniettivo per tipo di sostanza. Anni 1997 - 2010



Diminuzione dell'uso iniettivo dell'eroina e diminuzione dell'uso di altri oppiacei

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.2.2.3 Tempi di latenza tra inizio d'uso e primo trattamento, e consumo di sostanze: lo studio multicentrico del Dipartimento Politiche Antidroga su un campione di 47.821 utenti dei Servizi per le tossicodipendenze attraverso il flusso SIND

Uno studio pilota

In attesa dell'attivazione a regime del flusso informativo SIND, come previsto dal Decreto dell'11 giugno 2010, il Dipartimento Politiche Antidroga, nel corso del 2010, ha condotto uno studio multicentrico su un campione di servizi per le tossicodipendenze che dispone di un sistema informativo per singolo utente informatizzato ed utilizzato a regime per la gestione clinica ed organizzativa degli utenti. Come per l'edizione 2010 della Relazione al Parlamento, allo studio hanno aderito le unità operative residenti in varie Regioni e P.A. (Abruzzo, Liguria, Lombardia, Sicilia, P.A. Trento, Umbria, Veneto), fornendo il tracciato record in formato SIND dell'utenza assistita presso l'unità operativa nel 2010, completamente anonimizzato secondo i criteri indicati dall'Autorità garante sulla privacy.

47.821 soggetti esaminati

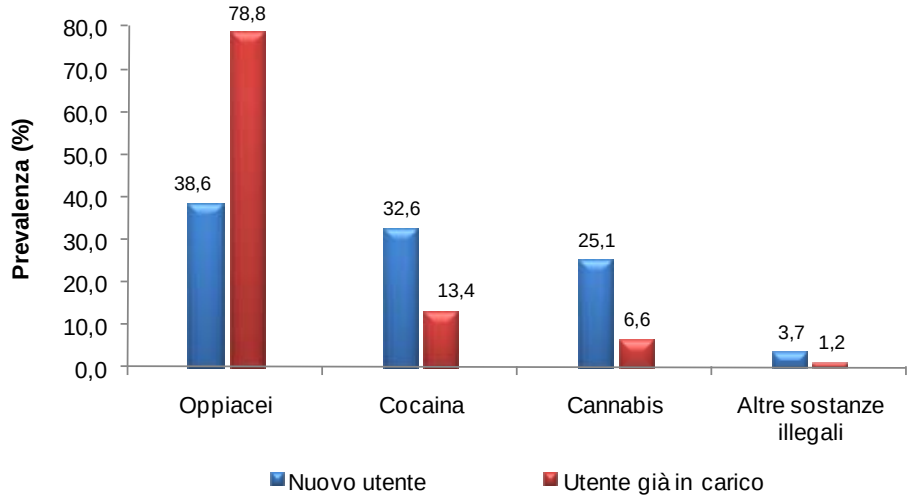
Complessivamente il gruppo oggetto di analisi comprende 47.821 utenti, l'84,7% dei quali di genere maschile e 9.015 nuovi utenti pari al 18% del campione analizzato. L'età media della nuova utenza risulta maggiore, sia per quanto riguarda i maschi che le femmine, rispetto ai valori emersi dall'analisi dei dati aggregati forniti dal Ministero della Salute: femmine del campione 32,3 anni vs 30,9 anni riferiti ai dati aggregati e maschi 32,3 anni vs 31 anni. Analogo risultato si osserva nell'utenza assistita in periodi precedenti a quello di riferimento: femmine del campione 36,1 anni vs 33,8 anni riferiti ai dati aggregati e maschi 37,4 anni vs 35,2 anni. In linea generale, analizzando i dati del campione si osserva una età media più elevata negli utenti già in assistenza, indipendentemente dal genere.

Uso di sostanze primarie: 72% eroina, 16,6% cocaina, 9,6% cannabis

Come emerso già dall'analisi dei dati aggregati (Ministero della Salute), si conferma la preponderanza di utenti assistiti dai Ser.T. per consumo problematico di oppiacei (eroina ed altri oppiacei). Il 72,2% dell'utenza per la quale è disponibile l'informazione sul tipo di sostanza assunta presenta tale tipologia di sostanze come "primaria", segue la cocaina, definita "primaria" per il 16,6% dei casi e la cannabis per il 9,6%. Infine, l'1,6% dell'utenza risulta in trattamento per

uso problematico “primario” di altre sostanze illegali.

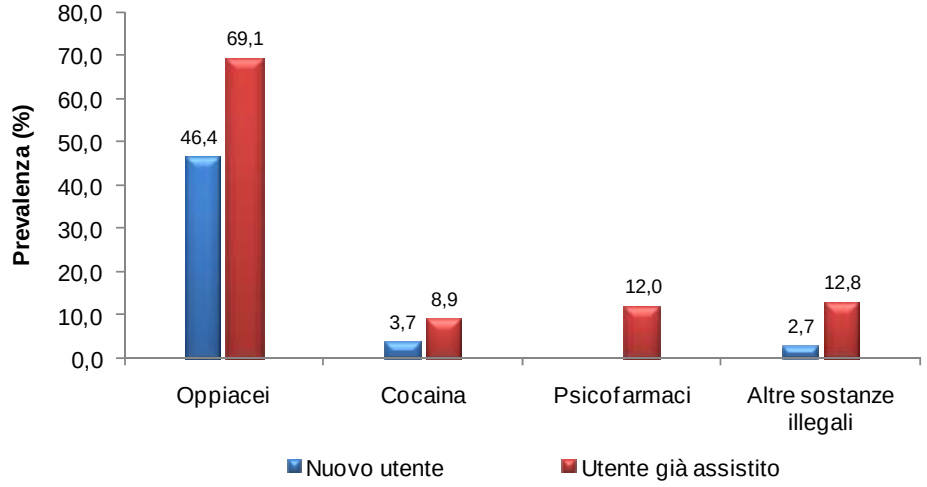
Figura I.2.16: Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo la sostanza d’abuso prevalente. Anno 2010



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

Particolarmente interessante risulta il profilo del consumo prevalente di sostanze secondo il tipo di utente. Tra i soggetti assistiti dai Ser.T. in periodi precedenti al 2010, la quota di utenti in trattamento per abuso di oppiacei risulta pari al 78,8%, contro percentuali nettamente più basse sia tra gli utilizzatori di cocaina (13,4%) che di cannabis (6,6%). Anche tra i casi incidenti assume rilevanza la quota di soggetti consumatori problematici di oppiacei (38,6%) seppur con una percentuale nettamente inferiore a quella registrata negli utenti già assistiti; la percentuale di soggetti in trattamento per consumo di cocaina e cannabis, al contrario dell’utenza già assistita in precedenza, risulta superiore, rispettivamente, di 19 e 18 punti percentuali (Figura I.2.16).
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.2.17): si osserva che l'uso per via parenterale della sostanza primaria è maggiore nel secondo gruppo (55,6%), nel quale si hanno quote del 69,1% tra i consumatori di oppiacei, dell’8,9% tra i cocainomani e del 12% tra i consumatori di psicofarmaci. Tra i nuovi utenti, invece, ricorrono alla via iniettiva complessivamente il 18,9% degli assistiti, in particolare il 46,4% dei consumatori di oppiacei ed il 3,7% di cocaina.

Figura I.2.17: 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 2010



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

Come diretta conseguenza del diverso comportamento iniettivo della sostanza primaria, si osserva anche una differenza per le altre modalità di consumo delle sostanze: nel 55,7% dei nuovi assistiti la sostanza primaria viene fumata o inalata mediante vaporizzazione ed in un ulteriore 22,8% viene sniffata; tali percentuali si riducono leggermente tra gli assistiti da periodi precedenti (nel 28,5% dei casi la sostanza viene fumata o inalata e nel 12,6% viene sniffata).

Età di inizio: diverse età in base alla sostanza eroina 21 anni cocaina 22 anni cannabis 17 anni

Come evidenziato in studi condotti in anni precedenti, si osserva una differenziazione dell'età media di inizio assunzione della sostanza in relazione al tipo di sostanza di iniziazione: consumatori di eroina e di cocaina, rispettivamente 21 e 22 anni, consumatori di cannabis 17 anni. Rispetto agli anni precedenti, si osserva un aumento nell'età del primo uso dichiarato dagli utenti assistiti sia in corrispondenza dell'eroina (20 anni nel 2009) che della cannabis (16 anni nel 2009).

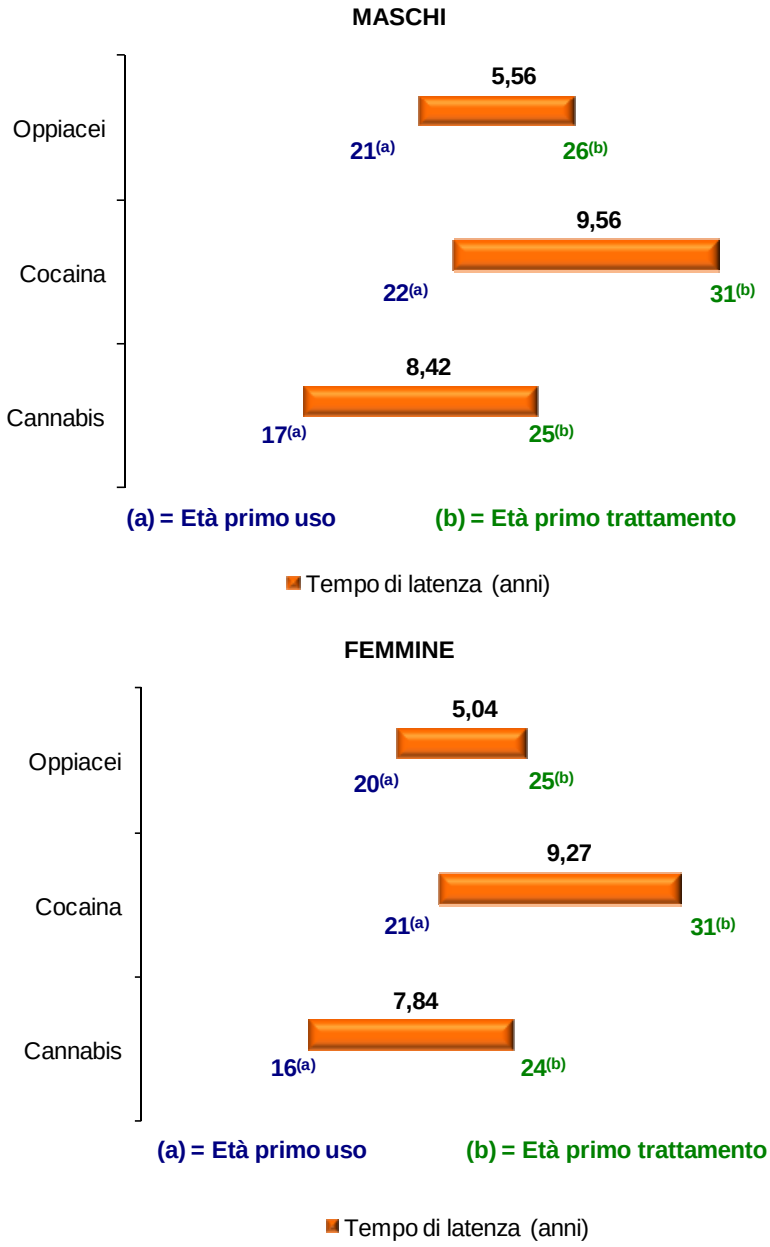
Primo trattamento: più precocità nell'uso per la cannabis (25 anni) cocaina (31 anni) eroina (26 anni)

Tale differenza non si riscontra, invece, in corrispondenza dell'età di primo trattamento (eroina: 26 anni; cocaina: 31 anni; cannabis: 25), che rimane stabile nell'ultimo biennio.

Tempi di latenza fra inizio d'uso e primo accesso ai servizi: eroina 5,5 anni cocaina 9,5 anni cannabis 8,4 anni

Diretta conseguenza della variazione dell'età di inizio assunzione della sostanza, diversamente dall'età media di inizio trattamento, 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 7,4 anni nel campione totale (7,27 anni nei maschi e 8,16 anni nelle femmine). L'analisi per sostanza primaria d'abuso presenta valori del tempo di latenza superiori sia negli assuntori di cocaina che di cannabis: in particolare si registrano 5,5 anni per quanto riguarda gli assuntori di oppiacei (5,6 anni nel 2009), 9,5 anni per gli assuntori di cocaina (9,3 anni nel 2009) e 8,4 anni per gli assuntori di cannabis (8,3 anni nel 2009). Tali valori variano lievemente se si effettua un'analisi per genere: sia per gli oppiacei che per la cocaina il tempo di latenza delle donne risulta inferiore di circa un anno rispetto a quello dei maschi, mentre risulta uguale in corrispondenza della cannabis. Per quanto riguarda, invece, il primo utilizzo, esso risulta più precoce nelle donne, come anche la richiesta del trattamento fatta eccezione per la cocaina, per la quale il primo trattamento avviene, sia per i maschi che per le femmine, intorno ai 31 anni.

Figura I.2.18: Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza, per genere. Anno 2010



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

Tempi di latenza variabili

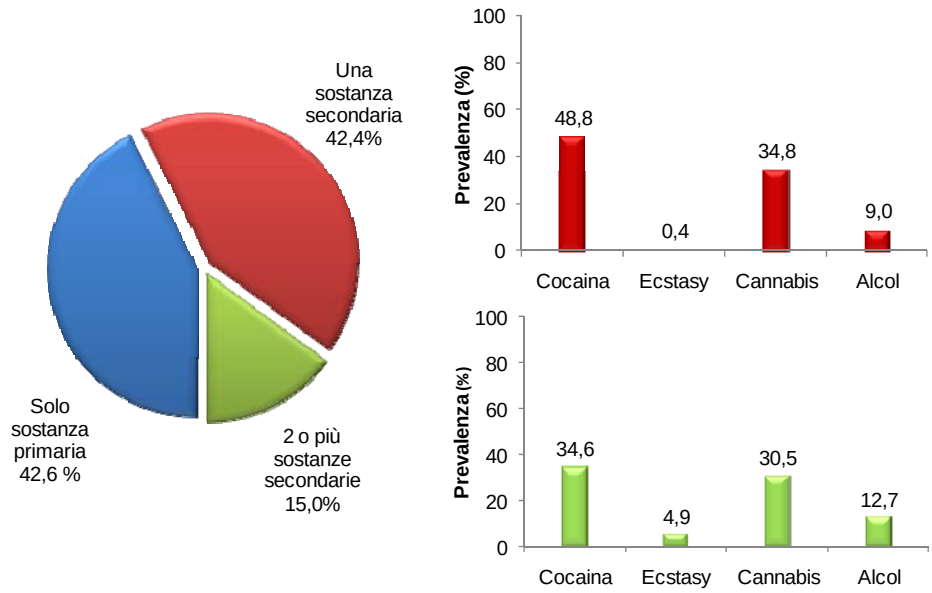
I tempi di latenza possono essere molto variabili da sostanza a sostanza e nel calcolo risentono anche dell'età della popolazione oggetto dell'indagine in quanto vi è una tendenza, confermata da varie osservazioni, ad utilizzare la sostanza in età più precoci. Inoltre, possono essere variate alcune importanti condizioni in grado di condizionare la precocità dell'accesso ai Servizi come, ad esempio, la presenza di policonsumo (in grado di creare maggiori disturbi psichici) o la comparsa di diverse e più efficaci politiche di accoglienza e contatto dei Servizi.

Tra coloro che usano oppiacei come sostanza primaria non 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 42,6%, mentre nel secondo caso risulta essere uguale al 42,4%, di cui il 48,8% dei casi è rappresentato da utenti che fanno uso anche di cocaina e nel 34,8% di cannabis;

infine, vi è un 15% 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 alcol ed ecstasy (Figura I.2.19).

Figura I.2.19: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **oppiacei** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie. Anno 2010

Sostanze secondarie negli assuntori di oppiacei: cocaina e cannabis



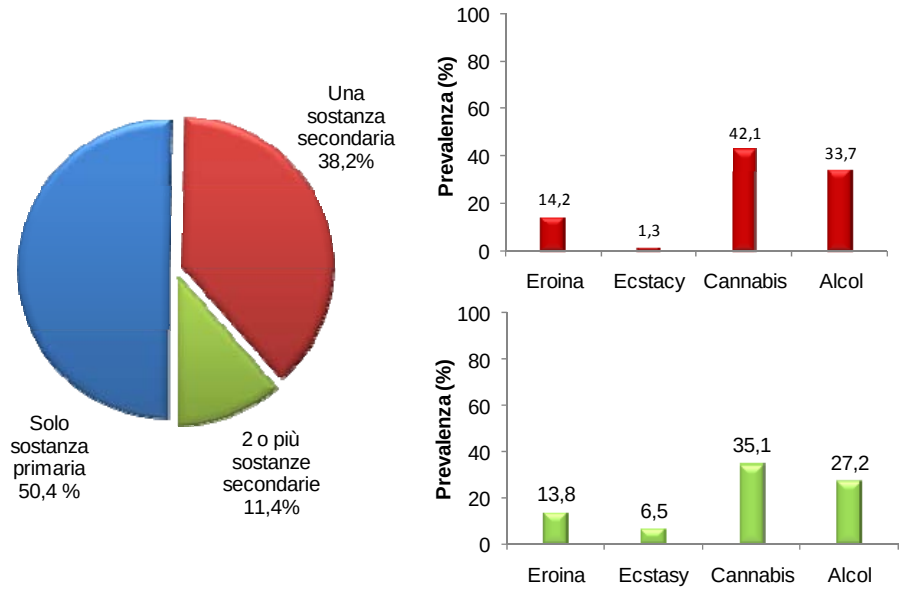
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010su dati Ser.T.

Differenziando l'analisi per tipo di utente, si osserva che il 46,4% dei nuovi soggetti fa uso solo di oppiacei, percentuale che scende al 42,2% tra i soggetti già noti; l'uso di oppiacei in associazione con due o più sostanze, si registra maggiormente tra i nuovi utenti (17,2% vs 14,8%).
Dall'analisi delle sostanze secondarie utilizzate insieme agli oppiacei emerge che il consumo di alcool tra i nuovi soggetti avviene con frequenza minore rispetto all'utenza già nota (sia se associato ad altre sostanze secondarie che no), a fronte di un maggior uso di cocaina, solo se non associata ad altre sostanze secondarie.

Tra coloro che usano cocaina come sostanza primaria circa la metà risulta fare uso solo di questa sostanza, il 38,2% anche di un'altra sostanza, in prevalenza cannabis ed alcol, mentre un 11,4% 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 alcol (Figura I.2.20).

Figura I.2.20: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cocaina** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie. Anno 2010

Sostanze secondarie negli assuntori di cocaina: cannabis e alcol



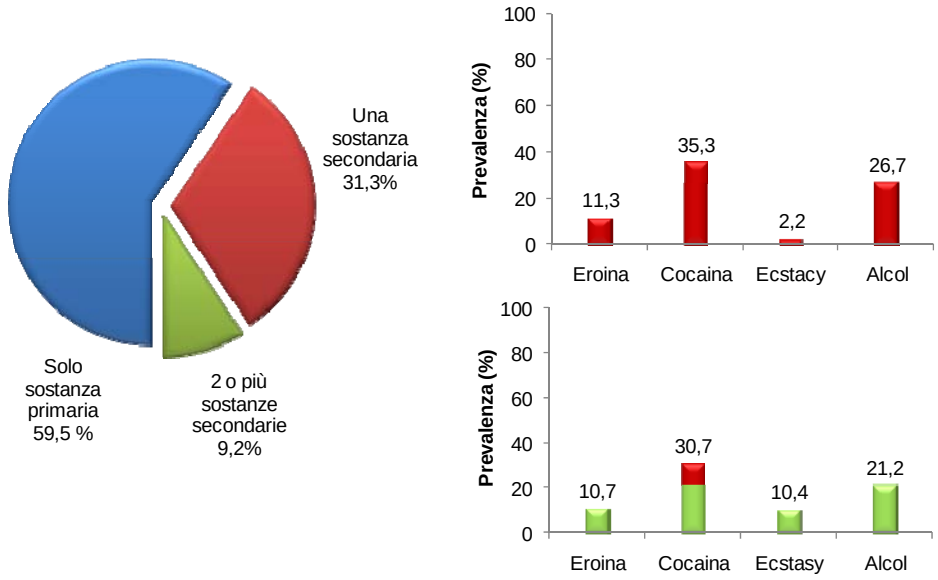
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

L'analisi per tipo di utente mostra delle percentuali molto simili a quelle emerse sull'intero campione di consumatori di cocaina e poco differenziate tra utenti nuovi e già in carico. In entrambi i gruppi la maggior parte dei soggetti fa uso esclusivo della sostanza primaria (49,8% nuovi e 50,6% già in carico), mentre sono gli utenti nuovi a registrare una percentuale maggiore in coloro che usano la cocaina in associazione con un'altra sostanza (39% vs 37,8%).
Tra i nuovi utenti le sostanze secondarie maggiormente utilizzate in associazione con la cocaina (da sole o insieme ad altre sostanze), sono la cannabis e l'alcool; il consumo di eroina, invece, si osserva più frequentemente tra i soggetti già noti ai Ser.T.

Da ultimo, tra coloro che usano cannabis come sostanza primaria si osserva un ulteriore aumento della percentuale di uso di quella sola sostanza (59,5%), il 31,3% fa anche uso di un'altra sostanza, in prevalenza cocaina ed alcol, mentre un 9,2% consuma due o più sostanze oltre a quella primaria; in quest'ultimo gruppo di utenti analogamente all'uso primario di cocaina, si registra un aumento del consumo di ecstasy e una diminuzione nel consumo delle altre sostanze (Figura I.2.21).

Figura I.2.21: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cannabis** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2010

Sostanze secondarie negli assuntori di cannabis: cocaina e alcol

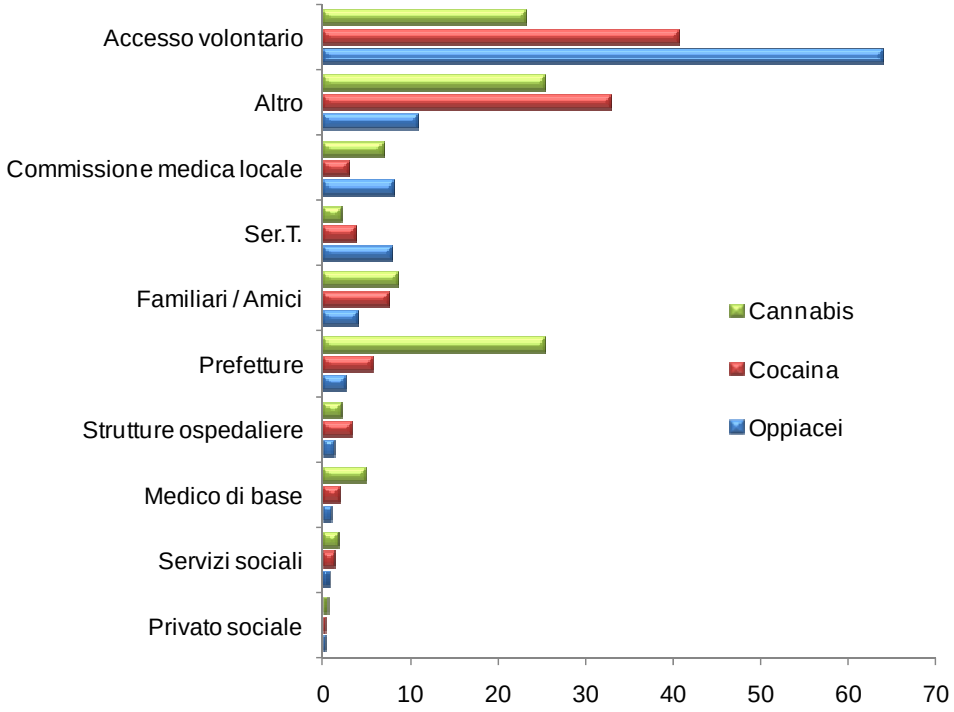


Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Distinguendo per tipo di utenza, oltre la metà di nuovi utenti e utenti già noti usano esclusivamente la cannabis con una percentuale superiore nel primo gruppo di utenti rispetto al secondo (61,7% contro 57,9%). Differenze tra il tipo di utenza si rilevano nell'uso delle sostanze secondarie associate alla cannabis: i soggetti nuovi associano meno frequentemente la cannabis con l'assunzione di alcool o eroina.
L'associazione di più sostanze alla cannabis differenzia maggiormente il comportamento tra nuova utenza e utenza già nota, soprattutto nel consumo di eroina (2,5% nuovi utenti contro 17,6% già in assistenza).

L'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze avviene con modalità differenziata secondo il tipo di sostanza. Per quanto riguarda i consumatori di eroina e cocaina l'accesso prevalente è quello volontario, rispettivamente con il 64% e il 40,6%. Tra i consumatori di cannabis, invece, il 25,3% è stato inviato al Ser.T. su segnalazione della Prefettura, mentre per il 23,1% l'accesso è stato volontario. Da segnalare la bassa efficienza di invio, per qualsiasi sostanza, di alcune importanti fonti potenziali quali servizi sociali e scuola.

Figura I.2.22: Distribuzione percentuale di utenti secondo la modalità di invio al servizio e per tipo di sostanza primaria di assunzione - Anno 2010



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

Differente modalità di accesso ai servizi

Differenze nell'accesso ai servizi si osservano anche approfondendo le analisi per tipo di utenza. Tra gli assistiti per uso primario di oppiacei, il 47,8% di nuovi utenti ha effettuato volontariamente l'accesso al Ser.T., a fronte di una percentuale molto più elevata tra i soggetti già in carico (65,6%); coloro che invece sono stati inviati da altri Ser.T. rappresentano il 19,3% tra i nuovi utenti e solo il 6,6% tra quelli già in carico. Analogo profilo si registra tra i consumatori di cocaina, con il 32,9% di nuovi utenti che accedono volontariamente al servizio contro il 44,3% tra quelli già noti ai Ser.T.; per contro, percentuali più elevate si ottengono per i nuovi utenti segnalati dalle prefetture (8% nuovi vs 4,6% già in assistenza). Infine, tra coloro che assumono cannabis come sostanza primaria la situazione appare più diversificata tra i due gruppi: se per i nuovi utenti la percentuale maggiore si ha in corrispondenza dell'invio dalle prefetture (30,9%), per i soggetti già in carico la modalità di accesso più frequente è quella volontaria (29,6%). Anche l'accesso su segnalazione della commissione medica locale o del medico di base presenta dei valori molto differenti tra i due gruppi di utenti: nel primo caso si rileva un 3,5% tra i nuovi utenti e 9,2% tra quelli già noti, mentre nel secondo caso 8,1% contro 2,3%.
Anche per quanto riguarda le caratteristiche socio demografiche dell'utenza, quali il livello di scolarità, lo stato civile e la convivenza, si riscontrano profili differenti in relazione al tipo di utenza in trattamento.

Tabella I.2.8: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il livello di scolarità, per genere e tipologia di utente. Anno 2010

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Titolo di studio	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
Nessuno	0,7	0,6	0,7	0,6	0,3	0,5
Licenza elementare	6,7	4,4	6,4	10,2	4,3	9,3
Licenza media inferiore	61,5	47,1	59,2	65,3	56,4	63,9
Diploma di qualifica professionale	20,4	30,7	22,0	17,9	26,6	19,2
Diploma media superiore	8,1	11,3	8,6	4,8	9,5	5,5
Laurea / laurea magistrale	2,6	5,9	3,1	1,2	2,9	1,5

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

Livello di istruzione inferiore per i maschi, maggiore per le femmine

La distribuzione dell'utenza per livello di scolarità tra i soggetti nuovi e già noti ai Ser.T., rileva un livello di scolarità più basso tra gli utenti già noti ai Ser.T. e di sesso maschile (Tabella I.2.7). In particolare, si registra una percentuale molto elevata di soggetti che hanno conseguito la licenza elementare o media inferiore pari al 66,2% tra gli utenti nuovi e ancora più alta tra gli utenti già assistiti (73,8%), a fronte di valori molto bassi in corrispondenza dei soggetti laureati (3,2% nuovi utenti vs 1,5% utenti già noti ai Servizi). Differenze importanti emergono anche se si effettua un'analisi rispetto al genere: il livello di scolarità risulta più elevato tra le donne con il 42% di utenti nuovi che posseggono un diploma contro il 28,5% dei maschi; analogo andamento si riscontra tra gli utenti già noti ai Ser.T., tra i quali emerge l'elevata percentuale di soggetti maschi con un basso livello di scolarità pari al 76%, a fronte del 61% delle donne.

Tabella I.2.9: Distribuzione percentuale degli utenti secondo lo stato civile, per genere e tipologia di utente - Anno 2010

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Stato civile	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
Celibe/nubile	68,4	64,0	67,7	72,0	63,7	70,7
Coniugato	17,4	17,2	17,4	15,2	17,0	15,4
Separato	4,7	7,2	5,1	6,2	9,0	6,6
Divorziato	2,0	3,7	2,3	2,2	4,0	2,5
Vedovo	7,5	7,8	7,5	4,4	6,4	4,7

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

Il 67,7% dei nuovi utenti e il 70,7% di quelli già noti ai Ser.T. hanno dichiarato di essere celibi o nubili: in entrambi i gruppi la percentuale maggiore si è ottenuta in corrispondenza dei maschi che rispetto alle femmine presentano, invece, un minor numero di soggetti separati e divorziati. I soggetti che hanno dichiarato di essere vedovi sono maggiormente presenti tra i nuovi utenti (7,5% nuovi vs 4,7% già assistiti) in percentuale analoga tra maschi e femmine, al contrario degli utenti già assistiti in cui tale modalità è prevalente tra le donne.

Tabella I.2.10: Distribuzione percentuale degli utenti secondo la condizione abitativa di convivenza, per genere e tipologia di utente - Anno 2010

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Convivenza	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**	**Maschi**	**Femmine**	**Totale**
Da solo / da solo con i figli	13,7	19,2	14,5	15,2	17,7	15,6
Con i genitori	44,6	36,2	43,3	47,3	34,3	45,3
Con il partner / con il partner e i figli	27,1	32,6	28,0	24,4	34,6	26,0
Con gli amici / altro	14,7	12,0	14,3	13,0	13,5	13,1

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

Il 44,9% dell'utenza complessiva ha dichiarato di vivere con i genitori, il 26,4% con il partner o con il partner e i figli, il 14,4% da solo o con i figli ed il restante 13,3% con gli amici o altro.
L'analisi per tipo di utente mostra una situazione analoga, in cui il 43,3% degli utenti nuovi e il 45,3% di quelli già noti ai Ser.T. ha dichiarato di vivere nel nucleo familiare; al contrario, dalla distinzione per genere si nota che tra i maschi (nuovi o già in assistenza nei periodi precedenti) spicca l'elevata percentuale in corrispondenza della modalità "con i genitori" (44,6% nuovi utenti vs 47,3 utenti già in assistenza), mentre tra le utenti di sesso femminile tale percentuale diminuisce a fronte di una forte similarità di valori tra coloro che vivono con i genitori e coloro che invece convivono con il partner (con o senza la presenza di figli), soprattutto fra le utenti in assistenza da periodi precedenti.

I.2.2.4. Valutazione degli esiti dei trattamenti

Unità Operative partecipanti: Dipartimento Dipendenze di Brescia (Montichiari, Rovato, Orzinuovi), unità operativa di Breno, Dipartimento Dipendenze di Varese (Varese, Gallarate, Saronno, Arcisate, Tradate, Busto Arsizio, Cittiglio), ULSS 20 - Verona, AULSS Dolo/Mirano, AULSS Treviso, AULSS Vicenza, AULSS Este, AULSS Chioggia, AULSS Rovigo, ASL di Cittadella, ASL di Pieve di Soligo, 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), Dipartimento delle Dipendenze di Macerata, Dipartimento Dipendenze di Foligno (Spoleto e Foligno), unità operative Città di Castello e Gubbio, Dipartimento delle Dipendenze di Perugia (Perugia, Assisi, Marsciano, Magione), Dipartimenti delle Dipendenze di Terni (Terni e Narni), unità operativa di Messina nord, Messina Sud e Letojanni, unità operative di Enna, Dipartimento delle Dipendenze di Agrigento, unità operativa di Palermo 1, Palermo 2, Termini, Cefalù, unità operativa di Ragusa, Modica e Vittoria.

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 I.2.11).

Tabella I.2.11: 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

8.533 soggetti esaminati, di cui: 6.201 soggetti in terapia con metadone 2.332 soggetti in terapia con buprenorfina

Nel complesso sono stati campionati 8.533 utenti in carico presso le strutture sanitarie per almeno trenta giorni, 6.201 in trattamento con metadone e 2.332 in terapia con buprenorfina. Per entrambi i trattamenti farmacologici, la maggior parte dei soggetti sembra rispondere alla terapia, rispettivamente il 72,6% per il metadone e l'85,8% per la buprenorfina (Tabella I.2.12 e Figura I.2.23). 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 I.2.12: Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso e tipo di risposta al trattamento. Anno 2010

	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Maschi	743	81,9	653	82,8	3.738	83,0	5.134	82,8
Femmine	164	18,1	136	17,2	765	17,0	1.065	17,2
Totale (%R)	**907**	**14,6**	**789***	**12,7**	**4.503***	**72,6**	**6.199**	**100,0**
Buprenorfina								
Maschi	130	82,3	139	80,8	1.761	88,0	2.030	87,0
Femmine	28	17,7	33	19,2	241	12,0	302	13,0
Totale (%R)	**158**	**6,8**	**172**	**7,4**	**2.002**	**85,8**	**2.332**	**100,0**
Totale								
Maschi	873	82,0	792	82,4	5.499	84,5	7.164	84,0
Femmine	192	18,0	169	17,6	1.006	15,5	1.367	16,0
Totale (%R)	**1.065**	**12,5**	**961***	**11,3**	**6.505***	**76,3**	**8.531**	**100,0**

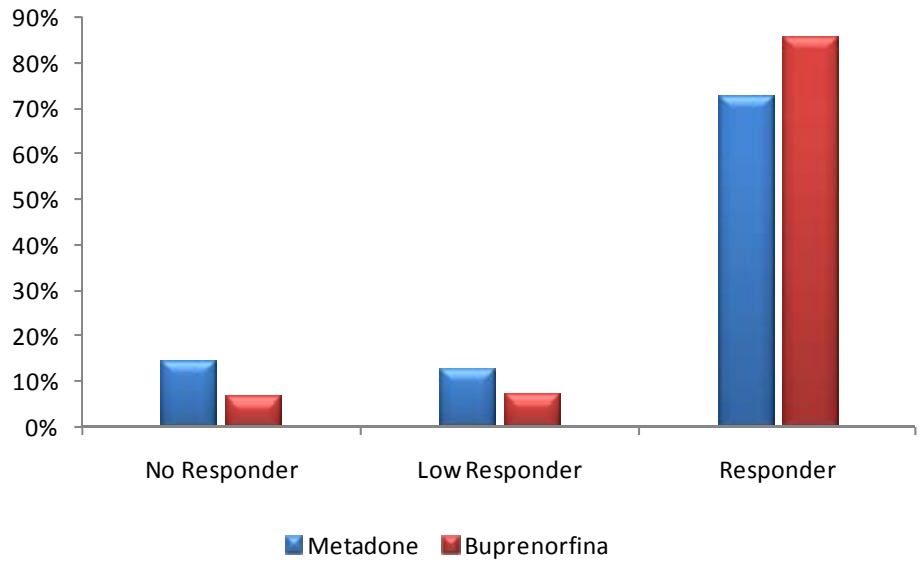
Il 72,6% dei pazienti in metadone rispondono bene alle terapie

L'85,6% in buprenorfina

* Per un soggetto il dato non è stato rilevato

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura I.2.23: Percentuale di soggetti per tipo di trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento – Anno 2010



Fonte: Progetto Outcome DPA

Differenze più marcate si evincono osservando l'età media per tipologia di trattamento farmacologico, che risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti con buprenorfina (Tabella I.2.13). I soggetti con età media più "elevata" (38,6 anni) sono coloro che rispondono positivamente alla terapia con metadone, pur osservando che, rispetto agli studi preliminari condotti in anni precedenti, l'età minima degli utenti in trattamento farmacologico con metadone o buprenorfina tende a diminuire.

Tabella I.2.13: Età media dei soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2010

	No Responder	Low Responder	Responder
Metadone			
Età media	35,32	35,09	38,57
Min	17,00	17,00	16,00
Max	63,00	60,00	68,00
Dev. STD	8,86	9,29	8,69
Buprenorfina			
Età media	32,08	31,92	36,58
Min	17,00	17,00	17,00
Max	54,00	58,00	67,00
Dev. STD	9,44	9,57	8,48

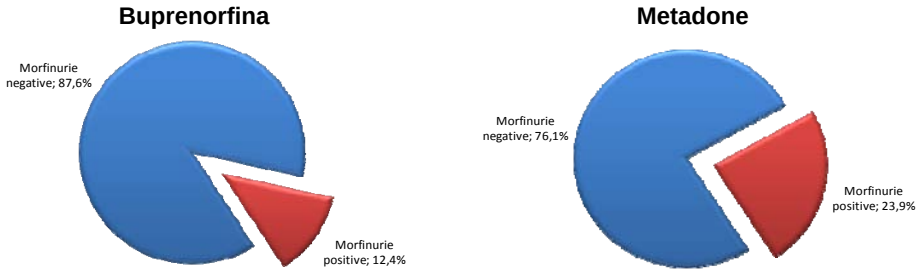
Metadone: i pazienti più anziani rispondono di più ai trattamenti

Pazienti più giovani trattati con buprenorfina

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'87,6% dei giorni di trattamento con buprenorfina risulta libero da droghe, contro il 76,1% degli utenti in terapia con metadone (Figura I.2.24).

Figura I.2.24: Percentuale di giorni con morfinurie negative e positive, per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2010



Fonte: Progetto Outcome DPA

1.065 soggetti no responder

Nel complesso, gli utenti che sembrano non rispondere alla terapia farmacologica sono 1.065, con una durata media del trattamento compreso tra 195 giorni per la buprenorfina e 232 giorni per il metadone (Tabella I.2.14). La dose media giornaliera di metadone utilizzata dai soggetti è di 52,4 mg, mentre per la buprenorfina è di 9,0 mg. Per gli utenti "no responder", la percentuale di giorni liberi da droghe è complessivamente pari al 10,7%, rispettivamente l'11,8% per la buprenorfina e il 10,5% per il metadone. Tuttavia, i soggetti "no responder" mantengono un'aderenza ai controlli elevata, a scapito di un'aderenza al trattamento meno performante (rispettivamente l'82,7% e il 66,4%).

Tabella I.2.14: Soggetti No Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2010

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media trattam.	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	158	30.875	195,41	9,05	3.635	**11,77**	27.241	88,23	80,96	58,45
Metadone	907	210.508	232,09	52,43	22.092	**10,49**	188.537	89,56	83,04	67,82
Totale	1.065	241.383	226,65		25.727	**10,66**	215.778	89,39	82,73	66,42

*[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

962 soggetti low responder

Gli utenti classificati come "low responder" sono 962, pari all'11,3% del campione analizzato, con una durata media del trattamento variabile tra 216 giorni per la buprenorfina e 239 giorni per il metadone (Tabella I.2.15). La dose media giornaliera di metadone erogata è pari a 49,9 mg, mentre per la buprenorfina è di 9,3 mg, in linea con i valori riscontrati per gli utenti "no responder". La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 46,6%, rispettivamente il 46,2% per la buprenorfina e il 46,6% per il metadone, pur mantenendo livelli di aderenza ai controlli e al trattamento elevati soprattutto per i controlli (rispettivamente l'81,4% e il 68,0%).

Tabella I.2.15: Soggetti Low Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2010

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media trattam.	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	172	37.166	216,08	9,26	17.180	**46,23**	19.986	53,77	78,99	57,63
Metadone	790	188.899	239,11	49,95	88.121	**46,65**	100.804	53,36	81,94	70,33
Totale	962	226.065	234,99		105.301	**46,58**	120.790	53,43	81,41	68,04

*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

6.506 soggetti responder

Infine, il gruppo degli utenti che rispondono alla terapia farmacologica sono in totale 6.506, il 76,2% del campione indagato, 2.002 in trattamento con buprenorfina e 4.504 soggetti con metadone (Tabella I.2.16). Rispetto alla durata media del trattamento non si osservano sensibili differenze tra i due tipi di terapia (247 giorni per la buprenorfina e 256 per il metadone). La dose media giornaliera utilizzata dai soggetti "responder" è di 8,1 mg per la buprenorfina e di 51,5 mg per il metadone, con una lieve riduzione della quantità media di buprenorfina rispetto alle precedenti categorie di utenti. La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 93,7%, con una percentuale più elevata in corrispondenza degli utenti in terapia farmacologica con buprenorfina (95,5%). I valori medi percentuali dell'aderenza ai controlli e dell'aderenza al trattamento tendono ad aumentare ulteriormente per i soggetti "responder" (rispettivamente l'86,7% e il 70,4%).

Tabella I.2.16: Soggetti Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2010

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media trattam.	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	2.002	495.254	247,38	8,10	472.759	**95,46**	22.496	4,54	88,53	64,09
Metadone	4.504	1.152.316	255,84	51,55	1.070.891	**92,93**	81.535	7,08	85,85	73,26
Totale	6.506	1.647.570	253,24		1.543.650	**93,69**	104.031	6,31	86,68	70,43

*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

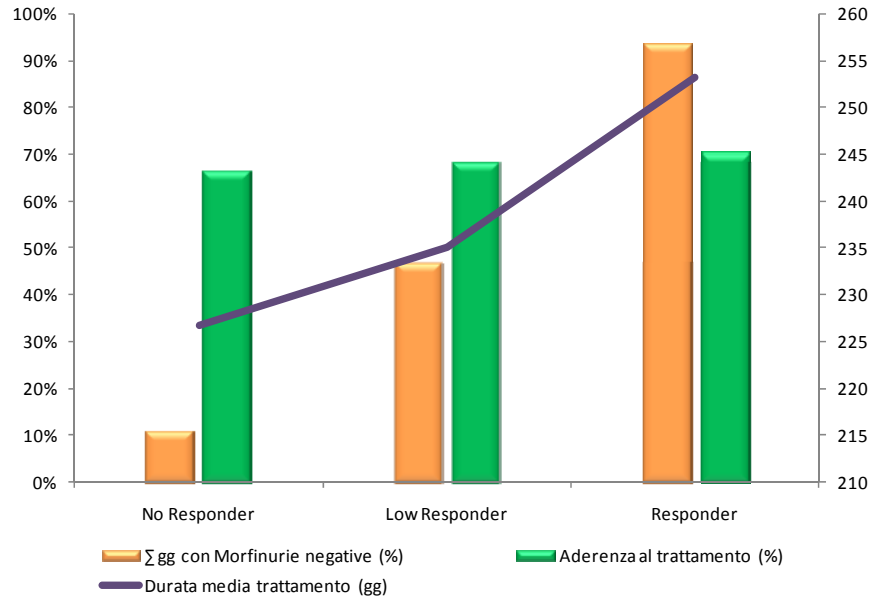
Maggiore aderenza al trattamento tra i soggetti responder

Confrontando i risultati ottenuti per tipologia di risposta al trattamento (Figura I.2.25), è possibile osservare che il valore medio percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolata come rapporto tra le somministrazioni di farmaco erogato e quelle prescritte, resta tendenzialmente invariato, passando dal 66,4% dei soggetti "no responder" al 70,4% dei "responder".

Maggiore durata media di trattamento tra i soggetti responder

Considerando, invece, la durata media di trattamento farmacologico, sembra non esserci differenza tra coloro che non rispondono alla terapia e i soggetti "low responder" (rispettivamente 227 e 235 giorni), mentre sembra essere leggermente più elevata la durata media per gli utenti che rispondono positivamente al trattamento erogato (253 giorni).

Figura I.2.25: Durata media del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento. Anno 2010



Fonte: Progetto Outcome DPA

Di particolare interesse risulta l'analisi del campione nel suo complesso, senza tener conto, quindi, della stratificazione per tipo di risposta al trattamento.

Unità operative coinvolte

Nel complesso, sono stati coinvolti 31 Dipartimenti per le Dipendenze per complessive 65 unità operative appartenenti a sei regioni d'Italia (Liguria, Lombardia, Veneto, 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 8,2 mg, mentre per il metadone è 51,5 mg (Tabella I.2.17).

Tabella I.2.17: Durata media dei trattamenti e dose media giornaliera erogata per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2010

	Unità operativa	Sogg.	Media	SD	Mediana	Range
Durata media Trattamenti giorni						
Buprenorfina	64	2.332	241,55	111,93	282,00	30,00 - 365,00
Metadone	65	6.201	250,24	108,90	293,00	30,00 - 365,00
Dose media Giornaliera mg						
Buprenorfina	64	2.332	8,22	6,74	6,52	0,00 - 56,00
Metadone	65	6.201	51,48	37,24	44,64	0,00 - 340,00

La dose media/die di farmaco sostitutivo non sembra avere influenza sulla risposta

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 (Tabella I.2.18). 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 21,4%. Anche la cocaina e l'alcool sembrano essere abbastanza utilizzate tra gli utenti in terapia farmacologica per dipendenza da eroina (rispettivamente 11,1% e

9,9%).

Soggetti responder: basso ricorso a sostanze secondarie durante il trattamento

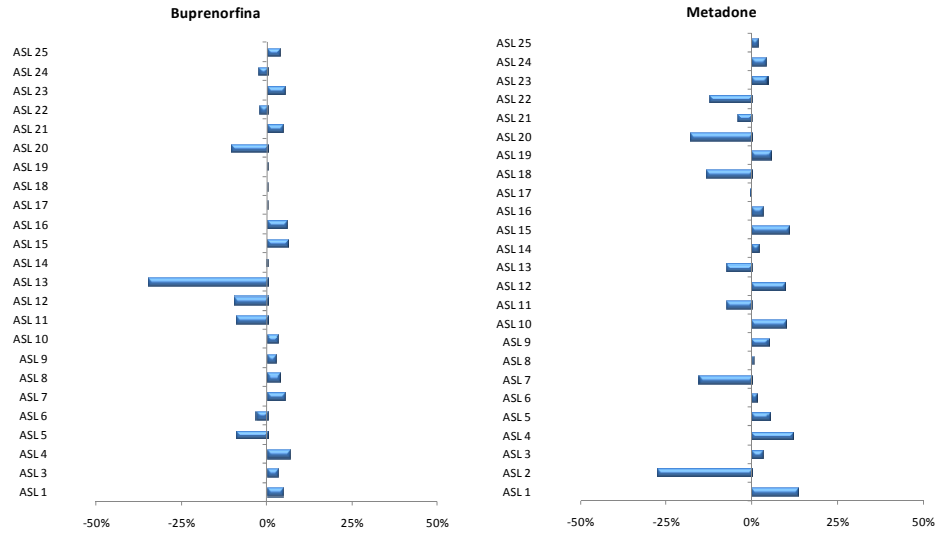
Tabella I.2.18: Percentuale di morfinurie positive per altre sostanze psicotrope tra i soggetti con morfinurie negative per uso di eroina, per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2010

Terapia	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcool
Buprenorfina	9,06%	19,80%	0,57%	1,74%	10,60%
Metadone	11,97%	22,18%	0,71%	0,33%	9,52%
Totale	11,15%	21,43%	0,66%	0,92%	9,87%

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 valutando raggruppando gli utenti secondo le 25 Aziende Sanitarie Locali (ASL) di pertinenza (Figura I.2.26). 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 (87,6%) rispetto agli utenti in terapia farmacologica con metadone (76,1%), ad eccezione di un ASL che riporta uno scostamento percentuale del 34,6% in negativo rispetto al dato medio.

Figura I.2.26: Scostamento percentuale delle morfinurie negative dal valore medio del campione per ASL e per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2010



Fonte: Progetto Outcome DPA

Rispetto alla dose media giornaliera di terapia farmacologica somministrata i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (Tabella I.2.19), il cui confronto non evidenzia differenze sensibili per l'esito della terapia (% giorni di astensione) in relazione alla quantità di farmaco somministrato.

Tabella I.2.19: Dose media di farmaco e percentuale di giorni di astensione dall'uso di eroina, per tipologia di trattamento. Anno 2010

	Sogg.	Dose media Giornaliera	Giorni di astensione
Metadone	**N**	**mg**	**%**
Dose < 50 mg/die	3.463	27,67	76,23
Dose ≥ 50 mg/die	2.738	81,58	75,98
Totale	6.201	51,48	76,12
Buprenorfina			
Dose < 8 mg/die	1.354	4,07	88,65
Dose ≥ 8 mg/die	978	14,05	86,26
Totale	2.332	8,25	87,62

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, nonostante la densità media prestazionale propenda lievemente per gli utenti in trattamento con metadone (Tabella I.2.20).

Tabella I.2.20: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di terapia e per risposta al trattamento. Anno 2010

Terapia	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Metadone	1,42	1,51	1,41	**1,43**
Buprenorfina	1,34	1,19	1,32	**1,32**
Densità Media Totale	**1,41**	**1,44**	**1,38**	**1,40**

Fonte: Progetto Outcome DPA

Non differenze significative della densità prestazionale tra terapie

Nelle tabelle I.2.21, I.2.22, I.2.23 e I.2.24 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 I.2.21: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anno 2010

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Attività telefonica	2.841	1,4	3.116	1,6	12.848	1,1	18.805	1,2
Relazioni, prescrizioni	47.471	22,8	47.928	24,0	290.320	25,3	385.719	24,8
Attività di accompagnamento	62	0,0	163	0,1	1.405	0,1	1.630	0,1
Visite	2.810	1,3	3.622	1,8	28.403	2,5	34.835	2,2
Colloqui	9.690	4,7	8.915	4,5	39.875	3,5	58.480	3,8
Esami e procedure cliniche	20.122	9,7	17.728	8,9	114.755	10,0	152.605	9,8
Somministrazione farmaci	112.188	53,9	107.112	53,7	616.544	53,8	835.844	53,8
Psicoterapia individuale	428	0,2	546	0,3	3.367	0,3	4.341	0,3
Psicoterapia coppia-famiglia	86	0,0	97	0,0	611	0,1	794	0,1
Interventi educativi	21	0,0	62	0,0	348	0,0	431	0,0
Test psicologici	4.532	2,2	2.426	1,2	8.366	0,7	15.324	1,0
Attività supporto generale	739	0,4	933	0,5	5.656	0,5	7.328	0,5
Revisione programma	4.996	2,4	5.475	2,7	19.710	1,7	30.181	1,9
Prestazioni alberghiere	2.236	1,1	1.510	0,8	4.731	0,4	8.477	0,5
Prestazioni straordinarie	0	0,0	0	0,0	24	0,0	24	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	4	0,0	4	0,0
Totale	**208.222**	**100,0**	**199.633**	**100,0**	**1.146.967**	**100,0**	**1.554.822**	**100,0**
Totale soggetti (%R)	**907**	**14,6**	**790**	**12,7**	**4.504**	**72,6**	**6.201**	**100,0**
Totale giorni di trattamento (media)	**210.508**	**232,09**	**188.899**	**239,11**	**1.152.316**	**255,84**	**1.551.723**	**250,24**
Densità prestazionale media/die/soggetto	**1,42**		**1,51**		**1,41**		**1,43**	

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” (Tabella I.2.21 e Tabella I.2.22). Inoltre, è interessante osservare come i soggetti che rispondono ad entrambi i trattamenti ricevono molte più prestazioni sanitarie e 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 I.2.22: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2010

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Buprenorfina	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Attività telefonica	270	1,0	346	1,1	3.812	0,8	4.428	0,9
Relazioni, prescrizioni	7.470	26,6	8.017	26,5	114.526	25,3	130.013	25,4
Attività di accompagnamento	24	0,1	40	0,1	254	0,1	318	0,1
Visite	591	2,1	764	2,5	8.903	2,0	10.258	2,0
Colloqui	1.886	6,7	2.074	6,9	17.138	3,8	21.098	4,1
Esami e procedure cliniche	2.750	9,8	3.077	10,2	45.206	10,0	51.033	10,0
Somministrazione farmaci	12.657	45,1	14.065	46,5	245.308	54,2	272.030	53,2
Psicoterapia individuale	176	0,6	161	0,5	1.929	0,4	2.266	0,4
Psicoterapia coppia-famiglia	22	0,1	19	0,1	233	0,1	274	0,1
Interventi educativi	18	0,1	6	0,0	306	0,1	330	0,1
Test psicologici	972	3,5	542	1,8	5.158	1,1	6.672	1,3
Attività supporto generale	89	0,3	115	0,4	2.275	0,5	2.479	0,5
Revisione programma	577	2,1	704	2,3	4.419	1,0	5.700	1,1
Prestazioni alberghiere	554	2,0	323	1,1	3.375	0,7	4.252	0,8
Prestazioni straordinarie	0	0,0	0	0,0	9	0,0	9	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	17	0,0	17	0,0
Totale	**28.056**	**100,0**	**30.253**	**100,0**	**452.868**	**100,0**	**511.177**	**100,0**
Totale soggetti (%R)	**158**	**6,8**	**172**	**7,4**	**2.002**	**85,8**	**2.332**	**100,0**
Totale giorni di trattamento (media)	**30.875**	**195,41**	**37.166**	**216,08**	**495.254**	**247,38**	**563.295**	**241,55**
Densità prestazionale media/die/soggetto	**0,91**		**0,81**		**0,91**		**0,91**	

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 I.2.23 e Tabella I.2.24).

Tabella I.2.23: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2010

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,03	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,23	0,25	0,25	0,25
Attività di accompagnamento	0,01	0,01	0,02	0,02
Visite	0,02	0,03	0,04	0,03
Colloqui	0,06	0,05	0,04	0,05
Esami e procedure cliniche	0,10	0,10	0,10	0,10
Somministrazione farmaci	0,57	0,59	0,55	0,56
Psicoterapia individuale	0,02	0,02	0,03	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,02	0,01	0,02	0,02
Interventi educativi	0,01	0,02	0,02	0,02
Test psicologici	0,13	0,11	0,09	0,10
Attività supporto generale	0,02	0,02	0,03	0,02
Revisione programma	0,06	0,07	0,05	0,05
Prestazioni alberghiere	0,15	0,20	0,15	0,16
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,00	0,00
Totale	**1,42**	**1,51**	**1,41**	**1,43**

Fonte: Progetto Outcome DPA

Non diversità della densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con metadone in base alla diversa risposta

Tabella I.2.24: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2010

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,24	0,22	0,23	0,23
Attività di accompagnamento	0,02	0,03	0,02	0,02
Visite	0,03	0,03	0,03	0,03
Colloqui	0,08	0,06	0,05	0,05
Esami e procedure cliniche	0,10	0,09	0,10	0,10
Somministrazione farmaci	0,46	0,42	0,52	0,51
Psicoterapia individuale	0,02	0,02	0,02	0,02
Psicoterapia coppia-famiglia	0,02	0,01	0,01	0,01
Interventi educativi	0,02	0,01	0,05	0,04
Test psicologici	0,11	0,11	0,10	0,11
Attività supporto generale	0,02	0,02	0,02	0,02
Revisione programma	0,06	0,06	0,03	0,04
Prestazioni alberghiere	0,14	0,09	0,10	0,10
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,01	0,01
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,01	0,01
Totale	**1,34**	**1,19**	**1,32**	**1,32**

Fonte: Progetto Outcome DPA

Non diversità della densità prestazionale media/die nei soggetti in terapia con buprenorfina in base alla diversa risposta

L’analisi qui presentata costituisce uno stato di avanzamento rispetto alle precedenti analisi (Relazioni Parlamento 2009, 2010). 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.

CAPITOLO I.3.

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.3.1. Malattie infettive droga correlate

I.3.1.1 Diffusione HIV e AIDS

I.3.1.2 Diffusione di Epatite virale B

I.3.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I.3.1.4 Diffusione di Tubercolosi

I.3.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

I.3.2.1 Ricoveri droga correlati

I.3.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

I.3.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

I.3.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

I.3.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

I.3.3. Incidenti stradali droga correlati

I.3.3.1 Quadro generale

I.3.3.2 Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.

I.3.4. Mortalità acuta droga correlata

I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga

I.3. 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.
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 tra l'altro elevati rischi nell'incorrere in 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.3.1. 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.

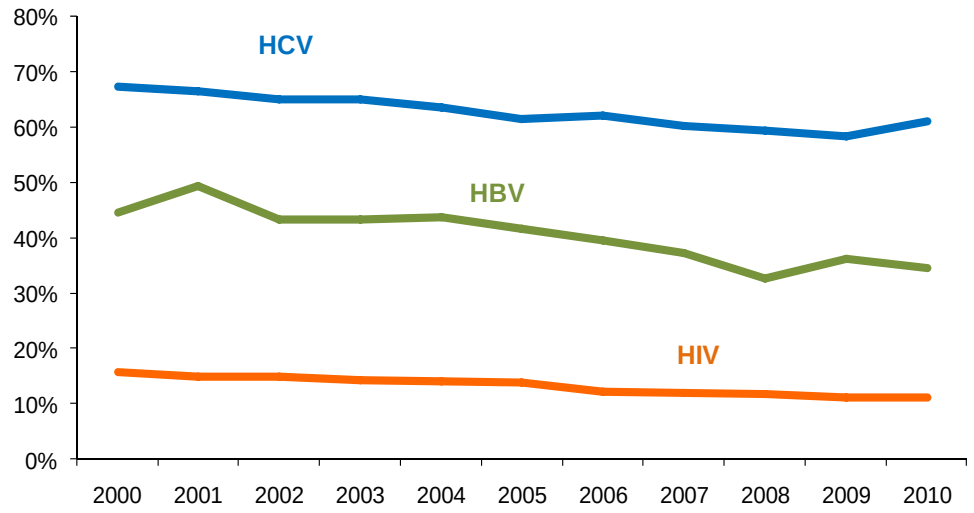
In estrema sintesi , anche nel 2010 continua la costante diminuzione della verifica (testing) della presenza di malattie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nell'utenza assistita dai Ser.T. (HIV -5,8%; HBV -15,3%; HCV -6,2%). Rispetto al 2009, nel 2010 la prevalenza di utenti positivi ai test delle malattie infettive, diminuisce per l'HIV (11,5% vs 11,1%) e per l'HBV (36,2% vs 34,4%), mentre aumentano gli HCV positivi (58,5% vs 61,0%).

Tabella I.3.1: Prevalenza di utenti HIV, HBV, HCV positivi. Anni 2000 - 2010

Prevalenza positivi	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ %
HIV	15,8	14,8	14,8	14,2	13,9	13,8	12,0	11,9	11,7	11,5	11,1	-2,71
HBV	44,5	49,4	43,4	43,2	43,6	41,7	39,5	37,2	32,7	36,2	34,4	-4,94
HCV	67,4	66,3	64,9	64,9	63,5	61,4	62,0	60,2	59,2	58,5	61,0	4,16

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.1: Prevalenza utenti positivi a test HIV, HBV e HCV. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Le informazioni sui ricoveri sono state rilevate dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera; in particolare sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi, principale o secondarie, droga correlate e descritte in dettaglio nelle premesse del paragrafo I.3.2.. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate.

I.3.1.1 Diffusione di HIV e AIDS

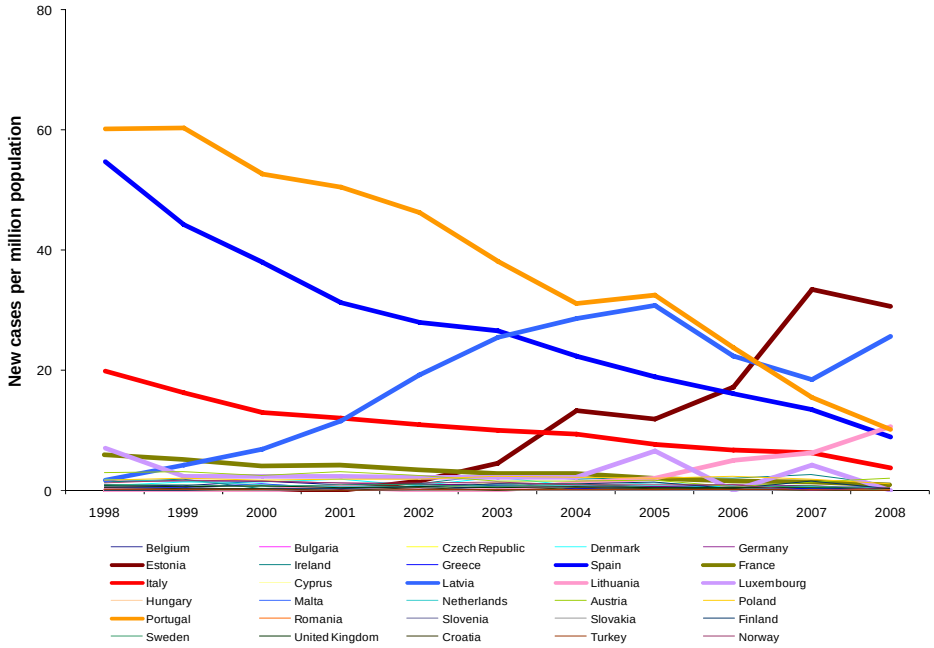
In forte diminuzione l'incidenza dei casi di AIDS nei tossicodipendenti italiani

L'incidenza dell'infezione da HIV diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2008 risulta contenuta nella maggior parte dei paesi dell'Unione Europea, attorno a 2,6 casi per milione di abitanti, in calo rispetto ai 3,7 del 2007[1]. 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 ed affetti da HIV non ricevano la terapia HAART nella fase precoce dell'infezione.

[1] Non sono disponibili dati nazionali per la Danimarca, la Spagna, l'Italia e l'Austria.

L'Estonia è il paese con la più alta incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Lettonia, Lituania, Portogallo e Spagna; 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.3.2).

Figura I.3.2: 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 1998 - 2008



Fonte: Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2010

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

Criticità: soggetti testati per HIV (solo il 30,1%) presso i Ser.T.

Rispetto all'utenza complessivamente assistita nel 2010 (176.430 persone) dai Ser.T per le tossicodipendenze, 53.190 soggetti sono stati sottoposti a test HIV (30,1%), mentre ulteriori 6.342 erano già positivi da periodi precedenti a quello di riferimento che sommati ai nuovi utenti risultati positivi al test nell'anno di riferimento, individua una prevalenza complessiva di utenti HIV positivi dell'11,1%, rispetto al contingente di utenti per i quali era disponibile l'esito del test. (Tabella I.3.2). Continua ad essere elevata la quota di utenti non testati (69,8% dell'utenza in carico).
Va precisato che le informazioni pervenute dalle regioni al Ministero della Salute alla data del 25 maggio 2011, coprono circa il 90% del totale dei servizi per le tossicodipendenze, quindi sono da considerare sicuramente rappresentative anche se non complete.

Tabella I.3.2: Somministrazione ed esito test HIV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 - 2010

Caratteristiche	2009		2010		Diff %
	N	%	N	%	
(A) Utenti assititi					
(a1) Nuovi utenti	33.983	20,2	35.597	20,1	-0,1
(a2) Utenti già noti	134.381	79,8	140.833	79,9	0,1
(a3) Totale	168.364	100	176.430	100	
(B) Soggetti per i quali è disponibile l'esito del Test HIV					
(b1) Nuovi utenti	9.821	16,4	10.116	17,0	0,6
(b2) Utenti già noti	50.236	83,6	49.468	83,0	-0,6
(b3) Totale	60.057	100	59.584	100	
(C) Soggetti positivi al test HIV					
(c1) Nuovi utenti	202	2,9	247	3,7	0,8
(c2) Utenti già noti	6.678	97,1	6.394	96,3	-0,8
(c3) Totale	6.880	100	6.641	100	
(D) Soggetti testabili ma non testati					
(d1) Nuovi utenti	22.821	22,6	22.674	20,6	-2,0
(d2) Utenti già noti	78.071	77,4	87.413	79,4	2,0
(d3) Totale	100.892	100	110.087	100	
Indicatori					
(E) Soggetti testati nell'anno	53.379		53.190		
(F) % testati su testabili	34,6		32,6		-2,0
(G) % non testati su testabili	65,4		67,4		+2,0
(H) Prevalenza positivi HIV					
(h1) Prevalenza positivi	11,5		11,1		-0,4
(h2) Prevalenza nuovi maschi	2,02		2,13		0,1
(h3) Prevalenza nuove femmine	2,30		4,44		2,1

(A): Numero complessivo di soggetti trattati presso i Ser.T. (ANN 01).

(B): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti a quello di riferimento e soggetti per i quali è stata riscontrata negatività con test eseguito nell'anno di riferimento.

(C): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti

(D): soggetti che non hanno mai eseguito il test o di cui non si conosce l'esito, soggetti che erano risultati negativi negli anni precedenti a quello di riferimento che non sono stati ricontrollati

(E): soggetti che risultano essere stati testati nell'anno di riferimento e per i quali è stata riscontrata negatività e nuovi utenti risultati positivi nell'anno

(F): ottenuta come (E) / (D + E)

(G): ottenuta come (D) / (D + E)

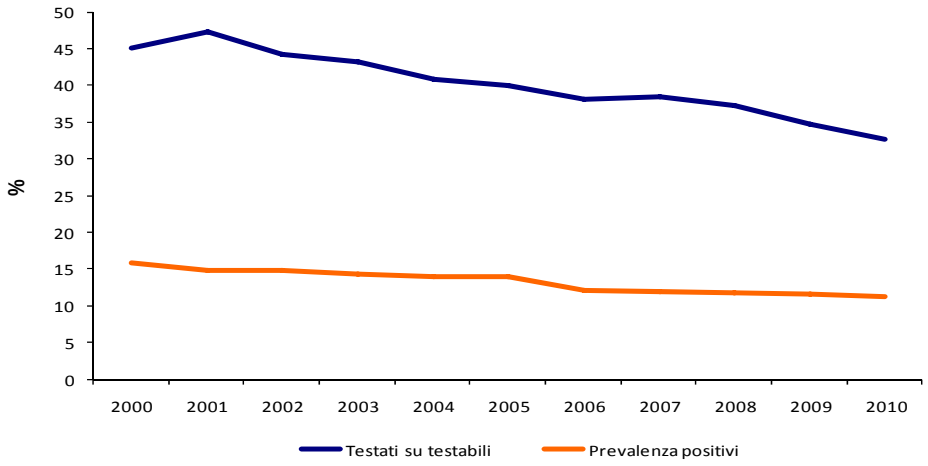
(H): ottenuta come (C) / (B)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

solo il 32,6% dei tossicodipendenti viene testato

La verifica della presenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti nelle persone assistite dai Ser.T. ha interessato negli ultimi 11 anni, dal 2000 al 2010, una percentuale di soggetti in costante diminuzione. Relativamente alla presenza dell'infezione da HIV, la percentuale dei soggetti testati su testabili è diminuita di 12,4 punti percentuali passando dal 45% circa rilevato nel 2000 al 32,6% osservato nel 2010.

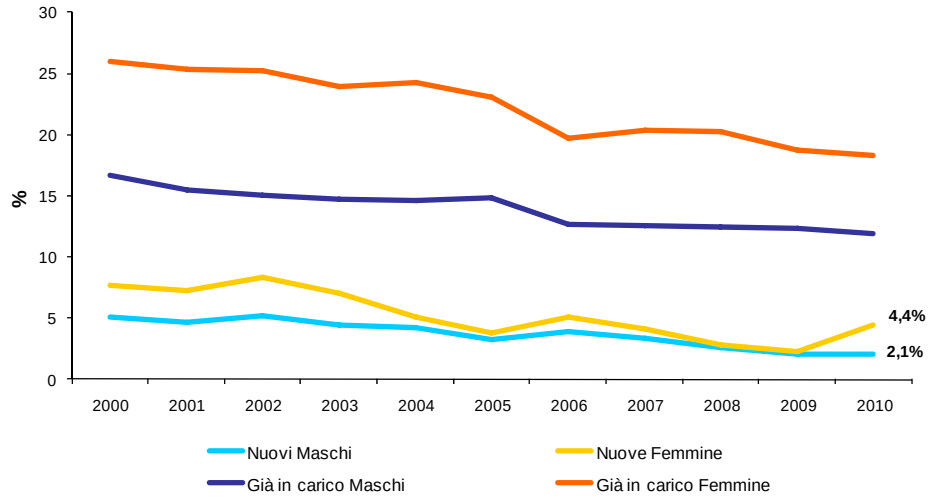
Figura I.3.3: Percentuale dei soggetti testati su testabili e prevalenza utenti positivi a test HIV. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il tasso di prevalenza dell'infezione nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2010, si è ridotto passando dal 16% circa del 2000 all'11,1% del 2010.
Dei soggetti positivi il 78,0% è di genere maschile; ciò significa che le persone di genere femminile sono fortemente sovra-rappresentate tra i soggetti HIV positivi (22%), evidenziando andamenti differenti rispetto ai pari di genere maschile.
Rispetto al 2009, aumenta la prevalenza di HIV positivi tra la nuova utenza, (2,4% nel 2010 vs 2,1% nel 2009) in particolare tra le femmine, per le quali si osserva un sensibile incremento (2,3% nel 2009 vs 4,4% nel 2010).

Figura I.3.4: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 2000 - 2010

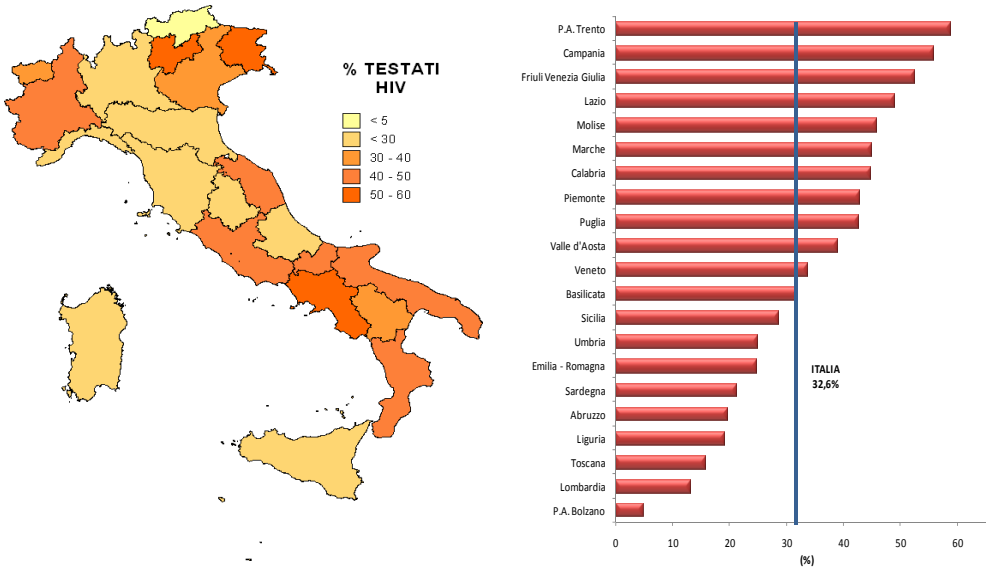


Aumenta la prevalenza di HIV nelle femmine afferenti per la prima volta nei Ser.T

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

A livello territoriale la percentuale di utenti testati nel 2010 rispetto a tutti i soggetti che i Ser.T avrebbero dovuto sottoporre al test sierologico HIV, varia da un minimo del 4,6% osservata nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad un massimo del 58,6% circa nella Provincia Autonoma di Trento (Figura I.3.5).

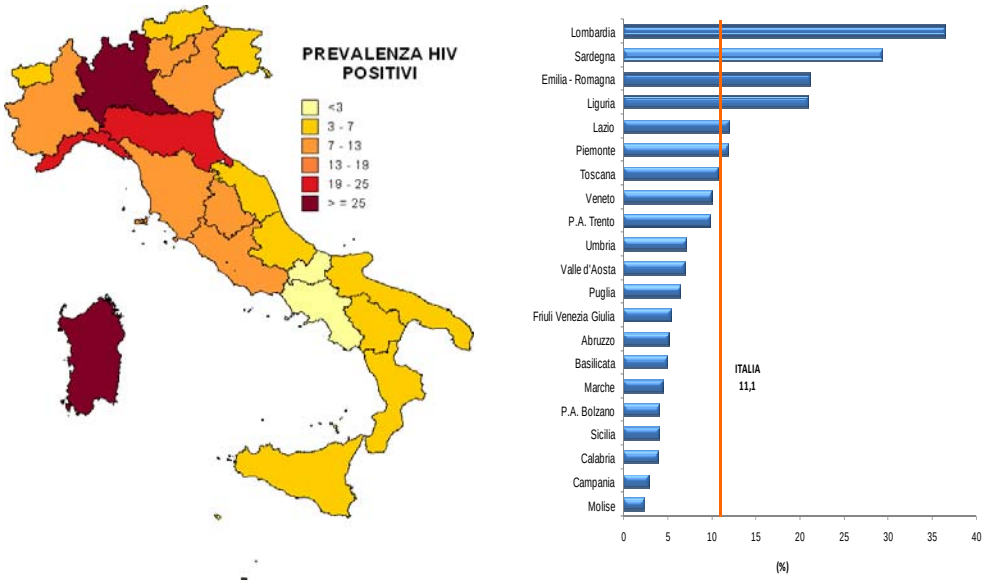
Figura I.3.5: Percentuale di utenti testati nell'anno di riferimento su testabili, per area geografica. Anno 2010



Le regioni e P.A. più problematiche per la non esecuzione del test HIV: P.A. Bolzano, Lombardia, Toscana, Liguria, Abruzzo e Sardegna

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.6: Prevalenza utenti HIV positivi, per area geografica. Anno 2010



Le regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti: Lombardia, Sardegna, Emilia - Romagna, Liguria, Lazio, Piemonte, Toscana

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

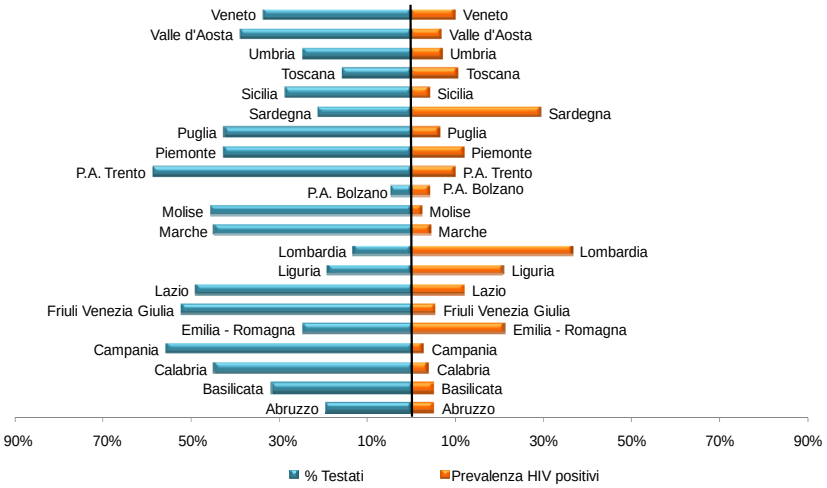
Per contro, la prevalenza di sieropositivi osservata nel 2010 varia da un minimo del 2,2% nella Regione del Molise ad un massimo del 36,4% nella Regione Lombardia.

Prevalenza HIV nei TD oscilla tra il 2,2% e il 36,4%

Confrontando le distribuzioni percentuali dei soggetti testati e dei positivi per regione, si osserva come, generalmente, a fronte di un basso tasso di testing si osservi una elevata prevalenza di sieropositività (Figure I.3.5 e I.3.6).

Figura I.3.7: Percentuale utenti testati su testabili e prevalenza di utenti HIV positivi**.** Anno 2010

Relazione tra prevalenza HIV e % degli utenti testati: le regioni con maggior positività sono quelle che testano poco



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2009 tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) di AIDS conclamato o di sieropositività per HIV sono circa il 6% (pari a 1.554 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio 2007 - 2009, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o asintomatica, si osserva una percentuale più elevata di maschi (75% vs 25% delle femmine) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 1% vs il 12%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

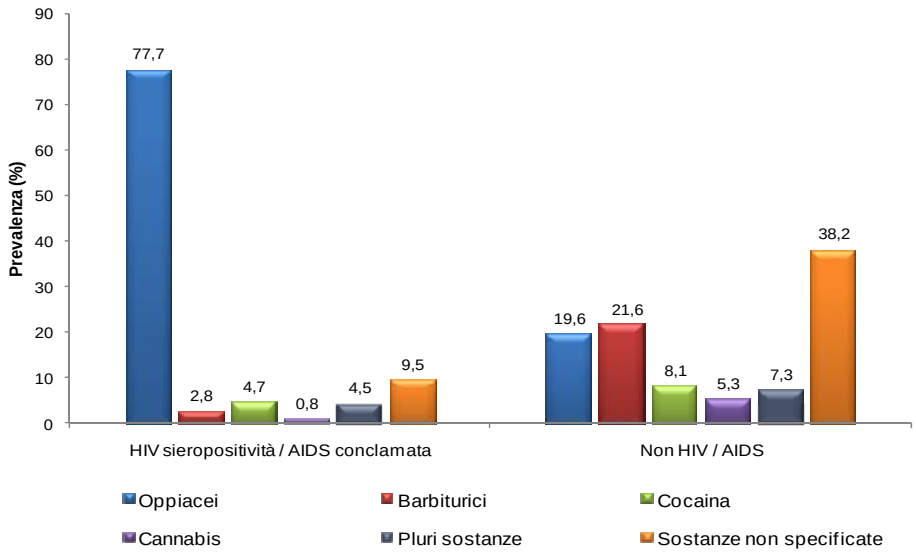
AIDS e infezioni da HIV

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 49% vs 60%) e di situazioni di regime ordinario (circa 77% vs 92%).

Meno urgenze più ricoveri ordinari

Figura I.3.8: Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2009

il binomio uso iniettivo di eroina/HIV



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.3.8.) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (77,7% vs il 23,3%);

I.3.1.2 Diffusione di Epatite virale B

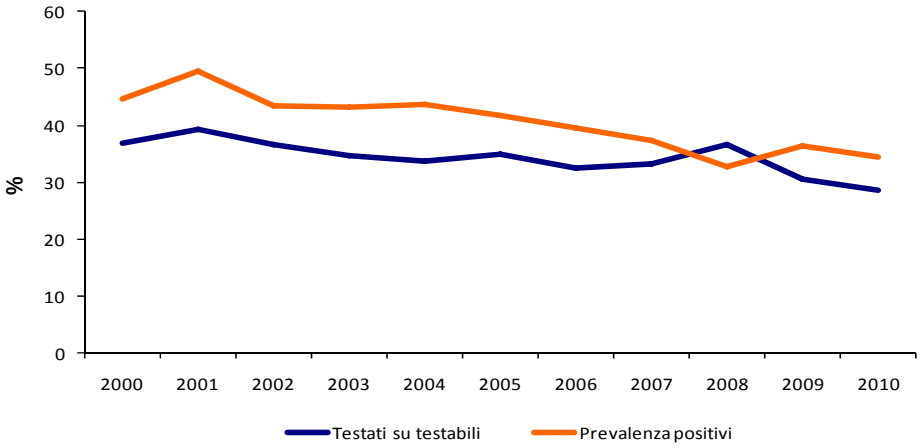
Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto l'infezione da HIV sia a livello europeo che a livello nazionale. Negli Stati membri della EU la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora 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. Nel biennio 2007-2008, 4 dei 9 paesi che hanno fornito dati sugli IDU hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBC superiori al 40%, in linea con il dato nazionale, sebbene quest'ultimo rappresenti una sottostima della reale prevalenza di HBV positivi nella sottopopolazione IDU italiana.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

Bassa % di testati su testabili anche per l'epatite B

Relativamente alla presenza da epatite B nell'ultimo decennio, la percentuale dei soggetti testati su quelli potenzialmente testabili è diminuita, di circa 8 punti percentuali passando dal 36,7% rilevato nel 2000 al 28,5% nel 2010, fatta eccezione per l'anno 2008 (36,5%) in cui si osserva una temporanea ripresa dell'attività di test per epatite virale B.

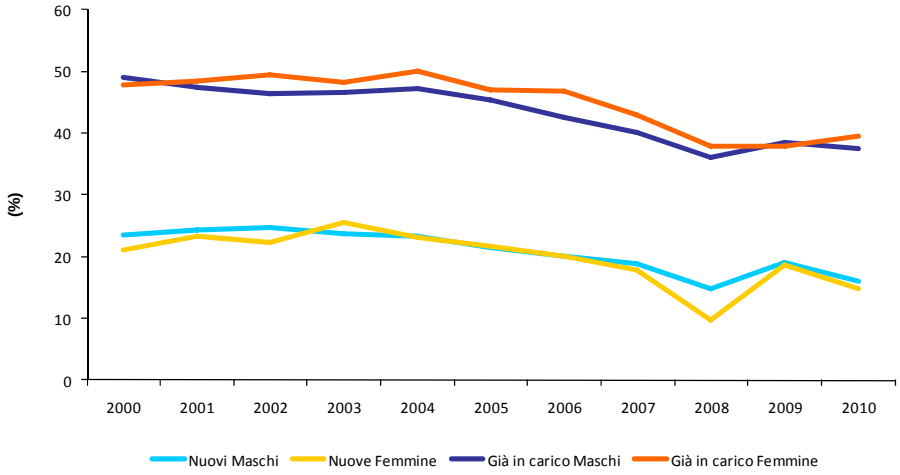
Figura I.3.9: Percentuale dei soggetti testati su testabili e prevalenza utenti positivi a test HBV. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Il tasso di prevalenza di positivi dell'epatite B nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2008, si è ridotto passando rispettivamente dal 44,5% al 32,7%. Nel biennio successivo, si è verificato un aumento di prevalenza di positivi pari al 36,2% nel 2009, seguito da una diminuzione nel 2010 pari al 34,4%.
L'86,6% dei soggetti risultati positivi alla epatite B nel 2010, è di genere maschile; il restante 13,4% è di genere femminile.
Rispetto al 2009, diminuisce di 3 punti percentuali la prevalenza di HBV positivi per la nuova utenza (15,8% nel 2010 vs 18,9% nel 2009), in particolare tra le femmine (14,7% nel 2010 vs 18,6% nel 2009). Da evidenziare, inoltre, la sensibile diminuzione della nuova utenza delle femmine in corrispondenza dell'anno 2008 (9,7%).

Figura I.3.10: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tabella I.3.3: Somministrazione ed esito test HBV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 - 2010

Caratteristiche	2009		2010		Diff %
	N	%	N	%	
(A) Utenti assititi					
(a1) Nuovi utenti	33.983	20,2	35.597	20,1	-0,1
(a2) Utenti già noti	134.381	79,8	140.833	79,9	0,1
(a3) Totale	168.364	100	176.430	100	
(B) Soggetti per i quali è disponibile l'esito del Test HBV					
(b1) Nuovi utenti	10.863	15,4	11.351	29,3	13,9
(b2) Utenti già noti	59.904	84,6	27.359	70,7	-13,9
(b3) Totale	70.767	100	38.710	100	
(C) Soggetti positivi al test HBV					
(c1) Nuovi utenti	1.482	4,5	1.249	3,8	-0,7
(c2) Utenti già noti	31.170	95,5	31.633	96,2	0,7
(c3) Totale	32.652	100	32.882	100	
(D) Soggetti testabili ma non testati					
(d1) Nuovi utenti	21.767	24,1	21.630	22,3	-1,8
(d2) Utenti già noti	68.533	75,9	75.461	77,7	1,8
(d3) Totale	90.300	100	97.091	100	
Indicatori					
(E) Soggetti testati nell'anno	39.597		38.710		
(F) Soggetti vaccinati	15.776		18.529		
(G) % testati su testabili	30,5		28,5		-2,0
(H) % non testati su testabili	69,5		71,5		2,0
(I) Prevalenza positivi al Test HBV					
(i1) Prevalenza positivi	36,2		34,4		-1,8
(i2) Prevalenza nuovi maschi	18,95		16,02		-2,9
(i3) Prevalenza nuove femmine	18,59		14,70		-3,9

continua

continua

(A): Numero complessivo di soggetti trattati presso i Ser.T. (ANN 01).

(B): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti a quello di riferimento, soggetti per i quali è stata riscontrata negatività con test eseguito nell'anno di riferimento e soggetti per i quali è stato effettuato il vaccino HBV.

(C): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti meno i nuovi soggetti vaccinati.

(D): soggetti che non hanno mai eseguito il test o di cui non si conosce l'esito, soggetti che erano risultati negativi negli anni precedenti a quello di riferimento che non sono stati ricontrollati.

(E): soggetti che risultano essere stati testati nell'anno di riferimento e per i quali è stata riscontrata negatività e nuovi utenti risultati positivi nell'anno.

(F): soggetti che hanno regolarmente completato il ciclo di somministrazioni vaccinali e che hanno eseguito un successivo controllo sierologico.

(G): ottenuta come (E) / (D + E)

(H): ottenuta come (D) / (D + E)

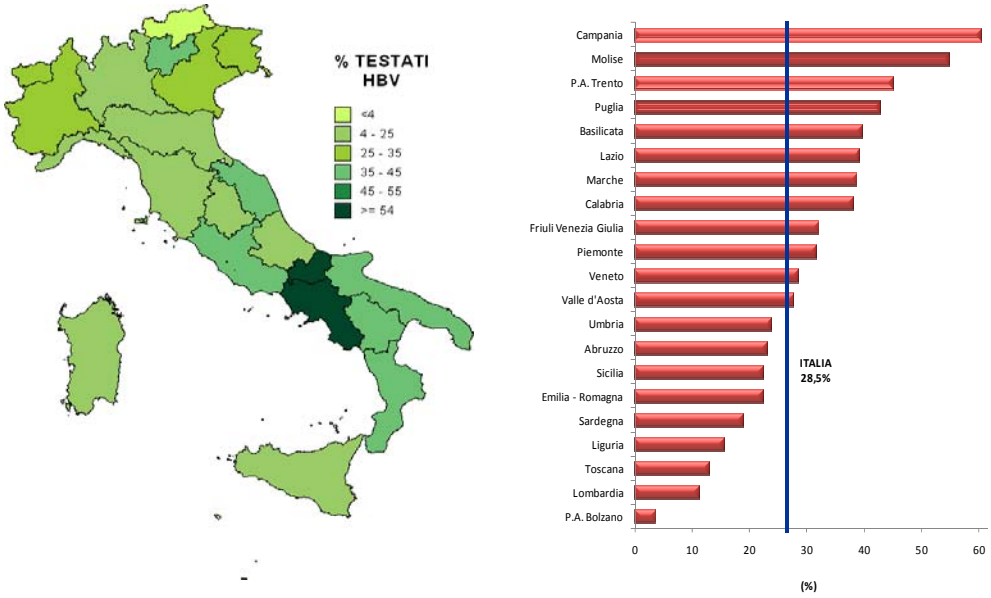
(I): ottenuta come (C) / (B - F)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

A livello territoriale la percentuale di utenti testati nel 2010 rispetto a tutti i soggetti che i Ser.T avrebbero dovuto sottoporre al test sierologico HBV varia da un minimo del 3,5% osservata nella Provincia Autonoma di Bolzano, ad un massimo del 60,1% nella Regione Campania.

Prevalenze per HBV oscillanti tra il 3,5% nella P.A. Bolzano e il 60% in Campania

Figura I.3.11: Percentuale di utenti testati nell'anno di riferimento su testabili, per area geografica. Anno 2010

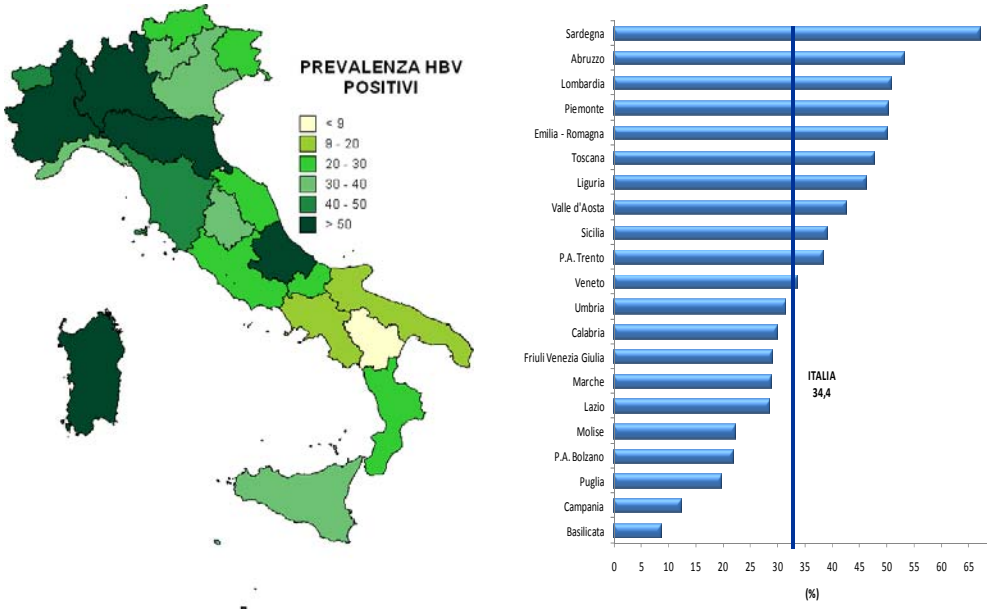


Regioni con minore uso del test per HBV: Bolzano, Lombardia, , Toscana, Liguria, Sardegna e Emilia - Romagna

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Per conto la prevalenza di utenti positivi all'epatite B osservata nel 2010, varia da un minino dell'8,4% nella Regione Basilicata ad un massimo del 67,0% nella Regione Sardegna.

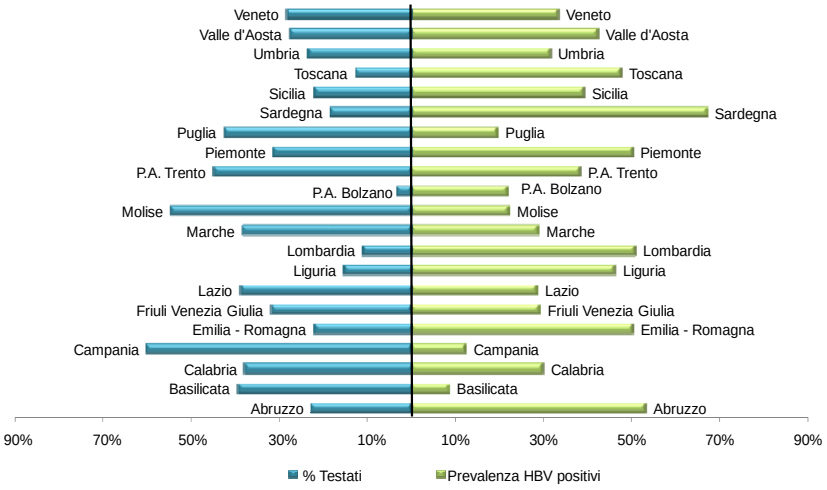
Figura I.3.12: Prevalenza utenti HBV positivi, per area geografica. Anno 2010



Regioni con maggior positività all'HBV: Sardegna, Abruzzo, Lombardia, Piemonte, Emilia – Romagna e Toscana

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.13: Percentuale utenti sottoposti al test e percentuale utenti positivi a HBV. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

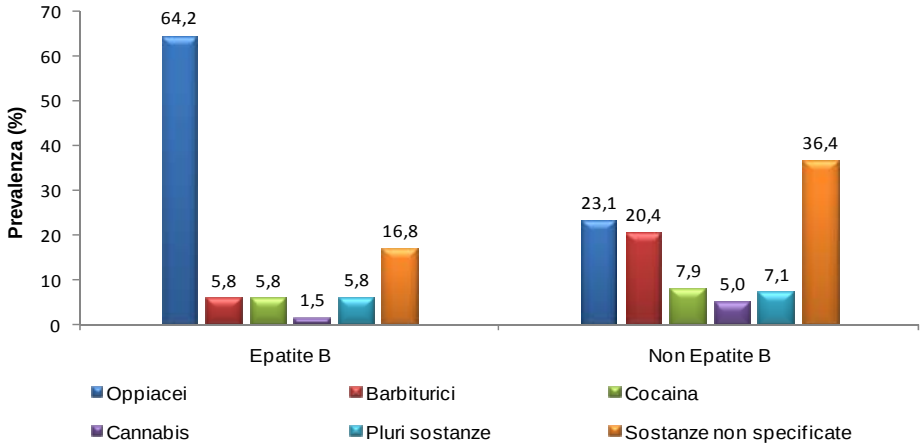
Ricoveri ospedalieri droga correlati

Riduzione dei ricoveri per epatite B

Nel 2009 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 137 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 (83,8% nel 2007, 85,6% nel 2008 e 78,1% nel 2009). Anche in questo caso come detto sopra più elevata (78% vs 57%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.
Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.3.14) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (64,2% contro 23,3%), in forte analogia con la presenza di

sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

Figura I.3.14: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.3.1.3 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 2007-2008 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di tossicodipendenti esaminati a livello europeo, variano da circa il 12% all'85%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%. A livello nazionale, la prevalenza di positivi al test HCV è risultata pari a circa il 61% dei soggetti in trattamento nei Ser.T.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

Come per il test HIV, si osservava, analoga e preoccupante situazione relativamente sia alla diffusione del virus della epatite virale C sia al basso tasso di testing.

Tabella I.3.4: Somministrazione ed esito test HCV nell'utenza dei servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 – 2010

Caratteristiche	2009		2010		Diff %
	N	%	N	%	
(A) Utenti assititi					
(a1) Nuovi utenti	33.983	20,2	35.597	20,1	-0,1
(a2) Utenti già noti	134.381	79,8	140.833	79,9	0,1
(a3) Totale	168.364	100,0	176.430	100	
(B) Soggetti per i quali è disponibile l'esito del Test HCV					
(b1) Nuovi utenti	10.591	14,8	10.325	13,6	-1,2
(b2) Utenti già noti	61.186	85,2	65.398	86,4	1,2
(b3) Totale	71.777	100	75.723	100	
(C) Soggetti positivi al test HCV					
(c1) Nuovi utenti	2.616	6,2	2.823	6,1	-0,1
(c2) Utenti già noti	39.391	93,8	43.339	93,9	0,1
(c3) Totale	42.007	100	46.162	100	
(D) Soggetti testabili ma non testati					
(d1) Nuovi utenti	22.380	26,1	22.139	23,4	-2,7
(d2) Utenti già noti	63.222	73,9	72.401	76,6	2,7
(d3) Totale	85.602	100	94.540	100	
Indicatori					
(E) Soggetti testati nell'anno	32.386		32.764		
(F) % testati su testabili	27,4		25,7		-1,7
(G) % non testati su testabili	72,6		74,3		1,7
(H) Prevalenza positivi					
(h1) Prevalenza positivi	58,5		61,0		2,5
(h2) Prevalenza nuovi maschi	24,7		27,8		3,1
(h3) Prevalenza nuove femmine	24,4		24,6		0,2

(A): Numero complessivo di soggetti trattati presso i Ser.T. (ANN 01).

(B): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti a quello di riferimento e soggetti per i quali è stata riscontrata negatività con test eseguito nell'anno di riferimento.

(C): soggetti per i quali è nota la positività rilevata anche in anni precedenti.

(D): soggetti che non hanno mai eseguito il test o di cui non si conosce l'esito, soggetti che erano risultati negativi negli anni precedenti a quello di riferimento che non sono stati ricontrollati

(E): soggetti che risultano essere stati testati nell'anno di riferimento e per i quali è stata riscontrata negatività e nuovi utenti risultati positivi nell'anno.

(F): ottenuta come (E) / (D + E)

(G): ottenuta come (D) / (D + E)

(H): ottenuta come (C) / (B)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

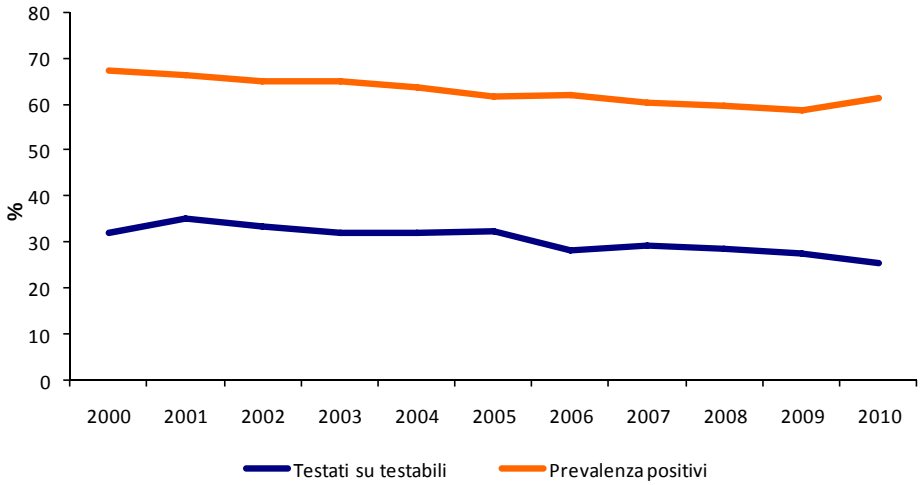
Basso utilizzo dei Ser.T. del test per HCV soprattutto per i nuovi tossicodipendenti afferenti ai servizi

Resta alta la prevalenza dell'HCV: 61,0%

La verifica della presenza di epatite virale C correlata all'uso di sostanze stupefacenti nelle persone assistite dai Ser.T. ha riguardato, dal 2000 al 2010, una percentuale di soggetti in costante diminuzione. La percentuale dei soggetti testati su testabili è diminuita dal 32% circa del 2000 a circa il 26% del 2010. (Figura I.3.15).

Relativamente alla presenza del virus della epatite virale C, la percentuale di soggetti positivi è diminuita di 6,4 punti percentuali negli ultimi dieci anni, passando dal 67,4% nel 2000, 58,5% nel 2009 risultando al 61,0% nel 2010, (Figura I.3.15).

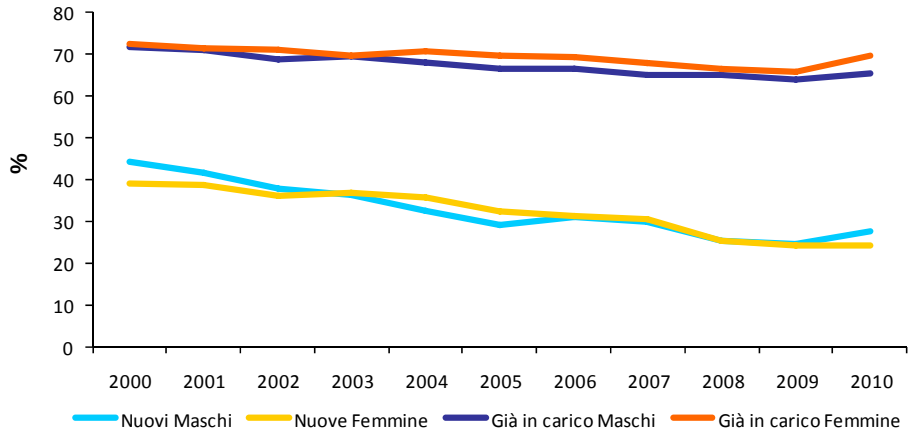
Figura I.3.15: Percentuale dei soggetti testati su testabili e prevalenza utenti positivi al test HCV. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nei nuovi utenti, nel periodo oggetto di osservazione, il fenomeno sembra interessare in ugual misura i due generi, e in progressivo decremento fino al 2008; nell'ultimo biennio la prevalenza HCV di positivi sembra stabile per le nuove femmine e in lieve aumento nei nuovi utenti maschi. Più stabile il trend della prevalenza dell'utenza già nota ai servizi e risultata positiva al test HCV, senza sensibili differenze per genere: per entrambi, infatti, si osserva un lieve aumento di HCV positivi nel 2010 (Figura I.3.16).
La differenza di prevalenza di HCV positivi tra utenti nuovi e già in carico potrebbe essere sostenuta da un minor tempo di esposizione al rischio. Il decremento del trend nei nuovi utenti può essere sostenuto da un minor uso della via iniettiva che si è andato ad instaurare nel tempo.

Figura I.3.16: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto con il servizio. Anni 2000 - 2010

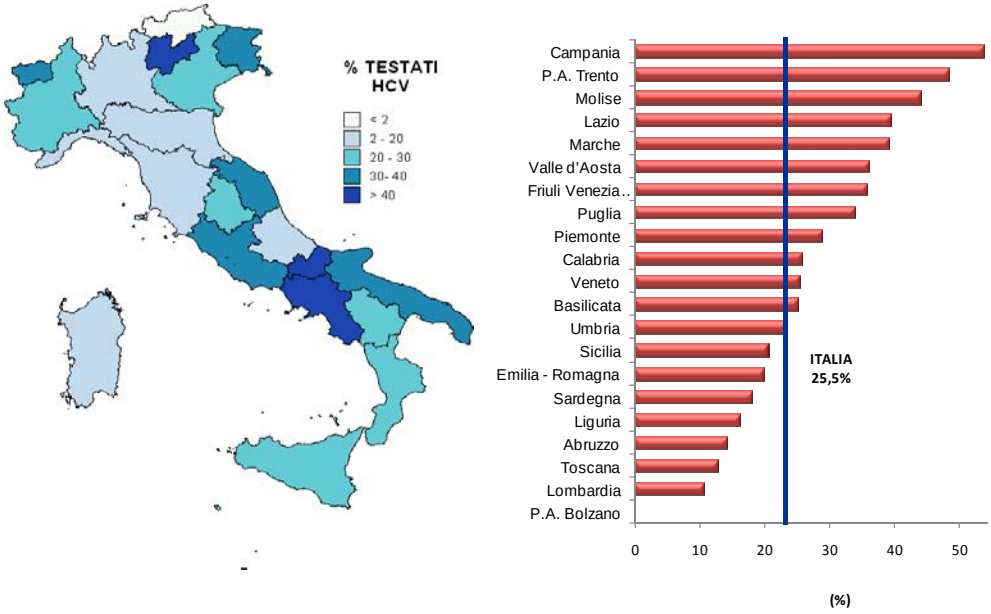


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

A livello territoriale la percentuale di persone assistite e testate per HCV nel 2010 varia da un minimo dello 10,6% nella Regione Lombardia ad un massimo del 53,8% individuata nella regione Campania. La prevalenza di utenti positivi al test HCV varia tra il 37,7% individuata nelle regione Campania e l'80,5%, nella regione Lombardia. Il dato sulle frequenze della P.A. Bolzano, tuttavia, non è

indicativo della reale situazione locale, visto che non è stato testato alcun utente in trattamento.

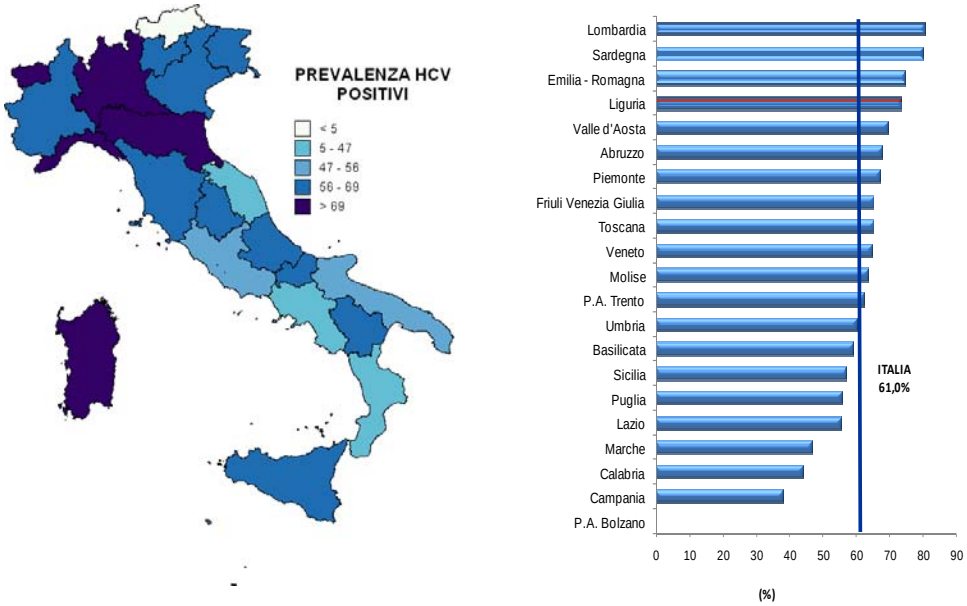
Figura I.3.17: Percentuale di utenti testati nell'anno di riferimento su testabili, per area geografica. Anno 2010



Le regioni con minor uso del test per HCV: Bolzano, Lombardia, Toscana, Abruzzo, Liguria, Sardegna e Emilia - Romagna

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.18: Prevalenza utenti HCV positivi, per area geografica. Anno 2010

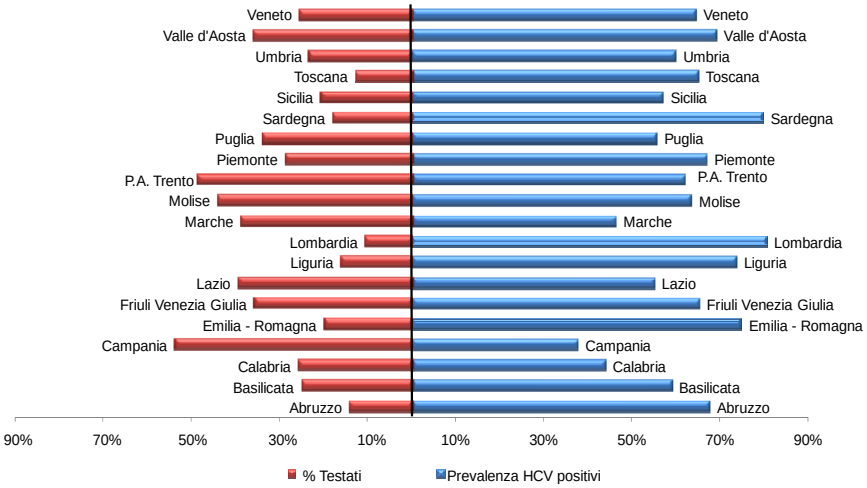


Regioni con maggior prevalenza: Lombardia, Sardegna, Emilia – Romagna, Liguria e Valle d'Aosta

Prevalenza media HCV: 61,0%

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura I.3.19: Percentuale di utenti testati su testabili e prevalenza di utenti HCV positivi. Anno 2010



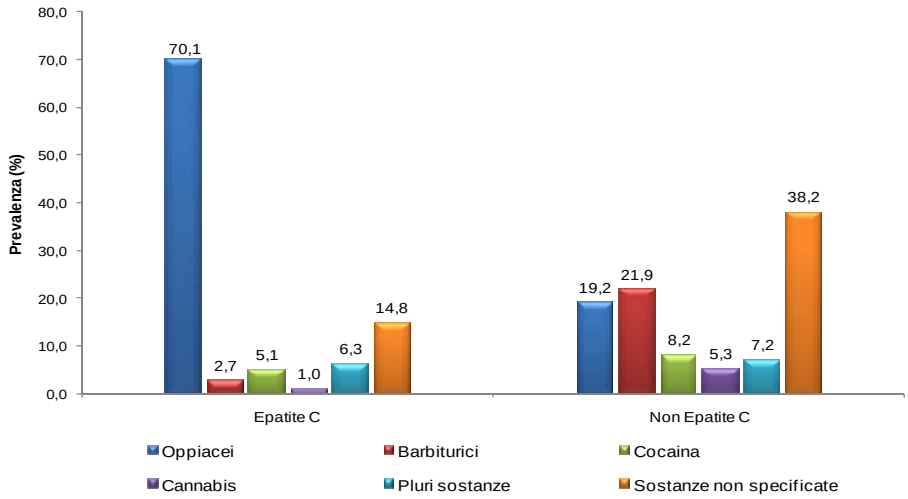
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

**Dato non pervenuto dalla Provincia Autonoma di Bolzano*

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2009 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari all'8% corrispondente a 1.960 ricoveri.
Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o asintematica, nel 2009 si osserva una percentuale più elevata di maschi rispetto alle femmine (78% contro 57%); inoltre si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (3,4% contro 12%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Figura I.3.20: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2009



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 (70,1%

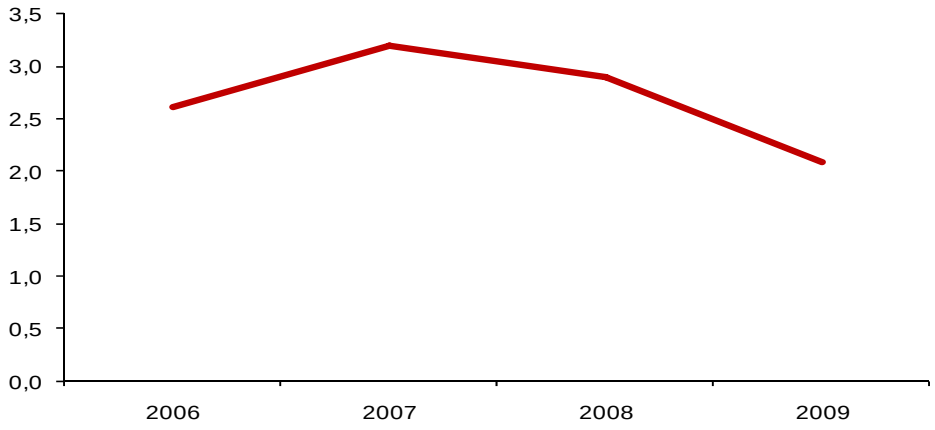
contro 19%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbilità con le altre malattie infettive (Figura I.3.20).

I.3.1.4 Diffusione di Tubercolosi

Presenza di ricoveri per TBC

Nel 2009 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di infezione da tubercolosi sono pari al 2,1% corrispondente a 50 ricoveri. Nel 2007 si è osservato un aumento di infezione da tubercolosi rispetto al 2006 (2,6% vs 3,2%), per diminuire negli ultimi due anni (2,8% nel 2008 vs 2,1% nel 2009).

Figura I.3.21: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC. Anno 2006 – 2009

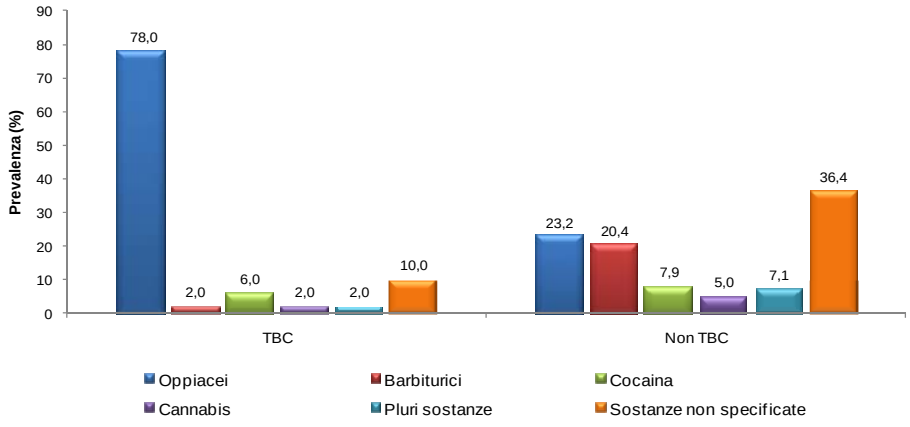


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nel gruppo con diagnosi di malattia tubercolare si osserva una presenza quasi esclusivamente maschile e sensibilmente più elevata rispetto al volume complessivo di ricoveri droga correlati (circa 80% contro 57%) e relativi a pazienti di età inferiore ai 50 anni (circa 92% contro circa il 76%), in prevalenza consumatori di oppiacei (78% contro 23%) (Figura I.3.22).

Forte correlazione con uso di oppiacei

Figura I.3.22: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC e tipo di sostanza assunta. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.3.2. 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).

I.3.2.1 Ricoveri droga correlati

Riduzione del 9,8% dei i ricoveri droga-correlati nel triennio 2007 - 2009

Nel triennio 2007-2009 i ricoveri complessivi per qualsiasi patologia sono diminuiti del 5,4% (12.342.537 nel 2007, 12.112.389 nel 2008 e 11.674.098 nel 2009); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondarie) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (26.601 nel 2007, 25.910 nel 2008 e 23.997 nel 2009) del collettivo nazionale, una contrazione del 9,8% superiore all'andamento dei ricoveri complessivi.

Tabella I.3.5: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Genere, Nazionalità e Età. Anno 2008-2009

Caratteristiche	2008		2009		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Maschi	15.028	58,0	13.738	58,0	-8,6
Femmine	10.882	42,0	10.259	42,0	-5,7
Totale	25.910	100	23.997	100	-7,4
Nazionalità					
Italiani	24.541	94,6	22.684	94,6	-7,6
Stranieri	1.379	5,4	1.303	5,4	-5,5
Età					
Età media maschi	38,5		40,2		4,4
Età media femmine	44,8		46,1		2,9
Età mediana maschi	38		38		0,0
Età mediana femmine	42		43		2,4

età media dei ricoverati: 40,2 anni maschi 46,1 anni femmine

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Il 94,6% dei ricoveri droga correlati erogati nel 2009 riguarda cittadini italiani, il 58% di genere maschile, di età media pari a 40,2 anni, più elevata per le donne, 46,1 anni rispetto ai maschi (40,2 anni). Se in luogo del valore medio si considera il valore di età mediano, più adatto a distribuzioni per età fortemente asimmetriche, l'età mediana si riduce di due anni, passando da 46 a 43 anni per le femmine.

Tabella I.3.6: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Regime di ricovero, Tipo di ricovero e Modalità di dimissione. Anno 2008-2009

Caratteristiche	2008		2009		Δ %
	N	%	N	%	
Regime di ricovero					
Ordinario	23.616	91,1	22.081	92,0	-6,5
Day hospital	2.294	8,9	1.916	8,0	-16,5
Tipo di ricovero					
Programmato non urgente	7.665	31,8	7.057	31,5	-7,9
Urgente	15.445	64,0	14.470	64,5	-6,3
Trattamento sanitario obbligatorio	688	2,9	561	2,5	-18,5
Preospedalizzazione	68	0,3	100	0,4	47,1
Altro	268	1,1	244	1,1	-9,0
Modalità di dimissione					
Dimissione ordinaria a domicilio	20.554	79,3	18.846	78,5	-8,3
Dimissione volontaria	2.756	10,6	2.532	10,5	-8,1
Trasferimento ad altro istituto	1.090	4,2	1.024	4,2	-6,1
Decesso	192	0,7	177	0,7	-7,8
Altro	1.317	5,1	1.417	5,9	7,6

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

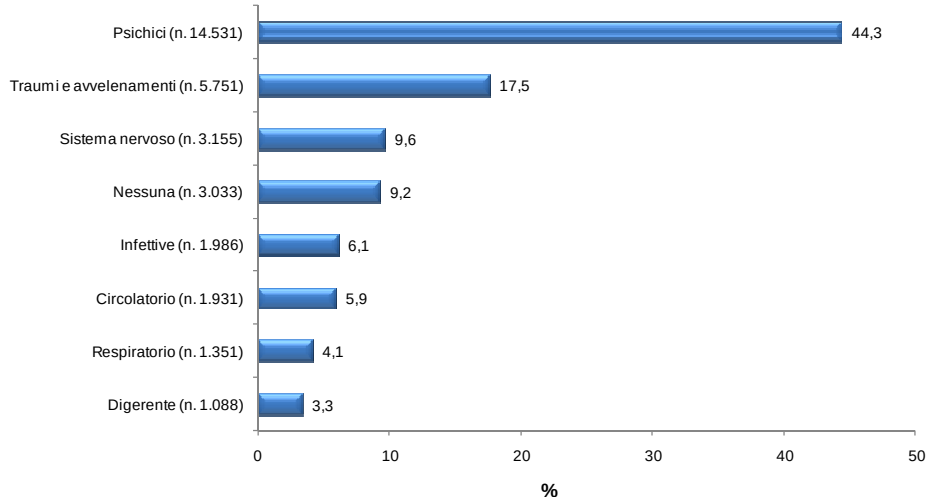
In diminuzione i ricoveri per:
-Urgenza medica (-6,3%)
-TSO (-18,5%)
-Ricoveri programmati (-7,9%)

Il 92% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 9,6 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 (3 ricoveri).
Nel 78,5% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 10,5% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente, il 4,2% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,7% (177) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.

Il consumo di stupefacenti come diagnosi principale o secondaria

Le SDO riportano la diagnosi primaria del motivo di ricovero a cui possono essere associate, se presenti, diagnosi secondarie (definite concomitanti o complicanti): questo avviene quando, oltre a quella principale, il paziente soffre anche di altre patologie. L'archivio analizzato contiene tutte le SDO che contengono diagnosi correlate a droga in diagnosi primaria o secondaria; in ogni SDO possono essere riportate fino 5 diagnosi secondarie.
Le 23.997 SDO del 2009 contengono complessivamente 32.826 diagnosi non correlate a droghe: in 10.006 schede in cui la diagnosi principale è droga correlata sono riportate 15.882 diagnosi secondarie associate (per 3.033 SDO non sono presenti diagnosi secondarie associate), mentre 13.911 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 ambiti omogenei di patologia al fine di identificare quali siano le comorbilità più frequentemente associate al consumo di sostanze nei ricoveri ospedalieri (Figura I.3.23).

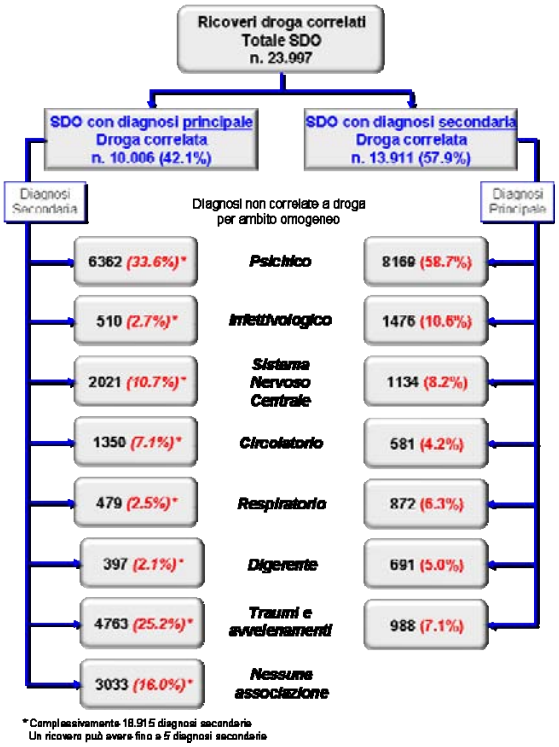
Figura I.3.23: Insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga raggruppate per ambiti omogenei. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Lo schema seguente riepiloga il flusso 2009. 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. 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.3.24: Organizzazione flusso SDO. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

L'associazione più frequentemente osservata è tra sostanze stupefacenti e disturbi psichici in entrambi i gruppi (33,6% e 58,7%). Mantenendo le droghe come diagnosi principale si ha una elevata combinazione con traumi e avvelenamenti

(25.2%) e con patologie del sistema nervoso centrale (10.7%), mentre nel 16.0% dei casi non si hanno diagnosi secondarie associate.
Mantenendo invece le droghe come diagnosi secondaria, le patologie che maggiormente risultano correlate sono quelle di tipo infettivo logico (10.6%), seguite da quelle del sistema nervoso centrale (8.2%) e dai traumi e avvelenamenti (7.1%).

Tabella I.3.7: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Sostanza d'abuso. Anni 2008-2009

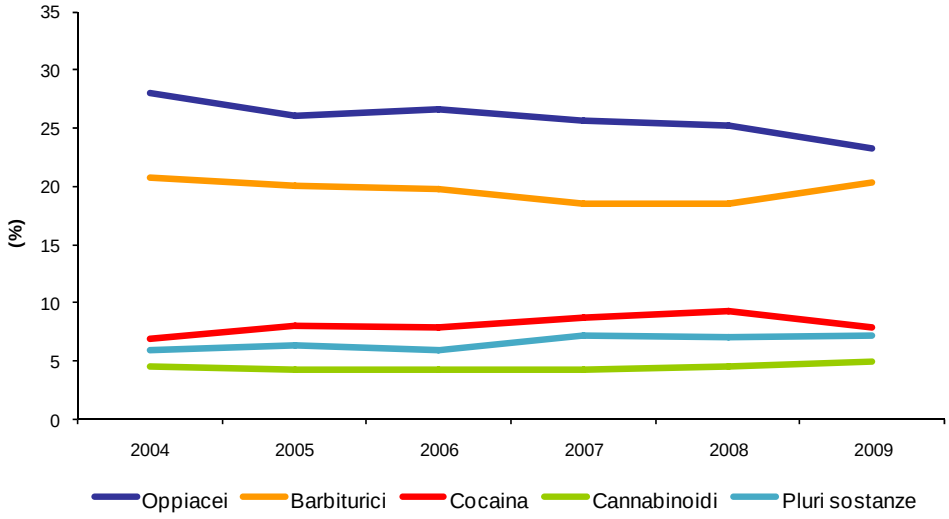
Caratteristiche	2008		2009		Δ %
	N	%	N	%	
Sostanza d'abuso					
Oppiacei	6.537	25,2	5.597	23,3	-14,4
Barbiturici	4.853	18,7	4.884	20,4	0,6
Cocaina	2.408	9,3	1.898	7,9	-21,2
Pluri sostanze	1.818	7,0	1.706	7,1	-6,2
Cannabinoidi	1.180	4,5	1.194	5,0	1,2
Antidepressivi	858	3,3	765	3,2	-11,0
Allucinogeni	173	0,6	147	0,6	-15,0
Amfetamine	108	0,4	79	0,3	-26,9
Sostanze non specificate	7.975	30,8	7.727	32,2	-3,1

Diminuzione di ricoveri per uso di:
-oppiacei (-14,4%)
-cocaina (- 21,2%)

Aumento di ricoveri per uso do cannabinoidi (+1,2%)

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Figura I.3.25: Percentuale dei soggetti ricoverati nelle struttura ospedaliere per sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2009

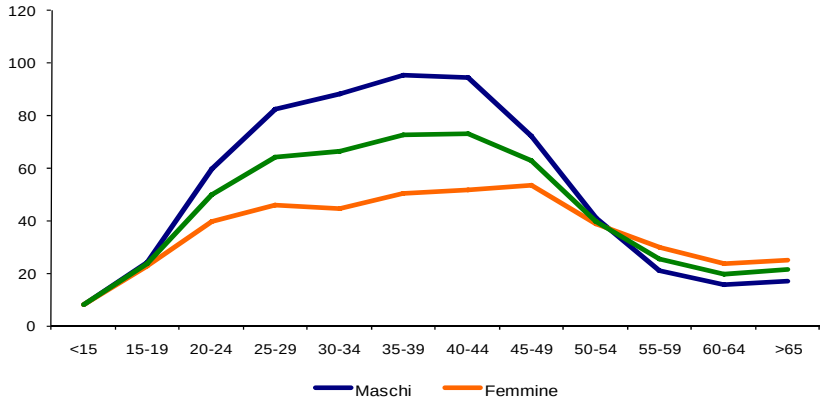


Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Tra le sostanze di abuso indicate con maggior frequenza, si rilevano le sostanze non specificate (32,2%) in calo rispetto al 2008 (3,1%) seguita dagli oppiacei (23,3%) anch'essi in calo (14,4) e dai barbiturici (20,4%) in aumento (0,6%). Tra le sostanze di abuso con minor frequenza, si rilevano l'abuso di cocaina (7,9%) in calo rispetto al 2008 (-21,2%), i cannabinoidi (5,0%) in aumento (1,2%).
Come evidenziato dalla Figura I.3.26, 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 35-39 anni, con circa 96 ricoveri ogni 100.000 residenti, a differenza delle donne che primeggiano nelle fasce di età 40-49 anni con circa 105

ricoveri ogni 100.000 residenti.

Figura I.3.26: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2009



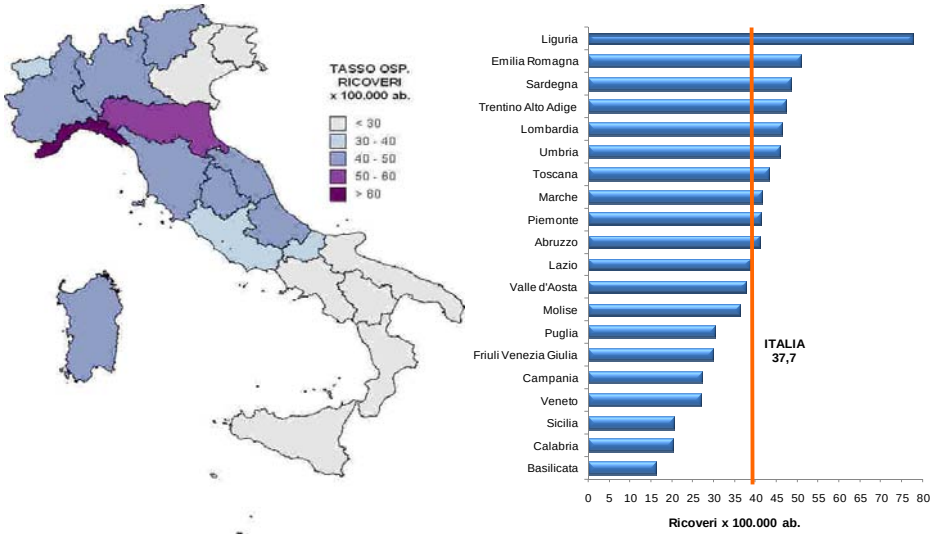
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

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[2] più elevato con 78 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni, Emilia Romagna, Sardegna, Trentino Alto Adige e la Lombardia per le quali si registra un tasso di ospedalizzazione compreso tra 45 e 51 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.3.27).

Figura I.3.27: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2009



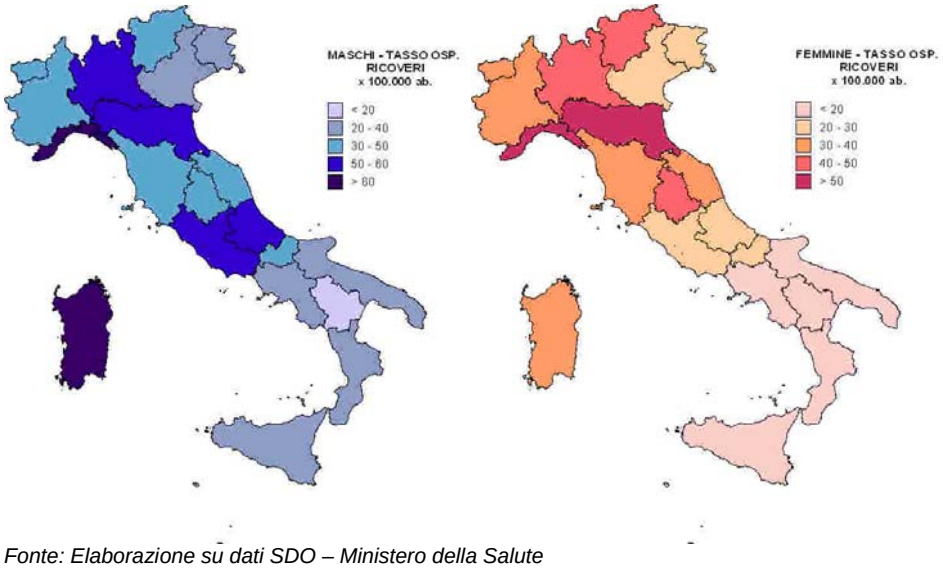
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

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 99 ricoveri, seguita dalla Sardegna con 60 ricoveri, dall'Emilia Romagna con circa 55 ricoveri, dall'Abruzzo e dal

[2] 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.

Lazio con 54 ricoveri. Le regioni con un minor numero di ricoveri, per il genere maschile, risultano le regioni del sud: la Basilicata con 19 ricoveri, Calabria con 23 ricoveri e la Sicilia con 25 ricoveri.
Anche per il genere femminile la regione che detiene il primato di ricoveri risulta essere la Liguria con 57 ricoveri, seguita dall'Emilia Romagna con circa 47 ricoveri, dal Trentino Alto Adige con circa 46 ricoveri e, infine, dall'Umbria con circa 45 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, la Basilicata con circa 13 ricoveri, la Sicilia con 16 ricoveri e la Campania con circa 18 ricoveri (Figura I.3.28).

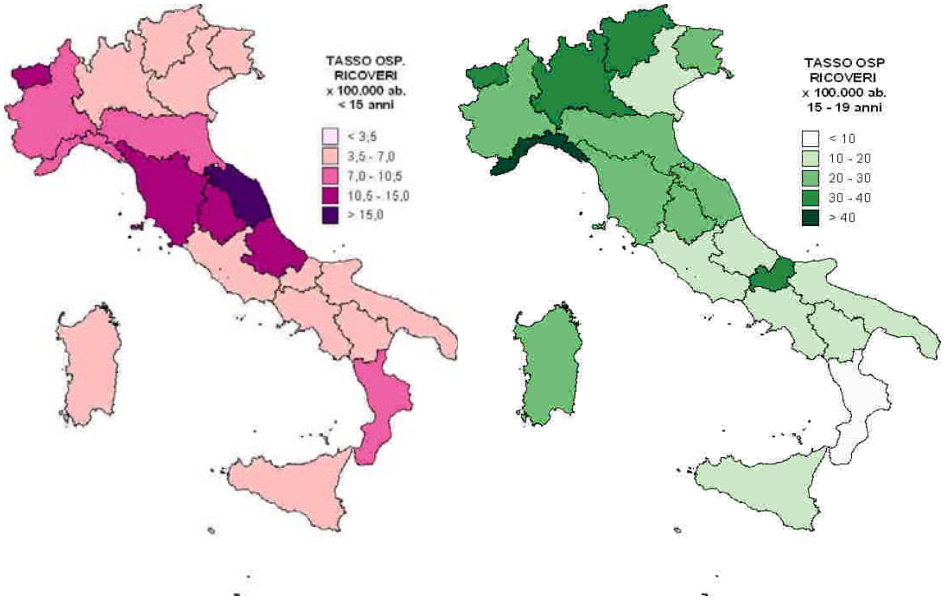
Figura I.3.28: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione e per Genere. Anno 2009



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 il Trentino Alto Adige con 35 ricoveri, l'Emilia Romagna con circa 27 ricoveri e infine la Sardegna con 25 ricoveri. Le regioni con minor frequenza di ricoveri risultano essere la Valle d'Aosta con 5 ricoveri, la Basilicata con 7 ricoveri e la Calabria con 9 ricoveri.
Per il genere femminile le regioni con più ricoveri sono il Trentino Alto Adige con circa 50 ricoveri, l'Emilia Romagna con 42 ricoveri e, l'Umbria con circa 38 ricoveri. Le regioni con minor numero di ricoveri, per le over 55, risultano essere le regioni del sud, la Puglia con circa 2 ricoveri, la Basilicata con 9 ricoveri e la Sicilia con circa 12 ricoveri .
Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2009 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 le Marche, con circa 17 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Segue l'Umbria con circa 15 ricoveri per 100.000 abitanti e l'Abruzzo con 13 ricoveri (Figura I.3.29).
Nella fascia di età 15-19 anni, il maggior ricorso al ricovero ospedaliero si osserva in Liguria (53 ricoveri ogni 100.000 residenti), e circa 37 ricoveri in Trentino Alto Adige e Valle d'Aosta. A ridosso di queste regioni si affaccia il Molise con un tasso pari a 35 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.3.29).

Figura I.3.29: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni e tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2009



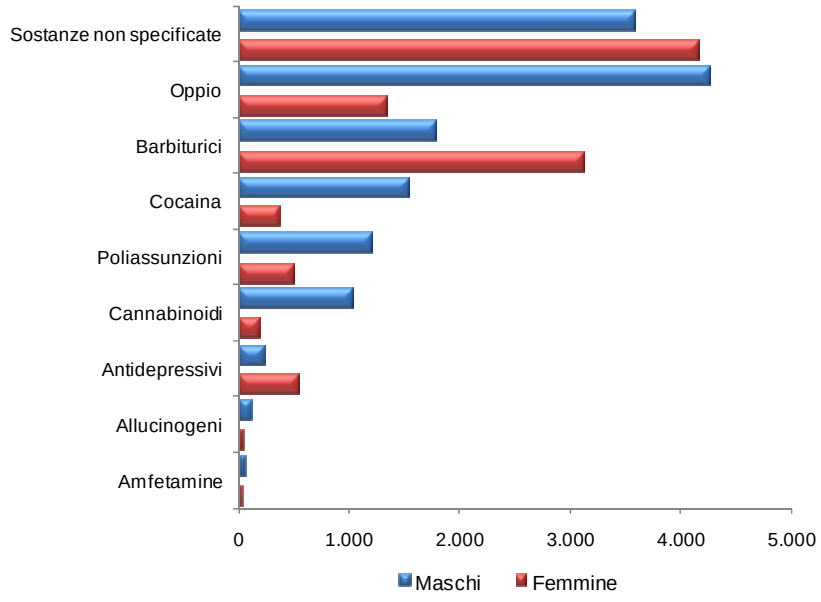
Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili <15-19: Toscana, Abruzzo, Umbria, Piemonte, Emilia Romagna

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Disturbi psichici droga-correlati (nevrotici e della personalità)

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostane 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 10.173 ricoveri pari al 42,4% del totale ricoveri droga-correlati del 2009. 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, circa l'87% dei ricoveri. Nel 24,6% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicamenti e prodotti biologici.

Figura I.3.30: Distribuzione del numero di ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Con riferimento a 7.727 ricoveri droga correlati, pari al 32,2% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 5.597 ricoveri (23,2%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 20,3% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire cocaina (8%), pluri sostanze (7,1%), cannabis (4,9%), antidepressivi (3,2%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,6%) e amfetamine (0,3%) (Figura I.3.30).

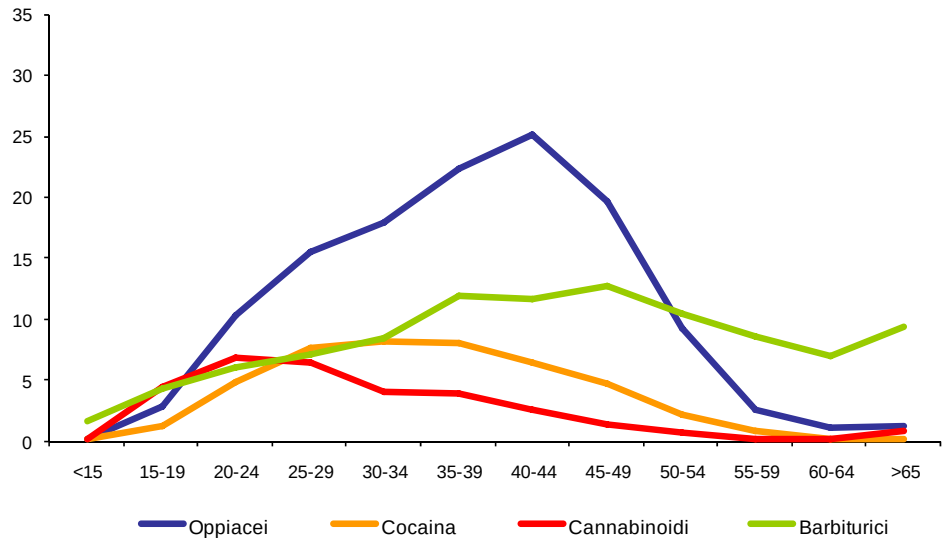
Ricoveri prevalenti per sostanze illecite per i maschi, per psicofarmaci per le femmine

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 osservano in prevalenza nelle donne in età anziana, 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.3.31: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2009

Età più frequente nei ricoveri per : oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-49 anni, cocaina 30-39 anni, cannabis 20-29 anni



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Diminuiscono i ricoveri per oppiacei e cocaina ed aumentano i ricoveri per poliassunzione e barbiturici

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 (30-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-29 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.3.31). Rispetto al 2007, nell'ultimo biennio si osserva una riduzione dei ricoveri per assunzione di oppiacei e cocaina (oppiacei 25,6 vs 23,3, cocaina 8,7 vs 7,9), a fronte di un aumento della percentuale di ricoveri per uso di barbiturici e poliassunzione (barbiturici 18,5 vs 20,3, poliassunzione 7,1 vs 7,6),

I.3.2.2 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 le “malattie infettive”, il 72% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con il 16%. Tra i pazienti ricoverati per disturbi all’apparato digerente il consumo da oppiacei si osserva nel 49% dei casi, percentuale che diminuisce tra i ricoverati per disturbi psichici (26%) seguito, anche in questo caso, da assuntori di altre droghe con il 28%. Infine nei pazienti con disturbi psichici si osserva un 26% con uso di oppiacei, e un 15% con consumo di cocaina.

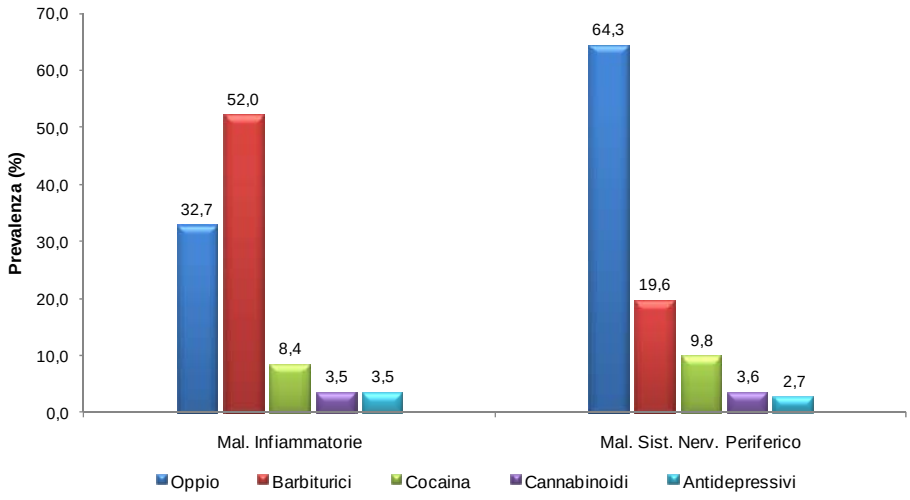
I.3.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

Stazionarietà dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Nel triennio 2007 - 2009 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, è rimasta invariata.

Maggiormente soggette a comorbilità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferiscono il 69,2% dei ricoveri con tali caratteristiche. Circa 1.300 ricoveri, che rappresentano il 33% del totale droga correlati e comorbili con tali patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni ed un ulteriore 16,8% si riferiscono 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.3.32) si riportano le distribuzioni percentuali delle diverse tipologie di malattie, effettuate in base alle sostanze riportate in diagnosi. Rispetto all’anno 2008 si osserva una diminuzione della percentuale di ricoveri correlati all’uso di cocaina.

Figura I.3.32: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d’abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi infiammatorie si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, contrariamente ai disturbi del sistema nervoso periferico, che, sebbene molto meno frequenti, si osservano in prevalenza tra i consumatori di oppiacei.

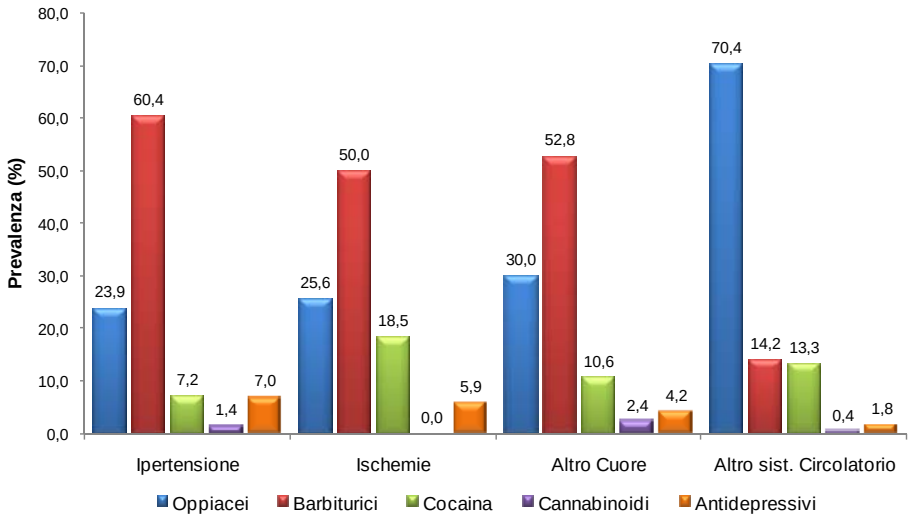
I.3.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

Nel 2009 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 (45,4%), pazienti ultra sessantacinquenni; raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane (4% fino a 30 anni).
Circa il 91% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 60% è a carattere urgente.

Ricoveri droga correlati anche per ipertensione e ischemia

Le patologie più frequenti diagnosticate in sede di ricovero riguardano l'ipertensione arteriosa (46,8%), altre malattie del cuore (40,6%) e malattie ischemiche del cuore (13%).

Figura I.3.33: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Ischemia e cocaina

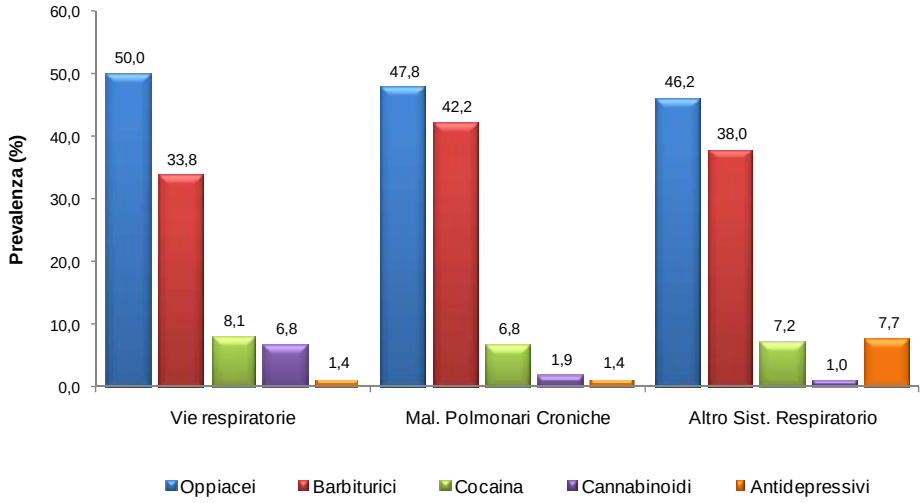
Le sindromi indicate in precedenza si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, sebbene le ischemie si riscontrino piuttosto frequentemente anche in pazienti cocainomani e pazienti che abusano di oppiacei. Altri disturbi del sistema circolatorio si osservano quasi esclusivamente 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.3.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2009 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,2% (pari a 1.973 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 (63,6%) e di ultra 65enni: il 22,4%. Un ulteriore 49,2% 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 97,6%; e quasi il 79% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (92% regime ordinario e 60% carattere urgente).
Nel 45% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 27,7% di ricoveri (540) 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 (37,1%), seguiti da abuso di barbiturici (22,7%) e altre droghe non specificate (20,8%).

Figura I.3.34: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

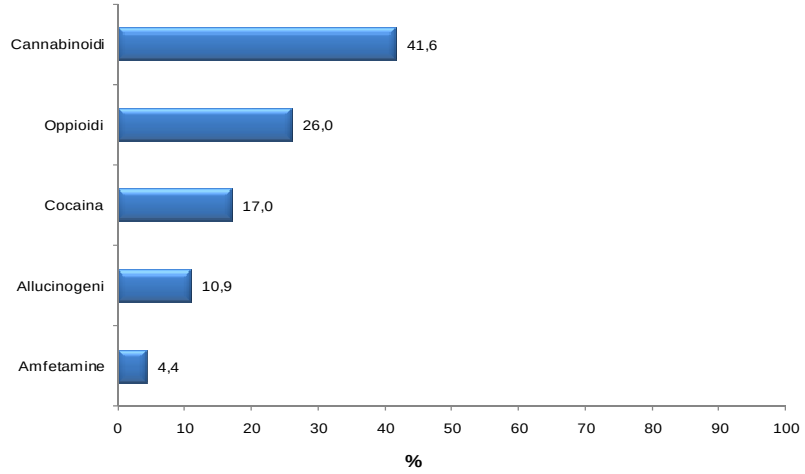
Malattie respiratorie e oppiacei

Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei e di barbiturici, quest'ultimo in evidente aumento con l'anno precedente; 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.3.34).

I.3.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2009)

Nel periodo compreso tra 2006 e 2009 i ricoveri correlati a droghe per soggetti minorenni sono stati complessivamente 3.049, di cui 1.567 (pari al 51,4%) riferiti a neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti.
In circa il 70% dei casi non è riportata la sostanze coinvolta: le SDO che invece contengono tale l'informazione evidenziano che la cannabis rappresenta la sostanza stupefacente più frequentemente associata (41,6% dei casi) alla diagnosi (primaria o secondaria).

Figura I.3.35: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per sostanza coinvolta.



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Nel 26,1% delle SDO la sostanza coinvolta è un oppiaceo: verosimilmente questo valore è determinato dalla presenza di un elevato numero di neonati. In parte questo può essere valido anche per le altre sostanze.
Infatti, nel 51,4% dei casi (pari a 1567 SDO) si è trattato di neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti che hanno avuto necessità di ricovero per sindrome da astinenza neonatale (935 casi pari al 59,7%), nascita pretermine complicata da disturbi (172 casi pari al 11,0%) o danni da droghe non meglio specificate (315 casi pari al 20,1%). Nel restante 9,9% non è stata rilevata una patologia a carico del neonato nonostante la madre fosse consumatrice di sostanze stupefacenti.

I.3.3 Incidenti stradali droga correlati

Premessa

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità gli incidenti stradali[3] 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 "Alcohol free".
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
L'Unione Europea, nel Libro Bianco del 13 settembre 2001, ha fissato l'obiettivo

[3] Definito "ciò che avviene su una strada pubblica, che coinvolge almeno un veicolo e che può avere conseguenze sulla salute di chi vi è coinvolto"
[4] Osservatorio nazionale alcol – Cnesps, ISS

che prevede, entro il 2010, la riduzione del 50% della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

L'ISTAT computa come soggetti deceduti "il numero di persone decedute sul colpo od entro il trentesimo giorno a partire da quello in cui si é verificato l'incidente"; detta definizione è stata adottata a decorrere dal 1° gennaio 1999 mentre nel passato la contabilizzazione dei decessi considerava solo quelli avvenuti entro sette giorni dal momento del sinistro stradale .

Italia 2001-2009

In Italia, tra il 2001 e il 2009, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 215.405, con un calo del 18,1%; i morti sono diminuiti da 7.096 a 4.237 (-40,3%) e i feriti da 373.286 a 307.258 (-17,7%).

riduzione degli incidenti stradali - 18,1%

riduzione dei morti: - 40,3%

riduzione dei feriti: - 17,7%

Considerando che nello stesso arco temporale (2001-2009) il parco veicolare è cresciuto di circa il 18% la performance dell'Italia è da considerarsi assolutamente soddisfacente anche se l'ambizioso obiettivo iniziale (riduzione del 50%) non sarà pienamente perseguito.

aumento parco veicolare: +18%

Rispetto al 2008, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-1,6%) e dei feriti (-1,1%) e un calo più consistente del numero dei morti (-10,3%).

I dati relativi all'incidentalità nei fine settimana forniti da ASAPS (Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale) per l'anno 2010 evidenziano un andamento positivo. Secondo i rilievi della sola Polizia Stradale e dei Carabinieri, rispetto al 2009 si registrano lievi diminuzioni per: numero complessivo dei sinistri, vittime, decessi al di sotto dei 30 anni, feriti e incidenti mortali su due ruote. Situazione negativa, invece, per il numero degli incidenti e delle vittime nelle ore notturne (22-06), entrambi in aumento. Gli incidenti complessivi sono passati da 48.442 nel 2009 a 45.757 nel 2010, -2.685 incidenti pari a un calo del 5,5%, le vittime sono passate da 1.275 a 1.253 (–1,7%) e i feriti da 38.090 sono scesi a 36.327, -1.763 pari a una diminuzione del 4,6%. I ragazzi con meno 30 anni che hanno perso la vita nel 2010 sono stati 453, contro i 471 del 2009 –18 decessi pari al –3,8%.

Dati del fine settimana

Incidenti -5,5%

Decessi -1,7%

Feriti -4,6%

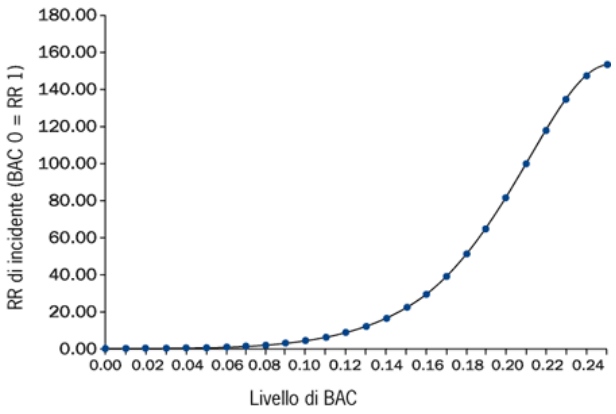
Decessi Under 30: -3,8%

Per l'incidentalità notturna, quella relativa alla fascia oraria cha va dalle 22 alle 06 del venerdì sul sabato e del sabato sulla domenica 397 persone hanno perso la vita nei 353 incidenti. Rispetto al 2009, si registra un incremento dell'1,5%, ovvero 6 decessi in più rispetto alle 391 vittime delle notti dei week-end dello scorso anno.

Incidenti notturni nel weekend: +1,5%

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)[4]; ciò è evidente anche dalla figura I.3.36 .

Figura I.3.36: Stima del rischio relativo di morte per livello di BAC dei guidatori in incidenti senza il coinvolgimento di altri veicoli



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol

I.3.3.1 Quadro generale

Quadro generale

L'analisi di seguito riportata si riferisce esclusivamente a dati della Polizia Stradale (Ministero dell'Interno) e dal sistema PASSI (Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia) del Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità.
Il rapporto ACI-ISTAT pubblicato nel novembre 2010 e relativo ai dati dell'anno precedente, accogliendo alcune osservazioni rispetto al quadro sottostimato di incidenti alcol e droga correlati, ha sottolineato che 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.
Il numero degli incidenti nei quali è presente una delle circostanze appartenenti a uno dei due gruppi sopra citati risulta, quindi, sottostimato. In particolare, nel caso di incidenti stradali con circostanze presunte legate allo stato psico-fisico alterato del conducente si rileva una netta discrepanza con i risultati diffusi da altri Organismi internazionali che hanno condotto studi ad hoc su queste tematiche (nello specifico, dati e ricerche sono stati pubblicati su "Global status report on road safety: time for action", Geneva, World Health Organization, 2009 - http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563840_eng.pdf ".
Il sistema di sorveglianza PASSI (la sperimentazione condotta da Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità con l'obiettivo di effettuare un monitoraggio sullo stato di salute della popolazione adulta italiana) ha pubblicato un Rapporto Nazionale su Alcol e Guida 2010 basato su una rilevazione tramite interviste telefoniche che ha coinvolto quasi 20.000 soggetti distribuiti su tutto il territorio nazionale.

Tabella I.3.8: percentuale di persone intervistate che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente diviseper Regione, tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni.

Nelle Regioni meridionali le percentuali più basse

Regione	%	IC 95%	
Piemonte	10,33	9,03	11,79
Valle d'Aosta	8,56	5,332	13,47
Lombardia	11,40	9,381	13,79
PA Bolzano	7,61	4,658	12,19
PA Trento	9,47	6,943	12,78
Veneto	11,22	10,13	12,4
Friuli Venezia Giulia	13,47	11,5	15,6
Liguria	9,49	7,376	12,12
Emilia-Romagna	10,13	8,867	11,55
Toscana	9,64	8,141	11,38
Umbria	8,70	6,893	10,91
Marche	11,83	9,661	14,41
Lazio	10,34	8,739	12,2
Abruzzo	12,58	9,608	16,3
Molise	10,99	7,221	16,38
Campania	6,35	4,791	8,378
Puglia	9,21	7,608	11,12

continua

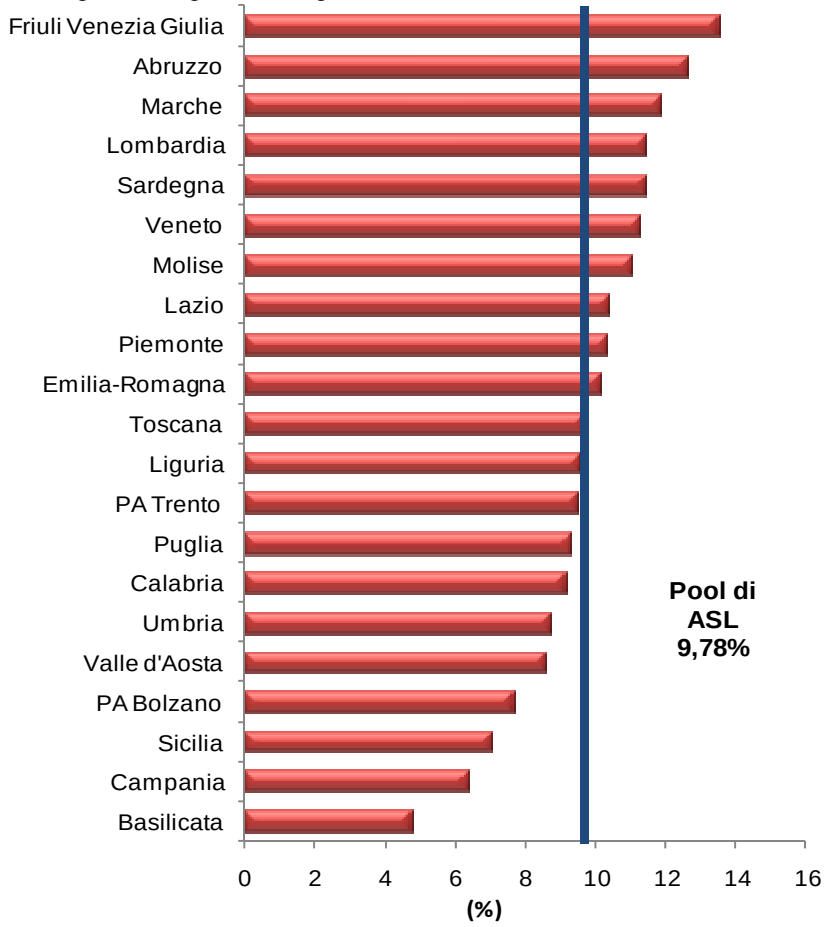
continua

Regione	%	IC 95%	Regione
Basilicata	4,74	2,551	8,637
Calabria	9,14	5,308	15,29
Sicilia	7,00	4,847	10,01
Sardegna	11,37	7,314	17,27
Pool di asl	9,78	9,293	10,3

Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI

Il dato medio del pool di ASL coinvolto (Tabella 1.3.8) 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'assunzione di almeno due unità alcoliche.
In particolare, l'analisi regionale evidenzia che il Friuli Venezia Giulia ha la percentuale più alta e che i valori più bassi sono riscontrabili nel sud Italia.

Figura I.3.37: percentuale di persone intervistate che riferiscono di aver guidato dopo aver bevuto 2 unità alcoliche nell'ora precedente per Regione, tra coloro che dichiarano di aver bevuto e guidato negli ultimi 30 giorni .



Fonte: Sistema di sorveglianza PASSI

La Polizia Stradale opera lungo la rete autostradale e la grande viabilità italiana; gli operatori della Stradale, poco meno di 12.000 unità. Ogni giorno sono impiegate circa 1.500 pattuglie sui 7.000 chilometri della rete autostradale italiana e su 450.000 Km di rete stradale primaria nazionale, dove circolano oltre 42.000.000 di veicoli. Questi dati rendono l'Italia in assoluto il Pese europeo con

il rapporto più alto tra veicoli e cittadini.

Tabella I.3.9: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS e percentuali sul totale delle stesse - Italia - anni 2008-2010

	2008	2009	2010	%08	%09	%10
Guida sotto l'influenza di alcool (art. 186)	29.854	26.785	24.744	1,11	1,09	1,04
Guida sotto l'effetto di sost. stup. (art. 187)	2.561	2.211	2.083	0,09	0,09	0,09
Totale infrazioni per art. 186 e 187	32.415	28.996	26.827	1,20	1,18	1,13
Tot. Gen. Infrazioni	2.697.436	2.448.641	2.369.540			

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Calano le infrazioni all'art. 186 e 187 CdS

Dall'analisi della tabella I.3.9 si riscontra che le infrazioni accertate per violazione degli articoli art. 186 e 187 del Codice della Strada sono in valore assoluto in diminuzione costante dal 2008 al 2010, così come il totale generale delle infrazioni; ciò potrebbe essere spiegabile sia da un comportamento più virtuoso dei conducenti che da una diminuzione del volume di controlli (il numero delle pattuglie impiegate è stato di 531.204 nel 2008, 521.473 nel 2009 e 513.719 nel 2010).
Il rapporto tra le infrazioni per alcool e sostanze stupefacenti rispetto al totale generale delle infrazioni evidenzia un trend in diminuzione per violazione art. 186 mentre è sostanzialmente costante per l'art. 187 del Codice della Strada.

I.3.3.2: Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.

Il protocollo Drug on Street

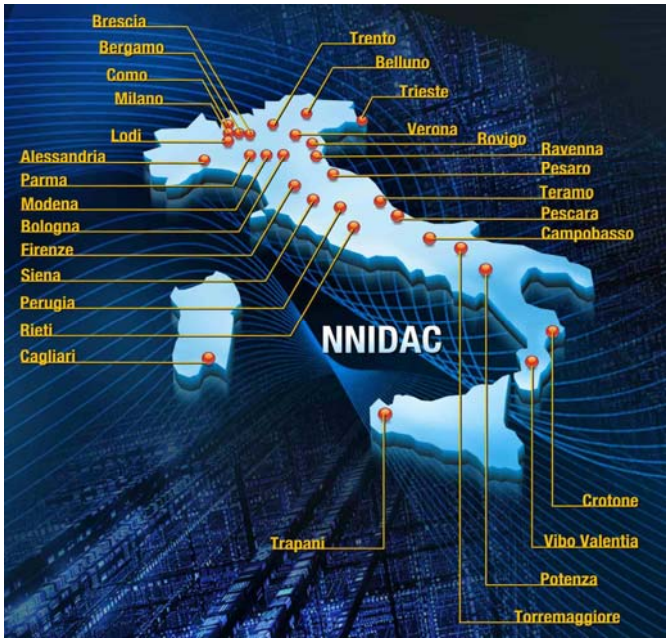
Nel corso del 2009 il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri ha promosso la diffusione del Protocollo Drugs on Street (D.O.S.), un'iniziativa che ha l'intento di favorire la diffusione e l'attivazione a livello nazionale di attività di controllo volte alla prevenzione degli incidenti stradali causati dalla guida sotto effetto di alcol e droghe.
L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. consente di individuare i conducenti che, pur non avendo assunto alcol, risultano in stato di alterazione psico-fisica correlata all'assunzione di sostanze stupefacenti e che, con i normali controlli con etilometro non sarebbero individuate per mancanza di strumenti adeguati, continuando a rimanere alla guida dei propri veicoli e rappresentando un rischio per se stessi e per gli altri sulla strada.
A seguito della fattiva esperienza condotta presso il Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona che prosegue ormai da tre anni, il Dipartimento Politiche Antidroga ha esteso l'iniziativa alle Prefetture, agli Assessorati Regionali, alle Province Autonome e ai Comuni italiani, attraverso l'invio di materiale informativo relativo al Protocollo Drugs on Street, al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale.

Sperimentazione attiva in 29 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 uno stanziamento di fondi per l'attivazione di progetti esecutivi territoriali adattabili alle esigenze locali nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo D.O.S.
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 attivo nei 29 comuni sotto riportati (figura I.3.38).

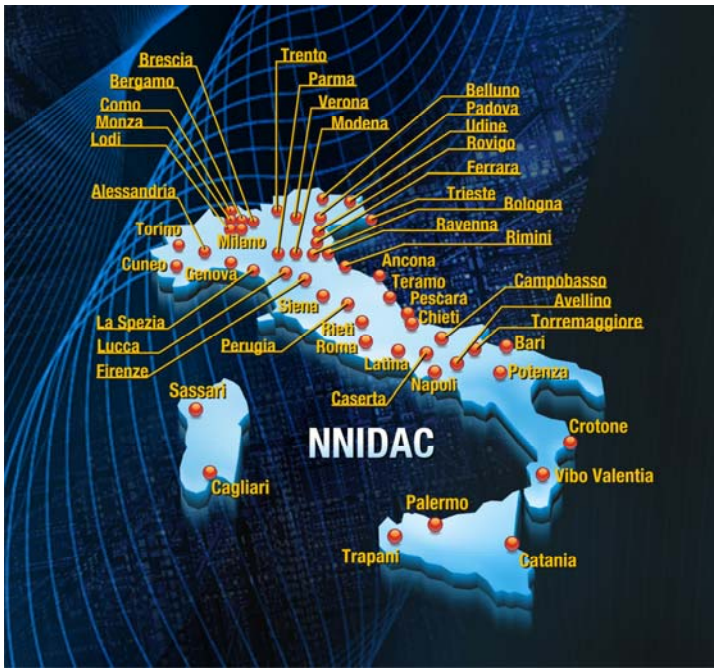
Figura I.3.38: Comuni aderenti e partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC2009-2010 – Protocollo Drugs on Street.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC2009-2010 – Protocollo DOS

È previsto che nel corso del 2011 il progetto prosegua ampliando a 50 il numero di comuni coinvolti e partecipanti (figura I.3.39).

Figura I.3.39: Comuni previsti come partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC2010-2011 – Protocollo Drugs on Street.



I controlli, svolti grazie alla collaborazione sinergica tra 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.

Risultati emersi

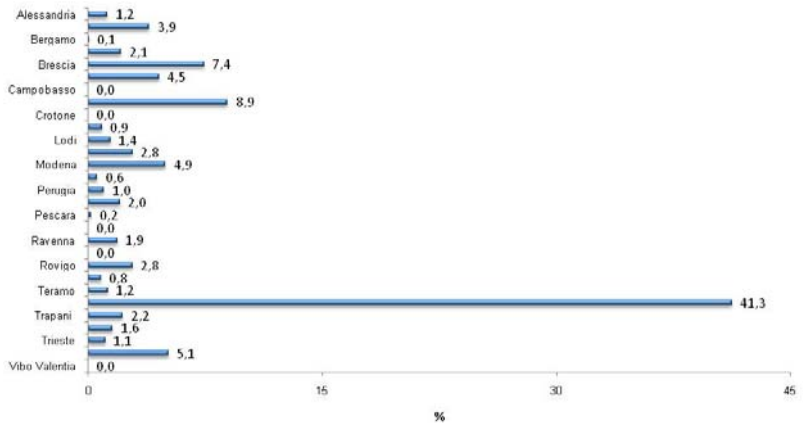
I risultati di seguito riportati sono relativi alle attività di controllo condotte presso i comuni interessati nei primi undici mesi delle attività progettuali, ovvero svolte da maggio 2010 ad aprile 2011.

I risultati descritti si riferiscono ad un campione di conducenti sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici, fermati con criterio casuale tra la popolazione dei conducenti sul territorio nazionale, in fascia oraria notturna (00.00 - 6.00) compresa tra venerdì e sabato.

Durante l'attività di controllo sono stati fermati quasi 38.000 veicoli e sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici oltre 19.267 conducenti, nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni.

38.000 Veicoli controllati

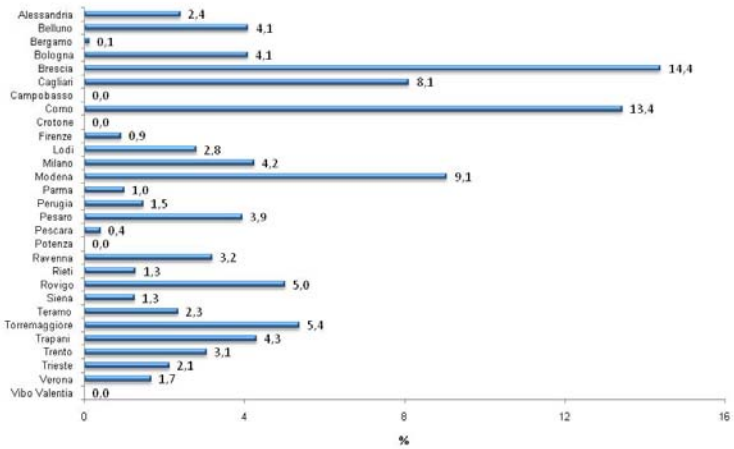
Figura I.3.40: Distribuzione percentuale dei veicoli controllati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

19.267 conducenti sottoposti ad accertamenti clinico-tossicologici

Figura I.3.41: Distribuzione percentuale dei conducenti esaminati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Tabella I.3.10: Controlli effettuati sui conducenti fermati per accertamenti artt. 186 e 187 CdS, ed esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati

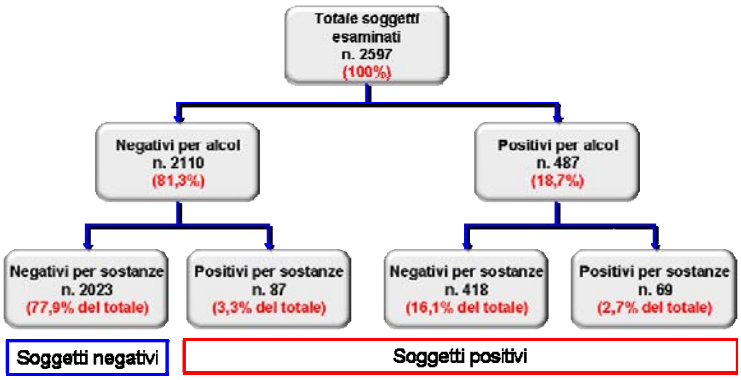
Caratteristiche	N	% c
Controlli effettuati		
Totale Conducenti fermati	19.267	100
Totale esaminati solo per alcol	16.647	86,4
Totale esaminati per alcol e droga	2.597	13,5
Rifiuti ad effettuare esami clinico-tossicologici	23	0,1
Esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati		
Conducenti negativi	18.158	94,4
Positivi Solo Alcol (art. 186 e 186bis del C.d.S.)	930	4,8
Positivi Solo Droghe (art. 187 C.d.S.)	87	0,5
Positivi Alcol e Droghe (artt. 186, 187 C.d.S.)	69	0,4
Totale Conducenti Positivi	1086	5,6

Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Rispetto all'intero campione di conducenti sui quali sono stati eseguiti i controlli, è emersa una positività all'alcol, alle droghe o all'associazione di alcol e droghe pari al 5,26%. Tra i conducenti positivi all'etilometro (930), la maggior parte (80%) ha un tasso alcolemico compreso tra 0,5 – 1,5 g/l (fino a 3 volte il limite legale consentito, pari a 0,5 g/l), l'11% un'alcolemia compresa tra 0,0 – 0,5 g/l (limite per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neopatentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose) e il restante 9% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

Figura I.3.42: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.

3% Positivi droghe ma negativi all'alcol

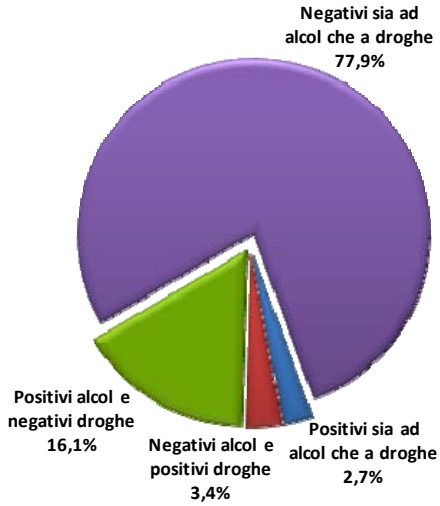


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Va evidenziato che sul totale degli esaminati per alcol e droga (2.597), tra coloro che sono risultati negativi ai controlli con alcolimetro, il 3,35% è risultato invece positivo agli accertamenti tossicologici.

Figura I.3.43: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.

77,9% negativi all'alcol e droghe

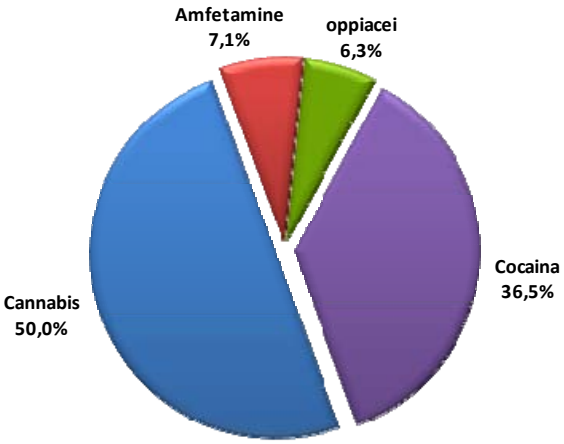


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Tra i conducenti risultati positivi alle droghe la cannabis è la sostanza riscontrata con maggiore frequenza (50% 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 (36,5%), dagli oppiacei (6,3%) e dalle amfetamine (7,1%).

Figura I.3.44: Positività alle sostanze psicoattive riscontrate tra i conducenti esaminati

50% positivi per cannabis, 36,5% positivi per cocaina



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

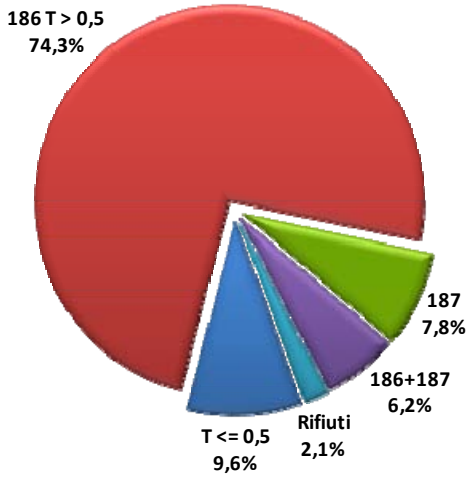
Un fenomeno riscontrato con una certa frequenza riguarda la poliassunzione, ossia l'assunzione contemporanea di diversi tipi di droghe o l'associazione di alcol e droghe. Nonostante l'esiguità dei dati è possibile evidenziare la frequente combinazione di cannabis e cocaina, alcol e cannabis o alcol e cocaina.

Il nuovo Codice della Strada

Il nuovo Codice della Strada, di recente modificato (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 eta' 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.

1003 patenti ritirate
89 veicoli sequestrati

Figura I.3.45: Sanzioni dei conducenti positivi



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC

Sul totale dei conducenti sanzionati (1.109), sono state ritirate 1003 patenti e sequestrati 89 veicoli.
Il 74,3% dei conducenti esaminati è stato sanzionato per abuso di alcol (tra 0,5 – 1,5 g/l), che risulta essere il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali. Seguono le sanzioni per gli articoli 186-bis con il 9,6%, 187 con il 7,8%, e poliassunzione di sostanze stupefacenti associata all’uso di alcol col il 6,2%.
La diffusione del Protocollo Drugs on Street a livello nazionale ha posto le basi per sviluppare e incrementare azioni di prevenzione e controllo mirate a contrastare l’incidentalità stradale alcol e droga correlata.
La creazione di reti a livello locale composte dalle Prefetture, Forze dell’Ordine, personale sanitario e altri Enti coinvolti nei progetti territoriali, il supporto formativo organizzato dal Dipartimento Politiche Antidroga, nonché le campagne informative locali, hanno costituito un Network efficace non solo per effettuare controlli su strada, nel rispetto delle norme previste dal Codice della Strada, ma anche per creare un effetto deterrente sui territori interessati rendendo più consapevoli i conducenti che si sono messi alla guida.
I risultati positivi raggiunti dalle attività progettuali in 29 Comuni hanno dimostrato l’efficacia degli interventi in termini di individuazione dei conducenti alla guida in stato alterato, la fattibilità organizzativa e il grado di accettabilità sia da parte degli operatori che dei conducenti, pertanto si è deciso di promuovere per il biennio 2011-2012 il metodo in tutta Italia coinvolgendo, a livello esecutivo, complessivamente 50 comuni italiani e relative Prefetture.

I.3.4. 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.
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. Nel triennio successivo si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2010 (Figura I.3.46). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 10 maschi ogni donna (9,5); tale quoziente varia da un minimo di 7,2 nel 2003 (in cui il 12,2% 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.3.11).

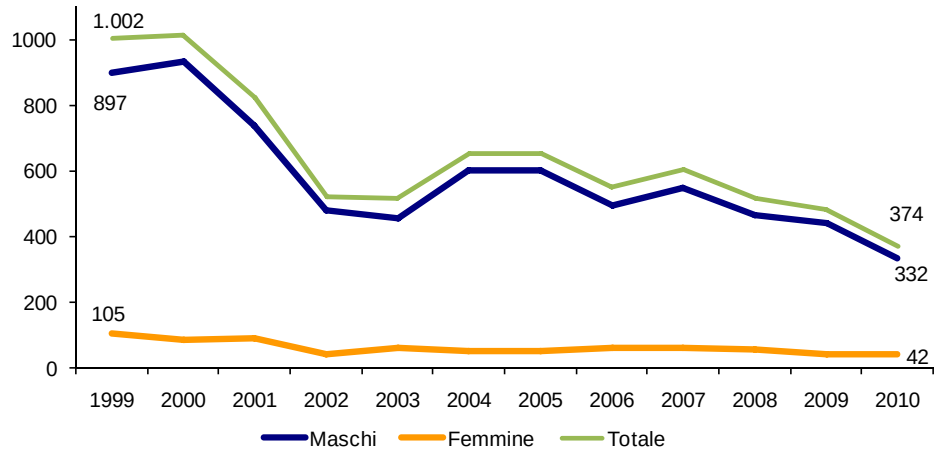
Trend in forte decremento dei decessi droga correlati: da 1.002 decessi nel 1999 a 374 nel 2010

Tabella I.3.11: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2009

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42
Tot.	1002	1016	825	520	517	653	653	551	606	517	484	374
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

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

Figura I.3.46: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2010



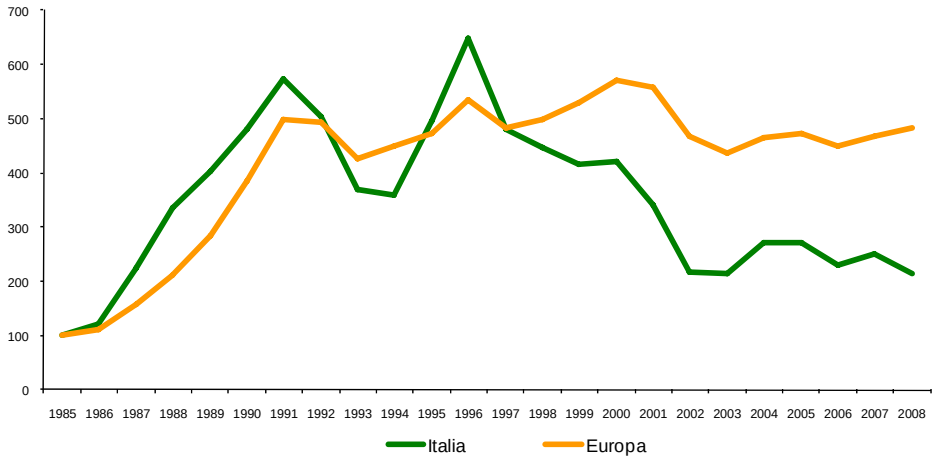
Continua la diminuzione dei decessi

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 parenterale. Dal 1997, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente fino al 2002, con molta probabilità conseguente all'aumento negli ultimi anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, per stabilizzarsi a valori lievemente superiori nel periodo successivo, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati (Figura I.3.47).

Maggior decremento dei decessi in Italia rispetto al trend europeo

Figura I.3.47: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2008 (Anno base 1985=100)

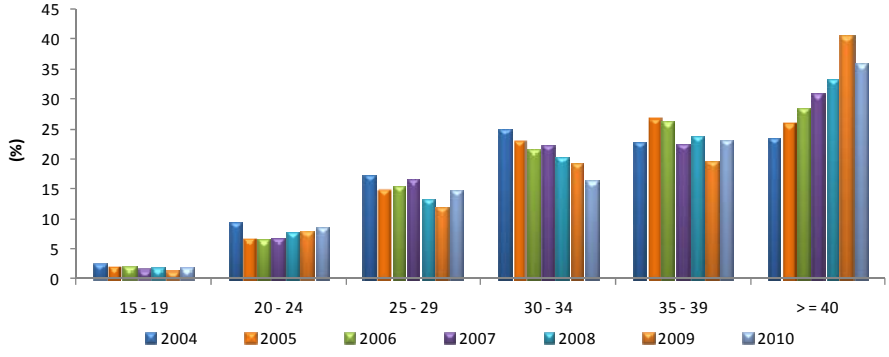


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2010

Aumento dell'età media del decesso: da 32 nel 1999 a 36 nel 2010

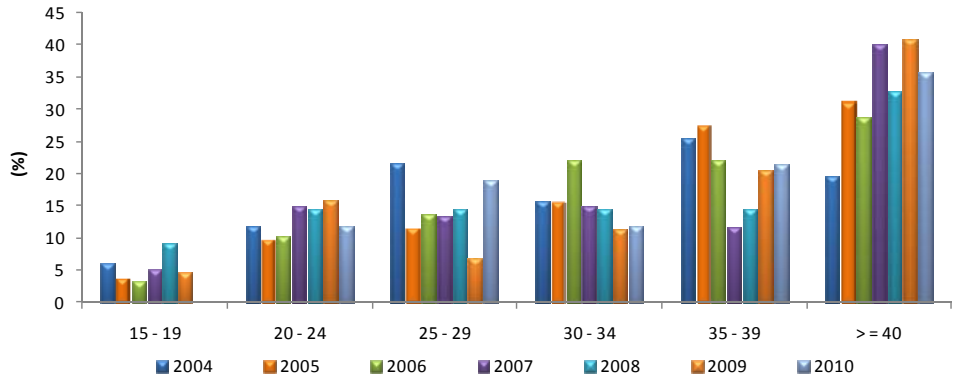
Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 36 del 2010; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2010 tale quota raggiunge il 58%, con un picco del 60% nel 2009. Caratteristiche sostanzialmente simili si riscontrano dall'analisi del trend dei decessi secondo il genere, sebbene in quello femminile si osservi una maggiore variabilità nel periodo temporale oggetto di analisi. Per entrambi la mortalità segue un andamento crescente per la classe di età degli over 40, a fronte di una progressiva riduzione dei decessi nella fascia di età 30-34 sia per i maschi che per le femmine.

Figura I.3.48: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2004 – 2010



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

Figura I.3.49: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2004 – 2010



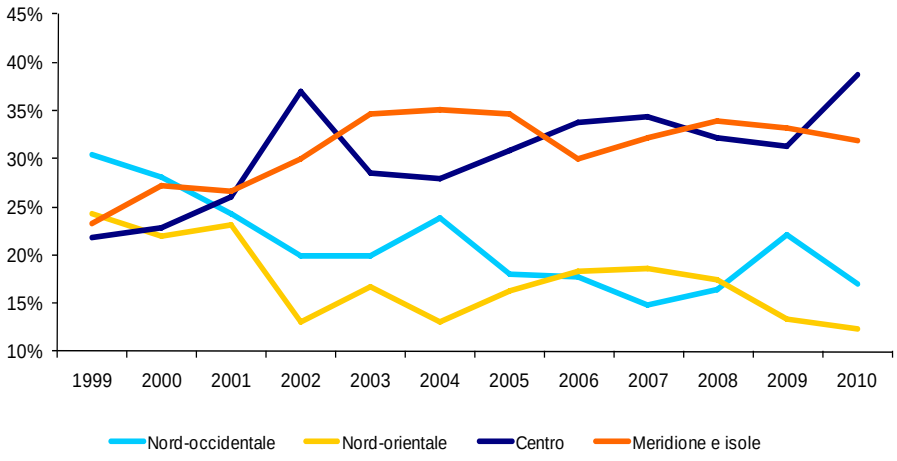
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

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 nel 2010. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore ai maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (11,5%); nel 2010 si annulla in relazione all'assenza di decessi (Figura I.3.49).

Figura I.3.50: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2010

Percentuale maggiore di decessi in meridione/isole e centro

Trend geograficamente differenziati: aumento al centro diminuzione al nord, meridione e isole

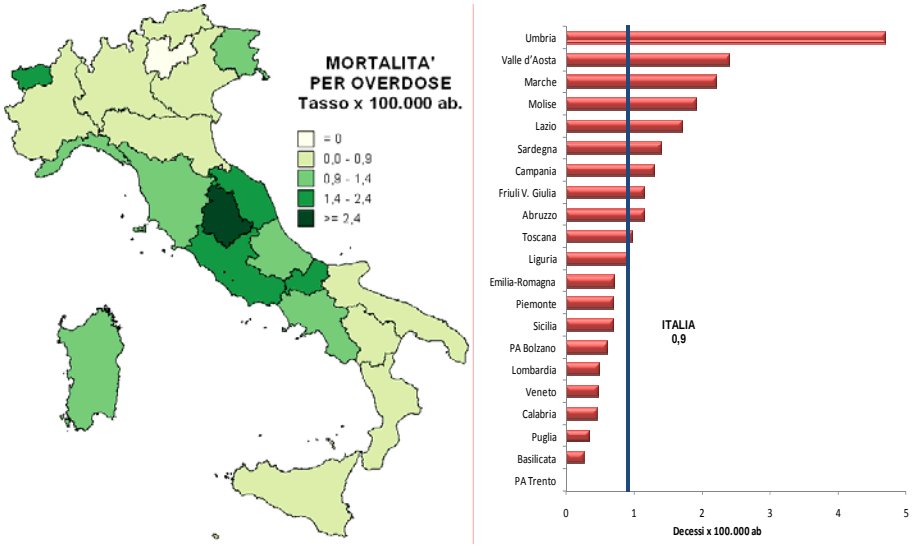


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

L'andamento della mortalità per intossicazione acuta a livello territoriale 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 2010, si osserva un aumento dei decessi nel centro Italia ed una riduzione in tutte le altre zone del Paese (Figura I.3.50).
Anche nel 2010, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un picco pari a quasi 5 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalla Valle d'Aosta e dalle Marche. Gli unici due casi registrati nel Trentino Alto Adige, sono localizzati all'interno della Provincia

Autonoma di Bolzano (Figura I.3.51).

Figura I.3.51: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010



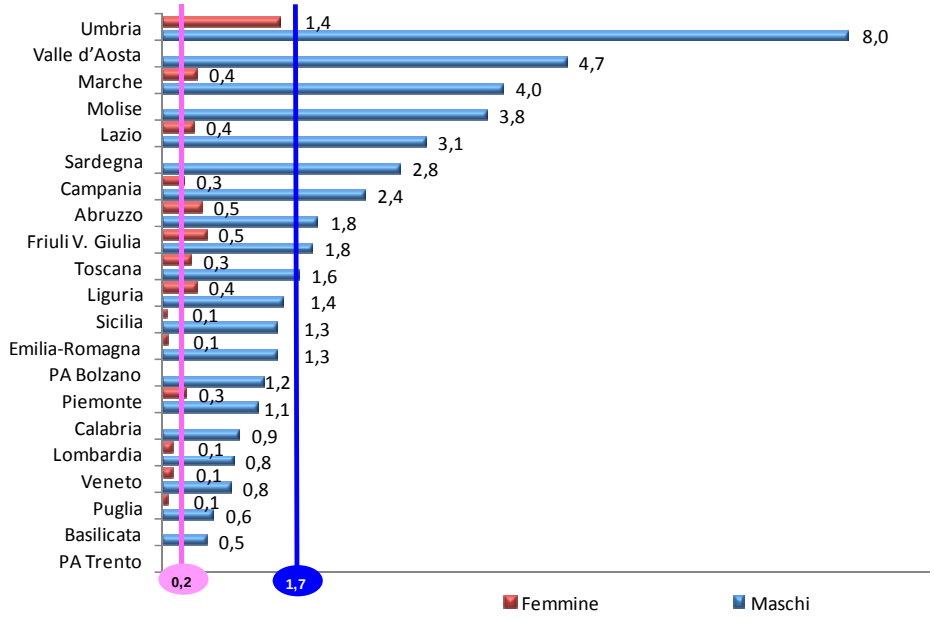
Le regioni più colpite: Umbria, Valle d'Aosta, Marche, Molise, Lazio

Le regioni meno colpite: PA Trento, Basilicata, Puglia, Calabria, Veneto

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

La distribuzione del tasso di mortalità[5] per intossicazione acuta per genere e per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria per entrambi i generi (8 decessi per 100.000 residenti maschi e 2 decessi per 100.000 residenti femmine). Tale indicatore risulta sensibilmente inferiore per le femmine in tutte le regioni e PP.AA. con valore medio nazionale pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,7 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi (Figura I.3.52).

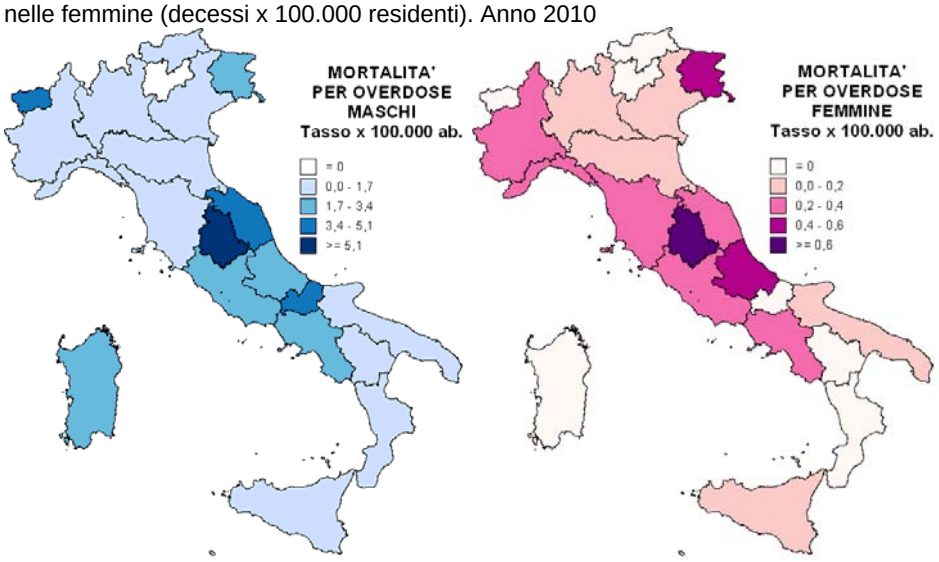
Figura I.3.52: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti, per genere (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010



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

[5] Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero di deceduti e residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2010.

Figura I.3.53: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti, nei maschi e nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2010

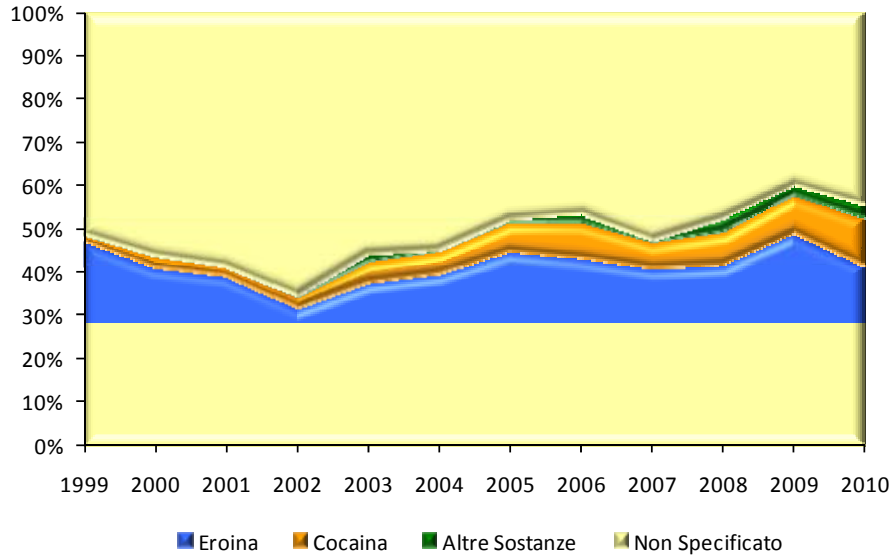


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Eroina prima sostanza responsabile dei decessi

Per circa il 44% dei decessi registrati nel 2010 non è stato possibile rilevare la sostanza presunta che ha determinato il decesso (si ricorda che non ci si basa su indagini tossicologiche ma su meri elementi circostanziali); nel 41% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'11% alla cocaina, nel 2% al metadone e nel restante 2% ad altre sostanze (un decesso per M.D.M.A. amfetamina, uno per crack, uno per hashish ed uno per barbiturici) . L'eroina si conferma quindi lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Come nel 2009, l'età media dei decessi per eroina è mediamente pari a 37 anni, mentre per la cocaina si passa da 36 a 37 anni.

Figura I.3.54: Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2010



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

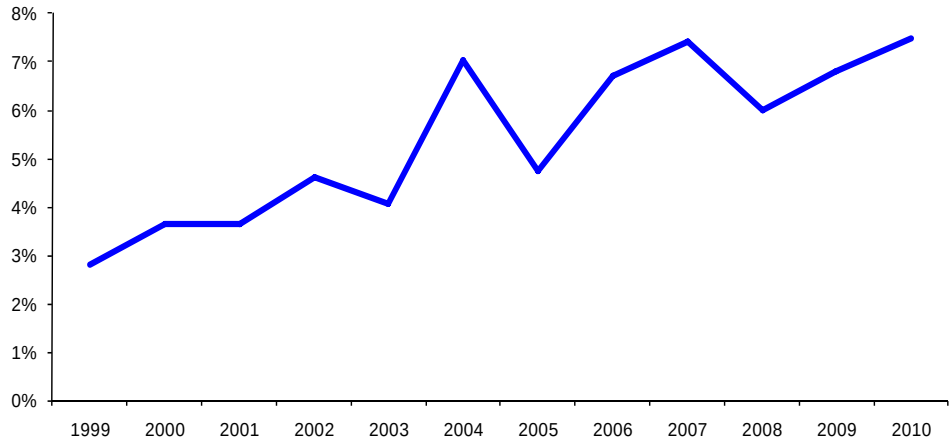
Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 morti attribuite ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo

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; nel 2010 si registra un nuovo forte decremento (154 decessi). Anche la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, in lento ma graduale aumento fino al 2009, nel 2010 ha fatto registrare una lieve diminuzione, passando da 43 a 41 decessi (Figura I.3.54).

Trend in lieve diminuzione di overdose per la cocaina

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.3.55) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando al 7,5% nel 2010.

Figura I.3.55: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2010



Aumento percentuale delle overdose nella popolazione straniera

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

I.3.5. Mortalità tra i consumatori di droga

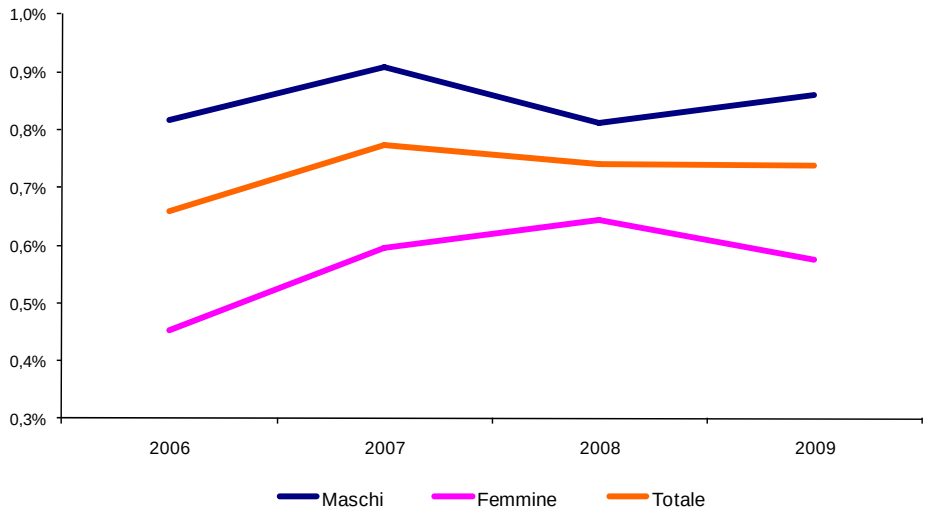
L'intossicazione acuta da una e più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe, tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e epatotopie) o i 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.

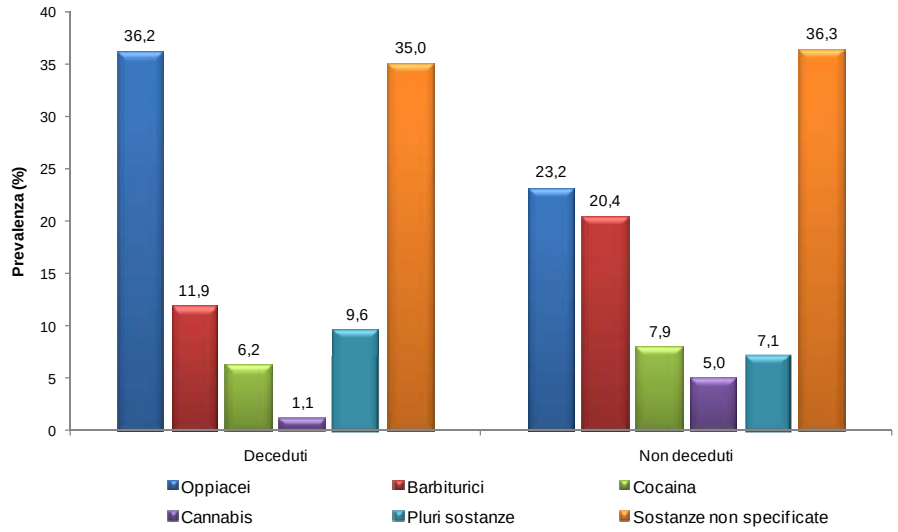
Figura I.3.56: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

I ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all'1% del totale dei ricoveri droga correlati nel 2009 (177). Negli ultimi quattro anni dopo un lieve aumento dei decessi dal 2006 al 2007, l'andamento si è stabilizzato. Per il genere femminile, l'andamento dei decessi evidenzia un aumento fino al 2008 (0,4% nel 2006, 0,6% nel 2007 e 0,65% nel 2008) per poi attestarsi allo 0,6% nel 2009.

Figura I.3.57: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2009



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

CAPITOLO I.4.

IMPLICAZIONI SOCIALI

I.4.1. Inclusione sociale

I.4.1.1 Condizione lavorativa

I.4.1.2 Assenza di fissa dimora

I.4.2. Criminalità droga correlata

I.4.2.1 Adulti tossicodipendenti ristretti in carcere

I.4.2.2 Minori transitati nei servizi di giustizia minorile

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

I.4. IMPLICAZIONI SOCIALI

Premesse

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

Fonti informative

I flussi informativi oggetto di debito nei confronti dell'Osservatorio Europeo per le Tossicodipendenze (OEDT), nell'ambito del monitoraggio dell'indicatore chiave relativo alla domanda di trattamento, prevede la rilevazione di alcune informazioni riguardanti la condizione abitativa, nella fattispecie il nucleo familiare in cui il tossicodipendente vive quotidianamente e la tipologia di dimora. Queste informazioni vengono rilevate dai Servizi per le Tossicodipendenze costituendo parte del nucleo di dati che caratterizzano il flusso informativo individuale per ciascun utente in trattamento (flusso SIND).
Il profilo dei soggetti tossicodipendenti ristretti negli istituti penitenziari, è stato elaborato sulla base degli archivi forniti dal Dipartimento dell'amministrazione penitenziaria e dal Dipartimento della giustizia minorile del Ministero della Giustizia.

I.4.1. Inclusione sociale

I.4.1.1 Condizione lavorativa

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

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

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

Maggiore disoccupazione nelle femmine (37,7%)

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

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

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

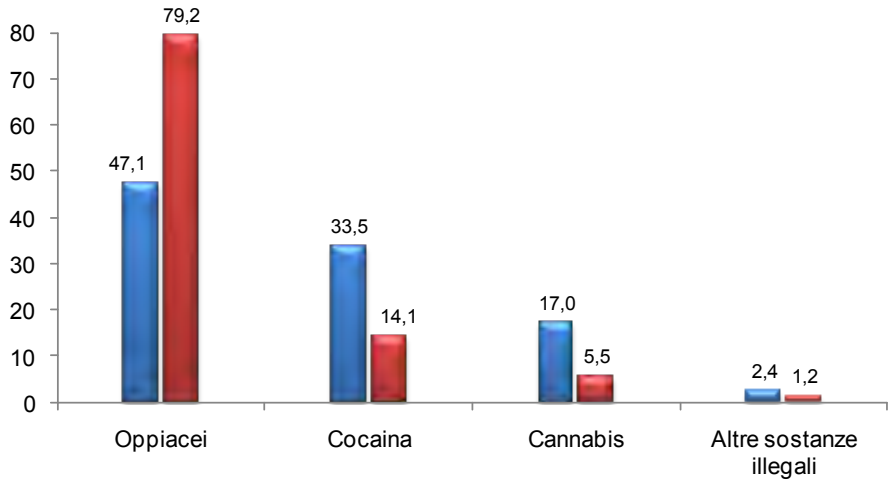
* soggetto che è pensionato, invalido, etc.

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

Seppur lieve, una differente gravità della problematica occupazionale si osserva

anche distinguendo l'utenza in base alla presenza nel servizio, con un indice di disoccupazione maggiore tra gli utenti già conosciuti rispetto ai nuovi (rispettivamente 31,4% e 29,4%); una situazione analoga si nota anche confrontando i due gruppi di utenti rispetto all'indice di occupazione (57,2% nei nuovi utenti contro il 60,6% dei soggetti già assistiti) e permette di cogliere la sostanziale differenza percentuale di soggetti impegnati nello studio pari all'8,6% tra i nuovi utenti e solo al 3,6% tra gli utenti già noti ai Ser.T.
Per quanto riguarda la sostanza di abuso definita "primaria", confrontando le percentuali degli utilizzatori di oppiacei tra coloro che sono disoccupati e il collettivo totale si nota un valore lievemente superiore nel primo gruppo (74,4%) rispetto al campione totale (72,9%); situazione analoga si presenta considerando coloro che sono disoccupati e assumono cocaina rispetto al gruppo in esame (17% vs 16,4 %). Per quanto riguarda la cannabis si rileva invece una percentuale minore in coloro che sono senza occupazione rispetto al campione totale (7,2% vs 9,1%).
Tra gli utenti disoccupati, sensibili differenze si osservano tra i nuovi utenti consumatori di oppiacei e gli utenti già noti ai servizi per l'uso di tale sostanza (47,1% vs 79,2%) (Figura I.4.1).

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



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

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

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

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

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

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

(55,1% contro il 49,2% rilevato a livello complessivo), che utilizzano la cocaina come sostanza secondaria (24,7% contro 21,1% sull'utenza in generale), che assumono l'alcol come sostanza secondaria (10,6% contro 9% sull'utenza in generale).
Per quanto riguarda i trattamenti, si rileva che il 55,1% dei soggetti disoccupati non ha ricevuto un trattamento di tipo farmacologico, ma un supporto esclusivamente psicologico (55,8%), sociale (5,5%) oppure entrambi gli interventi (24,8%).

I.4.1.2 Assenza di fissa dimora

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

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

Tra i soggetti del campione analizzato l'89,2% ha dichiarato di avere una residenza stabile contro il 4% che, invece, risulta essere senza fissa dimora. I dati dello studio mostrano inoltre una proporzione maggiore di soggetti senza fissa dimora di sesso maschile rispetto a quello femminile (85,9% contro 14,1%), e di una elevata maggioranza di utenti già in carico rispetto ai nuovi (85,8% contro 14,5%).
Una dettagliata analisi rispetto al genere e al tipo di utenza mostra che l'88,8% della nuova utenza e l'89,3% di quella già ai Ser.T. hanno una residenza stabile, con percentuale maggiore tra le femmine rispetto ai maschi indipendentemente dal tipo utente. La percentuale dei soggetti che hanno dichiarato di risiedere in struttura (carcere, ospedale, comunità, etc.) è invece più elevata tra i nuovi soggetti rispetto a coloro che sono già in assistenza (7,9% vs 6,6%), al contrario di quelli che risultano senza fissa dimora la cui percentuale è pari al 4,1% tra gli utenti già in carico e 3,4% tra i nuovi (Tabella I.4.3).

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

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

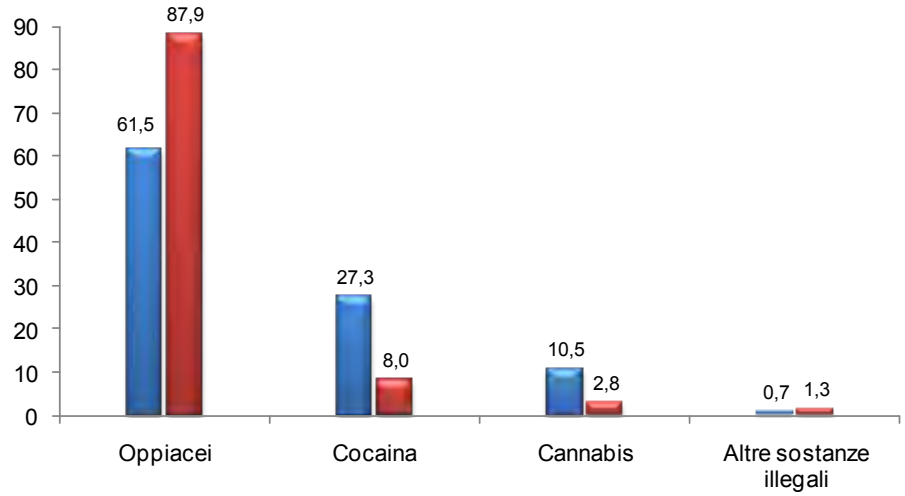
* carcere, ospedale, comunità, etc.

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

In percentuale maggiore sono utilizzatori di oppiacei

Rispetto al collettivo generale, tra gli utenti senza fissa dimora si rileva una percentuale maggiore di utilizzatori di oppiacei (84% contro 71,4%) e una proporzione inferiore di utilizzatori di cocaina (10,6% contro 16,5%) e cannabis (3,8% contro 9,6%).
Disaggregando queste informazioni rispetto alla tipologia di utenti, si vede che la richiesta di trattamento da parte degli utilizzatori di oppiacei senza fissa dimora è inferiore tra i nuovi utenti rispetto ai soggetti già in carico (61,5% contro l'87,9%), viceversa quella di cocaina (27,3% contro 8%) (Figura I.4.2).

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



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

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

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

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

Diminuzione dal 2009 del consumo di cocaina ed aumento degli oppiacei

Per quanto riguarda la via di assunzione, nei soggetti senza fissa dimora si riscontra una maggiore percentuale di utenti che assumono la sostanza per via iniettiva rispetto al collettivo del campione (64,9% vs 49,2%); tale percentuale diminuisce se si considerano i soggetti nuovi (28,1%) a fronte di un elevata percentuale di utenti che fumano/inalano la sostanza (53,2%), e per l'utenza già nota ai servizi (70,9%).
L'aspetto terapeutico dei soggetti senza fissa dimora mostra che più della metà degli utenti riceve un trattamento di tipo farmacologico (53,4%), mentre la restante parte del gruppo in questione riceve supporti esclusivamente di tipo psicologico nel 55,5%, sociale nel 7% ed entrambi i tipi di interventi nel 24,8%.

I.4.2. Criminalità droga-correlata

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

Soggetti carcerati e condizione di

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

tossicodipendenza

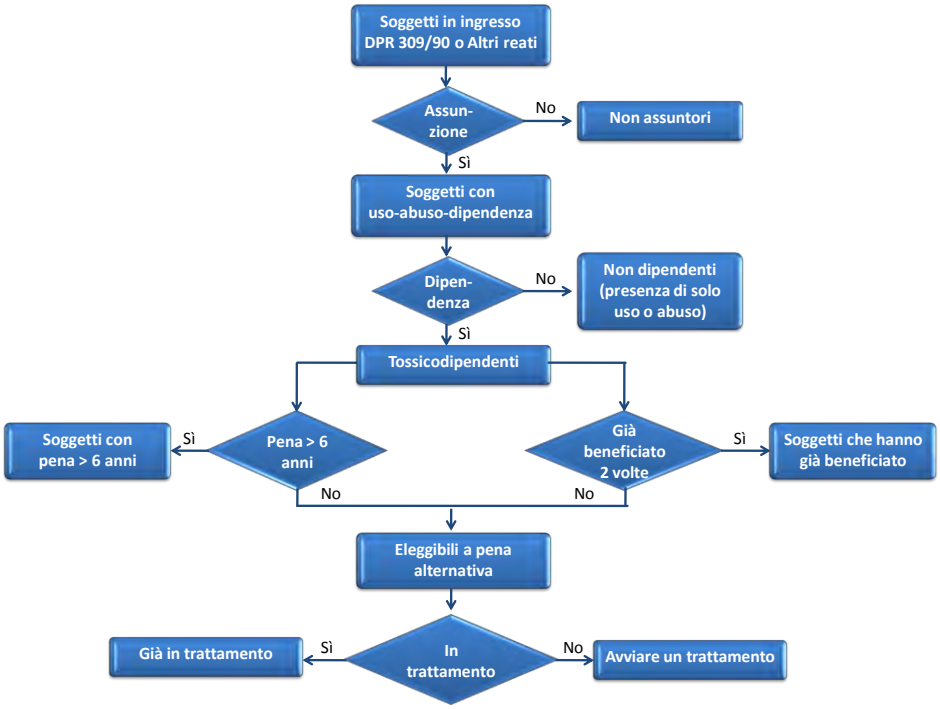
del contingente coloro nei i quali sussiste la condizione di dipendenza da sostanze stupefacenti, condizione che connota il bisogno di assistenza e cura del soggetto, quindi l'applicazione dell'art. 94 (affidato in prova) del DPR 309/90.

Alcune importanti specifiche

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

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

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



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

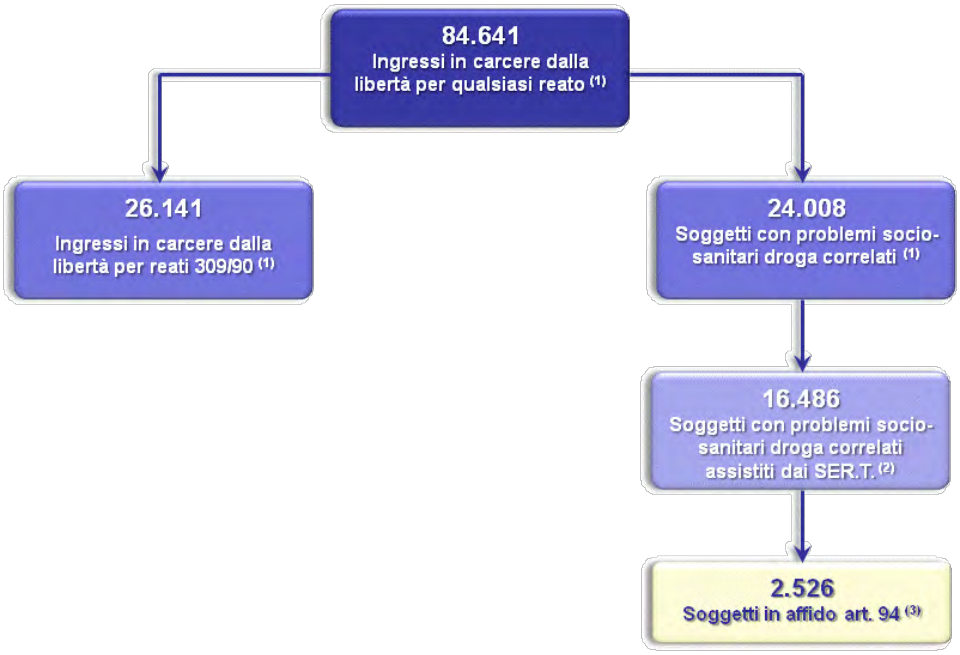


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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

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

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



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

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

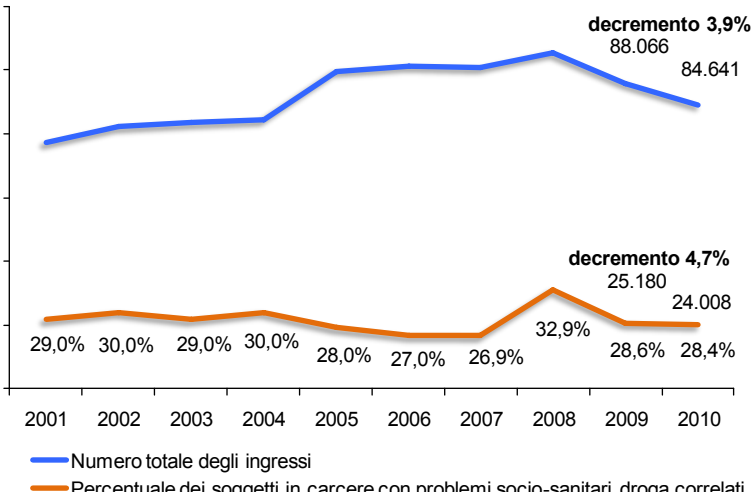
I.4.2.1 Adulti tossicodipendenti ristretti in carcere

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

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

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

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



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

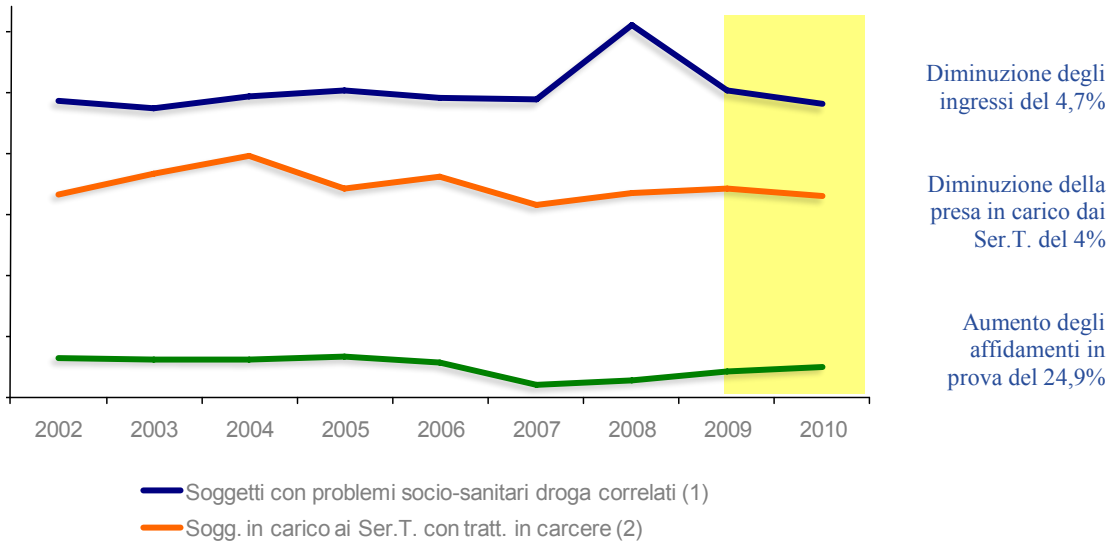
In particolare nell'ultimo decennio si osserva un trend variabile della percentuale di soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati assistiti dai Ser.T. rispetto a quelli entrati dalla libertà e definiti tali dal Ministero della Giustizia, costantemente inferiore al 100%, con valori che oscillano tra il 55% e l'80%. Tale evidenza avvalora l'ipotesi che solo una quota parte di detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati abbiano avuto necessità di interventi diagnostici o terapeutico/riabilitativi da parte dei Ser.T., senza tuttavia poter definire chiaramente il contingente di persone che fossero realmente dipendenti da sostanze e quante invece appartenenti solo alla categoria di consumatori.
E' verosimile pensare, inoltre, che alcune di queste persone assistite dai Ser.T. all'interno degli istituti penitenziari, non siano entrate per violazione del DPR 309/90, ma per altri reati.

Tabella I.4.5: Ingressi di soggetti negli istituti penitenziari, soggetti in carcere con problemi socio-sanitari droga correlati, detenuti assistiti dai Ser.T. e detenuti per reati DPR 309/90. Anni 2002 - 2001

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

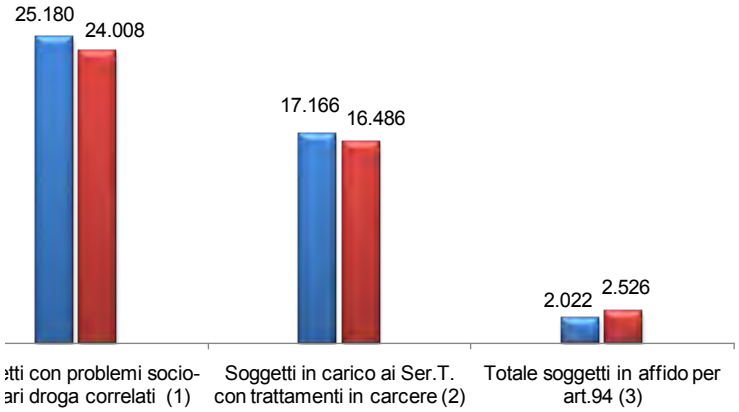
Fonti: (1) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ufficio per lo Sviluppo e la Gestione del Sistema Informativo Automatizzato
(2) Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria
(3) Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione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

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



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

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



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

Caratteristiche di un gruppo di adulti assuntori di sostanze

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

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

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

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

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

Diminuzione del 70% delle prevalenze HIV dal 2009

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

Per la maggior parte poliassuntori

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

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

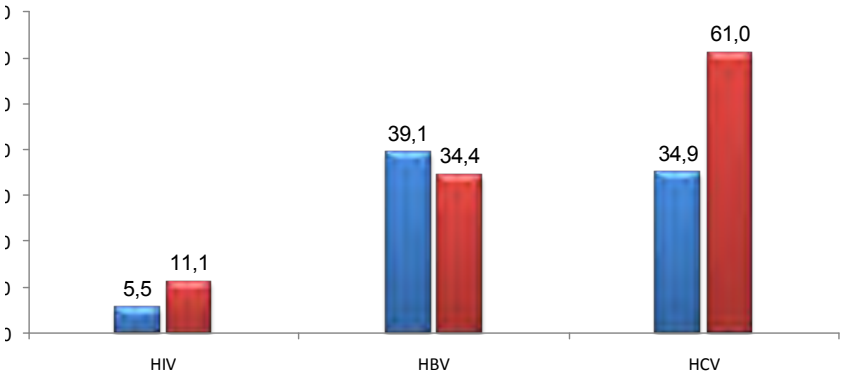


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

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

Per quanto concerne il monitoraggio della diffusione di malattie infettive sulla popolazione ristretta in carcere con uso problematico di sostanze, secondo le informazioni rilevate sul campione di 568 detenuti, per i quali è stata compilata la scheda infettivologica, essa risulta molto differenziata a seconda delle malattie infettive indagate e della nazionalità dei soggetti. La percentuale di testing più elevata si riscontra tra i soggetti italiani testati per l'HIV (11,7%) che, tuttavia, rispetto agli stranieri presentano valori inferiori nel monitoraggio dell'HCV e soprattutto dell'epatite B.
Effettuando un confronto rispetto all'anno scorso si evidenzia in generale un minor monitoraggio delle malattie infettive, evidente soprattutto per i soggetti stranieri testati per HIV che presentano un decremento di 9,6 punti percentuali.

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



Fonti: (1) Elaborazioni su dati del Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
(2) Elaborazioni su dati del Ministero della Salute - Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

Il 53% delle persone detenute con problemi droga

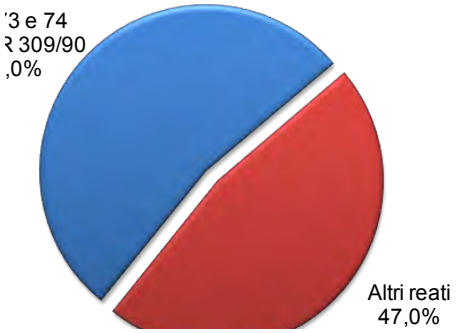
Gli esiti dei test confermano la presenza di infezione da epatite C in oltre il 46% dei soggetti italiani testati e nel 7,7% dei detenuti stranieri, la presenza del virus

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

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

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

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



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

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

I.4.2.2 Minori transitati nei servizi di giustizia minorile

Diverse tipologie di servizi della giustizia minorile

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

Soggetti e ingressi

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

Decremento rispetto al 2009 (-16,9%)

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

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

Caratteristiche dei soggetti transitati nei servizi di giustizia minorile

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

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile

Prevale il genere maschile

Quasi il 96% degli ingressi è caratterizzato da minori di genere maschile, per l'81% italiani, mediamente diciassettenni.
Sebbene, nel 2010, il numero di minori assuntori di sostanze stupefacenti transitati nei servizi di giustizia minorile sia diminuito in termini percentuali, il confronto con il 2009 evidenzia un aumento del genere femminile (+13,5%) e di minori di nazionalità italiana (+1,8%).

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

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

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile

Prevalenza dei soggetti di 16-17 anni

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

Cannabis e cocaina le sostanze più assunte dai minori:

La sostanza assunta da poco più dell'83% dei minori assistiti dai Servizi di Giustizia Minorile è ancora una volta la cannabis, seguita dalla cocaina assunta dal 7,3% dei casi e dall'eroina, assunta da un ulteriore 4,7% di soggetti; dal confronto con i valori percentuali rilevati l'anno scorso, emerge una lieve diminuzione nell'uso di cocaina ed eroina a fronte di un aumento di soggetti assuntori di cannabis. La distribuzione per età è simile con riferimento agli assuntori di cannabinoidi, mentre tra i consumatori di cocaina e oppiacei si registra una maggiore incidenza della categoria dei giovani adulti.
Tra gli assuntori stranieri, sia il consumo di oppiacei che quello di cocaina è superiore rispetto agli italiani; al contrario il consumo di cannabinoidi risulta superiore nei minori di nazionalità italiana (Tabella I.4.9).

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

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

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento per la Giustizia Minorile

Italiani: consumo di cannabinoidi

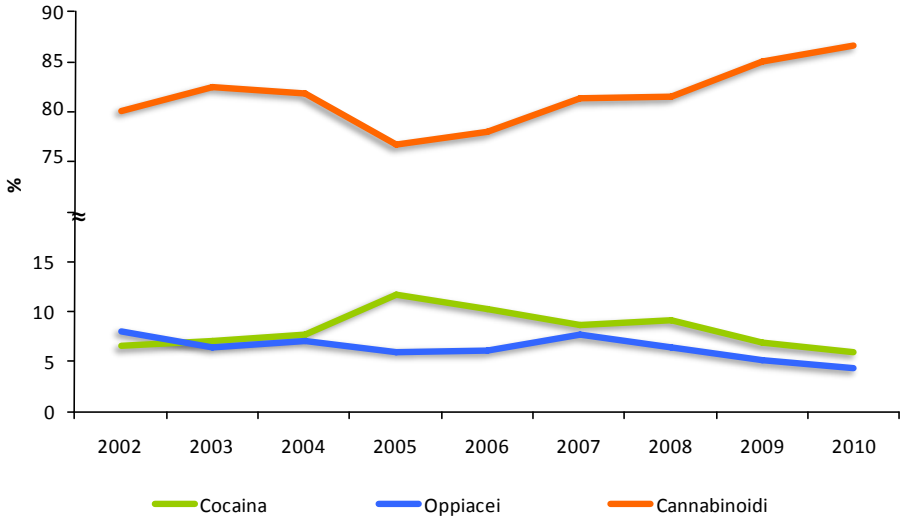
Stranieri: consumo di cocaina e oppiacei

Cocaina più usata dell'eroina

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

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

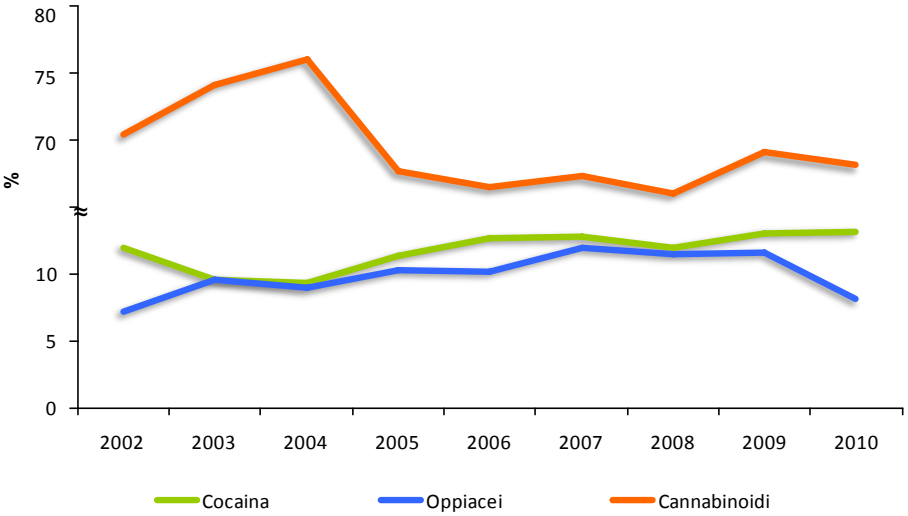
Trend minori italiani: maggior uso di cannabis



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

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

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

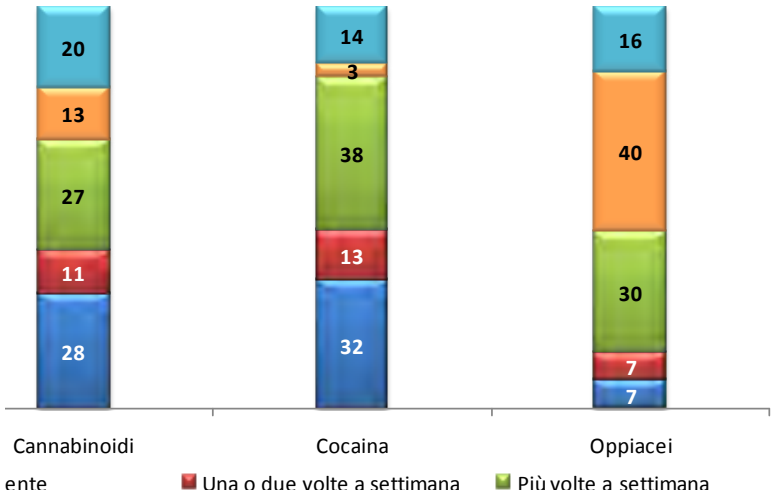


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento Giustizia Minorile

Frequenza di assunzione

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

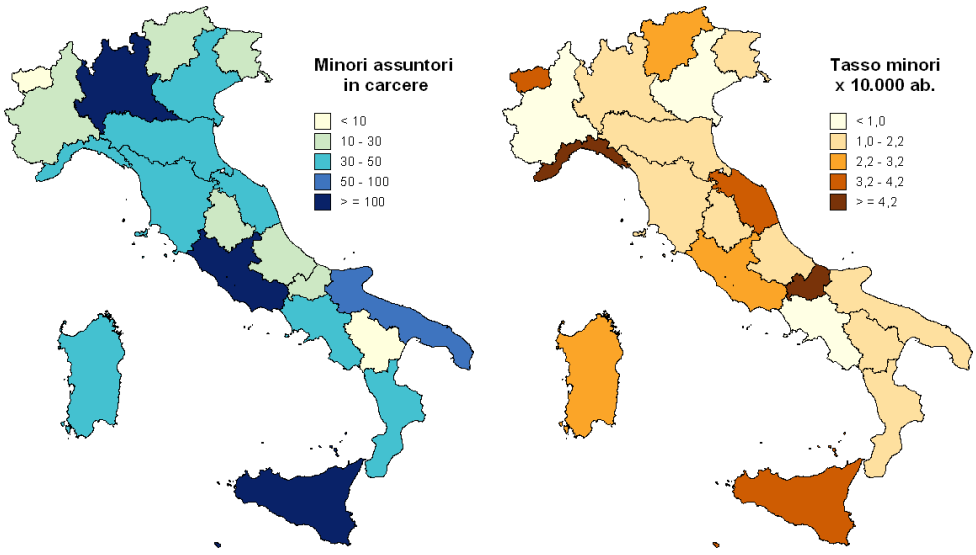
Figura I.4.14: Percentuale di minori per frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti, per tipo di sostanza - Anno 2010



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

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

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



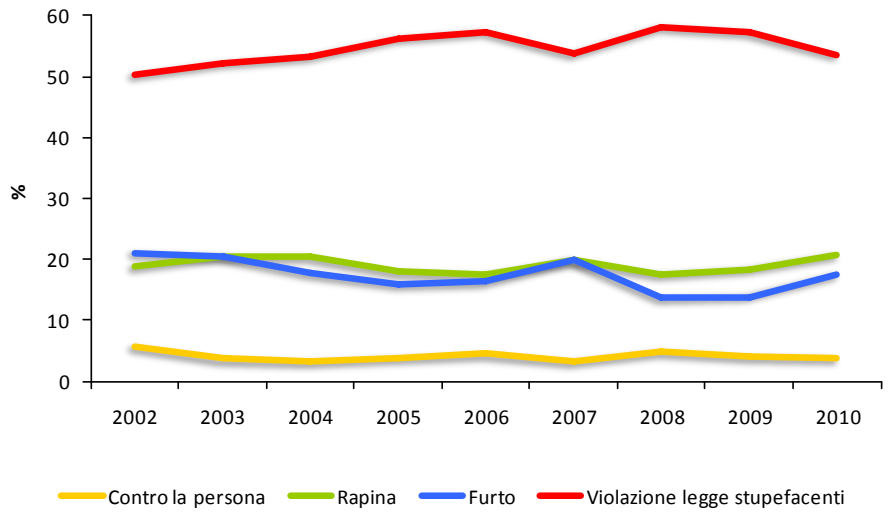
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Giustizia Minorile

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

Il 53,6% dei minori con problemi giudiziari assuntori di sostanze e transitati nel 2010 nei servizi di giustizia minorile ha commesso reati in violazione alla normativa sulle sostanze stupefacenti, seguono i reati contro il patrimonio (41,3% del totale complessivo), ed in particolare le rapine (20,7% del totale complessivo) ed i furti (17,6% del totale complessivo).
Nel corso degli ultimi otto anni si osserva un aumento della percentuale di minori in carico ai Servizi della Giustizia Minorile per reati commessi in violazione del DPR 309/90, con un rallentamento nel 2007, anno in cui sono aumentati, per contro, i reati contro il patrimonio e nella fattispecie i furti (Figura I.4.16).

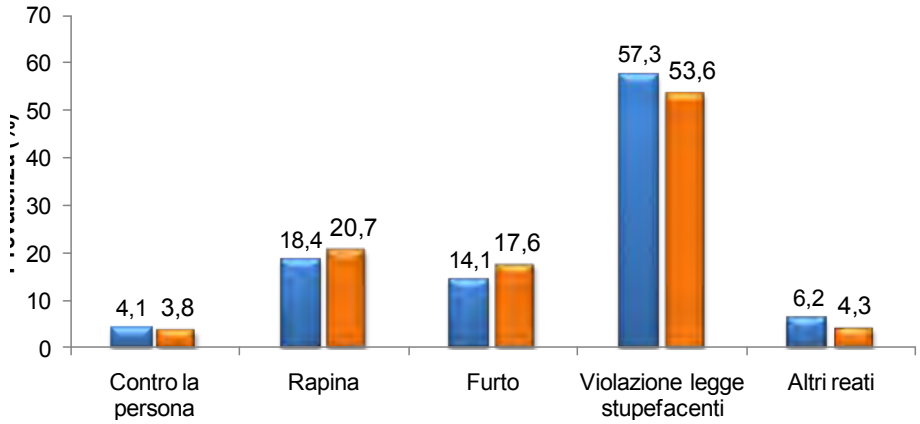
Riduzione della violazione della legge sugli stupefacenti

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



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

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



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

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

Gioco d'azzardo: fenomeno in forte espansione

Il gioco d'azzardo, anche nel nostro Paese, ha assunto dimensioni rilevanti e una forte spinta commerciale facilmente percepibile dalle innumerevoli pubblicità che, sempre più, sono presenti sui media.
Il gioco d'azzardo porta con sé un rischio che, in particolari gruppi di persone ad alta vulnerabilità, può sfociare in una vera e propria dipendenza (gambling patologico).

Possibili disturbi patologici legati al gioco

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

Gravi conseguenze sociali legate all'usura

Necessità di riconoscere la patologia nei LEA

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

Mancanza di quantificazione epidemiologica del fenomeno

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

Necessarie forme di tutela della salute e regolamentazione

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

Gambling patologico: riconosciuto nei manuali delle malattie mentali

Il gioco d'azzardo patologico (GAP) è un fenomeno caratterizzato da elementi molto vicini alle classiche forme di dipendenza; nel 1977 è stato inserito nella Classificazione Internazionale delle malattia (ICD-IX) e nel 1980 nel DSM-III nel capitolo "Disturbi del controllo degli impulsi non altrimenti classificati".
La gravità del GAP può essere classificata con l'utilizzo di test specifici (SOGS – South Oaks Gambling Screen; CPGI - Canadian Problem Gambling Index –) attraversi i quali è possibile identificare differenti livelli di compromissione: non problematico, problematico e patologico. Nella letteratura internazionale disponibile, la presenza nella popolazione generale di gambling patologico nella

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

Dipendenza patologica senza sostanze

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

- gioco d'azzardo "patologico" – è un disturbo del controllo degli impulsi che si connota con una dipendenza patologica "sine substantia", caratterizzata da andamento cronico e recidivante in grado di compromettere lo stato di salute e la socialità della persona affetta da tale disturbo. La sua diagnosi si basa sulla rispondenza ai criteri diagnostici descritti nella Classificazione Internazionale delle malattia dell'organizzazione mondiale della Sanità (ICD-X) e nel DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association

Comportamento problematico a rischio per la salute

- gioco d'azzardo "problematico" – identifica il gioco d'azzardo compulsivo in cui non si è ancora instaurata una dipendenza, ma a rischio di tale evento è quindi un comportamento da considerare problematico per la salute, in quanto spesso è evolutivo verso la forma patologica, caratterizzata proprio da dipendenza

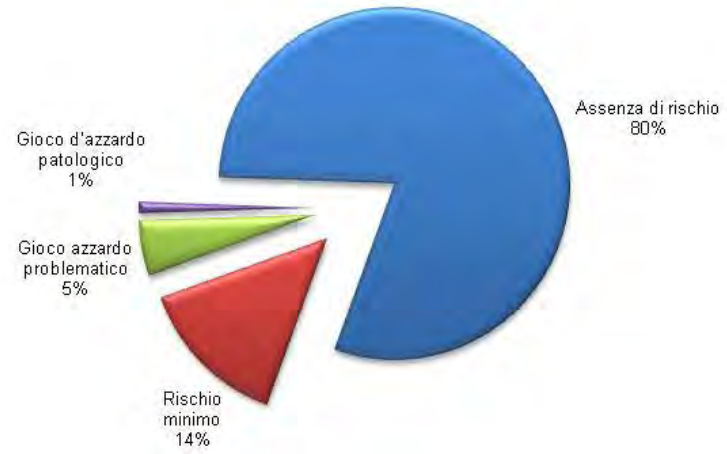
Esistenza di gruppi di popolazione vulnerabili

- persone vulnerabili – soggetti che per alcune loro caratteristiche individuali di tipo psicofisico hanno maggiore probabilità, rispetto alla popolazione generale esposta al gioco d'azzardo, di sviluppare una dipendenza da gioco

5% a rischio

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

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



Fonte: IPSAD 2007-2008

Maggiore prevalenza nei giovani

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

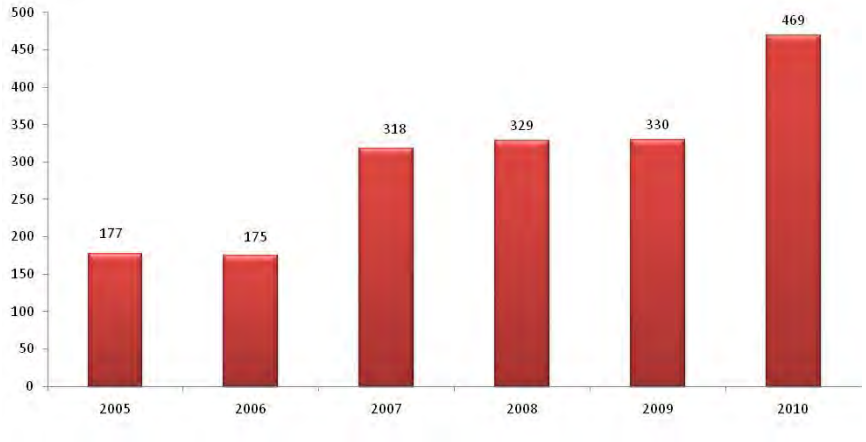
Alta associazione con altre dipendenze da sostanze e disturbi psichici

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

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

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

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

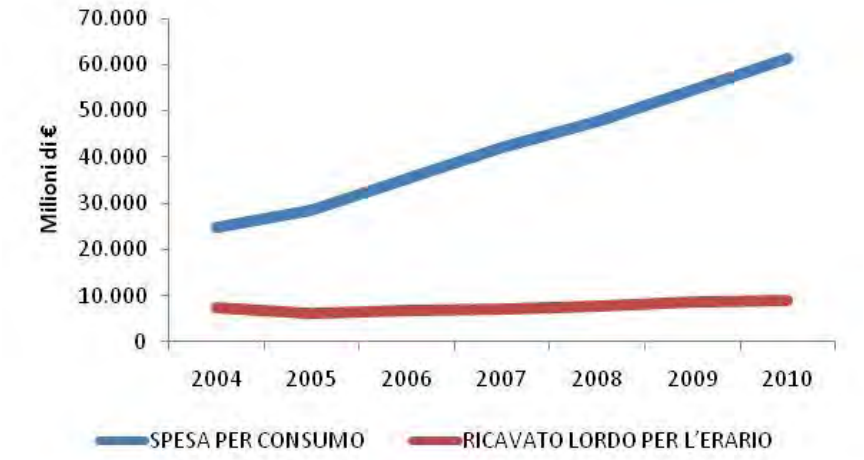


Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno

L'usura, oltre che nelle regioni a forte presenza di criminalità organizzata, è largamente diffusa anche in altre regioni e, specificamente, nel Lazio, Lombardia, Toscana e Piemonte; anche i dati ufficiali relativi alle denunce ed alle persone arrestate per usura negli anni 2009 e 2010 evidenziano un aumento delle persone denunciate ed arrestate in regioni quali l'Emilia Romagna, la Lombardia e la Toscana, tradizionalmente non considerate a rischio nel passato.
Attraverso una elaborazione incrociata su dati MEF, AAMS e Agicos, si è osservato che, dal 2004 al 2010, a fronte di un incremento del 148% della spesa per il gioco il ricavato lordo per l'erario è aumentato del 24%, comportando un dimezzamento del valore delle entrate erariali sul totale della spesa (30% nel 2004. 15% nel 2010) (Commissione Parlamentare Antimafia). Questo deriva probabilmente dal ribaltamento dell'indotto imprenditoriale internamente a un sistema "multilevel marketing".

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

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



Fonte: MEF, AAMS e Agicos

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

Servono nuove strategie ed azioni

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

- fornire un'informazione preventiva sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico presso le sale da gioco

Prevenzione

- controllare e regolamentare meglio la pubblicità sul gioco d'azzardo legale introducendo soglie di massima

Cura e riabilitazione

- proporre di inserire il gambling patologico tra le condizioni di dipendenza per le quali è previsto l'intervento diagnostico e terapeutico mediante i sistemi sanitari regionali e, in particolate, nei Dipartimenti delle Dipendenze
- attivare interventi di supporto e di assistenza specifica pressi i dipartimenti delle dipendenze per le persone con gambling patologico e i loro famigliari

Contrasto e regressione

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

CAPITOLO I.5.

MERCATO DELLA DROGA

I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga

I.5.2. Sequestri di sostanze stupefacenti

I.5.2.1 Operazioni e sequestri

I.5.2.2. Laboratori smantellati

I.5.3. Prezzo e purezza

I.5.3.1 Prezzo

I.5.3.2 Purezza

I.5.4. Monitoraggio dei siti che commercializzano on-line sostanze stupefacenti o sostanze che ne mimano gli effetti

I.5.4.1. Metodologia

I.5.4.2. I risultati del monitoraggio

I.5.4.3. Conclusioni

I.5. MERCATO DELLA DROGA

Premessa

A conclusione di questa prima parte del documento dedicata alla descrizione dei diversi aspetti che caratterizzano il fenomeno delle tossicodipendenze, in questo capitolo 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 questo capitolo 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.

I.5.1. Produzione, offerta e traffico di droga[1]

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

Il nostro Paese è una delle principali porte d'accesso della droga per l'Europa, grazie alla sua peculiare posizione al centro del Mar Mediterraneo, vicino alle coste del Nord Africa (quest'ultima nuova importante zona di stoccaggio oltre che di produzione di sostanze stupefacenti) ed a quelle dello sbocco della rotta balcanica attraverso la quale transita via terra la maggior parte dell'eroina proveniente dall'Afghanistan, nonché alla sua conformazione geografica con oltre 6.000 chilometri di coste.

Aumento del numero di persone denunciate: +7,1% rispetto al 2009

Anche nell'anno 2010, il numero delle persone denunciate in Italia per reati connessi alla droga continua ad evidenziare un costante trend in aumento, iniziato nel 2003 (+7,1% rispetto al 2009). Una disaggregazione a livello regionale del dato relativo al reato associativo (art. 74 del D.P.R. 309/1990) evidenzia che su 4.068 unità, il 50,6% è stato denunciato nel Sud d'Italia ed in particolare, 643 in Puglia, 595 in Campania, 347 in Calabria ed 330 in Sicilia, regioni ove è radicata la criminalità di tipo mafioso.

Ruolo della criminalità organizzata

Il narcotraffico rappresenta la manifestazione tipica della criminalità organizzata, per la quale rappresenta il settore più redditizio. Il quadro delineato emerge anche esaminando i dati relativi ai sequestri di sostanze stupefacenti effettuati dalle Forze di Polizia. Gli effetti della presenza e del radicamento della criminalità organizzata di tipo mafioso nelle regioni d'origine, pur se per certi aspetti meno visibili del passato, continuano a trasparire dai quantitativi di droga sequestrati nel 2010; basti pensare che Campania, Puglia, Calabria e Sicilia continuano a collocarsi nelle prime posizioni.

Campania, Puglia, Calabria e Sicilia ai primi posti per quantitativi di droga sequestrata

Al sud il 71% delle coltivazioni di cannabis

Nello specifico, per quanto riguarda le piantagioni di cannabis, da cui si producono marijuana e hashish, nelle predette quattro regioni sono state rinvenute ben il 71% del totale sequestrato nell'anno. A livello nazionale nelle prime quattro posizioni dei sequestri di piante si collocano, nell'ordine, Sicilia, Campania, Calabria e Puglia, quest'ultima con un incremento, rispetto ai dodici mesi precedenti, del 144,4%. Di interesse operativo è anche l'aumento del 76,3% nei sequestri di piante in Sardegna, la quale si posiziona così al sesto posto. Questo conferma nuovamente, anche per quest'anno, che le piantagioni di canapa indiana sono una voce consistente del bilancio del "capitalismo del crimine" nel Sud del Paese, fruttando al dettaglio alcuni milioni di euro. Anche per quanto concerne la marijuana si è continuato a registrare nel 2010 nei territori delle sopra citate quattro regioni la gran parte dei sequestri nazionali (il 63,6%, mentre nel

[1] Tratto dal rapporto annuale relativo al traffico delle sostanze stupefacenti nel 2010 della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga. – Parte Seconda – Stato e andamento del narcotraffico in Italia. http://img.poliziadistato.it/docs/Parte%20seconda.pdf

2009 era il 58,5%).

L'analisi statistica ed operativa illustra una situazione nazionale del narcotraffico, che, riflettendo quella del più ampio contesto mondiale, vede instaurare e consolidare stabili e funzionali saldature criminali, sia all'interno del territorio italiano che sul piano internazionale, non solo tra le tradizionali consorterie mafiose, ma anche tra queste e altri sodalizi criminali, endogeni e specie stranieri, siano essi produttori o loro rappresentanti ovvero intermediari.

Caratteristiche delle organizzazioni narcotrafficanti

Tale aspetto strategico-relazionale si basa sulla sola valutazione di convenienza economica e non già in forza di alleanze strutturali. Le organizzazioni dedite al narcotraffico mostrano più di altre dinamicità e flessibilità, presentano un'accentuata capacità di relazionarsi (che sfugge a modelli predefiniti) creando rapporti di affari, anche occasionali e transitori, cooperazioni e sinergie operative tanto fluide e rapide, quanto insolite ed inaspettate, e quindi insidiose e pericolose. Le risultanze investigative mostrano che tale modus operandi è adottato anche dalle maggiori organizzazioni di tipo mafioso più radicate sul territorio d'origine, le quali, oltre che ad una proiezione in ambiti extra-regionali ed internazionali, sono spinte, anche a causa delle recenti pesanti ondate repressive subite dall'Autorità, verso collaborazioni con diversi gruppi criminali, anche di matrice etnica, per gestire in modo più efficace, proficuo e sicuro il traffico di droga.

Diffusione della criminalità straniera in Italia

A tal proposito, emerge sul territorio nazionale sempre più il diffondersi di compagini criminali straniere, le quali spesso si pongono nel mercato della droga, più che in concorso, "in filiera" con i sodalizi italiani per meglio rispondere a particolari esigenze del traffico illecito. La criminalità allogena è da tempo in Italia un fenomeno di particolare rilievo che si caratterizza per una diffusa ramificazione sul territorio e peculiarità multiformi. La compartecipazione agli utili derivanti dagli stupefacenti sul territorio nazionale avviene con diverse compagini criminali di matrice straniera, ma prevalentemente in zone a minor assoggettamento mafioso.

Marocchini: traffico e spaccio di hashish

Nigeriani: traffico e spaccio di cocaina

I marocchini (+ 126,6% di denunciati per associazione finalizzata al traffico di sostanze stupefacenti) sono maggiormente dediti al traffico ed allo spaccio dell'hashish, mentre per i nigeriani viene confermato il loro quasi esclusivo coinvolgimento relativo alla cocaina tramite una innumerevole schiera di corrieri "ovulatori", i quali con sempre maggiore frequenza non sono più nigeriani, ma soggetti di provenienza baltica, caucasica e sudamericana. È da evidenziare la gestione da parte di tale gruppo etnico anche di internet point e di call center, i quali si prestano per il riciclaggio di denaro illecito, specie narcoproventi, tramite rimesse di capitale a mezzo di money transfer.

Tunisini ed albanesi: reati connessi ad hashish, eroina e cocaina

Invece, i tunisini risultano coinvolti in reati connessi sia all'hashish che all'eroina ed alla cocaina, parimenti agli albanesi (+ 80,6% di denunciati per lo specifico reato associativo), i quali però trattano quantitativi ben maggiori, in special modo anche e relativamente alla marijuana.

Criminalità cinese nel mercato degli stupefacenti

Una particolare valutazione merita la criminalità cinese in Italia. Anche se attualmente il traffico di droga non è tra le voci più importanti del suo bilancio, favorita dalle innumerevoli ed affermate rotte commerciali ed illecite (traffico di manodopera clandestina e di prodotti contraffatti), oltre che dalle ingenti disponibilità finanziarie derivanti dalle numerose e floride attività imprenditoriali, nonché dal fatto che la Cina sia uno dei maggiori produttori di droghe sintetiche e di precursori di sostanze stupefacenti, sta iniziando ad inserirsi nel mercato nazionale degli stupefacenti, anche se al momento principalmente all'interno delle proprie comunità locali. Inoltre, non è trascurabile il fatto che la comunità cinese, benché sia concentrata soprattutto nel Centro–Nord dell'Italia, negli ultimi anni abbia visto una sua significativa crescita in Campania, soprattutto nella provincia di Napoli, dove la criminalità di tale etnia ha già stabilito saldi contatti con i clan camorristici ai fini della produzione, del trasporto e della distribuzione di prodotti

contraffatti e nel porto partenopeo si registra un aumento del traffico commerciale con l'Estremo Oriente e con la Cina in particolare.

Criminalità serbo-montenegrina: attiva soprattutto nel Nord Italia

Particolare allarme desta la criminalità serbo-montenegrina, la quale si contraddistingue per organizzazione, metodologie, mentalità e dotazioni di tipo militare, data la pregressa appartenenza di molti suoi membri ad unità para-militari. I diversi filoni di indagini evidenziano come tali organizzazioni siano attive soprattutto nel Nord Italia e particolarmente nell'area milanese. Inoltre, hanno documentato che la stessa „Ndrangheta si rivolge ai gruppi serbi per la fornitura di cocaina dato che sono in grado di offrirne ingenti quantitativi ad un elevato stato di purezza ed a prezzi concorrenziali, accollandosi tutti i rischi relativi al trasporto ed allo stoccaggio.

Criminalità nomade dei rom: associazioni finalizzate al traffico internazionale di droga

Merita attenzione anche la criminalità nomade dei rom presente in Italia, dato che nell'ultimo periodo si è registrato un loro coinvolgimento di spessore nel settore della droga (non solo come attività di spaccio di differenti tipologie di stupefacenti, ma pure a livello di associazioni, anche armate, finalizzate al traffico internazionale di droga) con stretti collegamenti con gruppi delinquenziali italiani e stranieri, anche con consorterie mafiose come la „Ndrangheta. Dunque, più di altre attività illegali, il traffico di droghe non solo produce nuove compagini delinquenziali e rafforza quelle già coinvolte, ma contribuisce a generare e ad estendere il sistema relazionale che ruota attorno ad esse, superando i confini nazionali e consentendo lo sviluppo di network criminali transfrontalieri, che gestiscono le varie fasi della catena del narcotraffico. Per quanto riguarda la marijuana e più in generale la coltivazione di cannabis va evidenziato come il fenomeno – già ampiamente diffuso in quanto la cannabis è sempre la droga più prodotta al mondo con il maggior numero di consumatori – sia ulteriormente favorito non solo, come già visto, per il maggiore coinvolgimento diretto delle tradizionali organizzazioni criminali autoctone, ma anche da altri fattori, come internet e la progressiva diffusione dei c.d. smart shop, sia sul territorio che on-line.

I.5.2. 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 2010 dalle FFOO e dei risultati ottenuti al fine di contrastare tale fenomeno.

I.5.2.1 Operazioni e sequestri

Diminuzione del 5,2% delle operazioni antidroga nel 2010 (massimo storico nel 2009)

Nel 2010 le operazioni antidroga condotte dalle Forze dell'Ordine ammontano a 22.064 con una diminuzione del 5,2% rispetto all'anno precedente, in cui si era registrato il massimo storico dell'ultimo decennio.

Tipologia di operazione

Le operazioni antidroga effettuate dalle FFOO hanno portato al sequestro di sostanze illecite nell'85% dei casi, alla scoperta di reato nell'8,5% delle operazioni ed al rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 6,1% delle attività di contrasto. Rispetto all'anno precedente sono stati rinvenuti e smantellati anche tre laboratori per la trasformazione della cocaina e hashish liquido.

Operazioni antidroga per area geografica

La distribuzione geografica del numero delle azioni antidroga assume un profilo analogo al 2009, evidenziando una maggiore concentrazione di operazioni in Lombardia (16,3%), Lazio (10,6%), Campania (10,4%) ed Emilia Romagna (7,7%) (Figura I.5.1). Meno interessate dal fenomeno (quote inferiori al 4% del totale operazioni) sembrano le regioni settentrionali a statuto speciale (Valle d'Aosta, Trentino Alto Adige e Friuli Venezia Giulia), le regioni centrali che si affacciano sull'adriatico (Marche, Abruzzo e Molise), l'Umbria, alcune regioni meridionali (Calabria, Basilicata) e la Sardegna.

Tabella I.5.1: Operazioni antidroga e sequestri di sostanze illecite. Anno 2010

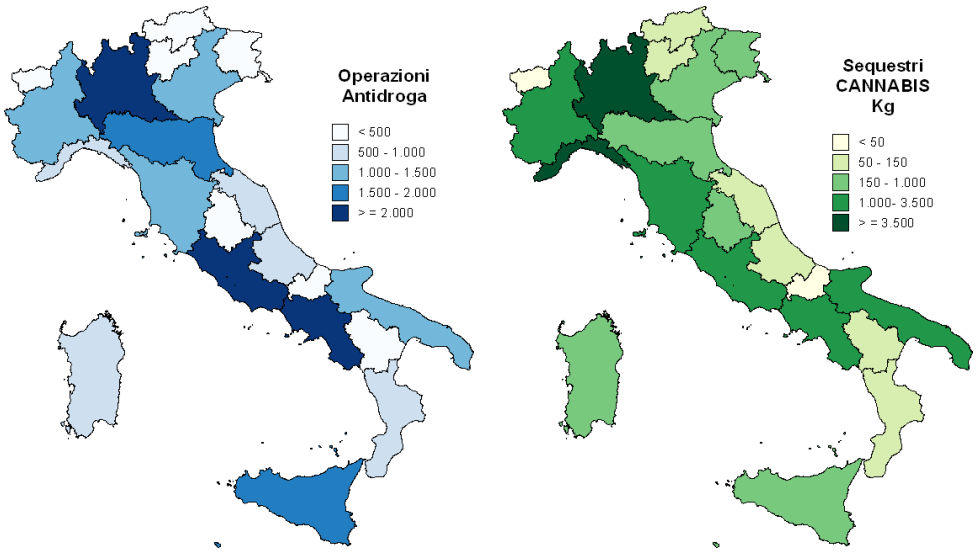
	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Operazioni antidroga					
Sequestro	19.738	84,9%	18.759	85,0%	-5,0%
Scoperta di reato	1.895	8,1%	1.883	8,5%	-0,6%
Rinvenimento	1.547	6,6%	1.339	6,1%	-13,4%
Altro	86	0,4%	86	0,4%	0,0%
Totale	23.266	100,0%	22.064	100,0%	-5,2%
Sequestri di sostanze illecite					
Cocaina (Kg)	4.073	11,9%	3.836	12,4%	-5,8%
Eroina (Kg)	1.155	3,4%	944	3,0%	-18,3%
Hashish (Kg)	2.0311	59,6%	20.141	64,9%	-0,8%
Marijuana (Kg)	8.098	23,7%	5.337	17,2%	-34,1%
Piante di cannabis (piante)	118.967	-	71.988	-	-39,5%
Droghe sintetiche (unità/dosi)	66.208	-	74.622	-	+12,7%

Diminuzione delle operazioni di sequestro

Diminuzione dei volumi per: cocaina, eroina, hashish, marijuana e piante di cannabis
Aumento per le droghe sintetiche

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Figura I.5.1: Numero di operazioni antidroga effettuate dalle FFOO e quantità di cannabis (chilogrammi) sequestrata. Anno 2010



Maggiori volumi di cannabis: Liguria, Lombardia

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Nel 2010, contrariamente all'anno precedente, si è registrata una notevole riduzione dei sequestri di marijuana (-34,1%), mentre sono rimasti quasi inalterati i sequestri di hashish (-0,8%); i quantitativi più consistenti sono stati sequestrati principalmente in Italia settentrionale, in Liguria (30,4% del totale complessivo) e in Lombardia (14,7%) (Figura I.5.1), a differenza del 2009 in cui ai vertici della classifica figurava la Regione Campania.

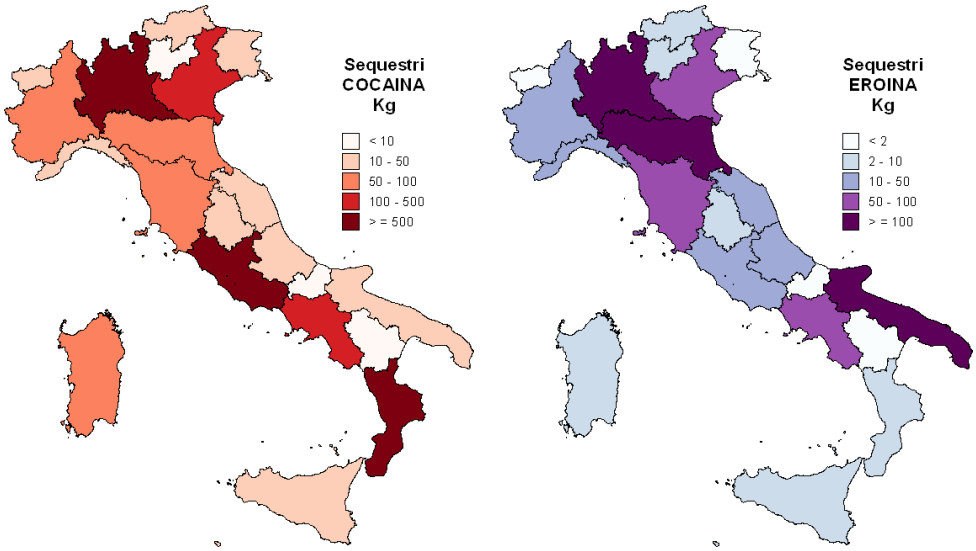
Riduzione dei sequestri di marijuana

Si è osservata anche una riduzione dei quantitativi di cocaina ed eroina sequestrati dalle Forze dell'Ordine (rispettivamente 3,8 e 0,9 tonnellate), corrispondenti ad un decremento del 5,8% rispetto al 2009 per la cocaina e del 18,3% per l'eroina.

Riduzione dei sequestri di cocaina ed eroina

Le quantità più consistenti di cocaina sono state sequestrate in Calabria (31,4%), seguita dalla Lombardia (25,1%) e dal Lazio (18,8%), mentre i maggiori sequestri di eroina sono stati registrati in Lombardia (33,0%), Puglia (19,4%) ed Emilia-Romagna (12,7%) (Figura I.5.2).

Figura I.5.2: Distribuzione delle quantità di cocaina e di eroina sequestrate nel 2010

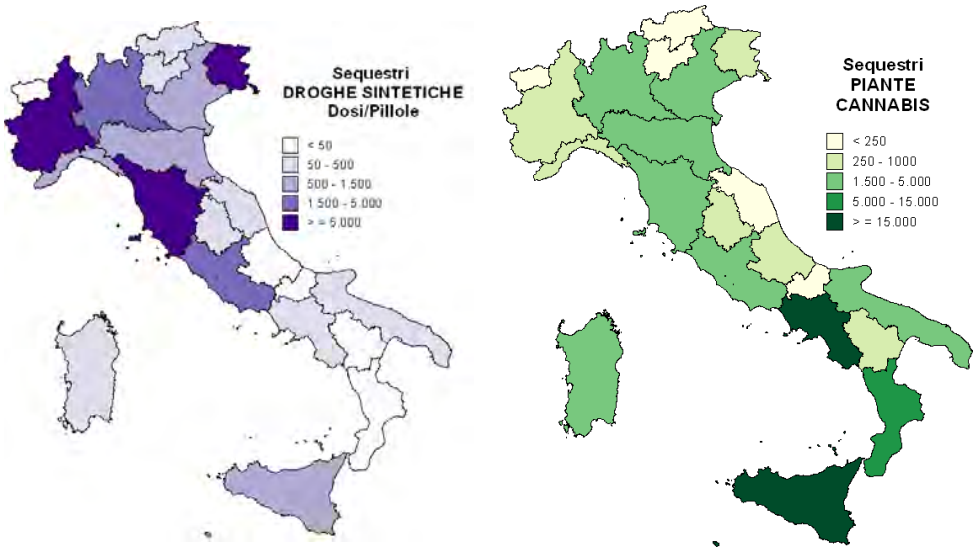


Maggiori volumi di cocaina: Calabria, Lombardia, Lazio

Di eroina: Lombardia, Puglia, Emilia-Romagna

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Figura I.5.3: Distribuzione delle quantità di anfetaminici e delle piante di cannabis sequestrate nel 2010



Di droghe sintetiche: Toscana, Friuli Venezia Giulia e Piemonte

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 è stata effettuata in Toscana (64,0% della quantità complessiva di sostanze sequestrate), seguita dal Friuli Venezia Giulia (14,9%) e dal Piemonte (8,7%).

Produzione in proprio e sequestri di piante di cannabis per area geografica: Sicilia e Campania

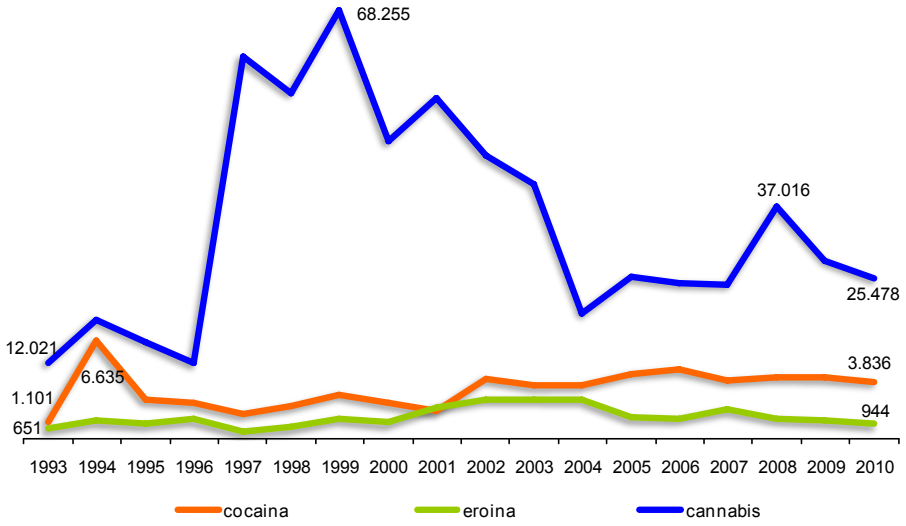
Diametralmente opposto il profilo delineato dalle attività di sequestro delle piante di cannabis a conferma dell'allarme lanciato dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga rispetto alla diffusione della produzione in proprio di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata. Infatti, i sequestri di piante di cannabis, diminuiti del 39,5% rispetto al 2009, sono stati effettuati principalmente nelle regioni meridionali della Sicilia (28,7%), Campania (24,8%) e Calabria (11,3%), regioni favorite anche dalle condizioni climatiche (Figura I.5.3).

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, oltre le 40 tonnellate, nel periodo 1997 - 2003; dal 2004 in poi si registra un periodo di sostanziale stabilità, ad eccezione del 2008 in cui le FFOO hanno intercettato un

quantitativo che superava le 37 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, mentre l'eroina tra 1,0 e 2,5 tonnellate, raggiungendo nel 2010 il valore minimo registrato nell'ultimo decennio (Figura I.5.4).

Figura I.5.4: Quantitativi di sostanze illecite sequestrati dalle FFOO nell'ambito delle operazioni antidroga. Anni 1993 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

I.5.2.2. Laboratori smantellati

Nel 2010 smantellati nuovi laboratori

Dal 2004 sono stati smantellati 20 laboratori adibiti alla produzione e trasformazione delle sostanze psicoattive, in prevalenza cocaina. L'intensa attività delle FFOO ha consentito l'intercettazione nel corso del 2008 del maggior numero di laboratori negli ultimi cinque anni, 4 adibiti alla trasformazione della cocaina ed uno a quella dell'eroina. Nel 2010 sono stati scoperti 3 laboratori, di cui uno adibito alla trasformazione dell'hashish liquido.

Laboratori per area geografica: Lombardia, Lazio

Considerando l'intero periodo, la metà dei laboratori è stata smantellata in Lombardia, 3 nel Lazio, 2 nel Veneto, 2 nel Piemonte e un laboratorio rispettivamente nelle regioni di Liguria, Puglia, Campania e Sicilia.

Tabella I.5.2: Laboratori smantellati dalle FFOO per tipologia di sostanza prodotta. Anni 2004 – 2010

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Cocaina	2	4	1	2	4	-	2
Eroina	-	-	1	1	1	-	-
Amfetamine	-	-	-	-	-	1	-
Metamfetamine	-	-	1	-	-	-	-
Hashish liquido	-	-	-	-	-	-	1
Totale	2	4	2(*)	3	5	1	3

(*) Il totale laboratori è inferiore alla somma per singola sostanza, perché un laboratorio trasformava sia eroina che cocaina

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

I.5.3. Prezzo e purezza

I.5.3.1 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.
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).
Anche nel 2010, continua la discesa dei prezzi massimi e minimi della cocaina e dell'acido lisergico (LSD), mentre si osserva un nuovo aumento dei prezzi massimi e minimi dei cannabinoidi. Si mantiene stabile il prezzo dell'eroina bianca e dal 2009 tornano ad aumentare i prezzi minimi e massimi dell'eroina brown, delle amfetamine e della singola dose di ecstasy.

Tabella I.5.3: Prezzo minimo e massimo per unità (grammo/dose/pillola) di sostanza stupefacente – Anni 2009 e 2010

	Prezzo minimo			Prezzo massimo		
Sostanze	**2009**	**2010**	**Δ%**	**2009**	**2010**	**Δ%**
Hashish (gr)	8,8	8,9	+1,8%	12,8	13,5	+5,2%
Marijuana (gr)	7,5	7,7	+2,7%	8,9	9,4	+5,6%
Eroina brown (gr)	34,7	35,5	+2,3%	48,2	48,4	+0,4%
Eroina bianca (gr)	53,3	53,3	0,0%	68,3	68,3	0,0%
Cocaina (gr)	58,8	57,9	-1,4%	83,8	80,4	-4,0%
Amfetamine (gr)	14,8	16,0	+8,1%	16,2	17,4	+7,4%
Ecstasy (dose)	14,1	14,8	+4,8%	17,7	18,5	+4,5%
LSD (dose)	28,0	23,3	-16,7%	29,2	28,2	-3,6%

Fonte: Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Differenti variazioni dei prezzi:

lieve aumento dei prezzi per cannabis e derivati;

diminuzione per cocaina;

stabile l'eroina;

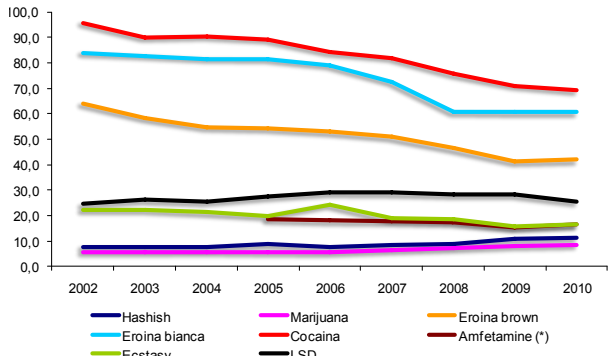
aumento amfetamine;

diminuzione dell'LSD

Dal 2002 al 2010, la media dei prezzi è passata da 96 € a poco più di 69 € per grammo per la cocaina, e da circa 29 € a poco meno di 26 € per una dose di LSD; aumenti minimi, di poco superiori ad un euro a dose, si sono registrati nell'ultimo anno in corrispondenza dei cannabinoidi, dell'eroina brown, dell'ecstasy e delle amfetamine (Figura I.5.5).

Trend generale dei prezzi medi dal 2002 al 2010 in ribasso

Figura I.5.5: Media dei prezzi per dose di sostanza psicoattiva. Anni 2002 – 2010



(*) 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

I.5.3.2 Purezza

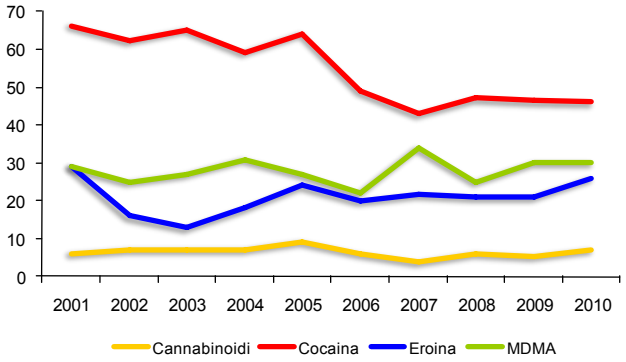
I dati di purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato inseriti nelle schede dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions. I dati sono relativi sia ai sequestri di maggiori quantitativi che ai sequestri di droga da strada.

Aumento della % di principio attivo dei cannabinoidi e dell'eroina

Nel 2010, la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è aumentata sia per i cannabinoidi (THC), passando dal 5% al 7%, che per l'eroina, passando dal 21 al 26%. La percentuale di sostanza pura nell'MDMA e nella cocaina è rimasta stabile, confermando il valore osservato nel 2009, rispettivamente 30% e 46% (Figura I.5.6).

Stabile la % di principio attivo nella cocaina e nei preparati di MDMA

Figura I.5.6: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Alta variabilità della quantità dei principi attivi

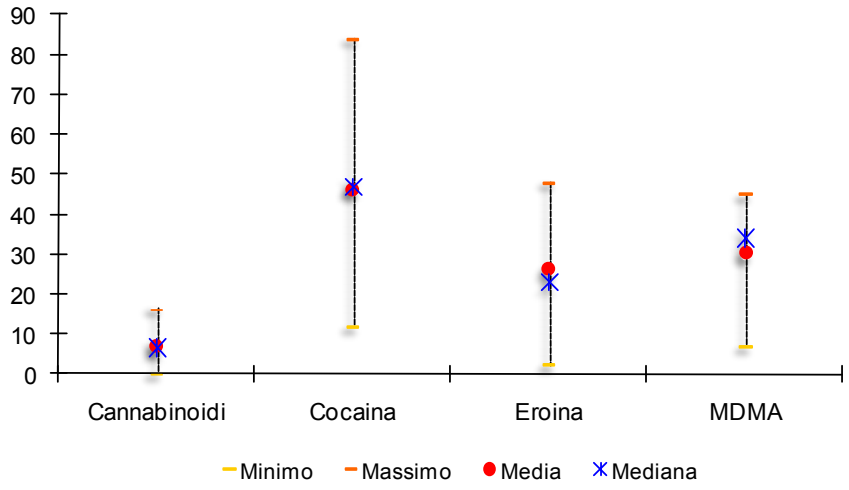
Nella tabella I.5.4 sono contenuti i valori massimi, minimi, medi e mediani di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali nel 2010. La variabilità è molto elevata: dallo 0,3% al 16,5% per i cannabinoidi, dal 12% all'84% per la cocaina, dal 2,4% al 48% per l'eroina e dal 7% al 45% per l'MDMA: 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 I.5.4: Valori medi, minimi e massimi di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali. Anno 2010

	Cannabinoidi	Cocaina	Eroina	MDMA
minimo	0,3	12	2,4	7
media	6,9	46	26	30
mediana	6,6	47	23	34
massimo	16,5	84	48	45

Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Figura I.5.7: Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

I.5.4. Monitoraggio dei siti web che commercializzano online sostanze stupefacenti o sostanze che ne mimano gli effetti

Sistema nazionale di allerta precoce e rete internet

Nell'ambito delle attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga (www.allertadroga.it), il monitoraggio della rete Internet costituisce uno degli importanti elementi per il recupero di informazioni tempestive che possano contribuire a definire il fenomeno della comparsa di nuove droghe e di nuove modalità di consumo, soprattutto tra la popolazione giovanile.
Da novembre 2010, l'attività del monitoraggio del web si è concentrata sui siti che commercializzano via Internet sostanze stupefacenti o sostanze che ne mimano gli effetti. Le informazioni relative al monitoraggio sono state raccolte in un database di siti web; su questa base dati è stato elaborato il presente report.

Scopo del monitoraggio

Il report è stato condotto su una serie di siti raggiungibili dall'Italia e che promozionano e commercializzano via web sostanze stupefacenti o sostanze che ne mimano gli effetti. Oltre alla raccolta di informazioni utili ai fini del Sistema di Allerta, lo scopo del monitoraggio era quello di individuare quali fossero le caratteristiche dei siti che vendono tali sostanze, quale fosse la tipologia di prodotto promozionato e commercializzato, nonché quali fossero le tecniche di vendita più frequentemente impiegate. Tutto ciò, al fine di caratterizzare in maniera più dettagliata un fenomeno che, come indicato anche dagli organismi internazionali (EMCDDA 2011 e 2010), assume dimensioni sempre più vaste e presenta importanti sfide alle attività di controllo e repressione del traffico di sostanze illecite a causa della difficoltà di localizzare in maniera precisa sia i siti di vendita che i percorsi utilizzati per la consegna dei prodotti.

I.5.4.1. Metodologia

Online drugstore

Il monitoraggio è stato condotto su 145 siti per un periodo di 6 mesi, da novembre 2010 a maggio 2011. L'individuazione dei siti è avvenuta attraverso il motore di ricerca Google: digitando nello spazio di ricerca i nomi di alcuni prodotti commerciali, noti per il loro uso ricreazionale tra la popolazione giovanile, si sono

potuti identificare numerosi siti web. Di tutti i siti individuati, sono stati selezionati quelli che offrivano maggiore informazioni rispetto alle esigenze conoscitive del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (dati societari, catalogo prodotti, tecniche e condizioni di vendita, forme di contatto del cliente, ecc.) Tale scelta metodologica è stata giustificata con la necessità di lavorare su un campione quanto più ricco possibile di informazioni per arricchire in maniera significativa il quadro relativo al fenomeno della vendita di sostanze online.
Infine, la scelta del numero totale di siti web da monitorare per 6 mesi è dipesa principalmente da 2 fattori: la numerosità degli operatori coinvolti nella ricerca, nel monitoraggio, nel recupero delle informazioni e nella loro analisi, nonché la frequenza del monitoraggio. Si rendeva necessario, infatti, non solo consultare i siti e recuperare le informazioni in essi contenute, ma anche osservarli nel tempo per registrarne le modificazioni, la variazione dell'offerta dei prodotti o di altri elementi che hanno costituito oggetto dell'indagine. Pertanto, sono stati inseriti nel campione 145 siti web che, per 6 mesi, sono stati monitorati con una frequenza settimanale.
E' stata eseguita un distinzione della tipologia di siti monitorati. La distinzione ha tenuto conto della terminologia utilizzata dai consumatori che è stata ricavata dall'osservazione dei social network, dei forum e dei blog. Inoltre, frequentemente sono i gestori dei siti stessi che riportano sui siti descrizioni circa l'attività promossa e che si autodefiniscono in un modo piuttosto che nell'altro. Le tipologie individuate sono 4: smart shop, head shop, growshop, siti a vendita indiretta.

Smart shop

Gli smart shop sono negozi al dettaglio specializzati nella vendita di sostanze psicoattive legali e relativi accessori. Il nome deriva dal tipo di prodotti venduti chiamati "smart drugs", una classe di sostanze non ancora classificate come illegali ma che ne mimano gli effetti. Le sostanze vendute possono essere di origine naturale ma anche totalmente sintetiche. Negli smart shop vengono venduti inoltre tabacchi aromatizzati, accessori per fumatori, stimolanti sessuali, semi di cannabis.

Head shop

Un headshop è un negozio specializzato nella vendita di accessori legati al consumo di cannabis. Commercializza anche riviste di controcultura, musica, abbigliamento e arredamento. Gli accessori che possono essere acquistati in questi negozi possono essere pipe ad acqua (bong), cilum, rollatori, incenso, abbigliamento alternativo, ecc.

Grow shop

Per growshop si intendono siti specializzati nella vendita di attrezzature e strumenti per la coltivazione della cannabis, in particolare attrezzature per l'illuminazione, il trattamento aria, il trattamento acqua, l'irrigazione, gli strumenti di misura, i fertilizzanti, ecc.

Siti a vendita indiretta

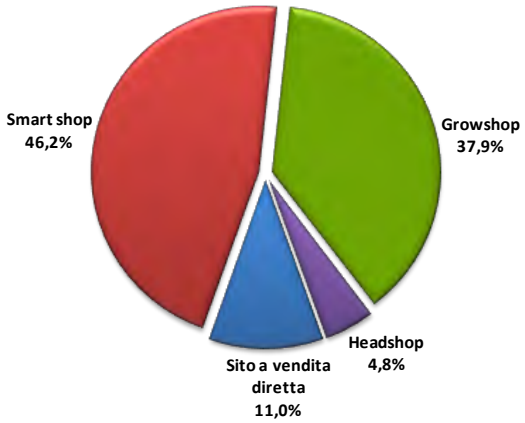
Sono stati quindi considerati nella categoria "Siti a vendita indiretta" i siti che riportano informazioni sulle sostanze e che non sono dedicati direttamente alla loro commercializzazione né alla commercializzazione di accessori legati alla loro coltivazione o consumo. La maggior parte di questi siti è risultato riportare un collegamento ad altri online drugstore per acquistare sostanze e prodotti citati sul sito originale. Si tratta quindi di siti che promozionano indirettamente l'acquisto dei prodotti online. Sono stati inclusi in questa categoria i siti non istituzionali, indipendentemente dalla posizione che questi mostravano rispetto all'uso di droghe (atteggiamento proibizionista o antiproibizionista, ecc.).

I.5.4.2. I risultati del monitoraggio

Grande presenza di smart shop

L'indagine ha evidenziato che dei 145 siti osservati, la maggior parte (46,2%) era del tipo smart shop; il 37,9% del tipo growshop e il 4,8% del tipo headshop. L'11,1% dei siti si occupa della vendita indiretta di sostanze.

Figura I.5.8: Distribuzione dei siti secondo la tipologia - percentuale

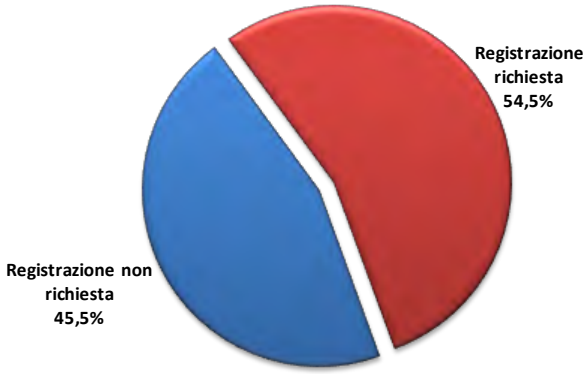


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il 54,5% richiede di registrarsi

Mentre tutti i siti consentono di accedere alla loro home page, alcuni di questi prevedono un'area riservata cui è possibile accedere solamente se l'utente risulta registrato. L'utente può richiedere la registrazione direttamente dal sito, contattando gli amministratori secondo le indicazioni ivi riportate. Tramite mail, gli vengono rilasciate un nome utente ed una password che l'utente può quindi utilizzare per accedere alle pagine riservate.
L'indagine condotta ha evidenziato che del campione di siti osservati, oltre la metà (54,5%) ha delle aree riservate cui gli utenti possono accedere solo tramite registrazione. Il 45,5%, invece, consente la consultazione di tutte le sue pagine liberamente, senza che l'utente si debba autenticare.

Figura I.5.9: Distribuzione dei siti secondo la richiesta di registrazione da parte dei gestori

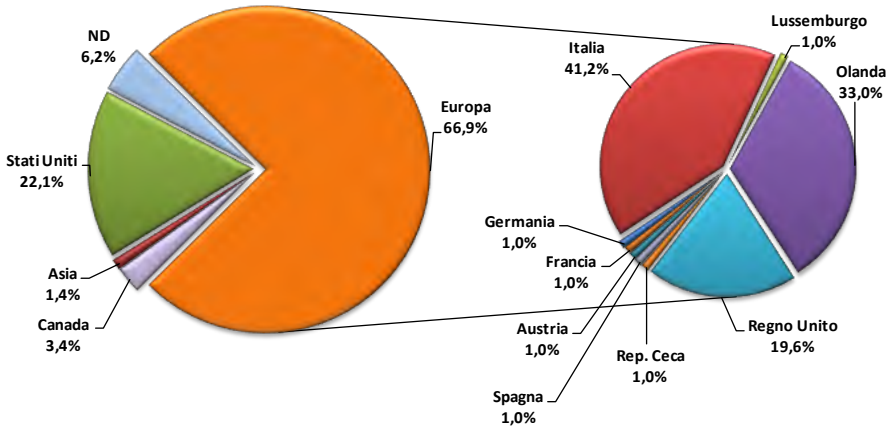


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

La maggior parte dei siti si colloca in Europa

Nella sezione contatti, i gestori dei siti riportano generalmente dove è localizzata l'attività promozionata online. Secondo le informazioni riportate, il monitoraggio ha evidenziato che la maggior parte delle attività è localizzata in Europa (66,9%). Il 22,1% trova sede negli Stati Uniti, il 3,4% in Canada e l'1,4% in Asia. Nel 6,2% dei casi non è stato possibile definire dove risultano collocate le attività poiché l'informazione non era riportata in alcuna sezione del sito osservato.
Per quanto riguarda l'Europa, il 41,2% delle attività promosse dai siti osservati ha sede in Italia, il 33% in Olanda, il 19,6% nel Regno Unito. Le rimanenti attività hanno sede in Germania, Francia, Austria, Spagna, Repubblica Ceca e Lussemburgo.

Figura I.5.10: Distribuzione dei siti secondo la localizzazione delle attività promozionate

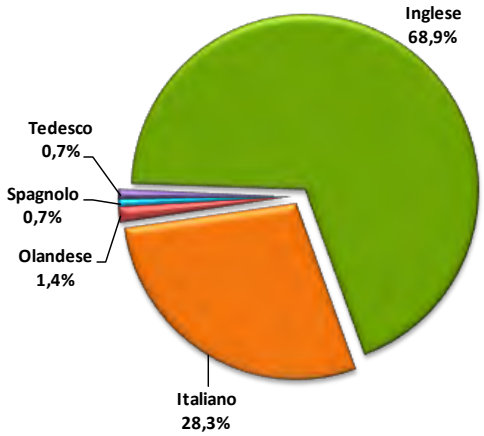


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

In relazione alla lingua utilizzata dai gestori dei siti, la maggior parte (69%) utilizza l'inglese, il 28,3% l'italiano. In misura minore vengono utilizzati l'olandese (1,4%), lo spagnolo (0,7%) e il tedesco (0,7%). Interessante notare che solo il 18,4% dei siti che utilizzano la lingua inglese indica come sede delle proprie attività il Regno Unito. La maggior parte (32,6%), invece, colloca tali attività negli Stati Uniti e nel 25,6% dei casi in Olanda (Figura I.5.11).

La lingua più frequentemente utilizzata è l'inglese.

Figura I.5.11: Distribuzione dei siti secondo la lingua utilizzata – percentuale

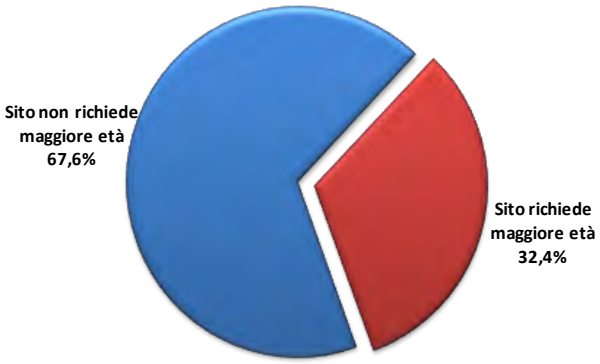


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il monitoraggio ha evidenziato che alcuni siti chiedono agli utenti di indicare se sono maggiorenni oppure no. L'accesso al sito è possibile solo se l'utente dichiara di essere maggiorenne. Nello specifico, quando si accede alla home page, compare un messaggio in cui i gestori comunicano che: "Si può accedere al sito se si hanno almeno 18 anni di età o se si ha almeno la maggiore età nella giurisdizione in cui si risiede o da cui si accede al sito. Se non si soddisfano questi requisiti, non si ha il permesso di utilizzare il sito web". L'utente deve quindi fare click sul tasto "Sì" o "No" per dichiarare la propria età. E' da evidenziare che non è richiesto alcun tipo di prova relativamente alla veridicità dell'informazione trasmessa dall'utente, né viene richiesto alcun tipo di documento che accerti l'età dichiarata. In relazione ai siti osservati, il 32,4% richiedeva la maggiore età come requisito per l'accesso; il rimanente 67,6% non richiedeva alcun requisito per accedere.

Il 67,6% dei siti non richiede all'utente la maggior età per accedere

Figura I.5.12: Distribuzione dei siti secondo la richiesta di maggiore età subordinata all'accesso al sito – percentuale

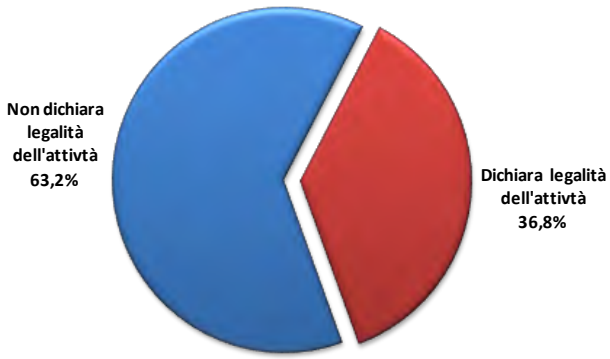


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il 36,8% dei siti riporta messaggi sulla legalità della propria attività

E' stato osservato che il 36,8% dei siti riporta nella propria home page un messaggio che attesta la legalità dell'attività promozionata, specificando, per esempio, che i semi vengono venduti solamente come souvenir o che i prodotti commercializzati hanno sole finalità di collezionismo. Spesso questo messaggio viene accompagnato da una nota in cui vengono riportate informazioni sulla normativa vigente, sulla possibilità di commercializzare certe sostanze, di acquisirle o di coltivarle nei vari Paesi (Figura I.5.13).

Figura I.5.13: Distribuzione dei siti secondo la presenza di dichiarazioni circa la legalità dell'attività svolta – percentuale



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il 65,5% dei siti riporta messaggi che promuovono l'uso di sostanze stupefacenti

Il 65,5% dei siti osservati riportava messaggi di promozione dell'uso di sostanze stupefacenti. In questo tipo di messaggio vengono generalmente riportati commenti sulla necessità di liberalizzare le droghe e sui benefici che il consumo di droghe può portare nella vita di chiunque. Nel 23,4% dei casi, il messaggio riportato non era chiaro sulla posizione dei gestori rispetto alla vendita e all'uso di droghe o venivano riportati commenti contrastanti circa le politiche governative sulla gestione della commercializzazione delle stesse. Infine, l'11% dei siti osservati non riportava alcun messaggio di istigazione né favoreggiamento all'uso di sostanze o, addirittura, venivano in esso riportati commenti assolutamente contrari all'uso di droghe.

Figura I.5.14: Distribuzione dei siti secondo la presenza di messaggi di promozione dell'uso di sostanze – percentuale



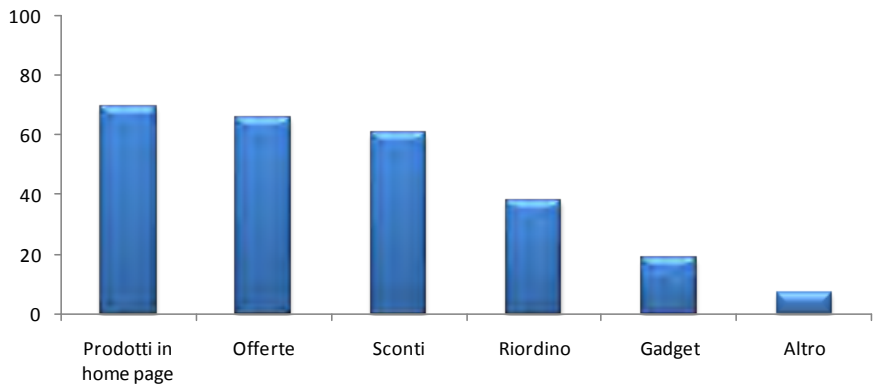
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'osservazione ha tenuto conto anche delle tecniche con cui i siti web incentivano la vendita dei loro prodotti. Il grafico sottostante mostra che la messa in evidenza dei prodotti sulla homepage del sito rappresenta la tecnica più utilizzata dai siti (69,7%). In questo modo, vengono messi in luce i prodotti più nuovi o quelli più venduti. Spesso gli stessi prodotti sono accompagnati da commenti sulla loro efficacia garantita e sull'ottimo rapporto tra qualità e prezzo.

La tecnica di incentivo alla vendita più utilizzata è quella di mettere i prodotti in home page

Altre tecniche di vendita impiegate dai gestori dei siti web sono le offerte (65,5%) e gli sconti (60,7%), attraverso cui viene ribassato il prezzo da listino e con cui, spesso, si incentiva il cliente all'acquisto offrendo di pagare, ad esempio, 3 pezzi al prezzo di uno. Il 37,9% dei siti osservati prevede anche uno sconto al cliente che, in seguito ad un precedente acquisto, torna a fare compere presso il medesimo sito (tecnica del "riordino"). Alcuni siti web (18,6%), inoltre, prevedono la consegna di un gadget o della riduzione dell'importo da pagare a fronte di acquisti superiori ad un dato prezzo.

Figura I.5.15: Distribuzione dei siti secondo le tecniche utilizzate per incentivare la vendita dei prodotti – percentuale



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

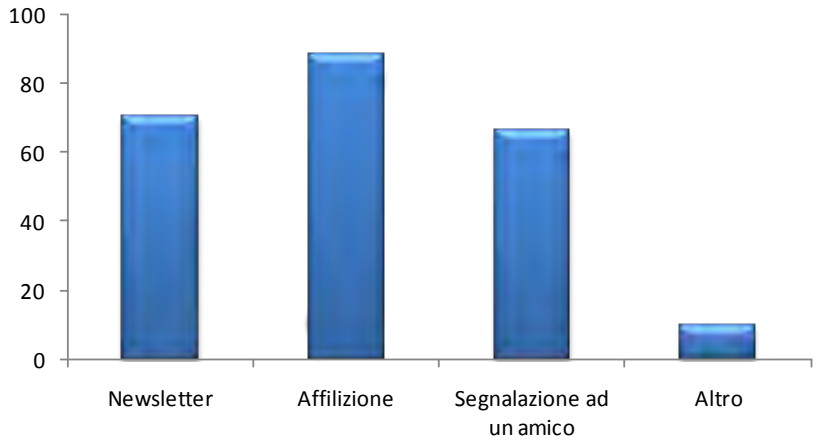
Al fine di promuovere la propria attività, gli on-line drugstore adottano delle vere e proprie tecniche di marketing che permettono loro di tenere informati i propri clienti sui nuovi prodotti e le nuove offerte. La tecnica più frequentemente utilizzata per raggiungere questo obiettivo è l'affiliazione (88,3%), cioè la

L'attività di marketing più frequentemente registrata è

l'affiliazione

proposta e, successivamente, l'implementazione di un accordo tra il titolare di un sito di ecommerce (affiliante), e uno o più web master che gestiscono altri siti web (affiliati). L'affiliato promuove l'affiliante sul proprio sito web, ottenendo una commissione per i risultati effettivamente raggiunti che solitamente si esplicitano nella vendita di un prodotto.
Un'ulteriore tecnica di marketing utilizzata è l'invio periodico di una newsletter al cliente che si è registrato (70,3%). Si è visto che generalmente la frequenza con cui vengono inviati via mail gli aggiornamenti è settimanale.
Infine, un'altra tecnica individuata (66,2%) è quella della "segnalazione ad un amico", una strategia orientata ad incentivare il cliente, con sconti e agevolazioni, affinché fornisca nominativi ed indirizzi email di parenti ed amici che potrebbero essere interessati ad acquistare medicinali online. Il cliente segnalante riceve delle facilitazioni se le persone segnalate concludono l'operazione di acquisto.
Da evidenziare che i siti web possono adottare contemporaneamente più tecniche di marketing.

Figura I.5.16: Distribuzione dei siti secondo le tecniche utilizzate per incentivare la vendita dei prodotti – percentuale



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'82,1% dei siti riporta testimonianze incentivanti l'acquisto da parte dei clienti

L'82,1% dei siti osservati riporta testimonianze di clienti che hanno già acquistato o utilizzato il prodotto/la sostanza. Si tratta di testimonianze che generalmente riportano la qualità del prodotto e si esprimono favorevolmente rispetto al rapporto qualità/prezzo. Per i siti a vendita indiretta, le testimonianze riportano le esperienze vissute dai consumatori che hanno provato le varie sostanze e i consigli sulle dosi e le associazioni per beneficiare al meglio della sostanza consumata.

Figura I.5.17: Distribuzione dei siti secondo la presenza di testimonianza riportate – percentuale

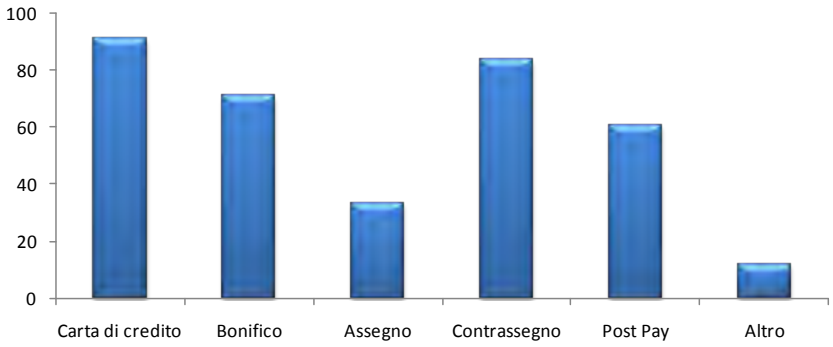


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Osservando le modalità di pagamento previste dai vari siti web, è emerso che la maggior parte (91%) accetta pagamenti con carta di credito. Le principali carte di credito accettate sono risultate essere Visa, Mastercad, American Express, JCB e Diners Club. Le carte di credito prepagate, invece, pare non vengano accettate. In seconda battuta, è previsto il pagamento in contrassegno (83,4%), il bonifico (71%) e la modalità di pagamento tramite posta, Post Pay (60,7%). L'assegno elettronico viene accettato nel 33,1% dei casi.
Da evidenziare che i siti web possono adottare contemporaneamente più modalità di pagamento.

Il 91% dei siti accetta pagamenti con carta di credito

Figura I.5.18: Distribuzione dei siti secondo le modalità di pagamento previste – percentuale



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Al momento dell'acquisto di un prodotto, vengono sempre evidenziate le spese di spedizione del medesimo. Nel 53,8% dei casi, le spese di spedizione sono considerate a carico dell'acquirente. Il 46,2%, invece, sostiene interamente il costo della spedizione, senza addebitarle all'acquirente.

Nel 53,8% dei casi, le spese di spedizione sono a carico dell'acquirente

Figura I.5.19: Distribuzione dei siti secondo l'inclusione delle spese di trasporto nella somma totale pagata dall'acquirente– percentuale

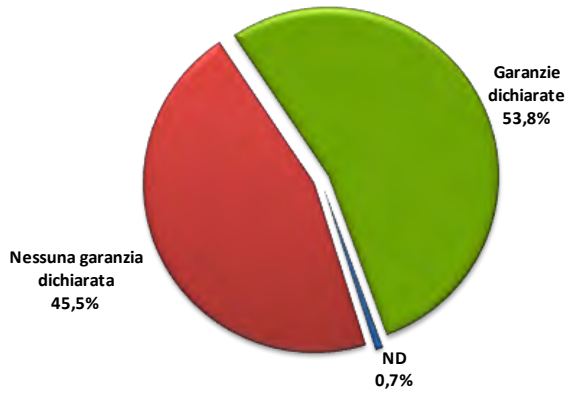


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Oltre la metà dei siti osservati (53,8%) descrive una serie di garanzie rispetto alla merce acquistata. Le garanzie riguardano soprattutto la qualità e l'efficacia del prodotto acquistato. Ciò è avvalorato dal fatto che spesso appare sul sito il messaggio "Soddisfatti o rimborsati". Ulteriore garanzia che viene spesso fornita è quella relativa alla riservatezza rispetto alla natura del prodotto inviato e alla sua provenienza. Non è infrequente, infatti, trovare siti che promettono di mantenere la massima discrezione nei riguardi della privacy del cliente al momento della consegna del prodotto acquistato. Molti dichiarano di spedire i propri prodotti in imballi anonimi, ove non compaiono riferimenti circa il contenuto trasportato né etichette che ne rivelino la provenienza. Mentre il 45,5% dei siti esaminati non dichiara alcuna delle garanzie sopraccitate, per lo 0,7% dei siti non è stato possibile definire se e quale tipo di garanzia venisse fornita.

Oltre la metà dei siti osservati (53,8%) assicura garanzie rispetto alla merce acquistata

Figura I.5.20: Distribuzione dei siti secondo la presenza di garanzie dichiarate sui prodotti commercializzati

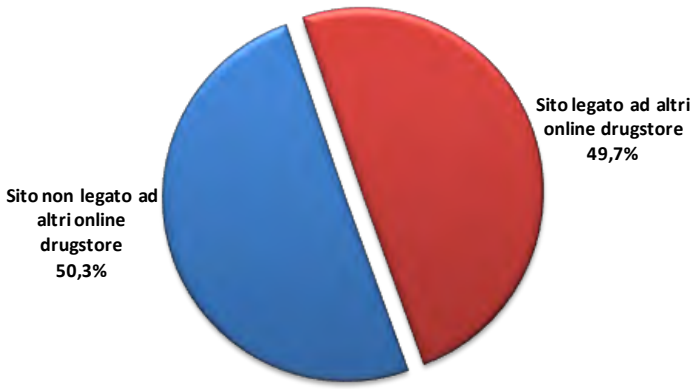


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il 50,3% dei siti è legato ad altri siti web che commercializzano on-line sostanze stupefacenti o sostanze che ne mimano gli effetti. Il legame viene di solito evidenziato nella sezione "Link" del sito o nei banner posizionati ai lati delle pagine web. Si tratta generalmente di siti web che, a loro volta, riportano il link o il banner al sito originale. Spesso i due siti promuovono attività la cui origine risulta essere la medesima. E' stato possibile recuperare tale informazione poiché i contatti e gli indirizzi riportati presso i vari siti erano gli stessi e non lasciavano dubbi sulla società di origine del sito. Nel 52,8% dei casi essi fanno riferimento a siti del tipo smart shop (Figura I.5.21).

Il 50,3% dei siti è legato ad online drugstore

Figura I.5.21: Distribuzione dei siti secondo la presenza di un legame con altri online drugstore - percentuale

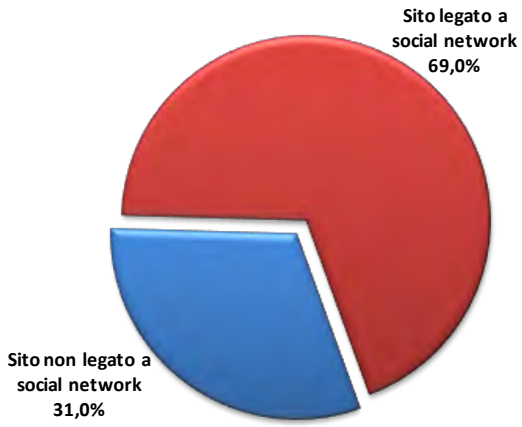


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il 69% dei siti osservati, inoltre, risulta legato a social network, generalmente Facebook, particolarmente in voga tra la popolazione giovanile. Sul social network, quindi, vengono riportate una o più pagine dedicate all'attività di promozione dei prodotti. Il nome della pagina del social network riporta il nome del sito o del prodotto commercializzato. Qui vengono pubblicate informazioni sui nuovi prodotti disponibili e sulle offerte e le promozioni del momento. Per procedere agli acquisti è comunque necessario collegarsi all'online drugstore.
Il collegamento dei vari siti con i social network rende le politiche di promozione dell'attività dei siti estremamente versatili e capillari, in grado di utilizzare molti canali, anche quelli più noti al target giovanile, e di raggiungere, quindi, una parte molto ampia della popolazione.

Il 69% dei siti risulta legato a social network

Figura I.5.22: Distribuzione dei siti secondo la presenza di un legame con social network - percentuale

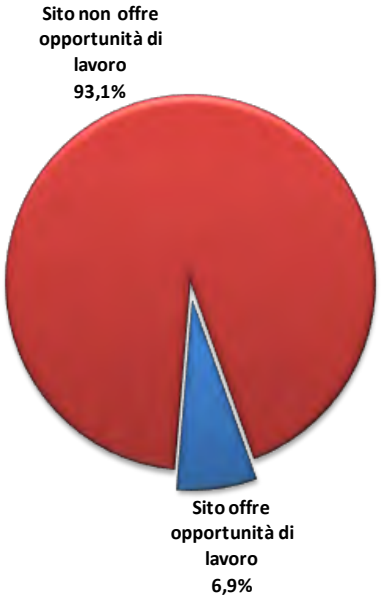


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il 6,9% dei siti offre agli utenti opportunità di lavoro. Il lavoro proposto può essere on-line o presso aziende che commercializzano i prodotti. Per i lavori online viene proposto di aprire e gestire siti simili a quello originale per ampliare la rete dei contatti dell'azienda madre. Per i lavori presso aziende, viene proposto di aprire dei negozi in franchising facenti capo all'azienda madre (Figura I.5.23).

Il 6,9% dei siti offre agli utenti opportunità di lavoro

Figura I.5.23: Distribuzione dei siti secondo la presenza di offerte di lavoro – percentuale

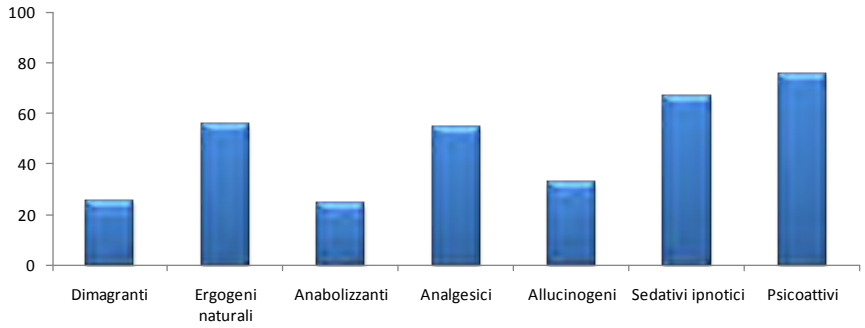


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

In relazione alle funzionalità dei prodotti, tra quelli più frequentemente venduti presso i siti oggetto di monitoraggio, le sostanze psicoattive sono quelle maggiormente promozionate (75,9%), seguite dai sedativi (66,9%), dagli ergogeni naturali (55,9%), e gli analgesici (54,5%). Da evidenziare che ciascun sito osservato può commercializzare contemporaneamente più prodotti.

Le sostanze psicoattive sono quelle maggiormente promozionate (75,9%)

Figura I.5.24: Distribuzione dei siti secondo la funzionalità dei prodotti venduti - percentuale

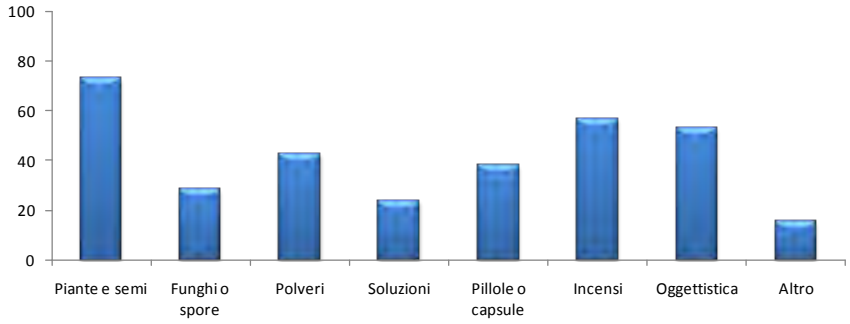


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Le tipologie di prodotti più frequentemente commercializzati sono piante e semi (73,1%), seguiti da incensi (56,6%). Il 53,1% dei siti vende oggettistica per la coltivazione, il consumo e lo stoccaggio delle sostanze; il 42,8% vende prodotti sottoforma di polveri. Questi includono sia sostanze quali catinoni sintetici puri (ad esempio, mefedrone, butilone, ecc.) ma anche sostanze vendute come sali da bagno (ad esempio, Ivory Wave). Anche in questo caso è opportuno segnalare che ciascun sito osservato può commercializzare contemporaneamente più tipologie di prodotti (Figura I.5.25).

I prodotti più spesso venduti sono piante e semi (73,1%)

Figura I.5.25: Distribuzione dei siti secondo la tipologia di prodotti commercializzati - percentuale



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.5.4.3. Conclusioni

L'indagine condotta mostra quanto la vendita on-line di sostanze stupefacenti, o di sostanze che ne mimano gli effetti, rappresenti una realtà particolarmente complessa.
Si tratta, tuttavia, di un fenomeno estremamente difficile da controllare. Oltre alla difficoltà di individuare chiaramente la localizzazione delle attività dei siti web, spesso localizzati su server stranieri, tali siti hanno spesso vita breve, cioè chiudono e riaprono molto rapidamente, riproponendosi con layout grafici diversi ma adottando le medesime modalità di vendita e riproponendo gli stessi precedenti contatti. Inoltre, si è notato che per molti siti, le cui attività risultano localizzate in Italia, parte delle vendite si appoggia a siti che propongono aste a tempo o ad altri portali in grado di mascherare la vendita come la commercializzazione di prodotti del settore agricolo, chimico-industriale, farmaceutico, alimentare, ecc.
Queste caratteristiche sono state rese visibili proprio dal fatto che il monitoraggio è avvenuto con frequenza settimanale e ha permesso, quindi, di individuare le variazioni tra i siti, nonché informazioni diversificate ed utili per eventuali azioni di contrasto.
L'ottima organizzazione dei siti e la grande abilità nel promuoversi sul web costituiscono, inoltre, elementi purtroppo vincenti per rafforzare il fenomeno e radicarlo sempre di più nella realtà della popolazione, soprattutto in quella più giovane. Da qui, quindi, l'esigenza di mantenere attivi i monitoraggi su web.
Infine, è opportuno che il monitoraggio del web sia fortemente connesso anche all'attività delle Forze di Polizia. In questo modo sarà possibile associare all'azione di monitoraggio anche un'eventuale azione di contrasto del traffico e dello spaccio delle sostanze stupefacenti su web.

Parte Seconda

Programmazione e organizzazione del sistema di risposta

CAPITOLO II.1.

POLITICHE SULLE DROGHE

II.1.1. Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2010

II.1.2. Normative regionali emanate nell'anno 2010

II.1.3. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale

II.1.4. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l'Osservatorio europeo di Lisbona (OEDT)

II.1.1. Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2010

Il quadro di riferimento

Il quadro di riferimento principe in materia di sostanze psicotrope illegali è costituito in ambito nazionale dal Testo Unico in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, di cui al Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, mentre il quadro normativo di riferimento nell'ambito delle Politiche Antidroga a livello internazionale comprende:

- la Convenzione unica sugli stupefacenti del 30 marzo 1961, che sottopone a controllo internazionale più di un centinaio di stupefacenti indicati in 4 tabelle annesse;
- il Protocollo del 26 marzo 1972 di emendamento alla convenzione unica del 1961;
- la Convenzione del 21 febbraio 1971, che si fonda sul principio che vieta l'utilizzo di sostanze psicotrope al di fuori di necessità mediche e scientifiche e disciplina il mercato lecito degli stupefacenti sottoponendo ad un controllo analogo, anche se meno rigoroso, un altro centinaio di sostanze non contemplate dalla convenzione del 1961;
- la Convenzione del 20 dicembre 1988 contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope che affronta in particolar modo il problema della domanda, e propone una disciplina globale del fenomeno droga nei suoi diversi aspetti del controllo di produzione, consumo, repressione del traffico illecito. Inoltre, prevede il monitoraggio dei precursori e delle sostanze chimiche essenziali alla fabbricazione delle droghe, disciplina la repressione del traffico di stupefacenti via mare e soprattutto introduce il reato di riciclaggio dei proventi.

Approvazione provvedimenti normativi

D. Lgs. n.50 del 24 marzo 2011

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga e la struttura di supporto per l'azione di Governo in materia di Politiche Antidroga: più specificamente provvede a promuovere, indirizzare e coordinare le azioni di contrasto alla diffusione delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze correlate.
In linea con le competenze di settore, nel corso dell'anno 2010 il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha seguito l'iter di alcuni provvedimenti normativi. In particolare il DPA ha partecipato alle riunioni tecniche di coordinamento con altre Amministrazioni dello Stato, durante le quali è stato definito, in linea l'obiettivo n. 4 (Area di intervento sulla legislazione) del Piano di Azione Nazionale Antidroga, lo schema di decreto legislativo in tema di precursori di droghe che dà attuazione all'art. 45 della legge n. 96 del 4 giugno 2010, concernente le disposizioni generali sui procedimenti per l'adempimento degli obblighi comunitari (legge comunitaria per l'anno 2009).
Il provvedimento in questione è stato presentato ed approvato in data 18 novembre 2010 dal Consiglio dei Ministri, trasmesso successivamente dal Ministro per i rapporti con il Parlamento al Senato della Repubblica e alla Camera dei Deputati ed assegnato alle Commissioni Giustizia, Affari sociali e Politiche dell'Unione Europea, che hanno espresso parere favorevole al testo in data 19 gennaio 2011.
L'approvazione definitiva è avvenuta nel Consiglio dei Ministri (n. 130 del 10/03/2011) ed il testo definitivo è approdato nel decreto legislativo n. 50 del 24 marzo 2011, pubblicato sulla gazzetta ufficiale n. 95 del 26 aprile 2011. Tale testo recepisce i principi contenuti nei citati regolamenti comunitari, attraverso la modifica, il riordino e l'abrogazione delle norme 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.
Con questo intervento normativo da un lato si è data attuazione ai regolamenti comunitari n. 273/2004, n. 111/2005, n. 1277/2005 e n. 297/2009, dall'altro, in analogia con quanto avviene negli altri Paesi comunitari, si è fatto in modo che la disciplina nazionale fosse omnicomprensiva di tutti gli aspetti normativi concernenti i precursori di droghe, creando una netta distinzione dalle restanti previsioni destinate agli stupefacenti ed alle sostanze psicotrope.
Con lo stesso provvedimento si è, inoltre, provveduto ad adeguare la normativa sanzionatoria interna nel rispetto delle previsioni contenute nei regolamenti comunitari, puntualmente esplicitate dalla legge delega, effettuando contestualmente un intervento di razionalizzazione e coordinamento dell'impianto sanzionatorio vigente in tema di precursori di droghe.

Legge del 29 luglio 2010, n.120

Un ulteriore importante risultato in ambito legislativo, in linea con quanto stabilito dall'obiettivo n. 8 del Piano di Azione Nazionale Antidroga, si è raggiunto con l'approvazione della legge 29 luglio 2010, n. 120 concernente disposizioni in materia di sicurezza stradale, pubblicata sulla Gazzetta Ufficiale n. 175 del 29 luglio 2010 che ha inasprito le sanzioni per guida sotto l'effetto di droghe o in stato di ebbrezza.
La nuova normativa, che ha lo scopo di introdurre misure volte a migliorare la sicurezza della circolazione stradale attraverso l'aggravamento delle sanzioni per violazioni delle norme del codice della strada, prevede significative modifiche a numerose disposizioni del decreto legislativo n. 285 del 1992 e di alcune norme correlate.
In particolare, tra le principali novità introdotte all' articolo 187 del Codice della strada e riferite alla guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti, è previsto l'aumento del minimo editale della pena prevista da tre a sei mesi e la revoca della patente di guida quando il conducente in stato di alterazione psico-fisica abbia provocato un incidente stradale: per alcune categorie di conducenti più esposte a rischio d'incidente le pene sono aumentate da un terzo alla metà. Inoltre è stabilito che ai fini dell'accertamento dei requisiti psichici e fisici per il primo rilascio della patente di guida di qualunque categoria o certificato di abilitazione professionale di tipo KA o KB, l'interessato debba esibire apposita certificazione da cui risulti il non abuso di sostanze alcoliche e il non uso di sostanze stupefacenti o psicotrope, rilasciata sulla base di accertamenti clinico-tossicologici. Infine, è previsto il licenziamento per giusta causa di un patentato professionale in caso di ritiro della patente per motivi correlati all'assunzione di alcol e droga.
L'art. 33 della legge 120/2010 ha apportato significative modifiche all' articolo 186 del Codice della strada, per guida sotto l'influenza di alcol. Sono state infatti inasprite le sanzioni previste per chi guida un veicolo con tasso alcolemico superiore a 0,8 g/l; è aumentato il minimo editale della pena, qualora sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l; è raddoppiato il periodo di fermo amministrativo del veicolo, se il conducente in stato di ebbrezza provochi un incidente stradale; è disposta la revoca della patente di guida quando sia stato accertato un valore corrispondente ad un tasso alcolemico superiore a 1,5 g/l ed il conducente abbia provocato un incidente stradale.
La norma in questione ha introdotto, peraltro, una nuova fattispecie che punisce alcune categorie di conducenti più esposte a rischio d'incidente per guida sotto l'influenza dell'alcool.
Il nuovo articolo 186-bis, comma 1, del Codice della strada ha affermato, infatti, il principio secondo cui ad alcune categorie di conducenti è vietato guidare dopo aver assunto bevande alcoliche e sotto l'influenza di queste. In particolare, la norma è rivolta ai giovani di età inferiore a 21 anni, anche se alla guida di veicoli

che non richiedono la patente di guida, ai neopatentati nei primi tre anni dal conseguimento della patente B, ai conducenti che esercitino di professione l'attività di trasporto di persone o cose su strada in servizio di piazza, taxi ovvero di noleggio con conducente.

Legge del 26 novembre 2010, n.199

Con il concorso del Dipartimento per le Politiche Antidroga, per effetto della legge 26 novembre 2010, n. 199, concernente disposizioni relative all'esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori ad un anno, è stato anche previsto che la pena detentiva non superiore a dodici mesi, anche se costituente parte residua di maggior pena, sia eseguita presso l'abitazione del condannato o altro luogo pubblico o privato di cura, assistenza e accoglienza. Nello specifico, in caso di condannato tossicodipendente o alcoldipendente sottoposto ad un programma di recupero, o che intenda sottoporsi ad esso, la pena citata può essere eseguita presso una struttura sanitaria pubblica o una struttura privata accreditata ai sensi del testo D.P.R. 309/90.

D.M. Salute del 11 maggio 2011

Grazie al monitoraggio effettuato dal Sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le droghe del Dipartimento per le Politiche Antidroga, nel corso dell'anno 2010 sono state emanate dal Ministero della Salute due ordinanze ministeriali e quattro decreti ministeriali. Le norme in questione hanno previsto l'inserimento in tabella di due cannabinoidi sintetici di recente creazione JWH-018 e JWH-073 e di un'altra sostanza particolarmente pericolosa, il mefedrone.

Si è inoltre attivata la procedura d'urgenza prevista per l'inserimento in tabella del cannabinoide di sintesi denominato JWH-250. In questo modo, anche in linea con quanto stabilito dall'obiettivo n. 3, area di intervento sulla legislazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga, grazie alla collaborazione del Ministero della Salute e del Consiglio Superiore di Sanità, il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha individuato numerose nuove molecole diffuse sul territorio italiano ed attivato una procedura più rapida rispetto al passato per l'inserimento di queste molecole nelle tabelle delle sostanze stupefacenti.

A supporto di quanto evidenziato è la recente pubblicazione del D.M. salute 11 maggio 2011 che recepisce le indicazioni sopra descritte stabilendo il definitivo inserimento nella tabella I allegata al D.P.R. 309/90 delle sostanze 3,4-Metilendiossipirovalerone (MDPV), JWH-250, JWH-122 ed analoghi di struttura derivanti dal 3-fenilacetilindolo e dal 3-(1-naftoil)indolo.

Linee di indirizzo per l'incremento della fruizione delle misure alternative art. 94 D.P.R. 309/90

In linea con l'attuale impianto normativo ed in linea con quanto stabilito dall'obiettivo n. 11, area di intervento sulla legislazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga, nel corso dell'anno 2010 sono state predisposte dal Dipartimento delle linee di indirizzo per colmare le farraginose procedure utilizzate per accedere alle misure alternative previste dall'art. 94 del Testo Unico sugli stupefacenti concernente l'affidamento in prova in casi particolari.

L'obiettivo di tali linee è quello di voler articolare una procedura snella ed efficace di accesso da parte del detenuto tossicodipendente alcoldipendente alle misure alternative in modo tale da incrementare il numero delle persone tossicodipendenti/alcoldipendenti (così definibili secondo criteri clinici scientificamente accreditati) in uscita dal carcere verso percorsi alternativi di tipo riabilitativo. Il risultato che ci si prefigge è quello di garantire la fruizione precoce dei diritti dei detenuti tossicodipendenti/alcoldipendenti alla cura in misura alternativa e di creare un costante e migliore flusso di uscita che eviti il ricrearsi di situazioni di sovraffollamento delle carceri che peggiorano la qualità della vita di tutti i detenuti e, contemporaneamente, possa fornire un'alternativa terapeutica valida.

Accertamento di assenza di tossicodipendenza in lavoratori addetti a mansioni a rischio

Infine, in linea con quanto stabilito dall'obiettivo n. 10, area di intervento sulla legislazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga, nel corso dell'anno 2010, di concerto con le amministrazioni dello Stato competenti in materia, è stato rimodulato il testo del provvedimento normativo concernente l'Intesa Stato Regioni in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza nei confronti

di lavoratori addetti a mansioni a rischio.
Il nuovo testo normativo, integrativo e correttivo del provvedimento della Conferenza Unificata n. 99 CU del 30 ottobre 2007, verrà sottoposto nell'anno in corso all'attenzione della Conferenza Unificata per l'approvazione conclusiva.

Tabella II.1.1: Normative nazionali ed Internazionali emanate nel 2010.

Atti normativi	Ambito di intervento
Ordinanza Ministeriale del 03 dicembre 2010	Misure cautelative a tutela della salute, sull'uso dei prodotti denominati Forest Green, Jamaican Spirit, Star of Fire, Amazonas Vanilla, B-52 e Jamaican Gold.
Ordinanza Ministeriale del 11 novembre 2010	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 2011.
Decreto Ministeriale del 02 novembre 2010	Elenco annuale, aggiornato al 30 settembre 2010, 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 Ministeriale del 16 giugno 2010	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni con l'inserimento delle sostanze denominate JWH-018, JWH-073 e Mefedrone.
Decreto Ministeriale del 11 giugno 2010	Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni con l'inserimento dello steroide anabolizzante nandrolone.
Decreto Ministeriale del 11 maggio 2010	Modalità di registrazione con sistemi informatici della movimentazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, dei medicinali e delle relative composizioni di cui alle tabelle allegate al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, recante il Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza.
Decreto Ministeriale del 7 maggio 2010	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, relative a composizioni medicinali, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento della sostanza tapentadolo.

Atti normativi	Ambito di intervento
Comunicato di rettifica del 30 aprile 2010	Comunicato di rettifica relativo al 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».
Ordinanza Ministeriale del 6 aprile 2010	Divieto di fabbricazione, di importazione, di immissione sul mercato, di commercio e di uso dei prodotti denominati «n-Joy» e «Spice».
Decreto Ministeriale del 31 marzo 2010	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative a 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.
Legge n. 199 del 26 novembre 2010	Disposizioni relative all'esecuzione presso il domicilio delle pene detentive non superiori ad un anno.
Legge n.136 del 13 agosto 2010	Piano straordinario contro le mafie, nonchè delega al Governo in materia di normativa antimafia.
Legge n. 120 del 29 luglio 2010	Disposizioni in materia di sicurezza stradale. Modifica in particolare gli artt. 186 e 187 del D.L.gs n. 285/1992 per guida in stato di ebbrezza o sotto l'effetto di droghe.
Legge n.96 del 4 giugno 2010	Disposizioni generali sui procedimenti per l'adempimento degli obblighi comunitari.
Legge n.38 del 15 marzo 2010	Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga

II.1.2 Normative regionali emanate nell'anno 2010

Tabella II.1.2: Normative regionali approvate nel 2010 per macro categoria.

Regioni	Recepimento normativa nazionale	Pprogrammazione 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
Bolzano P.A.	D.G.P. 1305/2010 D.G.P. 1923/2010			D.Ass. 7/23.2/2010		D.Ass. 628/23.2/2010		
Calabria		D.G.R. 851/2010	D.D.G. 9318/2010 D.D.G. 10329/2010 D.D.G. 15566/2010	D.G.R. 216/2010 D.D.G. 7885/2010 D.D.G. 17620/2010 D.D.G. 18117/2010		D.G.R. 816/2010		D.G.R. 853/2010
Campania	D.G.R. 11/2010		D.G.R. 450/2010					
Emilia Romagna	D.G.R. 2/2010 Circ. 1/2010 D.G.R. 1891/2010	D.G.R. 246/2010						D.G.R. 771/2010
Lazio				DET. D4085/2010 DET. B5456/2010 DET. B5958/2010 D.G.R. 556/2010				D.G.R. 274/2010 DET. D4061/2010
Lombardia		D.C.R. 88/2010 D.G.R. 9/937/2010		D.G.R. 8/1139/2010 D.G.G. 1770/2010	D.G.R. 9/777/2010 D.G.R. 9/1172/2010	D.G.R. 9/1171/2010	D.G.R. 9/1173/2010	
Marche								D.G.R. 1725/2010
Puglia	D.G.R. 1101/2010 D.G.R. 1102/2010		L.R. 4/2010					
Sardegna			D.G.R. 47/42/2010 D.G.R. 47/43/2010		D.Dir 15524/2010			
Sicilia	D.Ass. 7/7/2010							

Regioni	Recepimento normativa nazionale	programmazione sanitaria / P.S.R., Prog. regionale Dipendenze	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	D.G.R. 507/2010 D.G.R. 848/2010	D.Dir. 4196/2010	D.G.R. 1112/2010	D.Dir. 1066/2010 D.Dir. 1869/2010 D.Dir. 1870/2010 D.Dir. 1871/2010 D.Dir. 1913/2010 D.Dir. 2300/2010 D.Dir. 2802/2010 D.Dir. 2803/2010 D.Dir. 3043/2010 D.Dir. 3051/2010 D.Dir. 4046/2010 D.Dir. 6834/2010 D.Dir. 2176/2010 D.Dir. 2765/2010 D.Dir. 4834/2010 D.Dir. 6724/2010	D.G.R. 1150/2010 D.G.R. 1153/2010			D.Dir 679/2010 D.Dir 1989/2010
Trento P.A.		L.P. 16/2010		Del. 3172/2010	Del. 2202/2010			
Veneto				D.G.R. 895/2010 D.G.R. 2138/2010				D.G.R. 3561/2010

Fonte: Regioni e Province Autonome

II.1.3. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale.

Ambiti di intervento

Per l'anno 2010 l'attività del Dipartimento Politiche Antidroga in ambito internazionale ha interagito con molteplici rappresentanze extra nazionali. In particolare, il Dipartimento ha tenuto rapporti istituzionali e tecnici con l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU), l'Unione Europea (UE) e il Consiglio d'Europa, oltre a collaborare alla realizzazione di progetti internazionali.

ONU – CND

L'attività italiana alle Nazioni Unite, come ogni anno, ha vissuto il momento principale in occasione della 53ª sessione della Commissione Stupefacenti (CND), tenutasi a Vienna dall'8 al 12 marzo 2010. In preparazione di tale evento l'Italia ha lavorato in sede di Gruppo Orizzontale Droga a Bruxelles e attraverso consultazioni informali per raggiungere un accordo sugli *Statement* che la Presidenza Spagnola avrebbe letto nel corso della sessione e sulle risoluzioni presentate come risoluzioni dell'UE. L'Italia ha partecipato alla Commissione Stupefacenti con una delegazione, coordinata dal DPA, che ha anche organizzato riunioni di coordinamento con le altre amministrazioni partecipanti.

Anche quest'anno il tema della "riduzione del danno" è stato oggetto di discussione, sia all'interno dei coordinamenti UE, che nel corso dei lavori della Commissione. In particolare, in occasione della presentazione del rapporto

annuale dell'Organo internazionale di controllo sugli stupefacenti (INCB) delle Nazioni Unite è emersa, in perfetta linea con la posizione italiana in materia, la contrarietà dell'ente alle cosiddette "stanze del buco", che continuano ad essere tollerate in alcuni Stati. L'INCB ha, dunque, richiamato i governi a chiudere queste strutture e a promuovere invece l'accesso dei tossicodipendenti ai servizi sociali e sanitari, inclusi i servizi per il trattamento dell'abuso di droghe, nel rispetto dei trattati internazionali sul controllo sulle droghe.

ONU – AG

Fra settembre e dicembre 2010 si è svolta a New York la 65ª sessione ordinaria dell'Assemblea Generale (AG). Il Dipartimento ha seguito costantemente i lavori della III Commissione in ordine alla negoziazione della risoluzione da proporre all'AG per l'adozione e al parallelo negoziato tra gli Stati membri dell'UE sulla posizione comune da tenere in tale sede. Anche in questa occasione l'attività del DPA, di concerto con il Ministero degli Affari Esteri (per il tramite della Rappresentanza Permanente presso l'ONU), ha avuto esiti ampiamente positivi, tenuto conto che, da un lato, sia lo *Statement* che l'*Explanation of Position* dell'UE e, dall'altro, la bozza finale della risoluzione stessa, sono apparsi pienamente conformi alla posizione italiana. Si è, in tal modo, ottenuta la convergenza con i punti di vista di Regno Unito e Olanda, tradizionalmente paesi con idee contrastanti in tema di riduzione del danno.

ONU – UNODC Questionari

Quanto al rapporto che il Dipartimento intrattiene con l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la droga e il crimine (UNODC), nel corso del 2010 le principali attività svolte hanno riguardato la compilazione di questionari. Il questionario più importante è stato quello sul rapporto annuale (ARQ) 2010. Come ogni anno il DPA, in collaborazione con varie Amministrazioni competenti, ha coordinato e predisposto la compilazione del questionario, suddiviso in diversi settori, con i dati in possesso per il 2009, nel rispetto degli obblighi di rapporto della Convenzione del 1961 delle Nazioni Unite. In relazione a tale argomento, inoltre, si è seguito l'iter di modifica e si sono inviati commenti alle bozze dei nuovi questionari ARQ, utilizzati a partire dal 2011, che l'UNODC ha predisposto e discusso nel gennaio e nell'ottobre 2010. Un altro questionario ha riguardato l'attuazione della risoluzione 53/10 della CND "*Measures to protect children and young people from drug abuse*", ultimato alla fine del 2010.

ONU – UNODC-Programma Congiunto UNODC-OMS nei Balcani

Il Dipartimento Politiche Antidroga partecipa dal 2009 al Programma congiunto, tra l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine e l'Organizzazione Mondiale della Sanità, su trattamento e cura della tossicodipendenza nella regione dei Balcani, in particolare rivolto ad attività in Serbia e Albania. L'obiettivo del programma è quello di ridurre la domanda di sostanze illecite, alleviare la sofferenza e 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. Sulla base dei buoni risultati scaturiti da questa collaborazione, il Dipartimento ha aderito all'estensione del Programma anche per il 2010.

ONU - INCB

Il Dipartimento intrattiene rapporti anche con un altro organismo delle Nazioni Unite, l'Organo internazionale di controllo sugli stupefacenti (INCB), il quale sottopone periodicamente atti per le valutazioni del caso alle strutture nazionali. Durante il 2010 questo Dipartimento ha provveduto, nel rispetto del principio della circolarità informativa, a collaborare con le altre amministrazioni competenti, per la trattazione e compilazione di una serie di questionari inviati dall'INCB al fine di monitorare le tendenze attuali ed emergenti nell'abuso di droghe. Tra questi si segnalano il questionario sull'attuazione delle raccomandazioni INCB in materia di vendita illegale sul web di sostanze sottoposte a controllo internazionale; il questionario sull'attuazione da parte dei

governi delle raccomandazioni dell'INCB contenute nei rapporti annuali 2005-2007; infine, il questionario sull'attuazione della risoluzione 53/11 della CND, titolata "Promozione dello scambio di informazioni sull'abuso potenziale e sul traffico degli agonisti al recettore dei cannabinoidi sintetici".
Inoltre, sono pervenute dall'Organo di controllo alcune richieste, compiutamente esaurite da questo Dipartimento, rivolte per esempio a ottenere informazioni sulle proporzioni approssimative del consumo in Italia di buprenorfina e ad accelerare la verifica dei requisiti necessari all'esportazione del "Lormetazepam" dall'Italia verso la Grecia in assenza di una valutazione riconosciuta per quella sostanza.

Attività UE – HDG

In ambito europeo, come ogni anno, il DPA ha partecipato alle riunioni mensili del Gruppo Orizzontale Droga (HDG) del Consiglio dell'Unione Europea a Bruxelles. Anche in questa sede, che ha il compito di coordinare le azioni a livello europeo in materia di droga, è stata fatta emergere la questione della riduzione del danno con documenti ufficiali sulla posizione italiana in materia. L'Italia ha sempre evidenziato la necessità di definire esplicitamente la riduzione del danno nelle sue componenti costitutive, non essendo altrimenti disposta a trovare un accordo sul termine. Contemporaneamente, si è avuta una costante azione di informazione nei confronti degli altri partner europei sulla posizione italiana, anche attraverso la distribuzione di *position papers* in occasione delle riunioni del Gruppo.
Un altro argomento oggetto di approfondite discussioni è stato la proposta boliviana di modifica dell'art. 49 della Convenzione unica sugli stupefacenti del 1961, nella parte in cui prevede l'abolizione della masticazione della foglia di coca entro venticinque anni dalla data di entrata in vigore della Convenzione nel paese che esprime una riserva sulla disposizione. A marzo 2009 il Segretario Generale delle Nazioni Unite riceveva dalla Bolivia una nota nella quale si proponeva un emendamento che modificasse in maniera sostantiva l'articolo 49 in modo da abolire il divieto sulla masticazione della foglia di coca attualmente previsto. La posizione italiana è di contrarietà a tale modifica e ciò ha comportato un costante interesse a tale tematica, che più volte è stata trattata in sede di HDG e anche con una riunione specifica sull'argomento tenutasi a Bruxelles nel mese di ottobre 2010, alle quali questo Dipartimento ha attivamente partecipato.

Attività UE – Coordinatori Nazionali

Sempre in ambito europeo il Dipartimento ha preso parte alle attività dei Coordinatori Nazionali Antidroga, per uno scambio di vedute e una condivisione delle esperienze nazionali.

Attività UE – EAD

Come ogni anno, per la promozione dell'evento organizzato dalla Commissione europea in concomitanza con e sul modello della Giornata mondiale sulla droga, il Dipartimento ha favorito la diffusione dell'Azione europea sulla droga (EAD), lanciata nel 2009 su tutto il territorio nazionale, anche tramite i mass media.
L'attività europea del Dipartimento prevede anche il coordinamento delle risposte ai questionari inviati dalle istituzioni o da altri paesi europei, in relazione ai quali questo Dipartimento ha coinvolto tutte le amministrazioni competenti, provvedendo alla compilazione finale sulle base delle risposte ricevute. Pertanto, per il 2010, sono stati trattati i seguenti documenti: il questionario sulla valutazione annuale del Piano d'Azione dell'UE in materia di lotta contro la droga 2009-2012, predisposto dalla Commissione europea per la prima valutazione annuale del piano d'azione UE; il questionario sulla valutazione della decisione 2005/387/GAI, inviato dalla Commissione europea; il questionario sui certificati di Schengen, inviato dal Regno Unito; il questionario sul Cordrogue 53: "*Draft Council conclusions on the threat assessment of airfields and medium, small size and light aircrafts*".

Unione europea – Programmi di finanziamento

Nell'ambito del Programma europeo di prevenzione e lotta alla criminalità (ISEC), il Dipartimento, per la prima volta dalla sua istituzione, ha presentato un progetto dal titolo "*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 via Web, rivolti ai minori.
Il Dipartimento ha coinvolto nel progetto alcuni enti partner (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Agenzia delle Dogane, Polizia Postale e delle Comunicazioni, ULSS 20 Verona, Moige, Age) per sviluppare una metodologia di lavoro cha sia multidisciplinare e coordinata, così da poter operare con successo in un campo assai fluido, quello del commercio delle sostanze on-line.
Ancora in ambito europeo, ma all'interno del 7° Programma Quadro per la Ricerca per il periodo 2007-2013, il Dipartimento, sempre per la prima volta dalla sua istituzione, ha partecipato attivamente alla creazione di un consorzio di Stati europei finalizzato a mettere in comune le risorse dei vari Paesi per la ricerca in tema di droghe (ERA-NET sulle droghe illecite).

Gruppo di Dublino

Il Dipartimento partecipa anche ai lavori 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 2010.
Esso si articola in molteplici formazioni regionali, i cosiddetti «minigruppi di Dublino», e per il secondo anno l'Italia ha presieduto il minigruppo che monitora l'Asia centrale, intesa come Tagikistan, Uzbekistan, Kazakistan, Kirghizistan, Turkmenistan.
Il tema principale al centro del dibattito è stato il maggior coordinamento da raggiungere tra i vari Stati al fine di rendere più efficace il contrasto al traffico illegale di droga, alla produzione e alla diversione di precursori della droga. È emersa in tale sede la convinzione che una più rapida e tempestiva condivisione delle informazioni sia il mezzo principale per raggiungere tale obiettivo.

Attività Consiglio d'Europa

In ambito europeo, altro contesto in cui il Dipartimento è attivo è il Gruppo Pompidou del Consiglio d'Europa, assise internazionale che consente agli Stati membri di condividere politiche e prassi nazionali con l'obiettivo di uniformare e rendere coerenti ed efficaci le rispettive azioni e strategie. Fino alla Conferenza Ministeriale, autorità politica del Gruppo Pompidou, - in cui l'Italia è stata rappresentata da una delegazione guidata dal Sottosegretario Sen. Giovanardi – tenutasi a Strasburgo a novembre 2010, la parte operativa è stata sviluppata da piattaforme composte da esperti, professionisti, studiosi della materia delegati dagli Stati. In quest'occasione è stata approvata la riforma della struttura del Gruppo, per renderlo più agile e snello nel suo operare, che prevede la soppressione delle piattaforme sostituite a partire dal gennaio 2011 da gruppi ad hoc di esperti su specifiche tematiche.

Gruppo Pompidou - Conferenza Ministeriale

Durante la Conferenza sono state esaminate le attività realizzate tra il 2007 e il 2010, nonché approvato il programma di lavoro per il periodo 2011-2014. Esso prevede un maggior bilanciamento tra la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta, potenziando quest'ultima. Il nuovo programma infatti mira allo sviluppo di una strategia multidisciplinare e di una sempre più stretta cooperazione per il rilevamento della droga negli aeroporti europei, all'accelerazione dello scambio di informazioni sui precursori, all'istituzione di un gruppo di lavoro per la redazione di un quadro sulla riduzione dell'offerta di droga su scala mondiale e all'eventuale creazione di un Gruppo di cooperazione sui controlli antidroga sulle rotte terrestri e portuali in Asia Centrale e nel Caucaso, tutte attività cui questo Dipartimento già partecipa attivamente da sempre e cui può dare un notevole contributo. È stato inoltre esteso il mandato del Gruppo anche alle sostanze psicoattive, consentendo così a questo Dipartimento di trattare nel contesto del Consiglio d'Europa tematiche molto più ampie e che stanno diventando di stringente attualità, come le *smart drugs*.
Infine, nello spirito di collaborazione tra organismi internazionali, di semplificazione degli interventi e di migliore sfruttamento delle risorse e impiego

di energie, è stato firmato un Memorandum d'intesa tra il Gruppo Pompidou e l'Osservatorio europeo sulle droghe e le tossicodipendenze (OEDT), fortemente voluto e sostenuto anche dall'Italia.

La partecipazione alla Conferenza Ministeriale dei massimi rappresentanti nazionali in materia di droga è stata preceduta da un'attività costante per la redazione dei documenti finali attraverso l'invio di commenti e la partecipazione alle riunioni dei Corrispondenti Permanenti. Uno dei maggiori contributi è stato fornito in corso di conferenza, attraverso la presentazione fatta dal Capo Dipartimento sull'esperienza italiana in materia di prevenzione della tossicodipendenza e *drug tests* sul luogo di lavoro, condividendo con i rappresentanti degli altri Paesi membri del Gruppo Pompidou i risultati ottenuti, come ad esempio la provata azione deterrente di questi test sul consumo di droga e i progetti avviati in materia. In questo modo il Dipartimento ha contribuito al successo del *key note* in questione e alla conseguente istituzione, prevista dal Programma di lavoro 2011-2014, di un gruppo di lavoro ad hoc su questa tematica.

Gruppo Pompidou – Corrispondenti Permanenti

Nel corso dell'anno 2010, oltre alla Conferenza Ministeriale, si segnala in sintesi che è stata garantita la partecipazione alle riunioni dei Corrispondenti Permanenti, durante le quali sono state prese decisioni sulle questioni finanziarie, sono state fatte valutazioni sull'attività svolta dalle piattaforme e adottate le nuove iniziative nate in seno al Gruppo Pompidou. Inoltre, il Dipartimento ha dato ulteriore contributo ai lavori inviando commenti periodici al Segretariato del Gruppo e portando, quindi, alla redazione di documenti europei che fossero rispondenti il più possibile alle politiche nazionali italiane e alle esigenze manifestate da questo Dipartimento.

Gruppo Pompidou - Piattaforme

Il Dipartimento, poi, ha sempre garantito la partecipazione alle riunioni semestrali delle piattaforme sia con la presenza di un esperto sia con l'invio di contributi sottoforma di commenti e risposte ai questionari somministrati, in alcuni casi culminati nella redazione di pubblicazioni presentate in occasione della Conferenza Ministeriale.

In particolare:

Gruppo Aeroporti

In sede di *Gruppo Aeroporti,* 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 della droga negli aeroporti europei, nel corso del 2010 sono stati trattati i seguenti temi: lo studio sulla diversione dei precursori; l'attività congiunta tra Gruppo Aeroporti e Piattaforma Giustizia Penale; i sequestri di droga negli aeroporti, dando particolare rilievo alle minacce costituite dal traffico di droga nei campi d'aviazione di piccola e media superficie.

Piattaforma Etica

Nella *Piattaforma Etica,* durante l'anno 2010 sono stati approfonditi, in vista della pubblicazione presentata alla Conferenza Ministeriale, i seguenti temi: trattamento farmacologico immunoterapeutico per la dipendenza da cocaina (vaccino); trattamenti semi-coercitivi e misure alternative alla detenzione; ruolo delle compagnie di assicurazione riguardo al test antidroga; consenso informato al trattamento. Si è giunti così alla pubblicazione di due testi: uno sul "vaccino" anticocaina, l'altro sul *drug test* nelle scuole e sul posto di lavoro.

Piattaforma Giustizia Penale

Per l'anno 2010 oggetto di studio della *Piattaforma Giustizia Penale* sono stati ancora il trattamento semi-coercitivo e le misure alternative alla detenzione congiuntamente con la Piattaforma Etica, la recidiva, i precursori e la loro diversione in collaborazione col Gruppo Aeroporti.

Piattaforma Prevenzione

Nell'ambito della *Piattaforma Prevenzione* è stata realizzata un'ampia gamma di progetti differenti, focalizzandosi sulle realtà locali e identificando tendenze, bisogni e soluzioni pratiche più efficaci. Ciò ha portato alle pubblicazioni previste, una sugli interventi di prevenzione nei contesti ricreativi, l'altra sulle attività di prevenzione della tossicodipendenza, presentate nel corso della Conferenza Ministeriale.

Piattaforma Trattamento

Quanto alla *Piattaforma Trattamento,* che ha il compito di redigere linee guida e buone prassi per il trattamento dei tossicodipendenti per i quali non esiste ancora un protocollo ufficiale, dopo aver identificato i problemi rilevati dalla prassi operativa, nel corso del 2010 si è concentrata sulla comparazione dei sistemi di trattamento in Europa, portando alla pubblicazione nell'ottobre dello stesso anno di una panoramica sulle diverse esperienze sulla base dei lavori svoltisi negli ultimi quattro anni.

Piattaforma Ricerca

La *Piattaforma Ricerca* ha cercato di accrescere l'utilizzo dei risultati scientifici durante la fase di elaborazione delle politiche e di mettere in luce i temi emergenti in materia di ricerca sulla droga. A tal fine è stato portato avanti il progetto del Registro on-line in collaborazione con l'OEDT e in conformità con le raccomandazioni del Gruppo Orizzontale Droga del Consiglio dell'Unione europea, contenente i progetti di ricerca condotti negli ultimi anni e i riferimenti degli assegnatari.

Gruppo Pompidou – Rete MedNET

Nel contesto del Gruppo Pompidou è tuttora attiva la Rete Mediterranea di cooperazione sulle droghe e sulle tossicodipendenze (MedNET*)*, che promuove la cooperazione, lo scambio e il trasferimento di conoscenze ed esperienze tra i Paesi del Sud del Mediterraneo – beneficiari delle attività condotte – e i Paesi del Nord del Mediterraneo, che hanno il ruolo di donatori.

In questo ambito, il Dipartimento ha continuato a sostenere finanziariamente le attività di approfondimento e condivisione di esperienze in materia di precursori in Algeria, nonché i seminari di formazione in Marocco con l'obiettivo di fornire a questo Paese e ai suoi operatori competenze di base per l'istituzione di Osservatori Nazionali in materia di droga nel Sud del Mediterraneo. In quest'ultima attività l'Italia ha dato anche un notevole contributo *in kind*, attraverso la presentazione fatta dal Capo Dipartimento, in sede di conferenza, sull'esperienza nazionale quanto alla raccolta dei dati e al monitoraggio realizzati da un Osservatorio Nazionale, conformemente alle linee guida elaborate dall'OEDT e sostenute attivamente da questo Dipartimento.

Attività varie – Sito Web

Nel corso del 2010 il Dipartimento ha progettato, predisposto e implementato i contenuti interattivi del sito web con l'inserimento di una nuova parte riguardante le attività internazionali. In particolare sono state fornite informazioni sulle attività del DPA in ambito di Nazioni Unite, Unione Europea e Consiglio d'Europa. Per ogni istituzione sono presenti sul sito delle schede di presentazione dei vari organismi e delle rispettive funzioni, atti normativi degli organi internazionali, relazioni delle riunioni dei delegati italiani, nonché ulteriori rimandi a siti per un maggior approfondimento delle questioni trattate.

Progetto "Donne, Alcol e Droga" – DAD.NET

Il Dipartimento, infine, ha promosso, in collaborazione con l'Istituto interregionale delle Nazioni Unite sul crimine e la ricerca (UNICRI), il progetto DAD.NET coordinandone le attività. Tale progetto 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.

II.1.4. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l'Osservatorio europeo di Lisbona (OEDT)

Collaborazione DPA/OEDT

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 (OEDT), 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 OEDT

Nel corso del 2010, 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 dell'OEDT, 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 l'Ufficio I "Tecnico-scientifico" 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 OEDT 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 OEDT ed è responsabile di divulgare a livello nazionale le attività svolte da OEDT e dalla rete Reitox.

Attività contrattuali svolte nel 2010

Anche per il 2010, 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, delle seguenti:

- Predisposizione e trasmissione a OEDT del National Report
- Predisposizione e trasmissione a OEDT 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 del "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 OEDT e contenute nel Rapporto annuale europeo e nel bollettino statistico online
- Revisione linguistica delle pubblicazioni OEDT nella fase di traduzione in italiano

Partecipazione a riunioni e conferenze

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 "Linee guida nazionali per il trattamento"
- Riunione tecnica sul progetto "Wholesale drug prices"
- Conferenza europea su "Supply Indicators"

NIOD Reitox Academy

Su base volontaria, il Punto Focale italiano ha partecipato ai lavori preparatori per la redazione del testo "Building a national drugs observatory: a joint handbook", pubblicato dall'Osservatorio europeo (OEDT) e dalla Commissione Interamericana per il controllo dell'abuso di droghe (CICAD-OAS). In stretta cooperazione con OEDT, il manuale è stato tradotto in italiano con il titolo "Creazione di un osservatorio nazionale sulle droghe: un manuale comune" e stampato per il suo utilizzo a livello nazionale.
Le prime 50 copie del manuale sono state distribuite ai responsabili delle Regioni e Province Autonome, aderenti al progetto NIOD (Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze), che hanno preso parte alla "NIOD Reitox Academy" organizzata in collaborazione fra OEDT e il DPA-Punto Focale dal 13 al 15 dicembre 2010 a Lisbona.
La Reitox Academy è stata la prima iniziativa di questo genere ad essere organizzata a Lisbona con il patrocinio di OEDT, ma su richiesta di un Punto Focale nazionale, per la promozione e distribuzione del manuale, e, come dichiarato dal dr. Alexis Goosdeel, responsabile del Coordinamento Reitox, sarà oggetto di riflessione per l'implementazione e il consolidamento della rete Reitox nel prossimo futuro.

CAPITOLO II.2.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga: organizzazione e attività 2010

II.2.2 La rete degli osservatori

II.2.3. Amministrazioni Centrali

II.2.4. Amministrazioni Regionali

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

II.2.6. Costi sociali del consumo di sostanze stupefacenti

II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2010

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.

Figura II.2.1: Organigramma del Dipartimento Politiche Antidroga



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Attività svolta nel corso del 2010

Nel corso del 2010 sono proseguite, e in parte concluse, le numerose attività avviate l'anno precedente; inoltre, sono state sviluppate una serie di altre iniziative che rappresentano la prosecuzione della realizzazione delle strategie pluriennali elaborate nel 2009.

Approvazione, del Piano Nazionale d'Azione 2010-2013

Nella seduta del 29 ottobre 2010 il Consiglio dei Ministri ha approvato il Piano Nazionale di Azione Antidroga 2010-2013. Il documento, di cui si riporta una sintesi nel paragrafo VI.1.1, rappresenta il riferimento per le politiche di settore per il triennio di sua applicazione: partendo dalle analisi condivise nel corso della V Conferenza Nazionale di Trieste e dai lavori dei gruppi post conferenza, e mantenendo la coerenza con le indicazioni del Piano d'Azione Europeo, il documento declina le strategie di intervento in modo pragmatico ed essenziale. Risulta pertanto uno strumento di particolare importanza nell'orientare lo sviluppo di azioni concrete, organizzate e coordinate tra il Dipartimento Nazionale e le Regioni/Province Autonome.

Tutte le azioni e le raccomandazioni contenute nel PAN trovano coerente sostegno nella attività progettuali messe in essere dal Dipartimento attraverso la definizione di appropriati piani progettuali.

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 2010 l'Osservatorio ha partecipato alla realizzazione di tutte le attività progettuali avviate collaborando alla pianificazione di quelle in fase di sviluppo e avvio.

Sistema di Allerta

Nel 2010 un particolare rilievo ha avuto il Sistema Nazionale di Allerta Rapida la

Rapida

cui organizzazione ha consentito di 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 di attivare delle segnalazioni di allerta che tempestivamente hanno coinvolto sia le strutture deputate alla tutela e alla promozione della salute sia i responsabili della attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze segnalate.
I dettagli delle attività e dei risultati 2010 sono riportati nel capitolo V.3.

Gruppi di lavoro

Le funzioni interne al Dipartimento nazionale sono state organizzate in gruppi di lavoro tematici con l'intento di sostenere la realizzazione e il compimento di specifiche linee di attività: questo si è reso necessario per facilitare lo svolgimento del lavoro e il raggiungimento degli obiettivi attesi nei confronti di aspetti complessi che prevedono il coinvolgimento di altre figure (istituzionali e non istituzionale) esterne al Dipartimento stesso.

Lavoratori con mansioni a rischio

Un gruppo di lavoro si occupa dell'accertamento di assenza di tossicodipendenza in lavoratori con mansioni a rischio. Al tavolo istituzionale, il cui mandato è quello di rivedere e sistematizzare l'attuale normativa di merito, partecipano tutti i Ministeri interessati e coinvolti nell'argomento (Salute, Infrastrutture e Trasporti, Lavoro e Politiche Sociali, Difesa, Interno) oltre a rappresentanti dell'Autorità Garante per la Privacy, delle organizzazioni dei medici del lavoro, ENAV e Rete Ferroviaria Italiana. A quest'ultima è stato affidato un progetto specifico (DTLR) che ha la finalità di monitorare l'andamento degli accertamenti nei lavoratori a rischio impiegati nel territorio nazionale (paragrafo I.1.3).

Conferenza Stato-Regioni

La Conferenza Stato-Regioni ha visto la partecipazione del DPA al tavolo tecnico sull'applicazione del DCPM 1 aprile 2008: tale DPCM, che definisce il trasferimento delle competenze sanitarie per i soggetti detenuti dal Ministero della Giustizia alle Regioni, interessa anche i soggetti tossicodipendenti o con problematiche connesse al consumo di stupefacenti. È stato definito un accordo che, con la prospettiva di favorire l'uscita dal carcere dei tossicodipendenti tramite l'affidamento in prova, istituisce una modalità di flusso dati che consenta di quantificare il fenomeno tossicodipendenza in carcere e di monitorare l'applicazione dell'affidamento in prova in esecuzione esterna della pena.

Linee di indirizzo "Tossicodipendenza e Carcere"

A sostegno della attività appena illustrata, il Dipartimento ha redatto delle specifiche linee di indirizzo, pubblicate e diffuse nel 2011, attraverso le quali di suggeriscono le modalità con cui favorire l'accesso all'affidamento in prova per i tossicodipendenti detenuti in carcere. L'applicabilità delle linee di indirizzo è verificata attraverso un progetto dedicato (Carcere e Droga) affidato a Formez.pa.

Linee di indirizzo "Screening e Diagnosi Precoce delle principali Patologie Correlate all'Uso di Sostanze Stupefacenti"

Sempre nel corso del 2011 sono state pubblicate e diffuse le linee di indirizzo a sostegno della prevenzione di patologie infettive correlate al consumo di stupefacenti. L'importanza di questo documento, basato su dati e prove di evidenza, è fondamentale per favorire l'accesso allo screening per HIV ed epatiti in soggetti a rischio, avendo notato un preoccupante e costante calo dell'esecuzione del test specialmente nei soggetti assistiti dai SerT. Per favorire l'adozione e l'applicazione delle linee di indirizzo è stato avviato un progetto specifico, Diagnosi e Terapia Precoce delle Infezioni Dorga-correlate (DTPI), affidato al Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità.
Queste linee di indirizzo fanno seguito al documento"Misure ed Azioni Concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di Sostanze Stupefacenti", pubblicato e diffuso nel 2009.

Monitoraggio piano progetti 2009-2010

Le 49 attività progettuali definite nel piano 2009-2010 hanno avuto avvio nel corso del 2010. Nel mese di novembre è stato organizzato un workshop specifico, della durata di due giorni, nel corso del quale a tutti gli Enti affidatari di progetto è stato chiesto di rendicontare sullo stato di avanzamento dei lavori e sui risultati preliminari e intermedi ottenuti. I risultati presentati, che sono disponibili sul portale del Dipartimento, sono apparsi molto positivi sia per il raggiungimento degli obiettivi definiti per i singoli progetti che per la serietà e competenza

dimostrata nella realizzazione del progetto assegnato. Per una parte dei progetti è prevista la conclusione nel corso del 2011 e la divulgazione dei risultati definitivi sarà oggetto di eventi pubblici oltre che di pubblicazioni edite a stampa.
Molti dei risultati dei progetti affidati nel 2009/2010 costituiscono paragrafi della presente Relazione

Progetto RELI: 139 progetti territoriali

L'obiettivo del progetto RELI è quelli di promuovere e realizzare un nuovo modello di riabilitazione e reinserimento sociale e lavorativo integrato pubblico-privato per tossicodipendenti provenienti dalle Comunità Terapeutiche e dai SerT mediante l'attivazione di un network nazionale di organizzazione produttive e di coordinamento territoriali. Nel mese di ottobre 2010 con determinazione della Regione Sardegna, ente affidatario di progetto, è stato approvato il bando per la presentazione di proposte progettuali nell'ambito del progetto nazionale RELI.
Il bando, pubblicato sui siti www.politicheantidroga.it, www.droganews.it, www.dronet.org e www.regione.sardegna.it, invitava Comunità Terapeutiche, Dipartimenti delle Dipendenze, Cooperative Sociali di tipo A e B, Fondazioni e Associazione ad inviare, entro il 30 novembre 2010, un progetto territoriale di reinserimento.
Sono pervenute presso la sede della Regione Autonoma della Sardegna n. 139 proposte progettuali.
Allo stato attuale la Commissione, appositamente istituita per la valutazione e selezione delle proposte progettuali, e coadiuvata da un gruppo esterno di supporto operativo, sta provvedendo alla valutazione dei progetti, secondo i criteri individuati dal bando.

Progetti NIOD e SIND Support

Il 2010 ha anche visto l'avvio di due importanti progetti la cui finalità è quella di realizzare il Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze (NIOD) e sostenere lo sviluppo di sistemi informativi in grado di produrre informazioni standard sui soggetti in trattamento (SIND Support). Di questi due progetti si riporta lo stato di avanzamento e i risultati preliminari nei paragrafi II.2.1.2 (NIOD) e IV.5 (SIND Support).

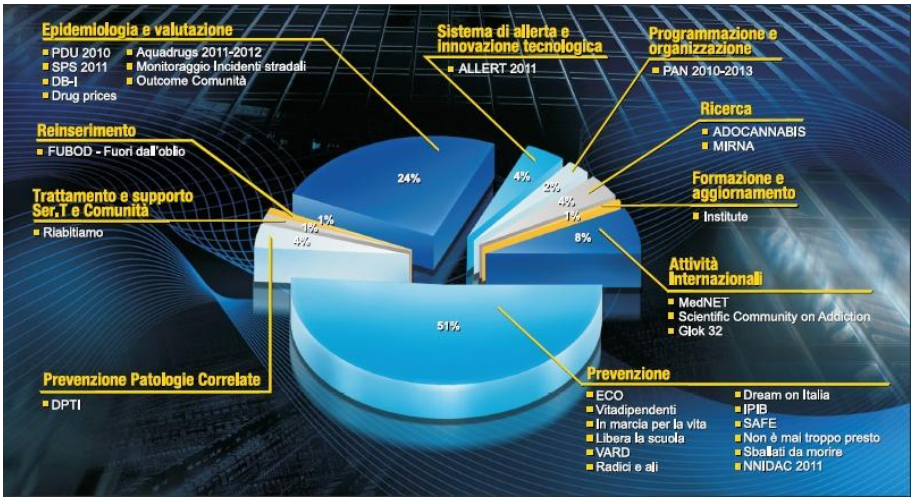
Progetto Edu.Care: coinvolti 50 territori

La finalità principale del progetto Edu.Care quella di sostenere e accrescere il bagaglio conoscitivo e le attitudini dei genitori (e più in generale degli adulti di riferimento) attraverso specifici training educativi affinché siano in grado di gestire correttamente il setting relazionale, educativo, familiare, le relazioni con i giovanissimi figli, e le varie possibili problematiche in relazione al potenziale uso di droghe o abuso alcolico fra i minori.
A tal fine sono stati selezionati 50 territori in cui sono state istituite altrettante unità operative composte dal personale scolastico e dallo staff delle associazioni del privato sociale che, dopo essere state opportunamente formate, hanno avviato un training composto da 10 interventi formativi rivolti ai genitori e a genitori e figli congiuntamente. Gli interventi formativi sono stati realizzati nel corso dell'anno scolastico 2010-2011.
Contestualmente sono stati selezionati e coinvolti nel progetto i Dipartimenti delle Dipendenze afferenti ai territori selezionati al fine offrire assistenza specializzata in materia di drug testing professionale e counselling psico-educativo a quei genitori con problemi diagnostici nei confronti di figli minori per cui si ritiene necessaria una diagnosi precoce. Questa fase del progetto è stata prorogata fino a dicembre 2011.

Il piano progetti 2010: 9.943.000€ di budget investito e 30 nuovi progetti attualmente attivi

Nel corso del 2010 è stato realizzato un nuovo piano progettuale per complessivamente 9.943.000€. Dei 32 progetti finanziati alcuni sono in continuazione dall'anno precedente (Sistema di Allerta, Prevenzione Incidentalità Stradale Alcol e Droga Correlata) o sono riedizioni di attività condotte annualmente (Indagine sui Consumi nella Popolazione Studentesca SPS-ITA, Stima dei Consumatori Problematici PDU, Misurazione delle Droghe nelle Acque Reflue AQUADRUGS), ma la maggioranza è rappresentato da linee progettuali nuove o che sviluppano precedenti attività.

Figura II.2.2: Piano progetti 2010-2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Data Base Integrato

Di particolare interesse il progetto DB-I (Data Base Integrato) che prevede lo sviluppo di un sistema informativo che centralizzi tutti i flussi dati provenienti dai vari interlocutori e fornitori (Ministeri, Regioni e PA) e li integri, sistematizzandoli, in un unico archivio accessibile in modalità protetta ed esclusiva. Risulterà così possibile consultare, anche in forma comparata, l'insieme dei dati raccolti a livello nazionale e utilizzarli sia per la programmazione centrale che regionale. Il data base conterrà anche i dati delle ricerche svolte centralmente sulla popolazione generale e studentesca (GPS e SPS) oltre a quelli di ricerche specifiche come, ad esempio, AQUADRUGS.
L'aspetto innovativo del progetto DB-I è quello di rendere disponibili e accessibili in tempo reale i vari flussi dati, consentire l'interrogazione del data base integrato e produrre della reportistica standard.

Scientific Community on Addiction

Attraverso il progetto Scientific Community on Addiction, affidato a UNICRI e condotto in collaborazione con il Ministero della Salute e il MIUR, si intendono realizzare iniziative finalizzate allo sviluppo di una comunità scientifica multidisciplinare dotata di strumenti informativi, di una scuola nazionale di formazione e di collaborazioni internazionali per la condivisione delle best practices nelle dipendenze. In particolare, si prevede:

1. la costituzione di una Community scientifica nazionale, multidisciplinare sulle dipendenze, che fa riferimento al DPA del quale assume e promuove le strategie generali.
2. il mantenimento e la diffusione della Newsletter Drog@news contenente recensioni scientifiche di rapida consultazione;
3. la creazione e la diffusione di una pubblicazione scientifica di approfondimento con articoli originali provenienti sia da autori italiani che di altri Paesi (Italian Journal on Addiction);
4. la realizzazione di una scuola nazionale sulle dipendenze, con un percorso formativo annuale supportato da sistemi di e-learning, presso il DPA;
5. l'attivazione e il mantenimento di Gruppi di collaborazione internazionale per lo scambio di esperienze, best practices e ricerche;

Figura II.2.3: Progetto Scientific Community on Addiction



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.2 La rete degli osservatori regionali: Progetto NIOD

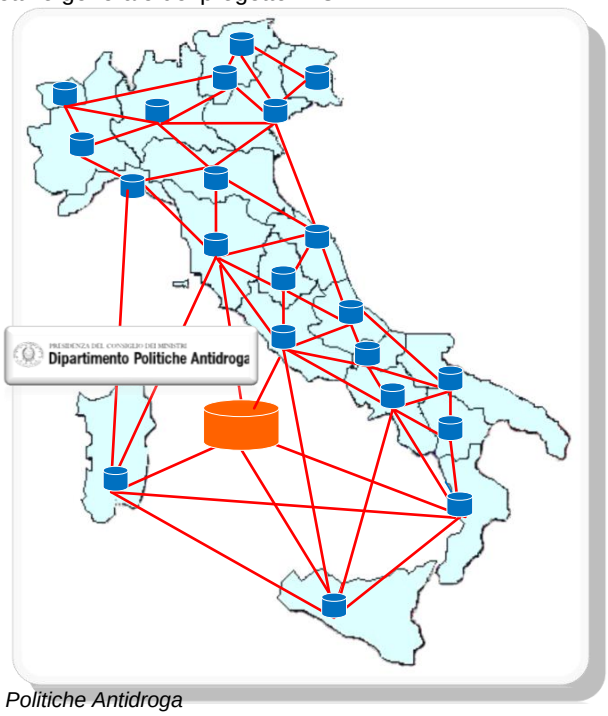
Nel 2010 l'osservatorio europeo EMCDDA congiuntamente con CICAD-OAS, ha pubblicato il manuale "Building a National Observatory: a joint manual", tradotto anche nella versione italiana, a cura del DPA in stretta collaborazione con l'EMCDDA. Il documento tecnico fornisce uno schema operativo di riferimento per la costituzione degli Osservatori nazionali, nell'ambito della loro funzione principale di supporto tecnico, basato sull'evidenza, per le decisioni strategiche necessarie ad affrontare in modo compiuto ed efficace le problematiche connesse al consumo di droghe.
L'organizzazione ed i contenuti del documento, sono strutturati con descrizioni passo-passo che suggeriscono le azioni logiche e concrete per creare, avviare e mantenere un Osservatorio, e ne consentono la declinazione della sua applicazione anche alle realtà sub-nazionali. Infatti, la struttura e la sequenzialità dei capitoli, per quanto riferita ad ambiti nazionali, trova riscontro anche a livelli più bassi, sia regionali che locali.
Il Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sensibilizzato dall'assenza di un sistema nazionale partecipato, coordinato e condiviso di raccolta elaborazione e trasmissione dati, cogliendo l'opportunità dell'iniziativa dell'Osservatorio europeo, nel 2010 ha promosso ed avviato un 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 (progetto NIOD).

La rete degli osservatori regionali

Obiettivo generale e obiettivi specifici del progetto NIOD

Obiettivo generale del progetto NIOD, è l'attivazione di una rete nazionale e la realizzazione di un'organizzazione permanente e coordinata di strutture operanti in ogni singola Regione/PA in grado di produrre report standard e flussi dati pre-concordati utilizzando i cinque indicatori chiave EMCDDA (Figura II.2.4).

Figura II.2.4: Obiettivo generale del progetto NIOD

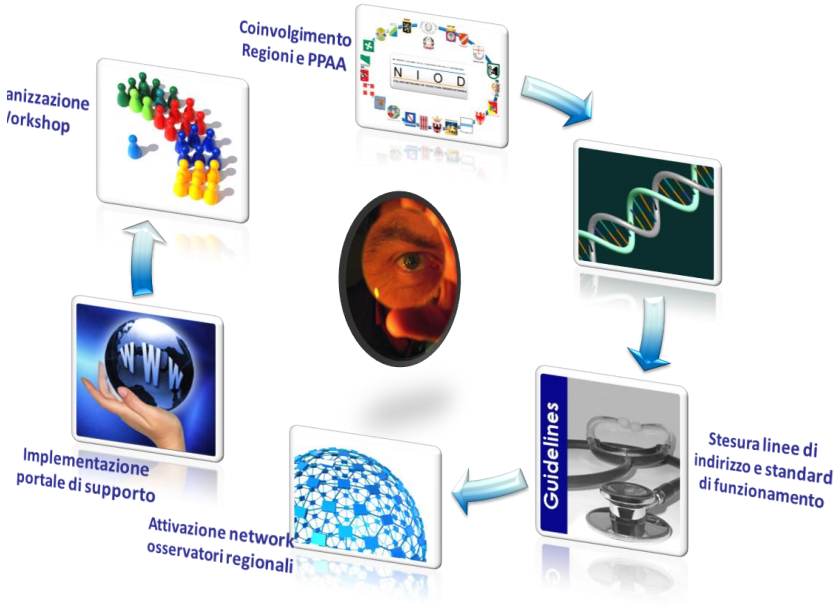


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Obiettivi specifici progetto NIOD

L'obiettivo generale del progetto è stato declinato in obiettivi specifici a supporto delle diverse fasi operative da attivare per la realizzazione del progetto nella sua complessità e completezza. Tra gli obiettivi specifici prioritari figurano la creazione di un gruppo di lavoro permanente con le amministrazioni regionali interessate all'iniziativa, e la ricognizione sulla presenza e sullo stato di implementazione di osservatori per le dipendenze a livello regionale.
Al fine di trasferire alle regioni le competenze teoriche ed operative sugli standard europei degli osservatori nazionali e sub-nazionali, tra gli obiettivi specifici è stata inserita la realizzazione di un meeting formativo presso la sede dell'EMCDDA di Lisbona, che si è svolto nel mese di dicembre 2010. Ulteriori obiettivi del progetto riguardano la realizzazione di linee di indirizzo tecniche condivise, criteri e standard di funzionamento, la realizzazione di un portale di supporto al network nazionale degli osservatori regionali e la realizzazione di un workshop conclusivo sui risultati del progetto.

Figura II.2.5: Obiettivi specifici del progetto NIOD



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Attività svolte nel 2010 per l'attivazione della rete degli osservatori

Finanziate alle Regioni e PPAA un milione di euro

Il progetto NIOD è stato finanziato con un fondo di 1.000.000 di Euro ripartito tra le Regioni e PP.AA. sulla base di una valutazione preliminare, mediante la compilazione di una versione semplificata di check-list, delle caratteristiche e dello stato di avanzamento dell'attivazione dell'Osservatorio (se esistente) o del fabbisogno primario per l'attivazione ex novo, che ha permesso di evidenziare lo status de quo per le singole Regioni/PA.

Gruppo di lavoro interregionale

Al fine di conseguire l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici del progetto, in fase di start-up del progetto è stato attivato un gruppo di lavoro specifico al quale partecipano i referenti delle Regioni e Provincie Autonome aderenti all'iniziativa ed i referenti del Ministero della Salute (Figura II.2.6).

Figura II.2.6: Adesione delle Regioni e PP.AA. al progetto NIOD



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il Portale NIOD

Nel contempo è stato implementato il portale previsto come supporto tecnologico al network, attraverso il quale tutti gli Osservatori locali saranno in collegamento tra loro e con l'osservatorio nazionale presso il DPA. Questo per poter disporre di una efficiente e condivisa rete per lo scambio di dati, informazioni, metodologie e riflessioni sulle problematiche dell'osservazione epidemiologica.

Figura II.2.7: 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.

Percorso formativo con l'EMCDDA: Reitox Academy

Nella fase iniziale delle attività del gruppo di lavoro, il DPA ha organizzato un percorso formativo, il Reitox Academy presso l'Osservatorio Europeo di Lisbona, che ha visto la partecipazione di 33 rappresentanti regionali oltre a quelli del DPA, del Ministero della Salute e dell'Ente affidatario. Gli obiettivi dell'Academy erano rivolti a presentare una panoramica generale del progetto italiano "NIOD – Italian Network of Addiction Observatories" in una logica organizzativa e funzionale degli osservatori secondo gli indirizzi europei, ad:

- evidenziare il ruolo e gli obiettivi degli Osservatori Nazionali e Regionali sulle Droghe,
- trasferire i concetti base dei contenuti del "Manuale sull'Osservatorio nazionale sulle Droghe" pubblicato dall'EMCDDA,
- individuare le azioni da intraprendere per la creazione e lo sviluppo del progetto NIOD.

I contenuti della formazione sono stati fortemente orientati a fornire indicazioni pratiche su come utilizzare i suggerimenti del manuale ripercorrendo la struttura dello stesso, ma non escludendo le azioni successive intese come sviluppo nazionale del network all'interno dei confini normativi italiani e del Piano Nazionale d'Azione 2010-2013.

Particolare interesse ha destato il percorso formativo Reitox Academy presso l'Osservatorio Europeo di Lisbona, non solo tra i referenti regionali partecipanti, ma e soprattutto tra i responsabili organizzatori dell'OEDT. L'evento, primo nel suo genere a livello europeo, ha permesso la messa a punto di un modello formativo per la diffusione e la condivisione di percorsi condivisi nello sviluppo degli osservatori nazionali e sub-nazionali. Questa prima esperienza positiva è

stata trasformata a livello nazionale, in aggiornamento permanente anche per consentire uno scambio continuo con l'EMCDDA.

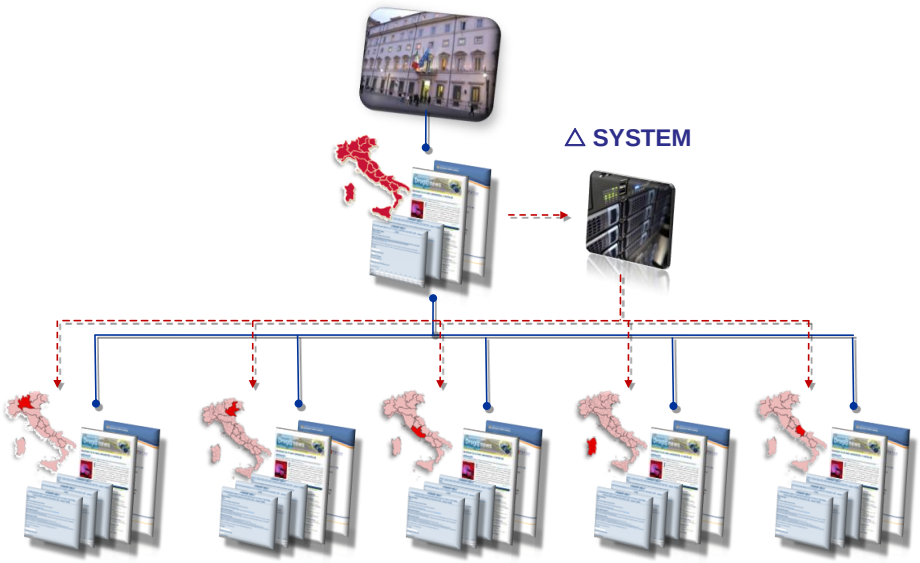
Aree principali di interesse negli incontri del gruppo di lavoro NIOD:
- monitoraggio dello stato di attivazione degli osservatori regionali, e
- rilevazione dei 5 indicatori chiave previsti dall'EMCDDA

Gli incontri del gruppo di lavoro sono essenzialmente concentrati su due argomenti principali, il primo dei quali dedicato al monitoraggio dello stato di attivazione degli Osservatori regionali e provinciali, mediante l'utilizzo di uno strumento proposto dall'Osservatorio europeo e adattato alla realtà italiana, la check-list sullo stato di attivazione e miglioramento degli osservatori nazionali, che somministrata periodicamente permette di evidenziare il percorso di evoluzione della messa a regime degli osservatori regionali e provinciali, secondo le diverse aree funzionali degli stessi. Il secondo argomento è maggiormente orientato ad uno dei principali risultati finali, origine stessa dell'esistenza dell'Osservatorio regionale/provinciale, cioè la rilevazione di informazioni uniformi secondo gli standard europei e la predisposizione di report altrettanto standard da poter consentire il confronto tra le diverse realtà locali e con la dimensione nazionale.

Per tale finalità, gli Osservatori regionali, in collaborazione e con la supervisione dell'Osservatorio nazionale, dovranno essere in grado di soddisfare la compilazione dei cinque indicatori chiave europei (GPS – indagini di popolazione sui consumi di sostanze; PDU - stime sul consumo problematico; TDI – dati sulla domanda di trattamento da parte dei consumatori; DRID – dati su malattie infettive correlate; DRD – dati sulla mortalità acuta e correlata) integrati con altri indicatori di interesse locale e nazionale (concentrazione metaboliti nelle acque reflue, circolazione di nuove sostanze, produttività ed esiti dei trattamenti, analisi dei costi, dati correlati all'attività di contrasto).

La rilevazione dei 5 indicatori chiave, rappresenta il debito istituzionale ai vari livelli secondo la logica bottom-up (Azienda Sanitaria -> Regione/PA -> Stato -> EU). La condivisione di standard metodologici, strutturali, informativi e di reporting, per contro, segue un logica top-down (EU -> Stato -> Regione/PA -> Azienda Sanitaria) e pertanto dovrebbe prevedere la presenza di una tecnostruttura dedicata ad ogni livello, sia in fase di raccolta, che elaborazione, che rappresentazione dei risultati.

Figura II.2.8: Struttura del sistema di reporting



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il progetto SIND Support

Per meglio supportare lo sviluppo dell'indicatore TDI, il DPA ha finanziato progetto SIND Support, a sostegno dello sviluppo locale di sistemi informativi dedicati e standardizzati per la rilevazione dei soggetti sottoposti a trattamento.

Il primo risultato importante di tale progetto è la predisposizione e pubblicazione del manuale operativo per la rilevazione standard ed uniforme dei dati sull'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze.
Già di per sé, oltre all'indicatore TDI, questo flusso informativo soddisfa quasi completamente anche l'indicatore DRID ed è utilizzato per produrre alcune stime dell'indicatore PDU.

II.2.3. 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 2010 nello svolgimento delle attività, soluzioni possibili/auspicate e la programmazione delle attività previste per il 2011.

Ministero della Salute
Lavoratori a rischio
Messa a regime SIND
Bollettino dipendenze online

Il Ministero della Salute, attraverso il Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e il Dipartimento della Qualità – Direzione Generale del Sistema informativo, ha partecipato al gruppo di lavoro per l'individuazione delle modifiche/integrazioni da proporre per la rivisitazione dell'Intesa Stato Regioni 30 ottobre 2007 in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza fra i lavoratori. promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga .
In collaborazione con il Coordinamento delle Regioni e con il coordinamento del Dipartimento Politiche Antidroga, è stato messo a punto il modello di rilevazione delle attività dei servizi per le tossicodipendenze e si è in attesa della messa a regime del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND).
Nel 2010 è stato pubblicato in versione on-line, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga, il Bollettino sulle Dipendenze consultabile sul sito dedicato.
http://www.droganews.it/bollettino/3/Bollettino+sulle+Dipendenze+2010+vol.1.html

Ministero della Salute
Ufficio Centrale Stupefacenti

Il Dipartimento dell'Innovazione – 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.
Nel corso del 2010 sono state emesse da questo Ministero tre ordinanze: 6 aprile 2010 (JWH-018 – JWH-073) e 3 dicembre 2010 (JWH-250) e 30 dicembre 2010 (JWH-122) nonché una informativa ai NAS per il Mephedrone..

Ministero della Giustizia
Rilevazione dati statistici dagli uffici giudiziari territoriali

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 istituzione) 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.
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.

Ministero della Giustizia
Tutela della salute in ambito penitenziario

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 a gestire i dati sulle tossicodipendenze, per l'elaborazione di apposite schede che consentiranno la conoscenza reale ed effettiva del fenomeno in carcere.
Le schede sono state già adottate in via sperimentale presso alcune sedi penitenziarie.Valutatane l'appropriatezza, le medesime saranno approvate dalla Conferenza unificata ed il loro utilizzo esteso a tutti gli istituti penitenziari del territorio nazionale.
Nel 2010 determinante è stato poi il contributo tecnico fornito al Ministero della Salute nell'elaborazione del capitolo sulla detenzione all'interno delle "Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1".

Ministero della Giustizia
I Servizi minorili

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 minori le, si individua certamente nell'esecuzione del 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 dell'Interno
Servizi di Polizia in materia di stupefacenti

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, D.C.S.A, Ministero dell'Interno, Dipartimento della pubblica sicurezza, è lo strumento di cui si avvale il Capo della Polizia per l'attuazione del coordinamento, pianificazione e alta direzione dei servizi di polizia in materia di stupefacenti. L'Ufficio è organizzato 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 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.
Per l'anno 2011 è allo studio la modifica della pubblicazione relativa ai tossicodipendenti in trattamento attraverso l'approfondimento e la ricerca di notizie e informazioni che si riterranno utili per lo studio del fenomeno tossicodipendenza. I dati raccolti nell'arco dell'anno non saranno più trimestrali bensì semestrali (30 giugno e 31 dicembre).

Il Servizio di Polizia Stradale

Le modifiche al Codice della Strada apportate con la Legge n. 120/2010 hanno introdotto la possibilità di procedere all'accertamento dello stato di alterazione *direttamente su strada* tramite esami clinico-tossicologici, strumentali ovvero analitici - cui è stata conferita dignità di "prova legale" – con conseguente risparmio di risorse umane ed incremento della quantità di controlli.

Il nuovo codice ha affidato la definizione delle modalità di tali accertamenti nonché delle caratteristiche degli strumenti in grado di effettuarli**,** ad un decreto a firma del Ministero Infrastrutture e Trasporti, di concerto col Ministro dell'Interno della Giustizia e della Salute, sentiti la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroga ed il Consiglio Superiore di Sanità.
In tale contesto la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroga ha richiesto la collaborazione del Servizio Polizia Stradale, in partnership con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e l'Università degli Studi di Verona, per la realizzazione del progetto denominato "TOX TEST", ovvero uno studio sperimentale su sistemi di drug-testing rapidi su saliva mirato alla certificazione di *criteri di idoneità su base scientifica* cui dovranno ispirarsi i futuri "drosometri".

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 2010, 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 la Commissione per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale per il triennio 2012-2014, 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 il progetto "Centri aggregazione giovanile 2YOU", che ha promosso l'attivazione di un Centro di aggregazione in 14 località distribuite sul territorio nazionale; il progetto " WeFree", che si realizza nell'anno scolastico 2010/2011 attraverso spettacoli teatrali di prevenzione, in cui gli attori sono ragazzi che parlano ad altri ragazzi attraverso il racconto di storie vere. Gli spettacoli sono presentati in tutte le Regioni italiane e destinati agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado ed agli educatori.

Comando generale della Guardia di Finanza intensificazione del contrasto al riciclaggio

Nel corso del 2010, il Corpo del Comando Generale della Guardia di Finanzaha 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. Da un punto di vista delle iniziative di prevenzione rispetto alla diffusione delle droghe fra i giovani, alla luce delle numerose richieste di dimostrazioni delle unità antidroga provenienti dalle scuole, a partire dal mese di agosto 2010 è stato avviato un organico progetto educativo, con il patrocinio del Dipartimento per le Politiche Antidroga rivolto agli studenti delle scuole elementari e medie, di età compresa tra i 9 ed i 13 anni, che si propone di promuovere la cultura della legalità fra i giovanissimi, con specifici focus sul tema

delle droghe.

II.2.4. 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 2010 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 interessati, nonché in linea con le indicazioni fornite nel Piano 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 2010, o sono in via di adozione, i provvedimenti regionali dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/07 e 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'adozione 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. I rappresentanti delle Regioni aderenti al progetto, hanno partecipato alla prima riunione di formazione per la Creazione di una Rete di Osservatori regionali organizzata a Lisbona, in collaborazione con l'OEDT, nel mese di dicembre 2010.

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 per l'alcolismo o per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo 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 mentre numerose Regioni hanno previsto un innalzamento delle rette per i servizi residenziali e semiresidenziali degli Enti ausiliari.

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

1.647 strutture di assistenza, di cui:

554 Ser.T.

1.093 strutture socio-riabilitative di cui 65,4% comunità residenziali

Al 31.12.2010, 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 1.647, di cui 554 (33,6%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.093 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (65,4%), a seguire quelle semiresidenziali (18,5%) ed i servizi ambulatoriali (16,1%). Rispetto al 2009 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 1,4% (15 strutture), più marcata per le strutture semiresidenziali (3,8%) e per le strutture ambulatoriali (2,8%), mentre il numero delle strutture residenziali è rimasto pressoché invariato (717 nel 2009 e 715 nel 2010).

Maggiore concentrazione al nord

La distribuzione delle strutture socio-sanitarie sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del nord: nel 2010 quasi il 17% ha sede in Lombardia, il 13% in Veneto e l'11% in Emilia Romagna Nel 2010 rispetto all'anno precedente, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Lombardia (+9) e in Campania (+4), mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra principalmente in Calabria (-5) e in Campania (-2). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, in Veneto e in Piemonte si riporta la diminuzione di 3 strutture semiresidenziali e di altrettanti servizi ambulatoriali in Emilia Romagna e in Veneto (Tabella II.2.1).

Tabella II.2.1: Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive tra il 31.12.09 e il 31.12.10 secondo il tipo di assistenza

	Servizi [1] Tossicodipendenze			Strutture Socio-riabilitative [2]								
				Residenziali			Semiresidenziali			Ambulatoriali		
	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %
Abruzzo	9	11	22,2	14	14	0,0	4	4	0,0	8	8	0,0
Basilicata	6	6	0,0	7	7	0,0	1	1	0,0	5	5	0,0
Calabria	18	17	-5,6	30	25	-16,7	11	10	-9,1	5	3	-40,0
Campania	39	43	10,3	22	20	-9,1	7	8	14,3	12	12	0,0
Emilia Romagna	44	45	2,3	84	83	-1,2	24	23	-4,2	18	15	-16,7
FriuliVenezia Giulia	6	6	0,0	9	9	0,0	5	5	0,0	7	6	-14,3
Lazio	47	47	0,0	28	29	3,6	13	13	0,0	9	9	0,0
Liguria	5	6	20,0	25	24	-4,0	7	5	-28,6	6	6	0,0
Lombardia	63	72	14,3	133	134	0,8	20	20	0,0	27	29	7,4
Marche	13	15	15,4	31	32	3,2	12	13	8,3	10	10	0,0
Molise	6	6	0,0	6	6	0,0	0	0	0,0	2	2	0,0
PA Bolzano	4	4	0,0	3	2	-33,3	1	1	0,0	0	0	0,0
PA Trento	1	1	0,0	4	4	0,0	1	1	0,0	1	1	0,0
Piemonte	61	59	-3,3	67	68	1,5	6	3	-50,0	8	8	0,0
Puglia	56	57	1,8	47	47	0,0	18	17	-5,6	19	19	0,0
Sardegna	14	14	0,0	23	23	0,0	3	2	-33,3	8	8	0,0
Sicilia	49	52	6,1	27	26	-3,7	7	7	0,0	8	8	0,0
Toscana	42	42	0,0	54	55	1,9	19	19	0,0	6	8	33,3
Umbria	11	11	0,0	26	27	3,8	2	4	100,0	1	1	0,0
Valle d'Aosta	1	1	0,0	1	1	0,0	0	0	0,0	0	0	0,0
Veneto	38	39	2,6	76	79	3,9	49	46	-6,1	21	18	-14,3
Totale	**533**	**554**	**3,9**	**717**	**715**	**-0,3**	**210**	**202**	**-3,8**	**181**	**176**	**-2,8**

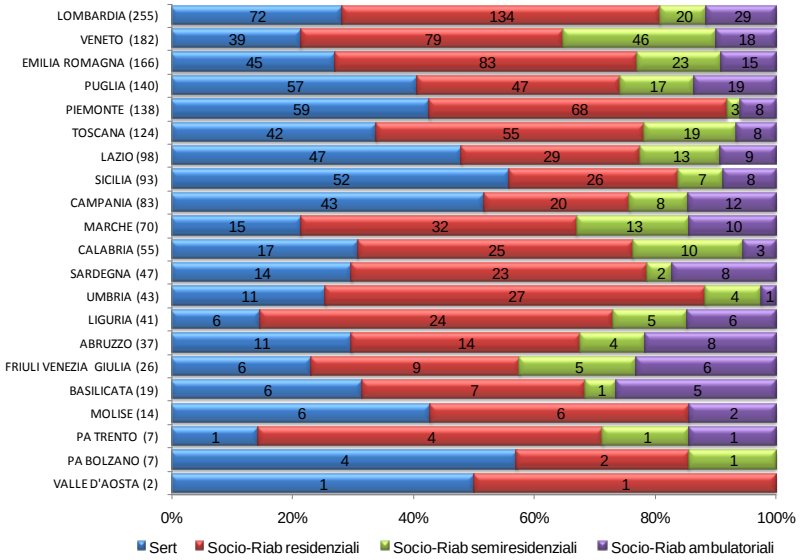
Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno – DCDS

Aumento del 3,9% dei Ser.T. (2009-2010)

Diminuzione dello 0,3% delle strutture residenziali, del 3,8% delle strutture semiresidenziali e del 2,8% delle strutture totali

Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si osserva una maggior presenza di queste ultime in Sicilia, Provincia Autonoma di Bolzano, Campania, Valle d'Aosta e Lazio (Figura II.2.9).

Figura II.2.9: Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2010



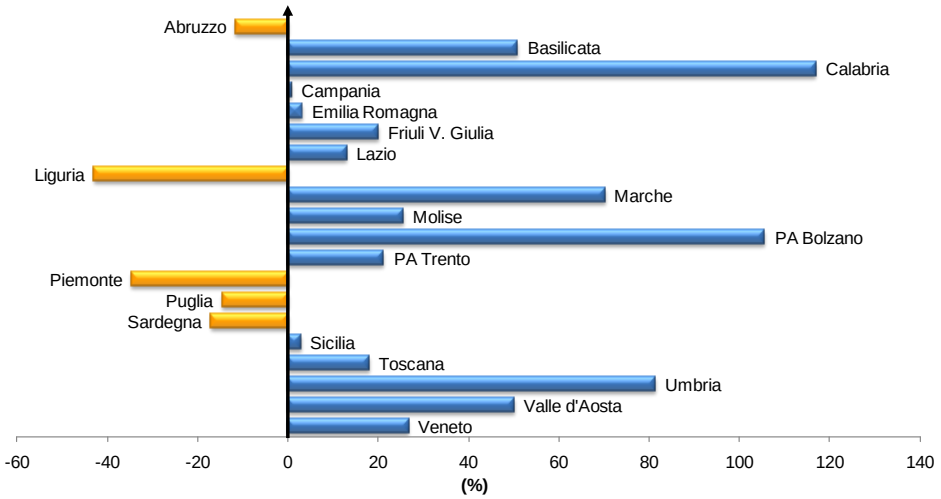
Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno - DCDS

Tabella II.2.2: Personale addetto ai Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 – 2010

	Personale addetto ai Ser.T.											
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Δ% 2010/ 2000
Abruzzo	104	127	126	123	105	110	129	110	81	85	92	-11,5
Basilicata	51	66	67	71	67	72	67	68	59	70	77	51,0
Calabria	165	186	180	188	195	208	211	194	168	161	358	117,0
Campania	574	589	646	616	733	624	664	697	581	551	579	0,9
Emilia Romagna	579	573	503	571	593	632	621	671	466	714	597	3,1
Friuli V. Giulia	135	136	132	141	139	138	133	117	94	103	162	20,0
Lazio	430	443	538	524	549	475	566	596	373	646	486	13,0
Liguria	252	218	225	296	125	123	262	130	268	223	144	-42,9
Lombardia	1020	1003	978	990	961	943	904	930	873	826	ND	ND
Marche	128	94	184	170	154	193	133	200	141	189	218	70,3
Molise	43	35	39	61	39	57	60	59	38	35	54	25,6
PA Bolzano	55	26	63	55	65	58	52	64	68	58	113	105,5
PA Trento	33	34	34	35	35	36	36	37	37	35	40	21,2
Piemonte	791	827	819	781	733	745	890	810	788	708	518	-34,5
Puglia	534	468	462	479	484	491	481	552	538	520	457	-14,4
Sardegna	275	257	264	299	273	205	194	256	227	242	228	-17,1
Sicilia	489	504	490	517	479	453	460	467	392	448	503	2,9
Toscana	499	499	574	599	547	508	598	580	613	620	589	18,0
Umbria	65	114	113	116	107	101	111	111	126	124	118	81,5
Valle d'Aosta	18	19	17	22	21	21	20	21	26	26	27	50,0
Veneto	479	568	566	581	599	539	622	608	567	598	607	26,7
Totale	6.719	6.786	7.020	7.235	7.003	6.732	7.214	7.278	6.524	6.982	6.793 (*)	-9,2

(*) Dato stimato considerando il valore 2009 della Lombardia
Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura II.2.10: Differenza percentuale del personale addetto ai Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2000 – 2010



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Tabella II.2.3: Distribuzione regionale dei Servizi per le Tossicodipendenza, del personale addetto e degli utenti in carico. Anno 2010

Regioni	Ser.T. Attivi	Operatori	Utenti	Utenti/Operatori
Abruzzo	11	92	4.740	51,5
Basilicata	6	77	1.592	20,7
Calabria	17	358	8.324	23,3
Campania	43	579	16.881	29,2
Emilia Romagna	45	597	12.498	20,9
Friuli Venezia Giulia	6	162	3.311	20,4
Lazio	47	486	15.424	31,7
Liguria	6	144	8.003	55,6
Lombardia	72	829(*)	23.563	28,5
Marche	15	218	5.642	25,9
Molise	6	54	1.202	22,3
PA Bolzano	4	113	1.034	9,2
PA Trento	1	40	1.127	28,2
Piemonte	59	518	11.462	22,1
Puglia	57	457	11.545	25,3
Sardegna	14	228	4.835	21,2
Sicilia	52	503	13.067	26,0
Toscana	42	589	13.965	23,7
Umbria	11	118	3.516	29,8
Valle d'Aosta	1	27	366	13,6
Veneto	39	607	14.333	23,6
Italia	554	6.793 (**)	176.430	26,0

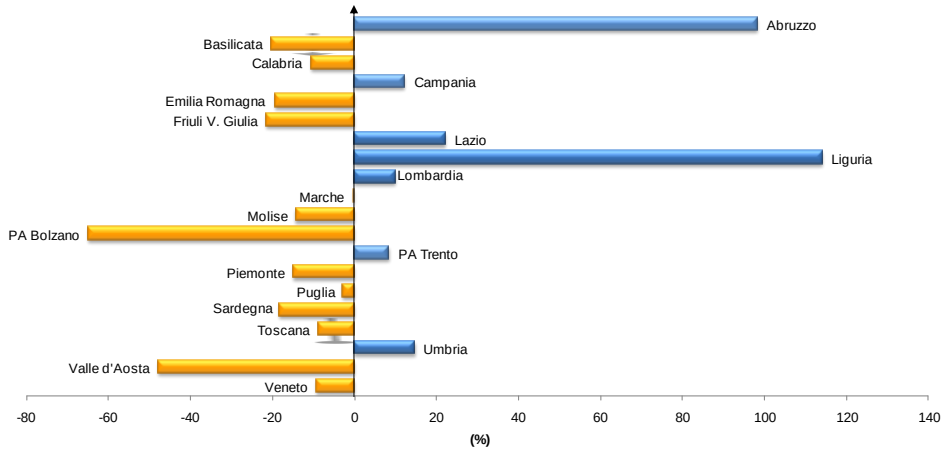
(*) Dato 2009

(**) Dato stimato considerando il valore 2009 della Lombardia

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Non avendo le informazioni sulla reale presenza dei soggetti a tempo parziale o a convenzione, il rapporto operatori/utenti è stato condotto sul numero assoluto di questi ultimi, e pertanto senza utilizzare il parametro "full time equivalent".

Figura II.2.11: Scostamento percentuale dalla media nazionale del carico medio di utenti per operatore. Anno 2010

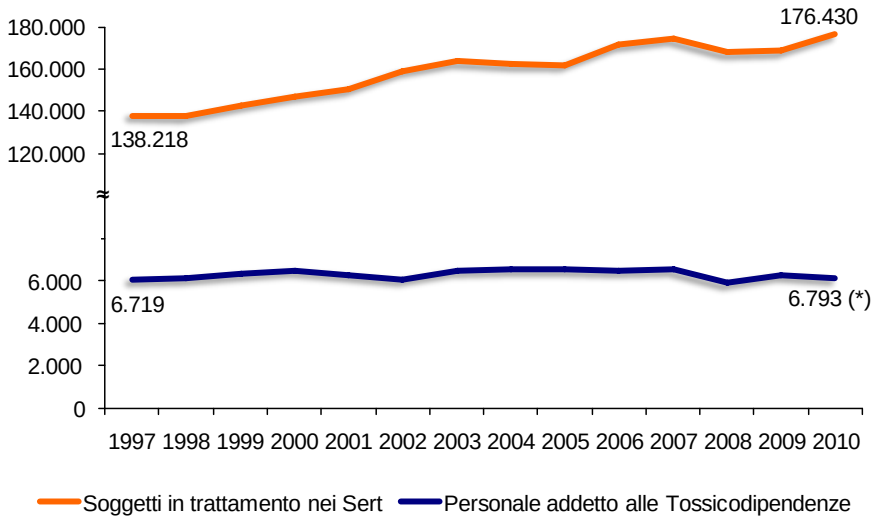


Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Dal 1997:
- aumento dell'1,1% del personale
- aumento del 27,6% dell'utenza

Dal 1997 al 2007 l'andamento del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze aumenta dell'8,3% a fronte di un aumento dell'utenza, nello stesso periodo del 26,1%. Nel 2008 si registra una diminuzione sia del personale addetto ai servizi che del numero di utenti in trattamento; nel 2009 per entrambi i contingenti si osserva un'inversione di tendenza (rispettivamente +0,4% e +7% rispetto al 2008). Va precisato, tuttavia, che nel 2008 i Ser.T. che hanno inviato informazioni relativamente al personale addetto ha raggiunto la copertura dell'89% rispetto ai Ser.T attivi e il 92% con riferimento all'utenza in trattamento; nel 2009 tali percentuali hanno raggiunto i valori rispettivamente del 90% e del 93%. Nel 2010 si osserva un ulteriore aumento dei soggetti in trattamento ed una riduzione del personale addetto alle tossicodipendenze. La percentuale di copertura dei Ser.T. che hanno inviato informazioni relativamente al personale addetto è del 77% rispetto ai Ser.T. attivi; poiché quest'ultimo valore è fortemente influenzato dalla bassa percentuale di copertura della Lombardia (17,1%) nel 2010, nelle analisi successive si considererà per tale regione il valore osservato nel 2009.

Figura II.2.12: Trend dell'utenza e del personale addetto ai servizi per le tossicodipendenze.1997 - 2010



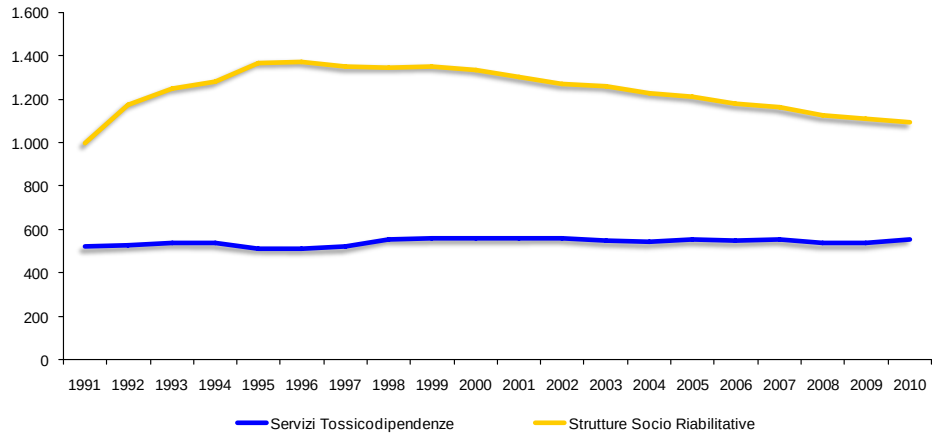
Aumento dell'utenza del 27,6% dal 1997

Aumento del personale del 1,1% dal 1997

(*) Dato stimato considerando il valore 2009 della Lombardia

Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Figura II.2.13: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti - Anni 1991 – 2010



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Il numero dei Ser.T. aumenta del 6,9% dal 1991 al 2010

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 554 nel 2010, pari ad un aumento del 6,9%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dalla Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica 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 1.093 strutture esistenti nel 2010.

Dal 1996 calo delle strutture socio riabilitative

Nel corso del primo quadrimestre del 2011 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.

Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Dalle informazioni fornite dalle Regioni Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Sicilia, Sardegna, Toscana, Umbria, Veneto e Province Autonome di Trento e Bolzano 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 67, 98 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.4). Diminuiscono fortemente le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-69,2% rispetto al 2009), mentre aumentano di una unità le strutture semiresidenziali (+4,5% rispetto al 2009). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa (+12,5%), in particolare aumentano del 66,7% nelle strutture residenziali e del 12,5% in quelle semiresidenziali. In aumento anche il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (+14,1%), sebbene le unità operative in regime semiresidenziale indichino una contrazione del -10,5%, dopo aver subito un forte aumento nel 2009; un incremento del 15,2% si registra anche per le strutture pedagogico-riabilitative, che da 152 nel 2009 passano a 187 nel 2010, con maggiore flessione per i servizi semiresidenziali. Le strutture di trattamento specialistico sono complessivamente 176 (+20,5% rispetto al 2009), presenti in tutte le Regioni che hanno aderito alla rilevazione ad eccezione di Campania, Molise, Puglia e Sicilia (Tabella II.2.4). Il 32% di queste eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 17% per alcolisti, il 14% per donne con bambini, il 14% sono case alloggio per pazienti con AIDS e l'8% centri di crisi.

Strutture residenziali in calo del 69,2%

Servizi di accoglienza in aumento del 12,5%

Strutture pedagogico riabilitative in aumento del 15,2%

Strutture di trattamento specialistico: +20,5%

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 2009 - 2010

	Residenziali			Semiresidenziali			Totale strutture		
	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %	2009	2010	Δ %
Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)	143	44	-69,2	22	23	4,5	165	67	-59,4
Servizi di accoglienza art.11	21	35	66,7	9	10	11,1	40	45	12,5
Servizi terapeutico-riabilitativi art.12	291	353	21,3	86	77	-10,5	377	430	14,1
Servizi di trattamento specialistici art.13	145	170	17,2	1	6	500	146	176	20,5
13 a) Doppia Diagnosi	53	53	0,0	-	3	n.c	53	56	5,7
13 b) Mamma con bambino	23	24	4,3	-	-	n.c	23	24	4,3
13 c) Alcolisti	19	29	52,6	1	1	0,0	20	30	50,0
13 d) Cocainomani	-	-	n.c	-	1	n.c	-	1	n.c
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	-	-	n.c	-	-	n.c	-	0	n.c
13 f) Minori	4	14	250	-	1	n.c	4	15	275,0
13 g) Coppie	-	1	n.c	-	-	n.c	-	1	n.c
13 h) Centri crisi	6	14	133,3	-	-	n.c	6	14	133,3
13 i) Casa alloggio AIDS	24	24	0,0	-	-	n.c	24	24	0,0
13 l) Altro	16	11	-31,3	-	-	n.c	16	11	-31,3
Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14	131	155	18,3	21	32	52,4	152	187	23,0
Servizi multidisciplinari integrati art. 15	21	10	-52,4	5	1	-80,0	26	11	-57,7
Altri programmi accreditati	-	-	n.c	1	-	n.c	4	0	n.c.
Totale	**752**	**767**	**2,0**	**145**	**149**	**2,8**	**910**	**916**	**0,7**

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Aumento in particolare dei servizi per doppia diagnosi, per minori e i servizi multidisciplinari integrati

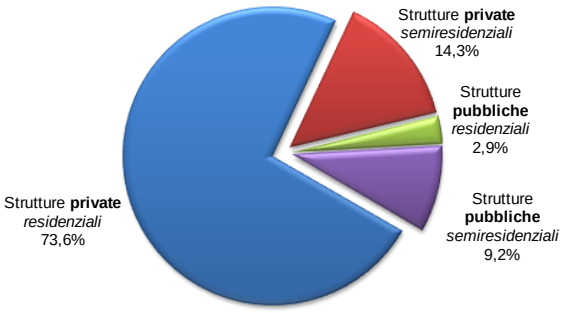
Tabella II.2.5: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2010

	Residenziali	Semiresidenziali	Totale strutture
Dipendenze patologiche generiche	1	10	11
Servizi di accoglienza	1	3	4
Servizi terapeutico-riabilitativi senza ulteriori specifiche (anche con trattamenti con farmaci sostitutivi)	8	64	72
Specialistiche art.13	20	19	39
13 a) Doppia Diagnosi	7	1	8
13 b) Mamma con bambino	-	-	-
13 c) Alcolisti	2	16	18
13 d) Cocainomani	-	2	2
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	1	-	1
13 f) Minori	1	-	1
13 g) Coppie	-	-	-
13 h) Centri crisi	1	-	1
13 i) Casa alloggio AIDS	2	-	2
13 l) Altro	6	-	6
Totale	30	96	126

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 126 strutture residenziali e semiresidenziali diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche.
Il 52% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 3,2% servizi di accoglienza e il 31% sono strutture di trattamento specialistico. Tra queste ultime il 9% si occupa di utenti in doppia diagnosi, il 19% di alcolisti, una struttura è dedicata alla gestione della crisi, due si riferiscono ad un alloggio per pazienti con AIDS, infine altre 6 strutture riguardano altre specialità.

Figura II.2.14: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche e private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999. Anno 2010



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

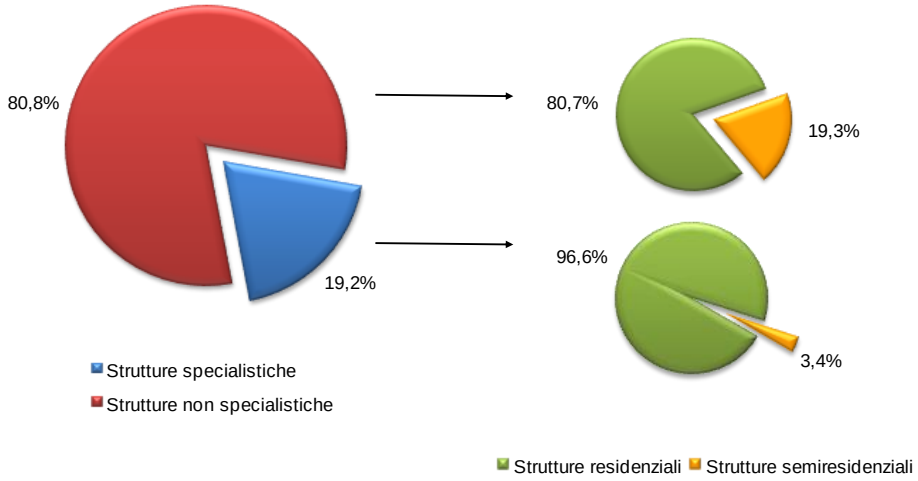
Tabella II.2.6: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione. Anni 2009 – 2010

	Anno	Strutture specialistiche (art. 13)			Strut. non specialistiche			Totale
		Resid.	Semi	Totale	Resid.	Semi	Totale	
Abruzzo	2009	-	-	-	12	4	16	16
	2010	1	-	1	13	4	17	18
	Δ %	n.c	n.c	n.c	8,3	0	6,3	12,5
Basilicata	2009	1	-	1	5	-	5	6
	2010	1	-	1	5	-	5	6
	Δ %	0	-	0	0	-	0	0
Calabria	2009	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	2010	1	0	1	15	9	24	25
	Δ %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	2009	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
	2010	-	-	-	22	8	30	30
	Δ %	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Emilia Romagna	2009	19	-	19	57	15	72	91
	2010	19	-	19	57	15	72	91
	Δ %	0	-	0	0	0	0	0
Friuli Venezia Giulia	2009	-	-	-	2	-	2	2
	2010	1	-	1	5	4	9	10
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	150	n.c.	350	400
Lazio	2009	-	-	-	30	11	41	41
	2010	16	-	16	27	16	43	59
	Δ %	-	-	-	-10	45,5	4,9	43,9
Liguria	2009	4	-	4	14	1	15	19
	2010	36	5	41	21	4	25	66
	Δ %	800	-	925	50	300	66,7	247,4
Lombardia	2009	84	7	91	242	24	266	357
	2010	17	-	17	120	13	133	150
	Δ %	-79,8	n.c.	-81,3	-50,4	-45,8	-50	-58
Marche	2009	10	-	10	54	8	62	72
	2010	9	-	9	54	8	62	71
	Δ %	-10	-	-10	0	0	0	-1,4
Molise	2009	-	-	-	4	-	4	4
	2010	-	-	-	3	1	4	4
	Δ %	-	-	-	-25	-	0	0
Piemonte	2009	26	-	26	47	7	57	83
	2010	22	-	22	48	5	53	75
	Δ %	-15,4	-	-15,4	2,1	-28,6	-7	-9,6
PA Bolzano	2009	3	1	4	3	-	3	7
	2010	2	1	3	2	-	2	5
	Δ %	-33,3	0	-25	-33,3	-	-33,3	-28,6
PA Trento	2009	3	-	3	3	1	4	7
	2010	3	-	3	4	-	4	7
	Δ %	0	n.c	0	33,3	n.c.	0	0
Puglia	2009	-	-	-	42	10	62	62
	2010	-	-	-	47	15	62	62
	Δ %	-	-	-	11,9	50	0	0
Sardegna	2009	-	-	-	-	-	-	-
	2010	4	-	4	39	15	54	58
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Sicilia	2009	-	-	-	-	-	-	-
	2010	-	-	-	19	5	24	24
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Toscana	2009	16	-	16	39	11	50	66
	2010	26	-	26	39	11	50	76
	Δ %	62,5	-	62,5	0	0	0	15,2
Umbria	2009	7	-	7	16	-	16	23
	2010	7	-	7	16	-	16	23
	Δ %	0	-	0	0	-	0	0
Veneto	2009	12	-	12	36	52	88	100
	2010	5	-	5	41	10	51	56
	Δ %	-58,3	n.c	-58,3	13,9	-80,8	-42	-44
Totale	2009	185	8	193	606	144	763	956
	2010	170	6	176	597	143	740	916
	Δ %	-8,1	-25	-8,8	-1,5	-0,7	-3	-4,2

n.c.= dato non calcolabile; n.d.=dato non disponibile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Figura II.2.15: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza. Anno 2010



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

II.2.6. Costi sociali del consumo di sostanze stupefacenti

II.2.6.1 Premessa

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.

I costi sociali legati al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti

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 da Rice et al, 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): 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.

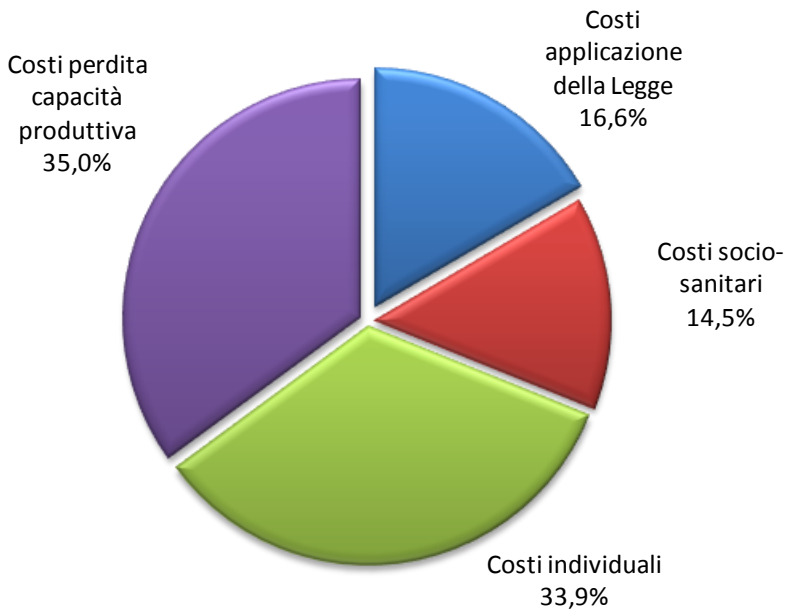
II.2.6.2 Stima dei costi sociali

Circa 12 miliardi di Euro la stima del costo sociale globale del fenomeno droga nel 2009 (0,81% del PIL)

Utilizzando i criteri metodologici descritti nel paragrafo seguente, secondo gli indirizzi proposti anche dall'Osservatorio europeo, il costo sociale complessivo indotto dal consumo di sostanze psicoattive illegali nel corso del 2009 in Italia è stato stimato pari a 12.351.647.972 €, corrispondenti allo 0,81% della ricchezza prodotta in Italia (PIL) nello stesso periodo, che in termini pro-capite risulta equivalente a 331 euro annui per abitante di età 15-64 anni.

[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)

Figura II.2.16: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria



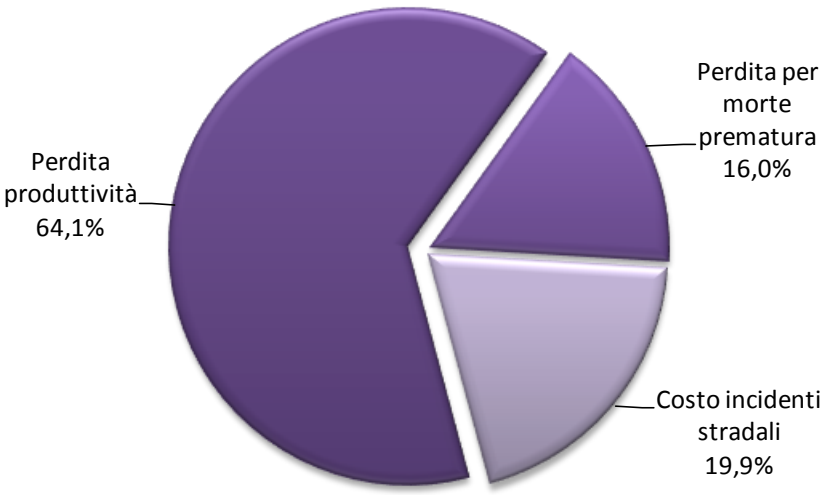
Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il maggior costo è rappresentato dalla perdita di capacità produttiva

Rispetto alle quattro componenti principali di costo individuate nella parte introduttiva e valorizzate secondo i criteri descritti nel paragrafo metodologico (Figura II.2.16), il maggior costo sociale deriva dalla perdita di capacità produttiva (4.327.800.580,39 €) che rappresenta il 35,0% del costo complessivo, in cui figurano, la perdita di produttività in seguito al mancato impiego professionale (2.775 milioni di €), il costo per la perdita di produttività per decesso prematuro (692 milioni di €) ed il costo sociale imputabile ai consumatori in seguito agli incidenti stradali (861 milioni di €) (Figura II.2.17).

Figura II.2.17: Distribuzione dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie

4,3 miliardi di spesa per la perdita della capacità produttiva



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

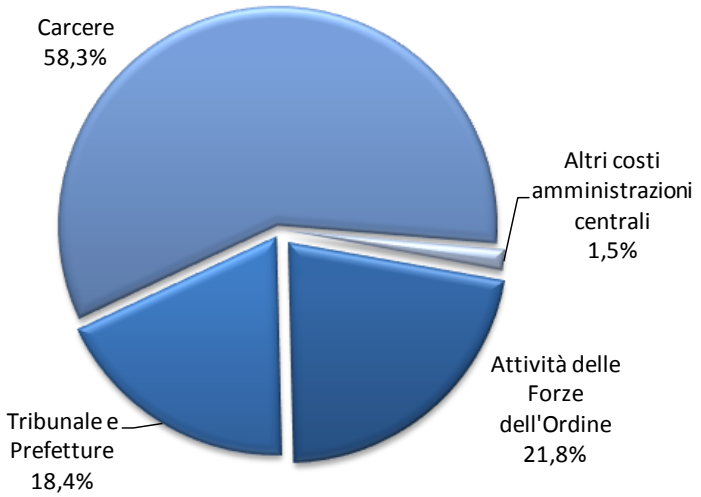
4,2 miliardi di spesa per l'acquisto della

La seconda voce di costo che incide maggiormente sull'ammontare complessivo, in quota percentuale pari al 34% si riferisce al costo per l'acquisto delle sostanze

droga da parte dei consumatori

stupefacenti da parte dei consumatori (4.188.022.233,05 €) (Figura II.2.16), in prevalenza cannabis, seguita da cocaina, eroina ed altre sostanze psicotrope.

Figura II.2.18: Distribuzione dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie

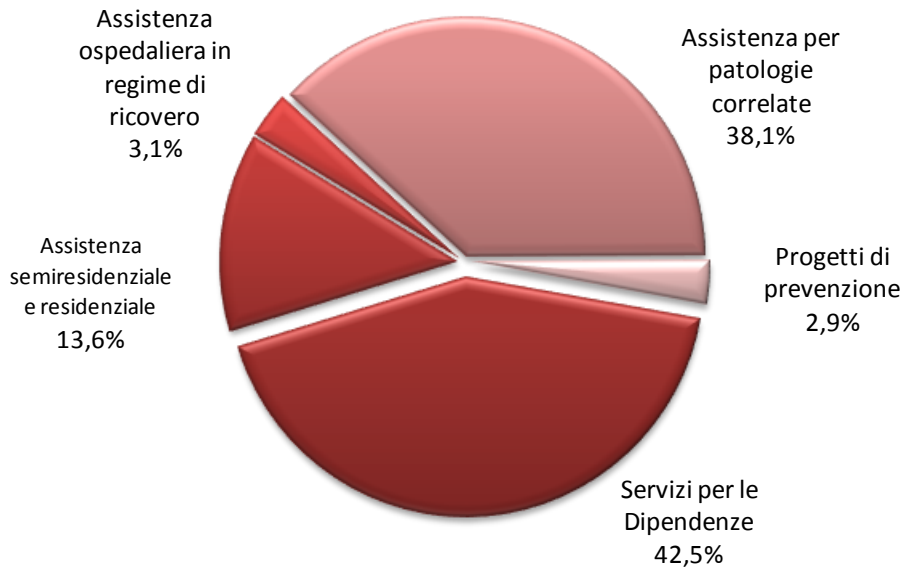


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

2 miliardi il costo del contrasto

Le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti incidono sul costo sociale complessivo per il 17% circa (2.048.360.494,08 Euro) (Figura II.2.16)., 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 reclusi per altri reati (Figura II.2.18). Il 22% 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.2.19: Distribuzione dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.787.464.665,30 euro corrispondenti al 14,5% del costo sociale attribuibile al fenomeno; i maggiori costi si rilevano per l'assistenza ambulatoriale erogata dai servizi per le tossicodipendenze (760.204.959,96 euro), e poco meno per il trattamento di soggetti affetti da patologie infettive (in particolare HIV ed HCV).

1,8 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 238.557.652,30 euro, mentre i ricoveri ospedalieri di consumatori di sostanze psicotrope incidono per una quota minima del 3,1% (55.595.047,00 euro).

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 ad oltre 40 Euro annui, con valori sensibilmente variabili tra le diverse Regioni e Province Autonome, che oscillano tra un minimo di 22 Euro per la Regione Calabria ed un massimo di 70 Euro annui procapite per la Regione Liguria.

Il costo medio dell'assistenza socio-sanitaria procapite varia da 22 Euro annui in Calabria a 70 Euro in Liguria

II.2.6.3 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

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.

Fonti informative: Amministrazioni Centrali e Regionali

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).

Flussi informativi delle Amministrazioni Centrali

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 2009 – 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[3] e per programmi[4] 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 (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 la prima componente di costo, l'acquisto delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, la stima è stata ottenuta applicando il metodo basato sulla domanda, quindi sul valore stimato dei consumi di droga da parte della popolazione, applicando i prezzi medi di mercato – rilevati dalle Forze di Polizia Locale di 12 città campione a livello nazionale ed elaborati dalla Direzione Centrale Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno – ai quantitativi di sostanze stupefacenti consumate in Italia nel periodo di riferimento. Per la stima dei consumi sono stati considerati due differenti criteri e prendendo il valore medio: il primo criterio, stima i consumi sulla base dei risultati emersi dallo studio multicentrico sull'analisi delle acque reflue condotto in otto città campione nel 2010, mentre il secondo stima i consumi sulla base dei dati forniti dagli studi di popolazione generale e studentesca.

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.

[3] 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.

[4] 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.

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).

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.

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 31.12.2009 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.

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.

Parte Terza

Interventi di risposta ai bisogni sociosanitari e di contrasto all'offerta di droga

CAPITOLO III.1.

PREVENZIONE

III.1.1. Prevenzione universale

III.1.1.1 A livello di comunità locale

III.1.1.2 Nelle scuole

III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

III.1.2.1 Gruppi a rischio

III.1.2.2 Famiglie a rischio

III.1.2.3 Nelle scuole

III.1.3. Campagne informative di prevenzione

III.1. PREVENZIONE

L'area della prevenzione primaria è stata oggetto della rilevazione condotta presso le Regioni e le Province Autonome dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, sulla base dei questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona riguardanti l'attivazione e/o la prosecuzione di progetti di prevenzione secondo le diverse dimensioni: universale, selettiva verso gruppi a rischio o a livello di nucleo familiare.
Con riferimento ai risultati emersi dalla somministrazione dei questionari dell'OEDT, in questa sezione viene presentato un profilo conoscitivo sullo stato di attivazione di azioni mirate alla prevenzione, secondo le tre aree indicate dall'Osservatorio di Lisbona.
Il Capitolo presenta in conclusione una sintesi delle campagne informative di prevenzione universale e selettiva.
Da una prima valutazione è possibile affermare che ci sia, a parità di volume, uno spostamento sia degli investimenti che dei vari interventi dalla prevenzione universale a quella selettiva.

Tabella III.1.1: Sintesi generale attività area prevenzione nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2010

Regioni	Investimenti	Attività, Centri, Corsi, Piani e Progetti attivi	Campagne di comunicazione
Abruzzo	613.305,2	15	-
Basilicata	588.900,00	59	3
Bolzano	453.393,24	64	3
Calabria	2.382.644,13	37	4
Campania	4.207.530,00	19	-
Emilia - Romagna	3.813.000,00	1.935	1
Friuli Venezia Giulia	144.370,00	45	7
Lazio	3.343.719,40	7	-
Liguria	176.338,00	3	2
Lombardia	5.448.599,33	498	29
Marche	Dati richiesti e non forniti	0	1
Molise	27.050,00	2	-
Piemonte	439.390,00	21	2
Puglia	Dati richiesti e non forniti	43	5
Sardegna	Dati richiesti e non forniti	1	-
Sicilia	266.012,95	1	12
Toscana	6.447.268,49	Dati richiesti e non forniti	-
Trento	150.005,80	12	5
Umbria	1.394.428,57	19	5
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti		-
Veneto	Dati richiesti e non forniti		-
Totale	29.895.955,11	2.781	79

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.1. Prevenzione universale

III.1.1.1 A livello di comunità locale

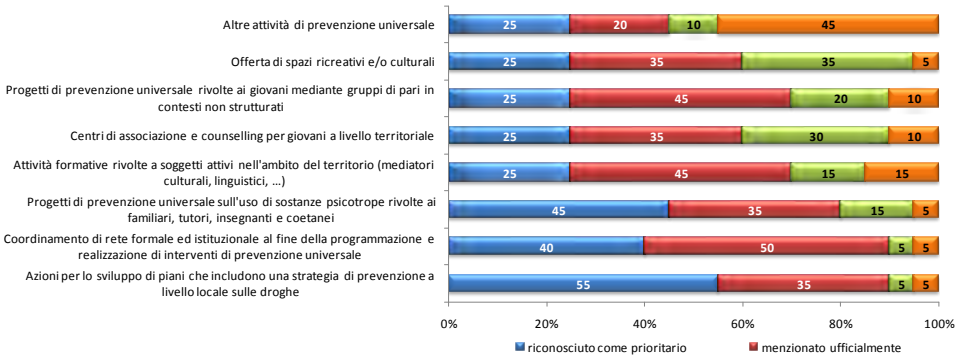
90% delle Regioni e PP.AA hanno una strategia di prevenzione a livello locale

Nel corso del 2010, 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 a livello locale sulle droghe (90% delle Regioni e PP.AA.), il coordinamento di rete formale ed istituzionale al fine della programmazione e realizzazione di interventi di prevenzione universale (90%), la prevenzione universale rivolta ai familiari, tutori, insegnanti e coetanei (80%), formazione rivolta a soggetti attivi nell'ambito del territorio (70%), l'implementazione di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (60%), i progetti di prevenzione universale rivolti ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati (70%) e l'offerta di spazi ricreativi e/o culturali (60%).
Rispetto all'anno 2009 aumenta in maniera uniforme il dato del "riconosciuto come prioritario" ad indicazione di una ancora maggiore attenzione nei diversi programmi.

Le Regioni e PP.AA considerano prioritari gli interventi, soprattutto quelli alle famiglie

Le attività di prevenzione a livello familiare, invece, hanno riguardato progetti/programmi di incontri informativi/formativi rivolti a famiglie e/o genitori (75%), progetti/programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (55%), corsi di formazione intensivi sulla prevenzione dell'uso di sostanze per famiglie (30%); quest'ultima voce è una nuova opzione e pertanto presenta un valore particolarmente basso.
Alcune Regioni e PPAA hanno fornito informazioni in merito ad ulteriori attività di prevenzione universale sia a livello locale (45%) che a livello familiare (35%) svolte nel 2010.
Nel 2010 più della metà (55%) delle Regioni e PP.AA. hanno ritenuto prioritario l'obiettivo piani di prevenzione sulle droghe, un ulteriore 35% ha menzionato ufficialmente l'obiettivo per un totale del 90% (Figura III.1.1).

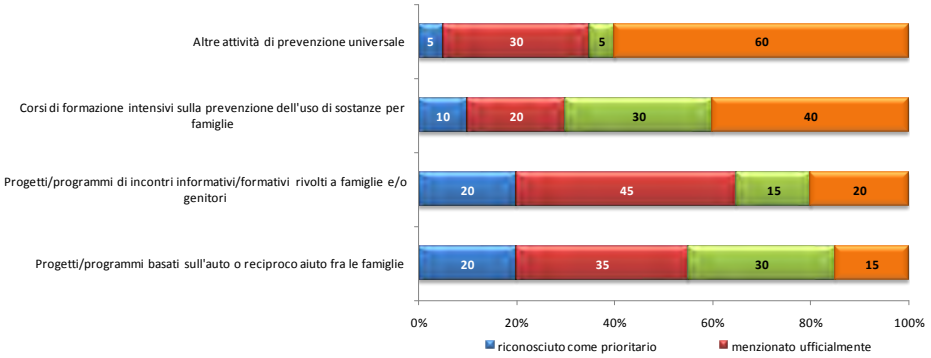
Figura III.1.1: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alla **comunità locale** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Per quanto riguarda la prevenzione universale a livello familiare, l'attività maggiormente menzionata nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali è stata la creazione di programmi di incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori (ritenuta prioritaria nel 20% dei casi e menzionata ufficialmente nel 45%).

Figura III.1.2: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alle **famiglie** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2010

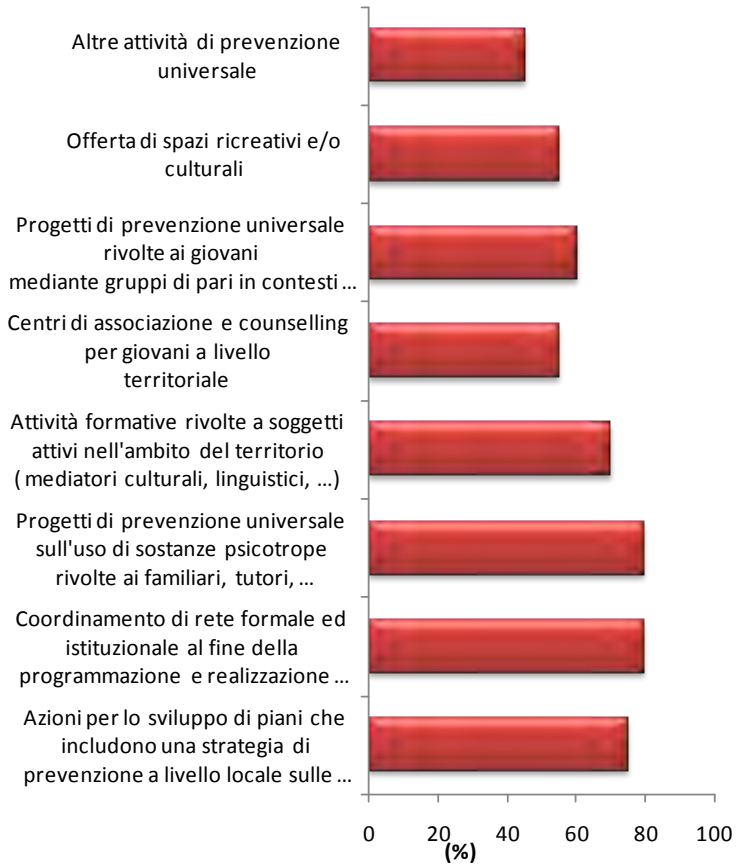


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Elevato l'impegno territoriale di Regioni e PP.AA. in ambito preventivo

Dal punto di vista operativo, nel corso del 2010 mediamente più del 60% delle Regioni e PP.AA. ha attivato o aveva in corso di realizzazione progetti di prevenzione universale sull'uso di sostanze psicotrope rivolte a familiari, tutori, insegnanti e coetanei, attività formative rivolte a soggetti attivi nell'ambito del territorio (mediatori linguistici, culturali, etc.), ovvero sono state intraprese azioni per lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe ed attivati progetti di prevenzione universale rivolti ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati (Figura III.1.3).

Figura III.1.3: Percentuale di regioni che hanno piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2010, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale

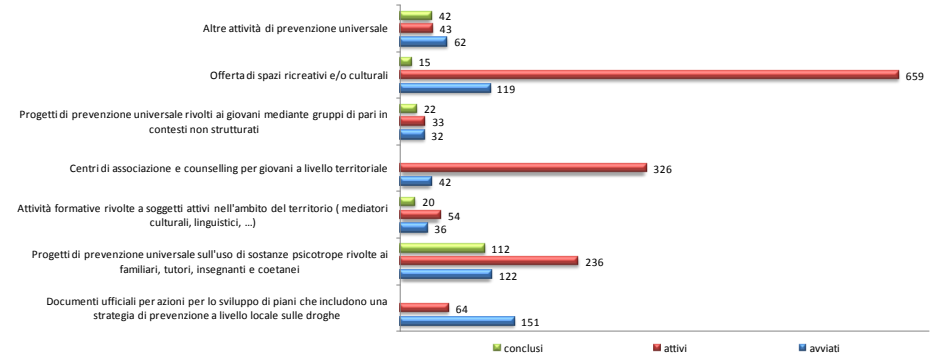


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

In più del 60% delle 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 spazi ricreativi o culturali rappresenta, tra il complesso di progetti di prevenzione universale, l'ambito con numerosità più elevata (1659) (Figura III.1.4) .
Particolare attenzione da parte delle Regioni e PP.AA. è stata dedicata anche allo sviluppo di progetti di prevenzione universale rivolti ai giovani mediante gruppi di pari in contesti non strutturati, di cui 236 attivi nel 2010 e 122 avviati nel corso dell'anno, e di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale, 326 attivi nel 2010 di cui 42 avviati nello stesso anno.

Spicca l'offerta di spazi ricreativi o culturali

Figura III.1.4: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2010, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale

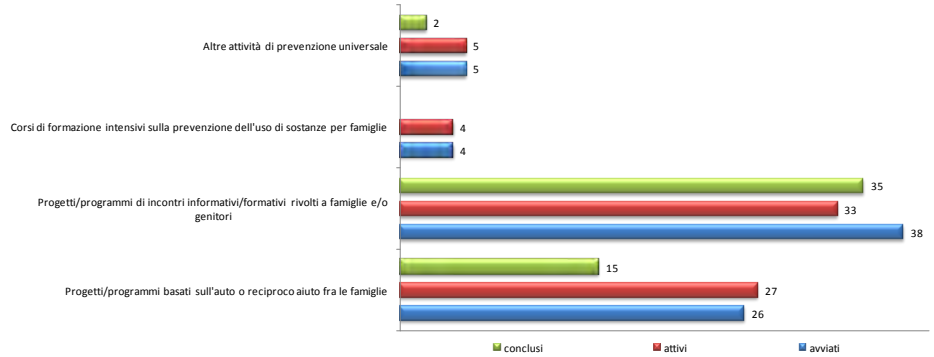


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Piani e programmi per famiglie e genitori

Nel 2010 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 (38 avviati e 35 conclusi nel 2010) dei progetti costituiti da incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori (Figura III.1.5).

Figura III.1.5: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2010, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di nucleo familiare



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tabella III.1.2: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione universale nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2010 e confronto con l'anno 2009

Regioni	Importo	%	Δ % 2010/ 2009*	€ pro capite investiti in prev. universale su popolazione 15-64
Abruzzo	166.877,20	1,1	-81,3	0,19
Basilicata	188.900,00	1,3	243,5	0,48
Bolzano	38.447,00	0,3	-51,2	0,12
Calabria	1.629.367,18	11,1	-22,4	1,21
Campania	2.888.579,00	19,7	-	0,73
Emilia - Romagna	108.000,00	0,7	-48,3	0,04
Friuli Venezia Giulia	Dati richiesti e non forniti	-	-	-
Lazio	1.659.859,70	11,3	56,3	0,44
Liguria	Dati richiesti e non forniti	-	-	-
Lombardia	2.882.679,26	19,7	-33,0	0,45
Marche	Dati richiesti e non forniti	-	-	-
Molise	14.000,00	0,1	-58,8	0,07
Piemonte	262.195,00	1,8	-21,1	0,09
Puglia	Dati richiesti e non forniti	-	-	-
Sardegna	Dati richiesti e non forniti	-	-	-
Sicilia	Dati richiesti e non forniti	-	-	-
Toscana	3.296.270,82	22,5	4,7	1,38
Trento	150.005,80	1,0	34,7	0,44
Umbria	1.374.428,57	9,4	370,7	2,38
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti	-	-	-
Veneto	Dati richiesti e non forniti	-	-	-
Totale	14.659.609,53	100	-5,9	0,37

*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Scendono di quasi il 6% i fondi per la prevenzione universale investiti dalle Regioni

Nella Tabella III.1.2 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 2010. Nel complesso sono stati finanziati meno di 15 milioni di Euro, di cui oltre il 22% del finanziamento complessivo è stato erogato dalla Regione Toscana, seguita dalle Regioni Lombardia e Campania con quasi il 20%. Gli incrementi in termini assoluti più rilevanti sono stati registrati da Umbria (più di un milione di euro) e Lazio (più di seicentomila euro).

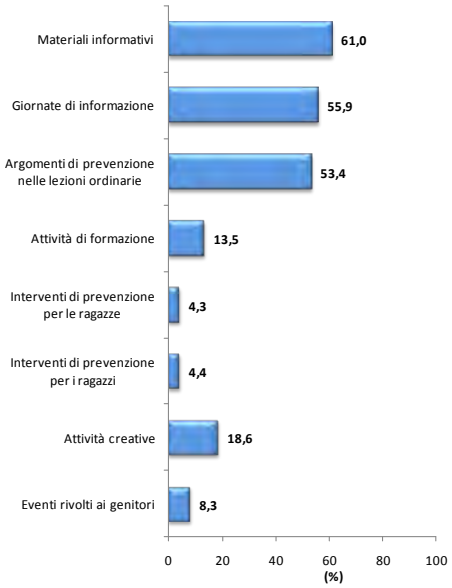
III.1.1.2 Nelle scuole

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 2009/2010.
Su 423 scuole che alla data del 15 maggio 2011 avevano partecipato all'indagine, 307 (72,6%) avevano compilato anche il suddetto questionario, in relazione alle quali sono state svolte le analisi. Tra gli istituti che compongono il campione, il

63,5% applica la norma anti fumo solo nei locali interni alla scuola, mentre il restante 36,5% anche negli spazi aperti della scuola o nelle immediate adiacenze.
Nell'ambito della realizzazione di interventi di prevenzione al consumo di sostanze, il 7,6% delle scuole ha indicato l'attivazione di programmi di prevenzione secondo la metodologia MUSTAP (MUlti-session, STandardised, Printed programmes).

Figura III.1.6: Distribuzione degli interventi di prevenzione universale sull'uso di sostanze psicotrope realizzati nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2009/2010



Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Distribuzione di materiali informativi nel 61% del campione di scuole intervistate

Nell'anno scolastico 2009/2010 l'intervento di prevenzione sull'uso di sostanze psicotrope più diffuso nelle scuole secondarie è risultato la distribuzione di materiali informativi (61,0%), seguito dalle giornate di informazione (55,9%) e dalle lezioni ordinarie dedicate alla prevenzione (53,4%) (Figura III.1.6).

Tabella III.1.3: Distribuzione di materiali informativi nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2009/2010

Materiali Informativi		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	55	71	38	13	177
	%	56,7	68,3	55,1	65,0	61,0
Prevenzione alcol	N	49	65	32	12	158
	%	89,1	91,5	84,2	92,3	89,3
Prevenzione tabacco	N	42	61	31	11	145
	%	76,4	85,9	81,6	84,6	81,9
Prevenzione droga	N	48	64	35	12	159
	%	87,3	90,1	92,1	92,3	89,8
Prevenzione farmaci	N	16	69	11	8	104
	%	29,1	97,2	28,9	61,5	58,8
Totale(*)	N	107	195	74	31	407

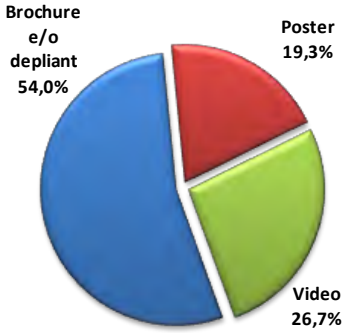
(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito alla distribuzione di materiali informativi per più aree di prevenzione

Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggiore distribuzione di materiali informativi negli istituti d'arte e licei artistici

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 e droga (92,3%), mentre gli istituti tecnici si sono concentrati maggiormente sulla prevenzione all'uso di tabacco e farmaci, rispettivamente l'85,9% e il 90,1% (Tabella III.1.3).

Figura III.1.7: Distribuzione di frequenza dei materiali informativi distribuiti nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2009/2010



Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il materiale informativo più distribuito negli istituti scolastici è stato la brochure e/o depliant con 54,0% delle preferenze di utilizzo (Figura III.1.7), con lieve variabilità tra tipologia d'istituto (55,8% negli istituti professionali, 54,3% nei licei ed ex-magistrali, 53,4% negli istituti tecnici, 51,5% nei licei artistici e istituti d'arte).

Tabella III.1.4: Distribuzione delle giornate d'informazione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado per istituto e durata madia (in ore) per giornata d'informazione – A.S. 2009/2010

Giornate di informazione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	54	69	41	9	173
	%	56,3	65,7	60,3	47,4	60,1
Durata media (ore) per giornata d'informazione		2,7	2,6	2,2	1,7	2,5
Di cui effettuate dalle forze dell'ordine	N	26	34	18	5	83
	%	48,1	49,3	43,9	55,6	48,0
Durata media (ore) per giornata d'informazione effettuate dalle forze dell'ordine		2,0	2,4	2,3	2,3	2,3
Di cui effettuate da docenti esterni	N	30	43	24	4	101
	%	55,6	62,3	58,5	44,4	58,4
Durata media (ore) per giornata d'informazione effettuate da docenti esterni		2,3	2,2	2,0	2,0	2,2
Totale(*)		56	77	42	9	184

(*) 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 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

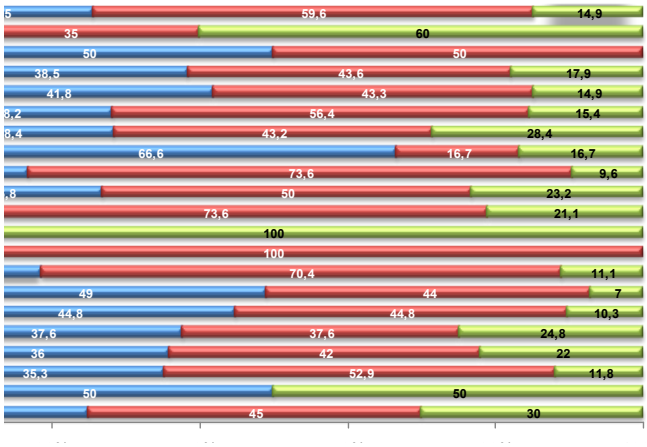
Nell'anno scolastico 2009/2010, il 60,1% degli istituti ha organizzato delle giornate informative di prevenzione sull'uso sostanze psicotrope. In particolare, gli istituti tecnici risultano essere le scuole che hanno maggiormente utilizzato gli interventi formativi come forma di prevenzione (65,5%). Il 49,3% di essi si sono avvalsi del supporto delle forze dell'ordine, con una durata media per giornata di 2,4 ore, mentre il 62,3% ha organizzato interventi di informazione tenuti da docenti esterni, di durata media per incontro di circa 2 ore. In generale tra le scuole che hanno organizzato giornate d'informazione, il 48,0% degli istituti ha coinvolto le forze dell'ordine nelle giornate di prevenzione, con durata media per giornata di 2,3 ore, mentre il 58,4% ha coinvolto docenti esterni, con lezioni della durata media di circa 2 ore (Tabella III.1.4).

Il 65,5% degli istituti tecnici hanno realizzato interventi informativi.

Il 49,3% di questi hanno coinvolto le Forze dell'Ordine

Dal punto di vista della metodologia didattica, gli interventi informativi sono stati svolti prevalentemente tramite *lezioni frontali* (35,3%) e *discussioni tra docente studente* (29,1%); meno frequenti gli interventi con maggiore interattività con gli studenti, in particolare *role playing, lavori di gruppo* (18,3%) e *discussione tra pari* (17,3%).

Figura III.1.8: Distribuzione degli interventi effettuati dalla Guardia di Finanza per Regione e tipologia di scuola – A.S. 2010/2011

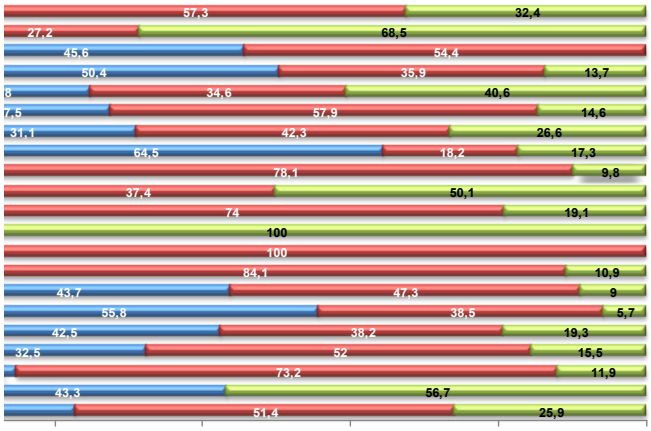


Fonte: Comando Generale della Guardia di Finanza

Secondo le informazioni pervenute dal Comando Generale della Guardia di Finanza, le attività di prevenzione nell'anno scolastico 2010/2011 sono state effettuate sia presso istituti primari che in quelli secondari di primo e secondo grado. Dai dati preliminari si osserva che gli interventi di prevenzione attuati nelle scuole primarie sono stati maggiormente presenti in Puglia (15,7%), Sicilia (14,1%), Lazio (9,3%) e Emilia Romagna (8,9%). Nelle scuole secondarie di primo grado gli interventi sono stati più frequenti in Lombardia (19,1%), Sicilia (9,1%), Puglia (9,1%) e Lazio (9,1%). Per quanto riguarda invece la presenza della Guardia di Finanza nelle scuole secondarie di secondo grado, gli interventi sono stati effettuati maggiormente nel Lazio (15,8%), in Sicilia (15,8%), in Veneto (9,9%) e nelle Marche (7,1%).

Interventi di prevenzione universale nelle scuole primarie e secondarie da parte della Guardia di Finanza

Figura III.1.9: Distribuzione degli studenti coinvolti negli incontri effettuati dalla Guardia di Finanza per regione d'Italia e tipologia di scuola – A.S. 2009/2010



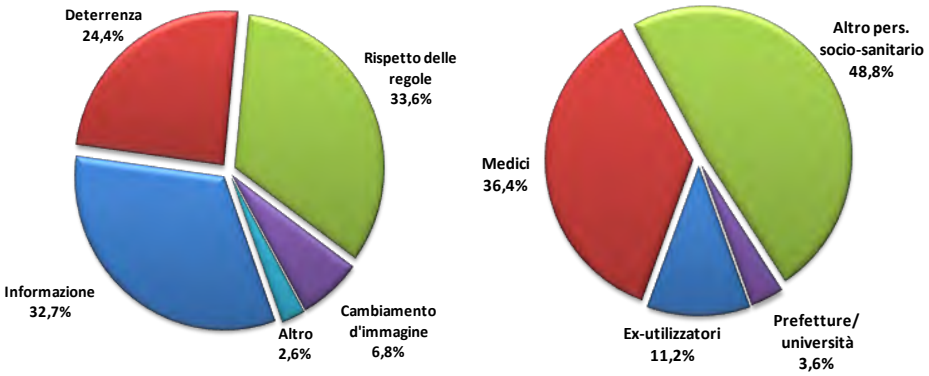
Fonte: Comando Generale della Guardia di Finanza

In totale sono stati coinvolti 104.848 studenti, di cui 30.037 nelle scuole primarie (con 313 interventi), 52.777 nelle scuole secondarie di primo grado (con 481 interventi) e 21.670 nelle scuole secondarie di secondo grado (con 183 interventi). Ipotizzando una capienza per classi pari a 26 studenti, per singolo intervento informativo sono state coinvolte 4 classi per istituto; in particolare per le scuole primarie sono state coinvolte mediamente 3,7 classi, per le scuole secondarie di primo ordine 4,2, mentre per le scuole secondarie di secondo grado 4,6.

30.037 studenti coinvolti nelle scuole primarie, 52.777 nelle scuole secondarie di primo grado e 21.670 nelle scuole secondarie di secondo grado

Negli interventi di prevenzione effettuati dalla Guardia di Finanza nelle scuole secondarie di primo e secondo grado, sono stati distribuiti *brochure e/o depliant* (fumetto "Finzy") e proiettati *video* nell'ambito dell'educazione alla legalità. Gli interventi sono stati realizzati mediante *lezioni frontali*, *role playing, lavori di gruppo* (simulazione di ricerca di sostanze stupefacenti con unità cinofile) e *discussione tra pari*. Gli obiettivi informativi/formativi perseguiti in questi interventi sono l'informazione, la deterrenza e il rispetto delle regole.

Figura III.1.10: Distribuzione degli interventi delle forze dell'ordine per tipo di obiettivo e distribuzione degli interventi effettuati da docenti esterni per tipologia di docente



Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per quanto riguarda invece le giornate informative organizzate dalle scuole, la partecipazione delle forze dell'ordine è stata prevista con la finalità del *rispetto*

delle regole nel 33,6%, *dell'informazione* nel 32,7% e della *deterrenza* nel 24,4%. Nell'ambito degli interventi informativi realizzati con il contributo di docenti esterni, sono stati coinvolti gli *Operatori socio-sanitari* (esclusi medici) nel 48,8% dei casi, i *Medici* nel 36,4%, gli *Ex-consumatori* nel 11,2% e infine i *docenti universitari* nel 3,6%.

Tabella III.1.5: Distribuzione delle attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali, non previsti dai programmi scolastici ordinari, effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado per istituto e durata madia (in ore) per attività di formazione – A.S. 2009/2010

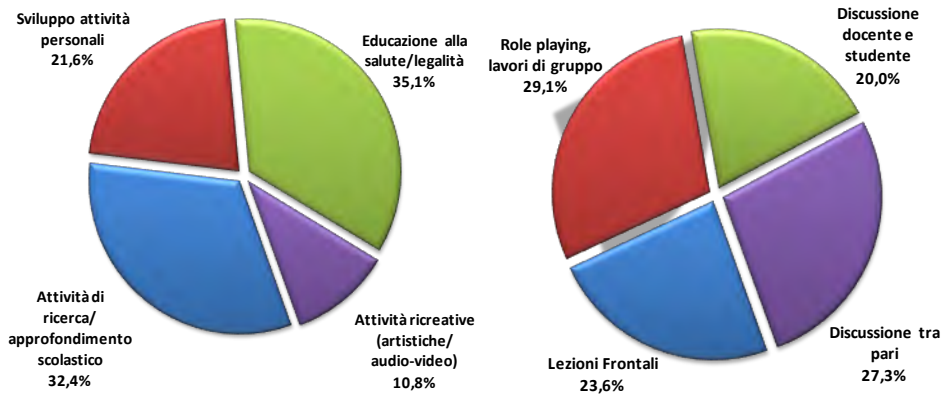
Attività di formazione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	8	17	8	2	35
	%	9,0	18,3	12,7	13,3	13,5
Durata media (ore) per attività di formazione		3,0	1,5	2,0	4,0	2,3

Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 13,5% 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 (18,3% negli istituti tecnici, 13,3% nei licei artistici e istituti d'arte, 12,7% negli istituti professionali e 9,0% nei licei ed ex-magistrali). La durata media delle attività di formazione è di 2,3 ore, anche in questo caso con una discreta variabilità tra gli istituti.

Il 13,5% delle scuole ha organizzato attività di formazione sulle abilità personali

Figura III.1.11: Distribuzione delle attività di formazione e della metodologia didattica utilizzata nelle attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali – A:S. 2009/2010



Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali nell'ambito della prevenzione all'uso di alcol e di sostanze stupefacenti sono state concentrate maggiormente sull'*educazione alla salute/legalità* (rispettivamente il 36,4% alcol e il 45,0% stupefacenti), mentre per la prevenzione sull'uso di tabacco e farmaci, gli interventi sono stati dedicati in prevalenza ad *attività di ricerca/ approfondimento scolastico* (rispettivamente il 39,1% tabacco e il 44,4% farmaci).

Tabella III.1.6: Distribuzione degli interventi di prevenzione sull'uso di sostanze psicotrope per istituto, genere e durata madia (in ore) per intervento di prevenzione – A.S. 2009/2010

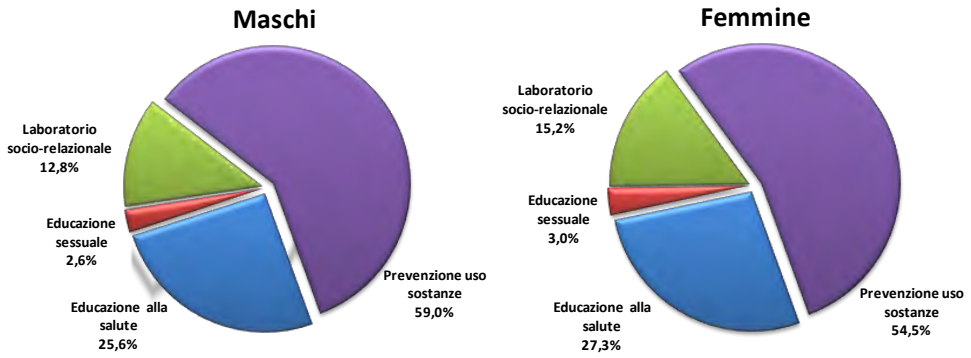
Interventi di prevenzione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Per maschi	N	3	3	3	2	11
	%	3,5	3,4	4,8	13,3	4,4
Per femmine	N	4	4	1	2	11
	%	4,6	4,4	1,6	13,3	4,3
Durata media (ore) per prevenzione per i maschi		-	4,8	2,5	-	2,5
Durata media (ore) per prevenzione per le femmine		-	4,8	3,0	-	3,0

Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Pochi gli interventi di prevenzione mirata solo al gene re maschile o femminile

Gli interventi di prevenzione mirati e differenziati per i maschi e femmine sono stati organizzati da 11 istituti per entrambi i generi, pur essendo istituti differenti. La durata media degli interventi di prevenzione mirati per le femmine risulta superiore rispetto a quella dei maschi (f=3,0 ore; m=2,5 ore) (Tabella III.1.6).

Figura III.1.12: Distribuzione degli interventi mirati di prevenzione sull'uso di sostanze psicotrope, rispettivamente, maschi e femmine – A.S. 2009/2010



Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Per quanto riguarda la tipologia di interventi di prevenzione mirata, non si evidenziano grandi differenze tra i due generi (Figura III.1.12); la tipologia d'intervento maggiormente utilizzata è quella dedicata alla *prevenzione uso sostanze* (alcol: m=58,8%, f=50,0%; tabacco: m=60,0%, f=65,0%; droga: m=61,5%, f=54,5%; farmaci: m=50,0%, f=60,0%) e in percentuale più bassa *l'educazione alla salute* (Figura III.1.12).

Tabella III.1.7: Distribuzione delle attività creative con finalità di prevenzione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado per istituto e classe di appartenenza – A.S. 2009/2010

Attività creative volte alla prevenzione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	16	19	9	3	47
	%	18,6	21,1	14,5	20,0	18,6
Classi prime	N	11	8	3	2	24
	%	68,8	42,1	33,3	66,7	51,1
Classi seconde	N	11	10	6	3	30
	%	68,8	52,6	66,7	100,0	63,8
Classi terze	N	13	8	5	2	28
	%	81,3	42,1	55,6	66,7	59,6
Classi quarte	N	11	8	4	2	25
	%	68,8	42,1	44,4	66,7	53,2
Classi quinte	N	9	7	3	2	21
	%	56,3	36,8	33,3	66,7	44,7
Totale(*)	N	55	41	21	11	128

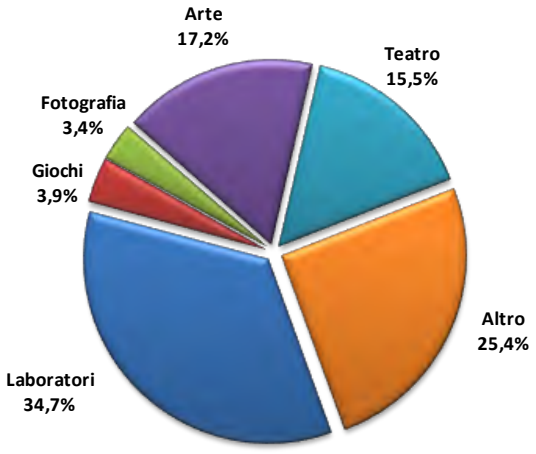
(*)Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito ad attività creative tenute in più classi

Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 18,6% delle scuole ha organizzato attività ricreative con finalità preventive

Il 18,6% del campione di scuole intervistate ha organizzato nell'istituto attività creative con finalità di prevenzione; le classi maggiormente coinvolte sono le seconde per gli istituti tecnici, gli istituti professionali e i licei artistici e istituti d'arte e le terze nei licei ed ex-magistrali.

Figura III.1.13: Distribuzione delle attività creative volte alla prevenzione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2009/2010



Fonte: Studio SPS-ITA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 34,7% laboratori, nel 15,5% arte e nel 15,5% teatro

La tipologia di attività creativa maggiormente proposta nelle varie scuole sono i *laboratori* (34,7%), seguiti dall'*arte* (15,5%) e dal *teatro* (15,5%). Distinguendo per classi, nelle prime e nelle seconde l'attività più utilizzata sono appunto i *laboratori*, rispettivamente con 41,8% e il 59,0%, mentre nelle terze è l'*arte* con il 31,4% e nelle quarte il *teatro* con il 32,3%.

Tabella III.1.8: Distribuzione degli eventi di prevenzione dell'uso di sostanze, organizzati per i genitori, per istituto e durata media (in ore) per evento. A.S. 2009/2010

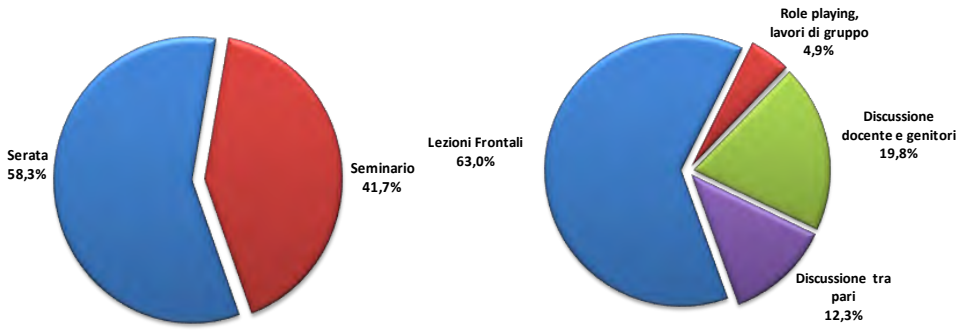
Eventi d'informazione/ prevenzione rivolti ai genitori		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	7	8	5	1	21
	%	8,0	9,0	8,1	6,7	8,3
Durata media (ore) per attività di formazione		2,9	4,0	2,0	3,0	3,0

Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

La percentuale di scuole in cui sono stati organizzati eventi rivolti ai genitori si colloca all'8,3%, maggiormente diffusi negli istituti tecnici (9,0%).

L'8,3% delle scuole ha organizzato interventi per i genitori

Figura III.1.14: Distribuzione degli eventi d'informazione e della metodologia didattica utilizzata nell'a.s. 2009/2010



Fonte: Studio SPS-ITA 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga

Oltre la metà delle iniziative (58,8%) hanno riguardato l'organizzazione di serate a tema, in particolare la prevenzione all'uso di tabacco (71,4% delle scuole che hanno organizzato interventi per i genitori), farmaci (60,0%) e alcol (51,4%). Per la prevenzione sull'uso di droghe le scuole hanno organizzato in prevalenza seminari (57,1%).
Dal punto di vista della metodologia didattica, le serate ed i seminari sono stati svolti prevalentemente tramite *lezioni frontali* (63,0%) e *discussione docente e genitori* (19,8%); meno frequenti le serate ed i seminari con maggiore interattività con i genitori, in particolare *discussione tra pari* (12,3%) e *role playing, lavori di gruppo* (4,9%).

III.1.2. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

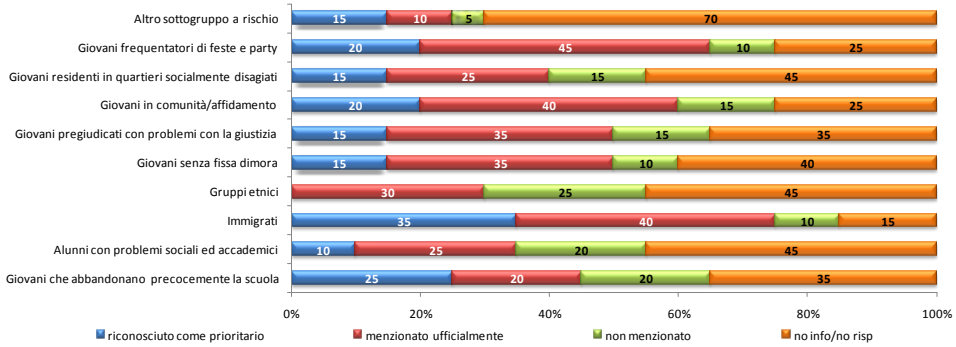
III.1.2.1 Gruppi a rischio

Nel corso del 2010, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento alle attività di prevenzione selettiva rivolta a immigrati (75% delle Regioni e PP.AA.) ed ai giovani frequentatori di feste e party (65%): quest'ultima opzione, rispetto alla precedente edizione, non è stata più oggetto di specifica analisi ma integrata nei "gruppi specifici ritenuti a rischio di consumo problematico di sostanze psicoattive (Figura III.1.15).

Particolare attenzione dichiarata per immigrati e giovani frequentatori di feste e party

Sotto il 50% i riferimenti espliciti alle voci, "altro sottogruppo a rischio" (25%), "alunni con problemi sociali ed accademici" (35%), "giovani residenti in quartieri socialmente disagiati" (40%) e "giovani che abbandonano precocemente la scuola" (45%).

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 2010.



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Forte incremento (raddoppio) degli interventi di prevenzione selettiva dal 2009 al 2010

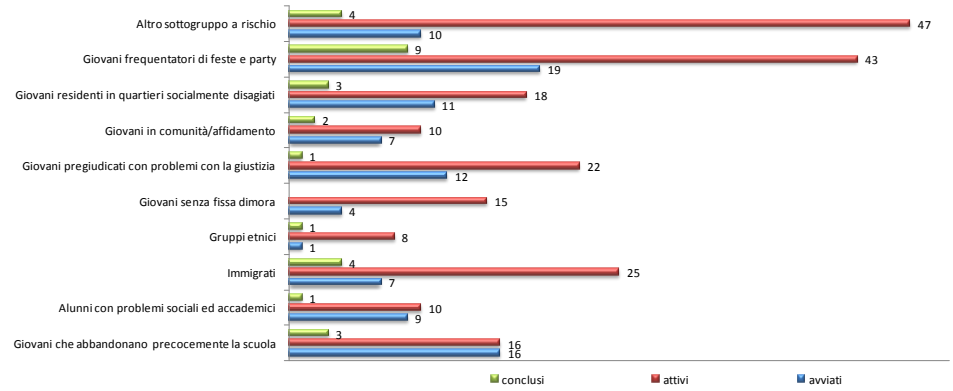
Cresce molto (figura III.1.16) il numero totale di progetti di prevenzione selettiva e mirata attivi e/o conclusi da Regioni e PP,AA., nel complesso 242, più del doppio dell'anno precedente (dato 2009: 107), ciò spiegabile anche grazie all'aumento delle aree di interesse (10 vs 8) ed in particolare di quella dei "giovani frequentatori di feste e party" con 43 progetti attivi e 9 conclusi; la stessa opzione presenta il più alto numero di progetti attivati (19) seguita da quella dei "giovani che abbandonano precocemente la scuola" (16).

Oltre 200 progetti di prevenzione attivi

Gli interventi di prevenzione rivolti ai diversi gruppi a rischio sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Il maggior numero (47) di piani attivi nel 2010 è stato indicato per "altro sottogruppo a rischio", seguito da "giovani frequentatori di feste e party" (43) ed "immigrati" (25) .

Figura III.1.16: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2010, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio



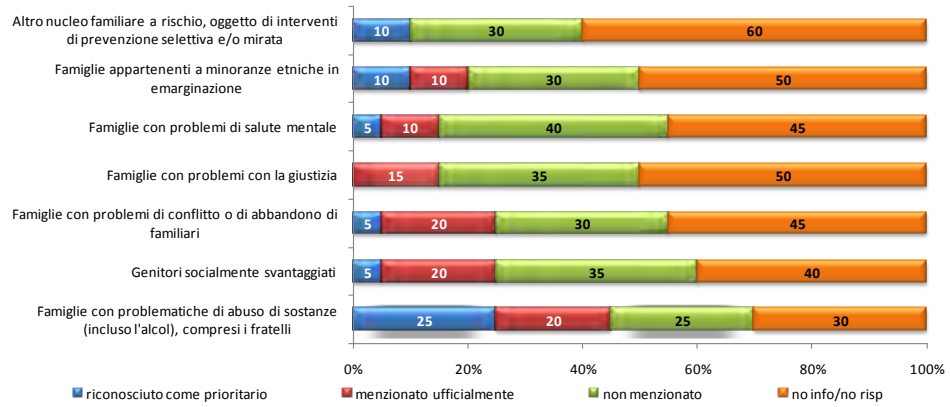
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.2.2 Famiglie a rischio

Particolare attenzione dichiarata e piani attivati per famiglie problematiche

Per quanto riguarda la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare, tutte le categorie hanno riferimenti espliciti sotto il 50%: i programmi rivolti alle "famiglie con problematiche di abuso di sostanze (incluso l'alcol), compresi i fratelli" sono i più indicati con il 45% (Figura III.1.17).

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 2010



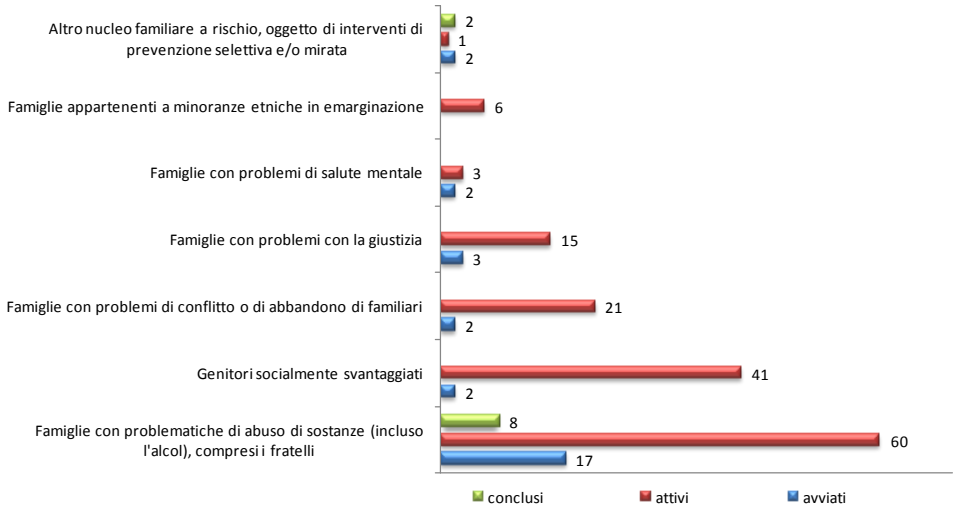
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Le Regioni e PP.AA. hanno complessivamente 147 piani attivi relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie. I 2/3 di questi sono concentrati in due sole categorie: quella dei "genitori socialmente svantaggiati" (41) e "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.

147 progetti di prevenzione selettiva sulle famiglie: 41 per genitori socialmente svantaggiati e 60 per famiglie con problematiche di abuso di sostanze

Figura III.1.18: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2010, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tabella III.1.9: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle Regioni e PP.AA., confronto con il 2009 ed € pro capite per utenti in trattamento nel corso del 2010

Regioni	Importo	%	Δ % 2010/ 2009*	Utenti in trattamento	€ pro capite per utente
Abruzzo	446.428,00	2,9	32,9	4.740	94,18
Basilicata	400.000,00	2,6	1.500,0	1.592	51,26
Bolzano	414.946,24	2,7	0,0	1.034	401,30
Calabria	753.276,95	4,9	-31,5	8.324	90,49
Campania	1.318.951,00	8,7	-	16.881	78,13
Emilia - Romagna	3.705.000,00	24,3	4,4	12.498	296,45
Friuli Venezia Giulia	144.370,00	0,9	11,1	3.311	43,60
Lazio	1.683.859,70	11,1	58,6	15.424	109,17
Liguria	176.338,00	1,2	-	8.800	20,04
Lombardia	2.565.920,07	16,8	10,6	23.563	108,90
Marche	Dati richiesti e non forniti	-	-	5.642	-
Molise	13.050,00	0,1	-53,4	1.202	10,86
Piemonte	177.195,00	1,2	0,0	11.462	15,46
Puglia	Dati richiesti e non forniti	-	-	11.545	-
Sardegna	Dati richiesti e non forniti	-	-	4.835	-
Sicilia	266.012,95	1,7	-	13.067	20,36
Toscana	3.150.997,67	20,7	-2,7	13.965	225,64
Umbria	20.000,00	0,1	- 77,7	3.516	5,69
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti	-	-	366	-
Veneto	Dati richiesti e non forniti	-	-	14.333	-
Totale	15.236.345,58	100	2,7%	139.379	109,32

*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Più di 15 milioni investiti dalle Regioni in prevenzione selettiva

Nella Tabella III.1.9 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 2010.

Nel complesso sono stati finanziati più di 15 milioni di Euro, (incremento del 2,7% rispetto al 2009) principalmente nelle regioni Emilia Romagna (24,3%), Toscana (20,7% del totale) e Lombardia (16,8%).

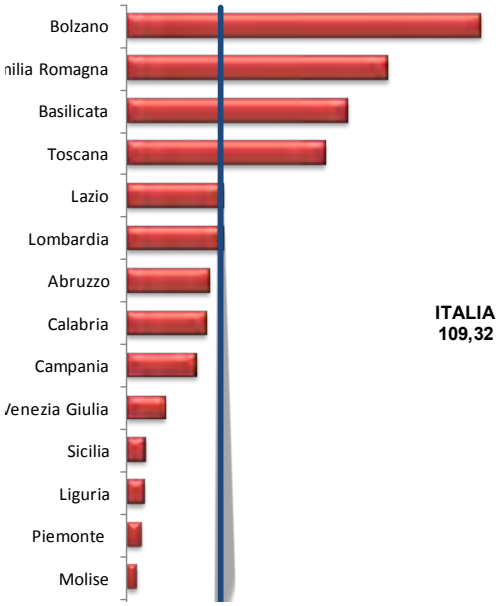
Rispetto all'anno 2009, sulla base dei dati a disposizione Lazio e Basilicata sono le Regioni che hanno aumentato maggiormente, in valore assoluto, gli appositi finanziamenti.

Rapportando i finanziamenti agli utenti in trattamento presso i Ser.T. (Figura III.1.19) si riscontra che, a fronte di una media nazionale di quasi € 110 (€ 9,78 in meno del 2009), le politiche regionali si discostano tra di loro in maniera evidente, da un minimo di poco più di 5 euro della regione Umbria ai più di 400 della provincia autonoma di Bolzano.

Lazio e Lombardia hanno valori molto prossimi a quello medio nazionale mentre, oltre a Bolzano, sono sopra la media Emilia Romagna, Basilicata e Toscana.

Facendo il raffronto con la popolazione 15-64 anni (Figura III.1.20) primeggiano Toscana ed Emilia Romagna con valori di poco superiori a 1,30 € pro capite.

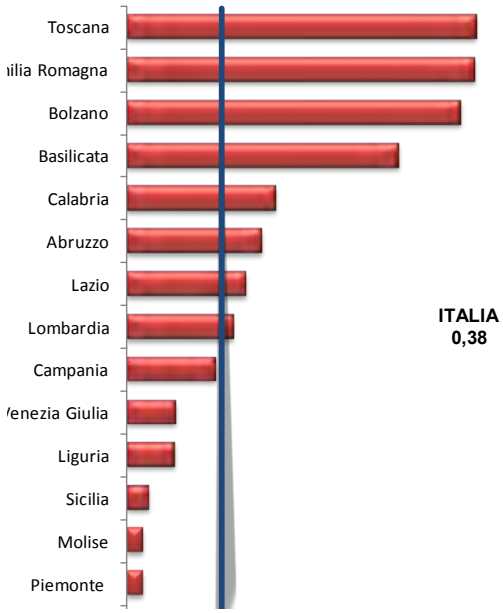
Figura III.1.19: Importo pro capite in € per tossicodipendente investito in prevenzione selettiva nelle Regioni e PP.AA. Anno 2010



Le Regioni che investono di più in prevenzione sono: Bolzano, Emilia Romagna, Basilicata e Toscana

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Figura III.1.20: Importo pro capite in € per popolazione 15-64 anni investito in prevenzione selettiva nelle Regioni e PP.AA. Anno 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.2.3 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 10% circa del campione di scuole intervistate, con una punta massima dell'11,9% per gli istituti tecnici e minima del 6,7% dei licei artistici e istituti d'arte. Un 45,0% di questi istituti usufruisce di *centri d'ascolto* per la realizzazione degli interventi di prevenzione selettiva e un altro 45,0% ha attivato *protocolli d'intesa con enti esterni*. Il restante 10,0% usa *provvedimenti interni* attuati nella scuola. Inoltre nel 68,8% di queste scuole sono presenti figure professionali di riferimento per tali problematiche, che nel 31,3% sono *referenti per l'educazione alla salute*, nel 50,0% *psico-pedagogisti* e nel 18,8% *altre figure professionali*.
Altre iniziative di prevenzione selettiva all'uso di sostanze psicotrope rivolte a studenti con elevato rischio di abbandono scolastico sono state realizzate da 22 istituti (9,2% degli istituti aderenti all'indagine), maggiormente diffuso nei licei artistici e istituti d'arte (13,3%) e ultimi in graduatoria i licei ed ex-magistrali (6,2%). Nel 52,9% hanno attuato servizi di psicologia educativa ai quali vengono indirizzati o si rivolgono direttamente studenti con queste problematiche, mentre nel 23,5% corsi di formazione per gli insegnati e in un ulteriore 23,5% sono state distribuite linee guida sulle modalità per come riconoscere gli allievi problematici, compresi i soggetti che fanno uso di droga. La fascia d'età a cui maggiormente sono state rivolte queste iniziative è quella dei giovanissimi fino a 17 anni (l'87,0% degli alunni con elevato rischio di abbandono scolastico).
Altre iniziative di prevenzione selettiva all'uso di sostanze psicotrope, rivolte a studenti con elevato rischio di abbandono scolastico, sono state realizzate da 22 istituti (9,2% degli istituti aderenti all'indagine), con una maggior diffusione nei licei artistici e istituti d'arte (13,3%) e ultimi in graduatoria i licei ed ex-magistrali (6,2%). Nel 52,9% hanno attuato *servizi di psicologia educativa ai quali vengono indirizzati o si rivolgono direttamente studenti con queste problematiche*, mentre nel 23,5% *corsi di formazione per gli insegnati* e in un ulteriore 23,5% sono state distribuite *linee guida sulle modalità per come riconoscere gli allievi problematici, compresi i soggetti che fanno uso di droga*. La fascia d'età a cui maggiormente sono state rivolte queste iniziative è quella dei giovanissimi fino a 17 anni (l'87,0% degli alunni con elevato rischio di abbandono scolastico).

III.1.3. Campagne informative di prevenzione

I questionari dell'Osservatorio Europeo sulle droghe - EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) 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 attivate sull'uso di sostanze lecite ed illecite nell'anno di riferimento (2010).

Tabella III.1.10: Numero di campagne informative di prevenzione universale e selettiva effettuate nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2010

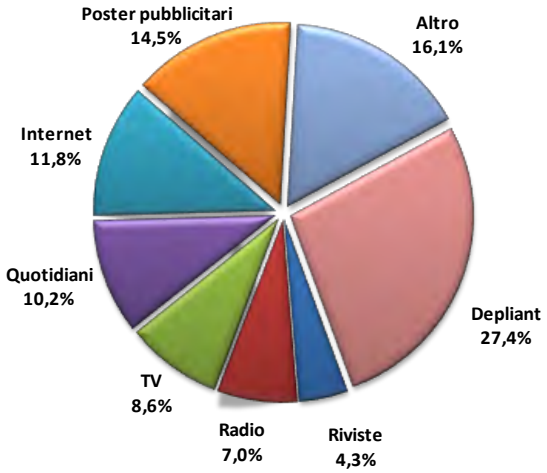
Regioni	Prevenzione Universale	Prevenzione Selettiva	Totale
Basilicata	2	1	3
Bolzano	3	-	3
Calabria	3	1	4
Emilia - Romagna	1	-	1
Friuli Venezia Giulia	6	1	7
Liguria	1	1	2
Lombardia	20	9	29
Marche	1	-	1
Piemonte	1	1	2
Puglia	5	-	5
Sicilia	-	12	12
Trento	5	-	5
Umbria	3	2	5
Totale	51	28	79

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Solo sei regioni impegnate in campagne sulle due aree di prevenzione.

Dall'analisi della Tabella III.1.10 è possibile notare che sono state attivate più campagne di prevenzione universale (51, pari quasi al 65%) rispetto a quelle di prevenzione selettiva, e che solo sei regioni hanno attivato almeno una campagna per area.
La Regione più impegnata sul fronte mediatico della prevenzione universale è la Lombardia con ben 20 campagne: per quanto concerne la prevenzione selettiva la più attiva è la Sicilia con 12.

Figura III.1.21: Distribuzione percentuale delle campagne di prevenzione attuate da Regioni e PP.AA nell'anno 2010 per tipo di mass media

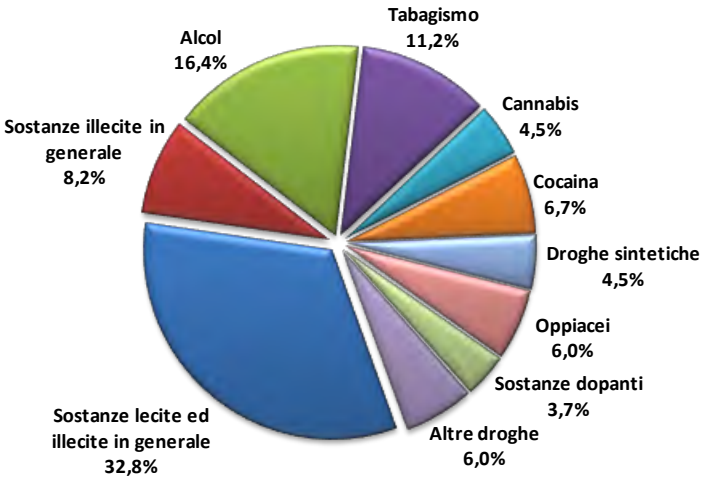


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Lo strumento più usato è il depliant

Lo strumento di comunicazione più adottato è quello del depliant (27%) seguito da "altro" che nella maggior parte dei casi è stato indicato con rappresentazioni artistiche sotto le più varie forme (eventi musicali,teatrali); poco usate le riviste con solo il 4% (Figura III.1.21).

Figura III.1.22: Distribuzione percentuale delle campagne di prevenzione attuate da Regioni e PP.AA nell'anno 2010 per tematica



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 più di un terzo delle segnalazioni (Figura III.1.22), seguito da alcol (16%) e tabagismo (11%).
Le sostanze illecite in generale sono trattate solo nell'8% dei casi mentre campagne su specifiche sostanze variano dal 4% al 7% .

CAPITOLO III.2.

TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

III.2.1. Programmi di trattamento attivati dalle Regioni

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

III.2.3. Prevenzione delle emergenze droga correlate e riduzione dei decessi droga correlati

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 di trattamento attivati dalle Regioni

Articolazione dei trattamenti secondo lo schema OEDT: antiastinenziali, farmacologici assistiti, drug free

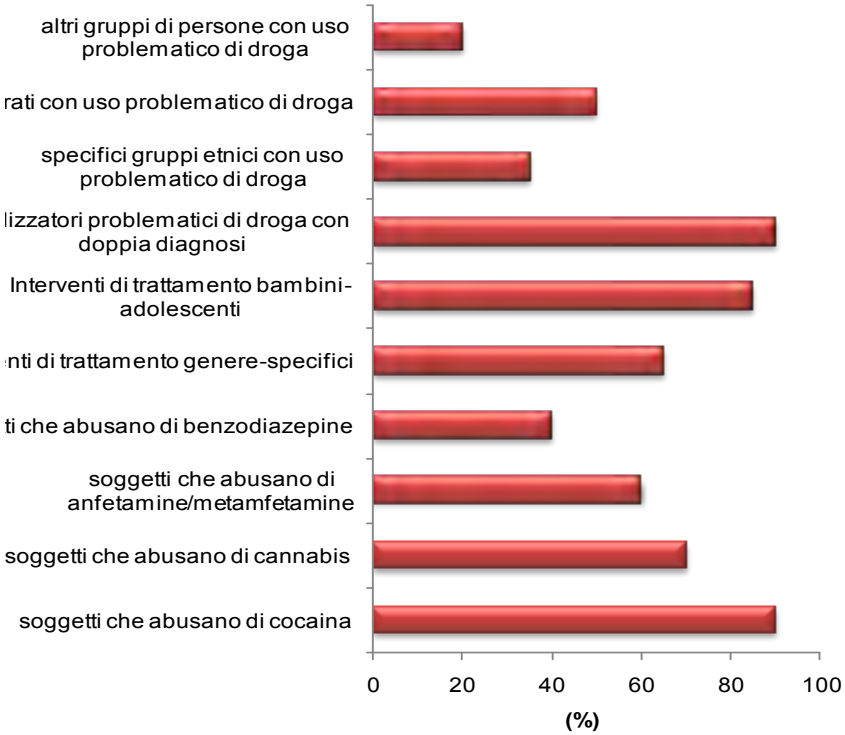
L'Osservatorio europeo sulle droghe propone una suddivisione dei programmi di trattamento in tre categorie articolate a loro volta in base al contesto di applicazione. Nello specifico, quindi, i trattamenti sono distinti in: trattamenti antiastinenziali non sostitutivi aspecifici, trattamenti "farmacologicamente 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.

Forte attivazione di interventi per soggetti con uso di cocaina, soggetti con doppia diagnosi e minori

In termini di strategie regionali volte a interventi socio-sanitari a favore delle persone con bisogno di trattamento per uso di sostanze psicoattive, il 60% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste l'83% hanno dichiarato che il relativo documento è presente e accessibile su internet.
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 90% ha attivato interventi di trattamento verso utilizzatori con bisogno di cura per patologie di doppia diagnosi ed a soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cocaina , l'85% ha attivato interventi rivolti a bambini ed adolescenti. Solo nel 35% delle Regioni, invece, esistono specifici

interventi di trattamento rivolti a gruppi etnici con bisogno di trattamento ed appena il 20% per altri gruppi di persone con uso problematico di droga.

Figura III.2.1: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti . Anno 2010

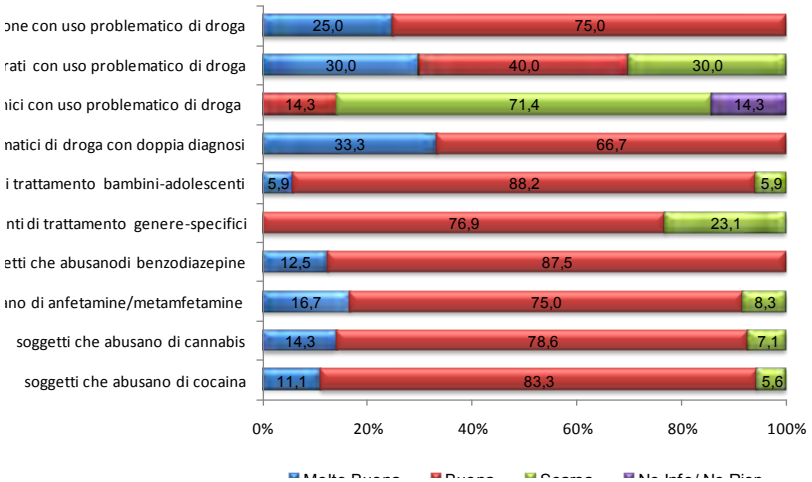


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Scarsità di interventi e sottovalutazione dei soggetti che usano cannabis rispetto al forte incremento registrato di tale uso

La valutazione sulla disponibilità dei servizi offerti è complessivamente molto positiva con un giudizio almeno buono nel 100% delle regioni nei casi di "utilizzatori problematici di droga con doppia diagnosi", "altri gruppi di persone con uso problematico di droga" e soggetti che abusano di benzodiazepine ; disponibilità scarsa solo per "specifici gruppi etnici con uso problematico di droga".

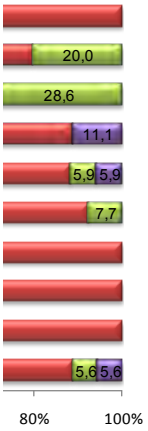
Figura III.2.2: Giudizi sulla disponibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

L'accessibilità è stata valutata in maniera positiva da almeno il 70% delle Regioni e Province Autonome ed in quattro casi l'accessibilità è stata giudicata almeno buona da tutte.

Figura III.2.3: Giudizi sull'accessibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

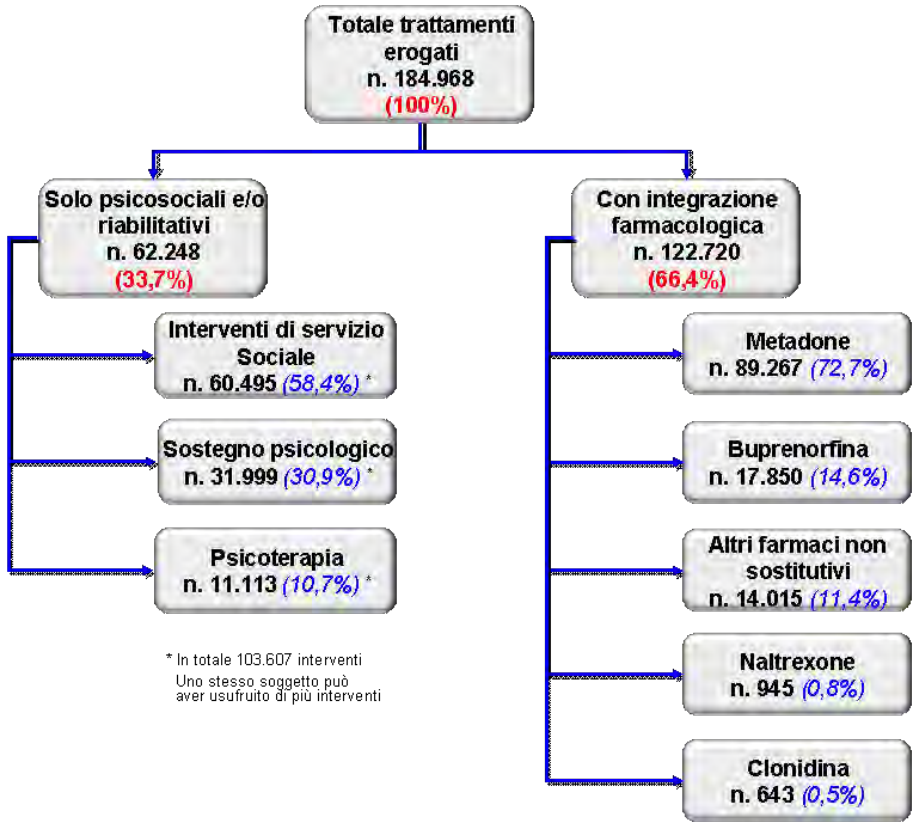
L'80% delle Regioni ha indicato il trattamento integrato come principale modalità di trattamento per i soggetti con doppia diagnosi mentre il 20% le modalità di trattamento "in parallelo" .
Circa il 60% delle Regioni e Province Autonome utilizza i dati sui trattamenti rilevati nei Ser.T./Dipartimenti 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 della prevenzione primaria.

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

185.744 trattamenti erogati dai SerT

Ad una prima analisi delle schede pervenute al Ministero della Salute, sulla distribuzione dei soggetti assistiti per tipo di trattamento è possibile rilevare che nella maggior parte dei casi viene erogato un trattamento farmacologico (il 66,5%), prevalentemente metadone (48,3%), mentre il 33,5% di soggetti è stato sottoposto nel 2010 ad un trattamento psicosociale e/o riabilitativo. Va rammentato, tuttavia, che il valore complessivo dei soggetti può risultare superiore all'utenza assistita nell'anno in relazione al conteggio multiplo di uno stesso soggetto, qualora sottoposto nel periodo di riferimento a trattamenti di diversa tipologia.
È opportuno specificare che, come definito dal D.M. Ministero della Sanità del 20 settembre 1997, i trattamenti di tipo farmacologico sono intesi come "integrati", cioè comprensivi di interventi psicosociali e/o riabilitativi. Pertanto la classificazione tra "farmacologici" e "solo psicosociale e/o riabilitativo" è utilizzata per identificare quanti trattamenti sono integrati con terapie farmacologiche. La figura che segue illustra la struttura e il numero dei trattamenti 2010.

Tabella III.2.4: schema dell'organizzazione del flusso dati dei trattamenti – Anno 2010



33,7% trattamenti socioriabiltativi

66,4% trattamenti integrati farmacologici

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Complessivamente i trattamenti erogati aumentano del 9,1% dal 2000 al 2010, passando da 169.511 a 184.968 (Tabella III.2.1).

Tabella III.2.1: Numero complessivo di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2001 - 2010

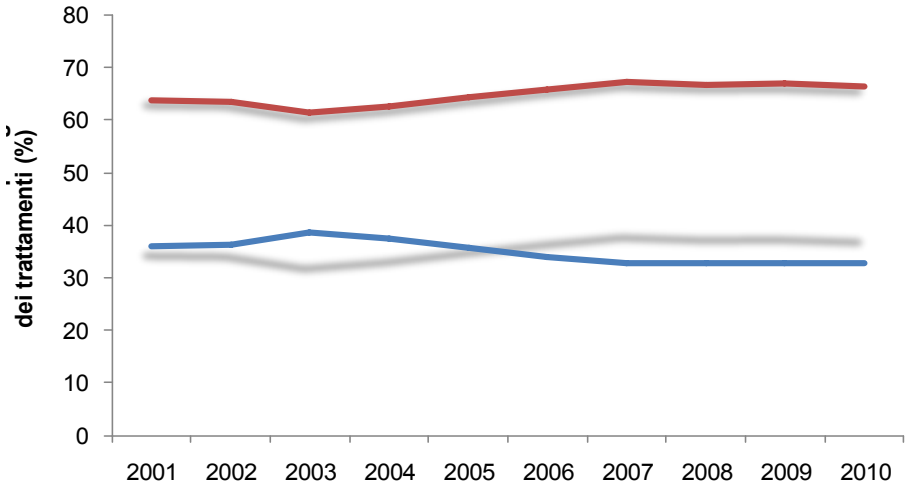
Anno	Solo psico-sociale e/o riabilitativo	Con integrazione farmacologica	Totale
2000	61.270	108.241	169.511
2001	62.914	111.781	174.695
2002	62.323	109.230	171.553
2003	66.606	105.718	172.324
2004	64.527	107.722	172.249
2005	64.370	115.806	180.176
2006	64.293	124.320	188.613
2007	60.681	125.122	185.803
2008	56.081	113.202	169.283
2009	60.885	123.338	184.223
2010	62.248	122.720	184.968

Incremento di 745 trattamenti dal 2009 al 2010, prevalentemente psicosociali e riabiltatitivi

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nello stesso periodo quelli con integrazione farmacologica rappresentano i due terzi del totale. (Figura III.2.5)

Tabella III.2.5: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tra il 2009 e il 2010 si osservano modeste variazioni tra le varie tipologie dei trattamenti erogati (tabella III.2.2).

Tabella III.2.2: Tipologie di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze - Anni 2009 e 2010

	Anno 2009		Anno 2010		Diff. %
	Valori	%C	Valori	%C	
Soggetti per tipologia di trattamento					
Psicosociale/riabilitativo	60.885	33,1	62.248	33,7	0,6
Metadone	89.968	48,8	89.267	48,3	-0,5
Buprenorfina	16.708	9,1	17.850	9,7	0,6
Naltrexone	826	0,4	945	0,5	0,1
Clonidina	399	0,2	643	0,3	0,1
Altri farmaci non sostitutivi	15.437	8,4	14.015	7,6	-0,8
Totale	184.223	100	185.744	100	-
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone					
Breve termine	10.091	11,2	9.704	10,9	-0,3
Medio termine	18.576	20,6	19.102	21,4	0,8
Lungo termine	61.301	68,2	60.461	67,7	-0,5
Totale Metadone	89.968	100	89.267	100	-
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina					
Breve termine	1.689	10,1	2.161	12,1	2,0
Medio termine	3.069	18,4	3.422	19,2	0,8
Lungo termine	11.950	71,5	12.267	68,7	-2,8
Totale Buprenorfina	16.708	100	17.850	100	-
Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo					
Sostegno psicologico	31.592	31,5	31.999	30,9	-0,6
Psicoterapia	10.049	10,0	11.113	10,7	0,7
Interventi di servizi sociali	58.661	58,5	60.495	58,4	-0,1
Totale psicosociale	100.302	100	103.607	100	-

Metadone: Aumento dei trattamenti a medio termine

Buprenorfina: Aumento dei trattamenti in particolare a breve e a medio termine

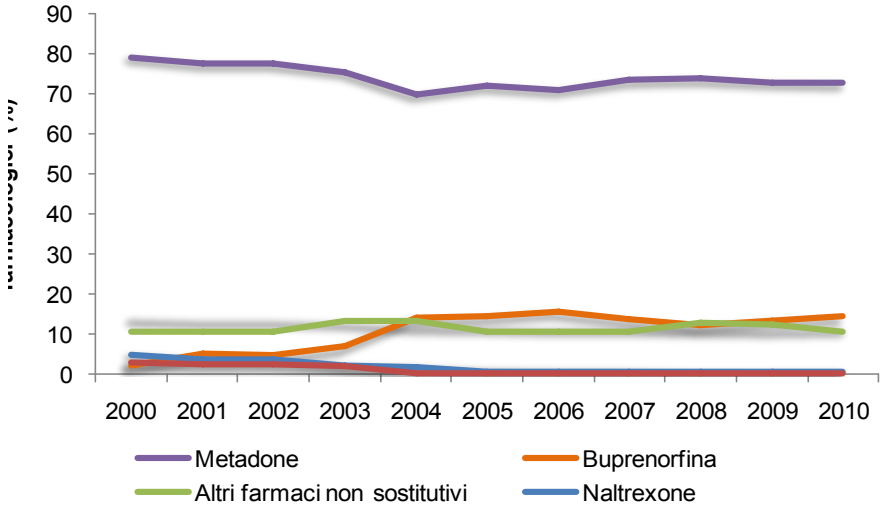
Psicosociali: Aumento dei trattamenti psicoterapici

Nota: i valori assoluti 2010 inoltre sono da ritenersi incompleti in relazione al grado di copertura dei servizi, che al momento della stesura del presente documento risulta pari a circa il 90%.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'andamento 2000-2010 dei farmaci (sia sostitutivi che non sostitutivi) utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica è rappresentato nella Figura III.2.6.

Figura III.2.6: Distribuzione percentuale dei farmaci utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica erogati dai servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

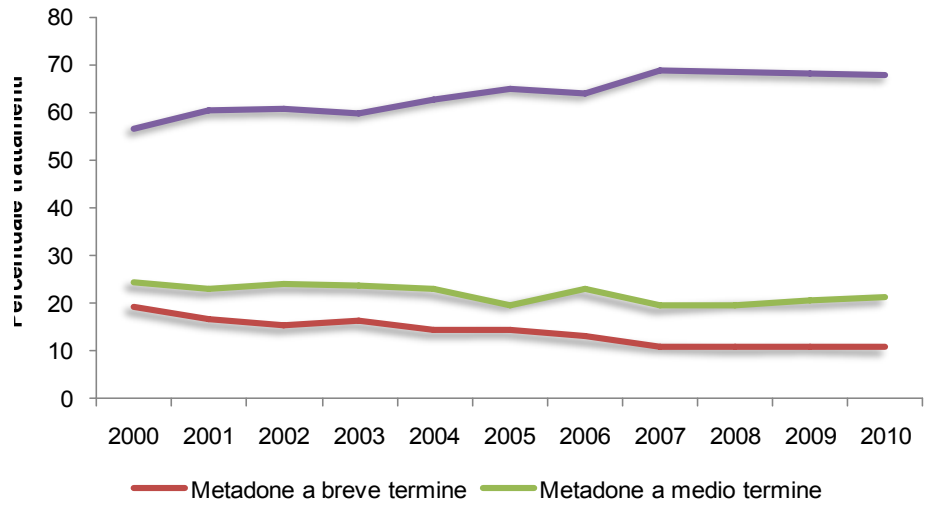
Metadone: aumento delle terapie a medio termine (2,8%), riduzione del breve (-3,8%) e lungo termine (-1,4)

Il metadone rimane il farmaco più utilizzato anche se, con l'immissione nel mercato della buprenorfina (avvenuto nel 2000), è osservabile un lento e progressivo calo nel tempo, compensato dall'aumento percentuale di impiego terapeutico della stessa buprenorfina. I trattamenti sostitutivi per gli oppiacei (metadone e buprenorfina) rappresentano comunque i farmaci più utilizzati presso i Ser.T., in accordo con la tipologia di popolazione assistita che è prevalentemente rappresentata da eroinomani: complessivamente, la percentuale dei trattamenti sostitutivi sul totale dei farmacologici varia dall'81,4% nel 2000 all'87,3% nel 2010.
Anche l'impiego di altri farmaci non sostitutivi aumenta progressivamente nel tempo passando da 11.578 (2000) a 14.015 (2010), corrispondenti rispettivamente al 11,2% e 11,4% del totale dei trattamenti farmacologici.
Per quanto riguarda naltrexone e clonidina si osserva un drastico calo del loro utilizzo: nel 2010 rappresentano lo 0,8% (naltrexone) e lo 0,5% (clonidina).

I trattamenti a lungo termine sono utilizzati nel 70% dei casi

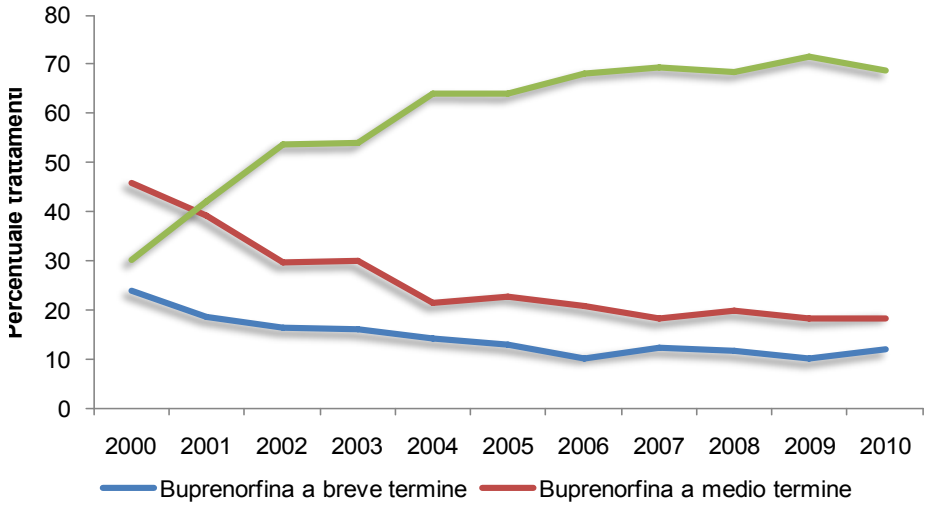
I trattamenti farmacologici sostitutivi sono classificati, in base alla loro durata, in "a breve termine" (< 30 giorni), "a medio termine" (tra 30 giorni e 6 mesi) e "a lungo termine (oltre 6 mesi). Per entrambi i farmaci si osserva un impiego a lungo termine in circa il 70% dei casi, mentre il medio e breve termine rappresentano, rispettivamente, circa il 20% e il 10% dei casi.

Figura III.2.7: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con metadone secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.8: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con buprenorfina secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Aumento trattamenti psicosociali: psicoterapia

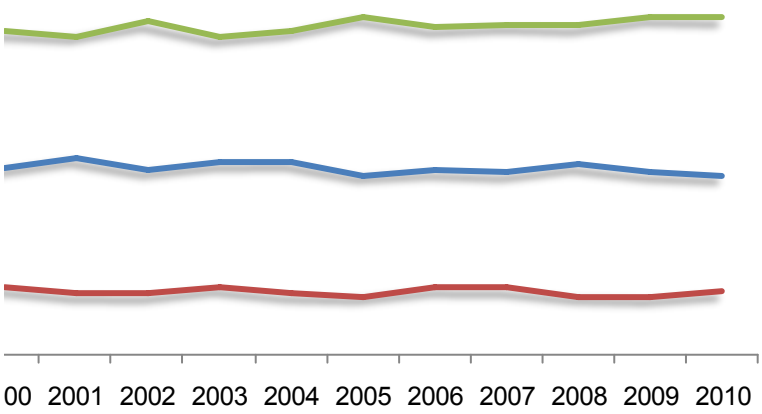
Analizzando più nel dettaglio i trattamenti psicosociali e/o riabilitativi senza integrazione farmacologica, si osserva che nel 30,4% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 10,5% di psicoterapia e nel 59,1% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2000, nel 2010 si osserva un incremento nel numero delle tipologie di intervento senza integrazione farmacologica, anche se al loro interno le proporzioni rimangono tendenzialmente stabili nel decennio osservato (intervento di servizio sociale tra il 55 e 59,1%, sostegno psicologico tra il 31 e 34%, psicoterapia tra il 10 e 12%) (Tabella III.2.3 e Figura III.2.9).

Figura III.2.3: Numero complessivo di trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010

Anno	Solo psico-sociale e/o riabilitativo	Sostegno psicologico	Psicoterapia	Interventi di servizio sociale
2000	61.270	29.856	10.767	51.516
2001	62.914	32.606	10.062	52.793
2002	62.323	30.060	9.763	53.865
2003	66.606	34.359	12.068	56.659
2004	64.527	33.711	10.587	56.438
2005	64.370	31.089	10.198	58.244
2006	64.293	32.831	11.846	58.215
2007	60.681	30.097	10.936	54.699
2008	56.081	29.990	9.385	51.772
2009	60.885	31.592	10.049	58.661
2010	62.248	31.999	11.113	60.495

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

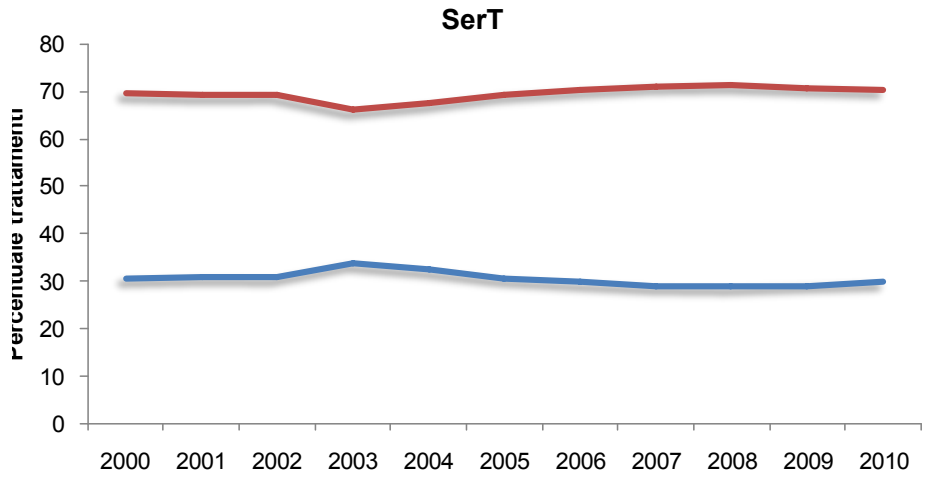
Figura III.2.9: Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

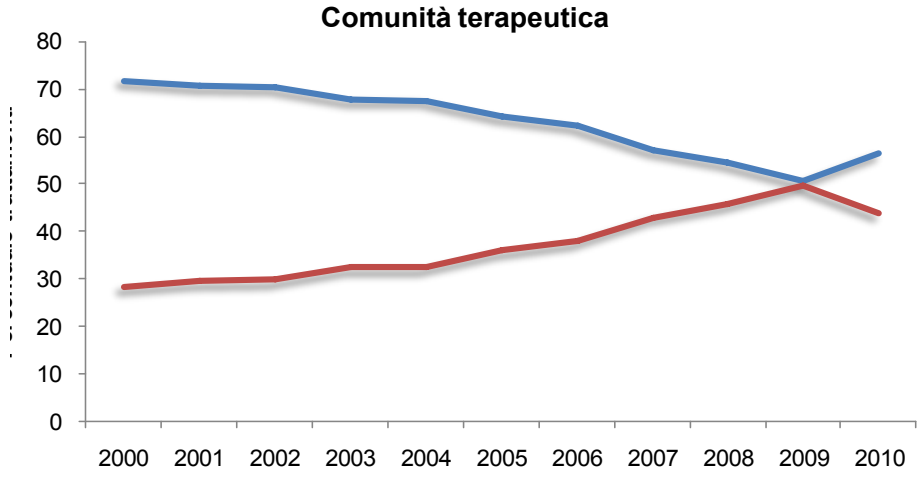
Ulteriori analisi condotte sulla sede di erogazione evidenziano una diversa distribuzione dei trattamenti: quelli farmacologici sono maggiormente rappresentati in sede ambulatoriale (presso il Ser.T.), mentre per quelli erogati presso comunità terapeutiche o in carcere hanno una maggior componente solo psico-socio-riabilitativa; presso queste ultima due sedi è comunque identificabile un progressivo maggior utilizzo di trattamenti integrati con farmaci.

Figura III.2.10: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai Ser.T., secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



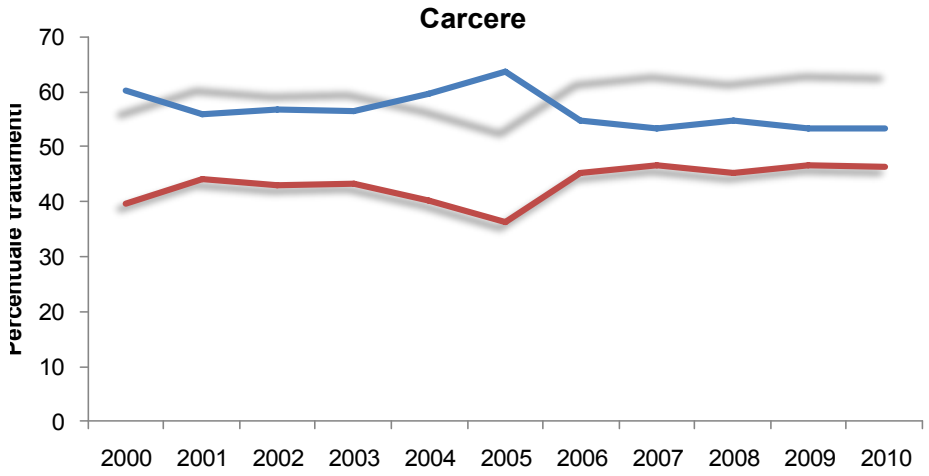
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.11: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati presso le comunità terapeutiche, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.12: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati presso gli istituti penitenziari, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2010

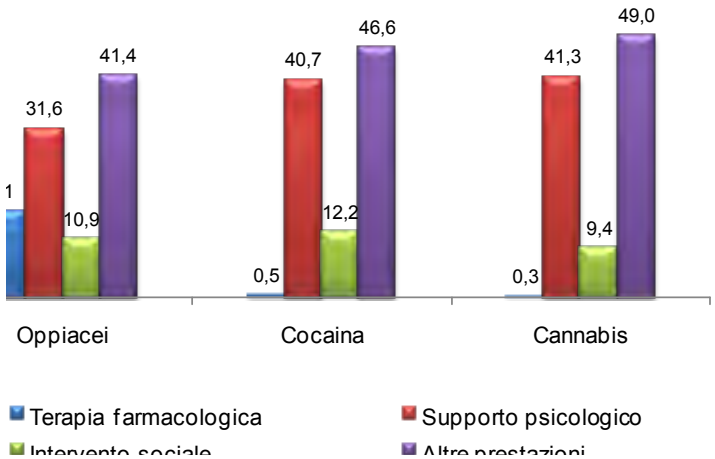


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Lo studio multicentrico

L'analisi approfondita delle informazioni desunte dal campione di strutture che hanno aderito allo studio multicentrico, ha evidenziato profili terapeutici differenziati secondo la nuova utenza e l'utenza già assistita dai servizi in periodi precedenti.

Figura III.2.13: Distribuzione percentuale di **nuovi utenti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2010



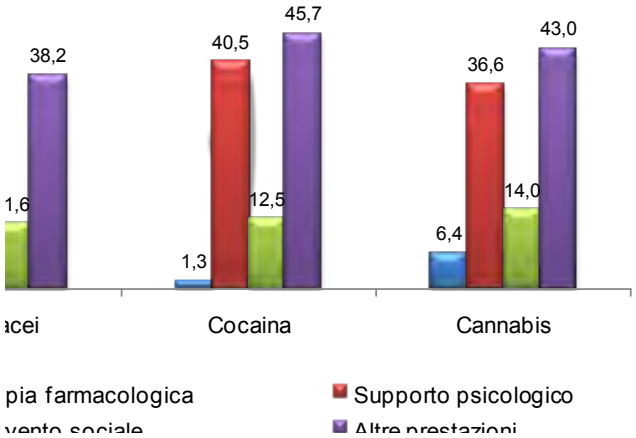
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Prevalenti gli interventi psicologici sia nei nuovi utenti che in quelli già assistiti

Per la nuova utenza, così come per gli utenti già assistiti nei Ser.T. per consumo di oppiacei, prevale il supporto psicologico rispetto alla terapia farmacologica effettuata tramite somministrazione di metadone, buprenorfina, naltrexone. Questo deriva dal fatto che il flusso del Ministero della Salute rileva i trattamenti farmacologici in quanto tali anche se integrati da supporto psicosociale e riabilitativo, mentre i dati della multicentrica identificano e conteggiano i trattamenti psicosociali e riabilitativi associati a quelli farmacologici. Anche per le altre sostanze d'abuso l'approccio risulta in minima parte impostato con terapie

farmacologiche a vantaggio di trattamenti di supporto psicologico, psicoterapie ed interventi di rieducazione sociale. Tuttavia, rispetto ai nuovi utenti, i soggetti già noti ai Ser.T. hanno ricevuto più trattamenti di tipo farmacologico, soprattutto in coloro che sono assistiti dai Ser.T. per uso primario di cannabis. In generale, per tutti gli utenti, risulta elevata la componente delle altre prestazioni sia di carattere sanitario (visite mediche, psichiatriche, infermieristiche, monitoraggio) che organizzativo sul caso clinico (Figure III.2.13 e III.2.14).

Figura III.2.14: Distribuzione percentuale di **utenti già assistiti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2010



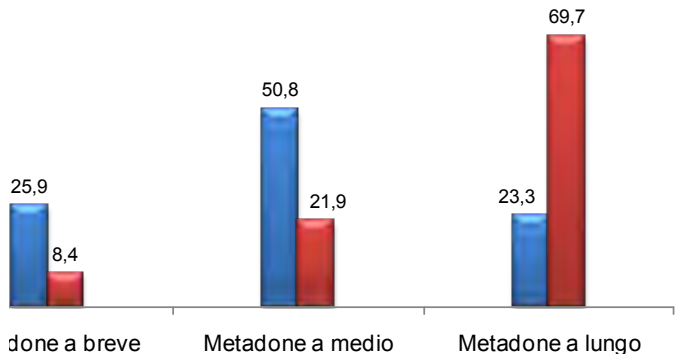
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

Per quanto riguarda il tipo di terapia farmacologica erogata tra i nuovi soggetti e quelli già noti ai Ser.T., in assistenza per oppiacei come sostanza d'abuso primaria, non vi è alcuna differenza: in entrambi i gruppi il farmaco somministrato prevalentemente è il metadone con percentuali oltre l'80% (82,7% nuovi utenti vs 85,4% utenti già in carico), seguito dalla buprenorfina somministrata più frequentemente alla nuova utenza rispetto a quella già nota (16,7% vs 14,3%)

Nell'ambito della programmazione e somministrazione della terapia farmacologica, si riscontra un approccio differenziato tra nuova utenza ed utenza già in carico. Dalla Figura III.2.15 emerge la tendenza a privilegiare terapie a breve e soprattutto a medio termine (rispettivamente, inferiori ad un mese e comprese tra uno e sei mesi) per la nuova utenza (25,9% e 50,9%), contrariamente all'utenza già nota ai servizi in cui è prevalente la terapia a lungo termine (oltre sei mesi) con il 69,7%.

Tale risultato, tuttavia, può essere influenzato dalla breve durata della presa in carico della nuova utenza al momento della rilevazione dei dati.

Figura III.2.15: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento farmacologico con metadone secondo la durata del trattamento ed il tipo di utenza. Anno 2010



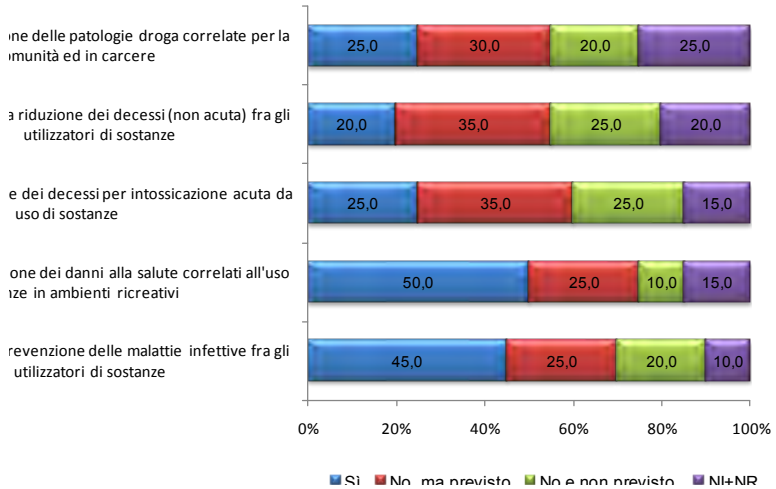
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2010 su dati Ser.T.

III.2.3. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

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 20% per la riduzione dei decessi (non acuta) fra gli utilizzatori di sostanze ad un 50% per la prevenzione dei danni alla salute correlati all'uso di sostanze in ambienti ricreativi (Figura III.2.16).

Figura III.2.16: Percentuale di Regioni e Province Autonome che dispongono di documenti ufficiali con strategie di prevenzione delle patologie correlate. Anno 2010

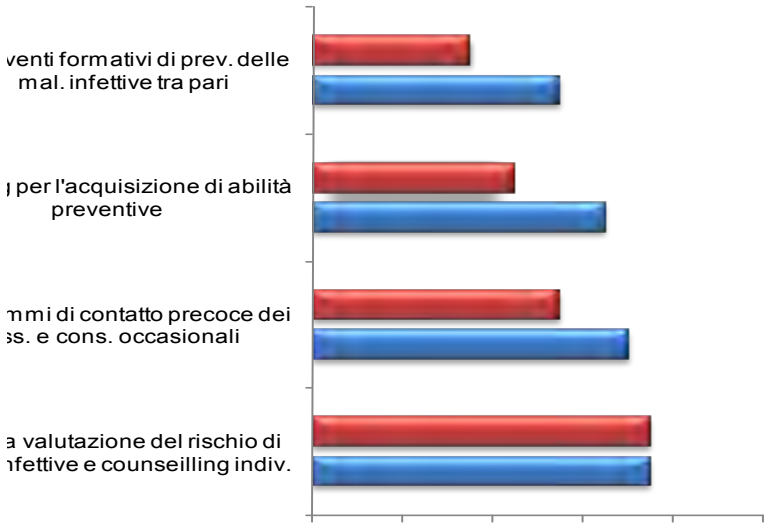


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Maggiori gli interventi nelle Comunità

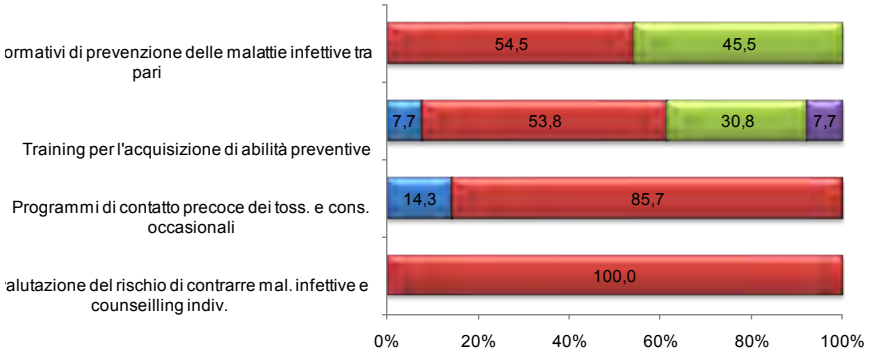
Gli interventi prioritari di prevenzione sono stati svolti in particolare per quanto concerne la valutazione del rischio di malattie infettive e counseilling individuale, con il 75% dichiarato a valere sia per le comunità che per il carcere; negli altri casi emergono sempre maggiori interventi nelle comunità rispetto al carcere (Figura III.2.17).

Figura III.2.17: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato interventi prioritari di prevenzione delle malattie infettive nella comunità o in carcere



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.18: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2010

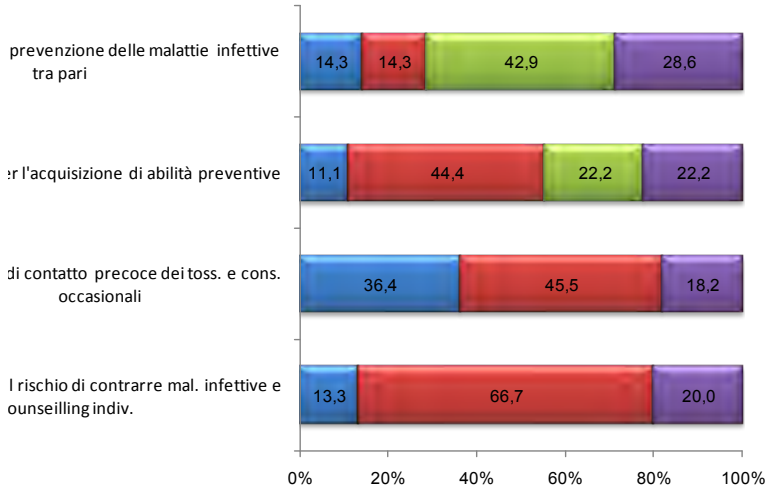


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Scarsa disponibilità per interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive

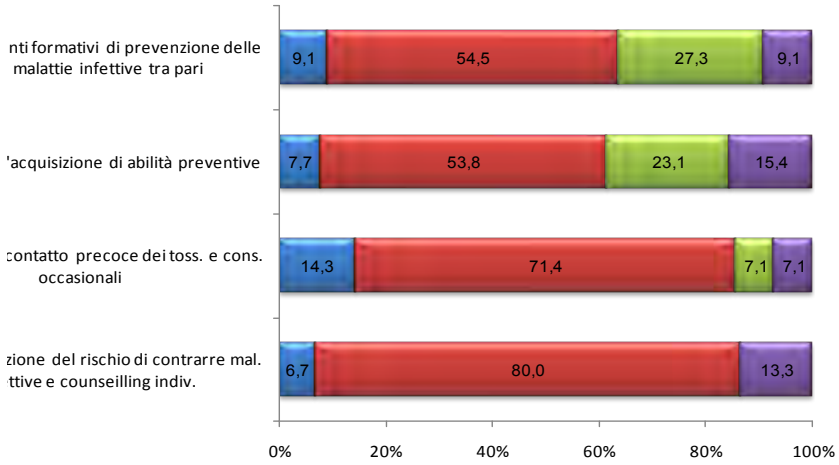
La valutazione della disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità (figura III.2.18) ed in carcere (Figura III.2.19) è nel complesso positiva con l'esclusione degli interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive tra pari che ha un giudizio scarso in ambedue gli ambienti in esame.

Figura III.2.19: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

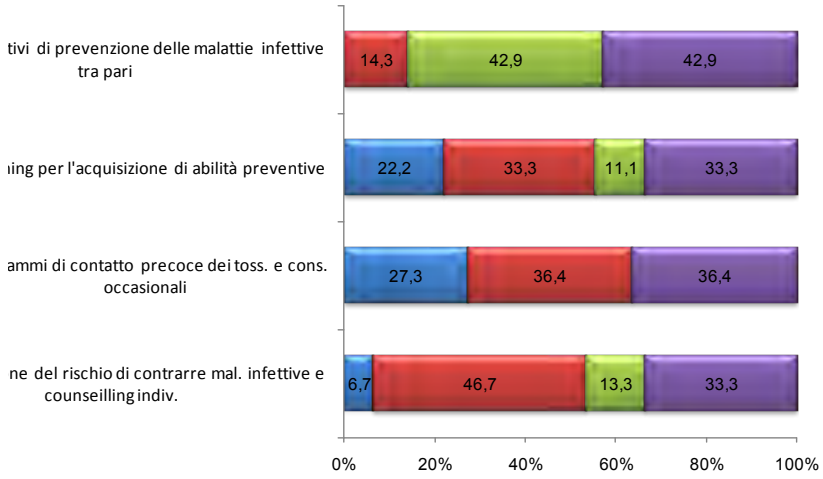
Figura III.2.20: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Per quanto concerne l'accessibilità a questi servizi (Figure III.2.20 e III.2.21) la criticità degli interventi formativi di prevenzione delle malattie infettive tra pari permane nelle comunità mentre è molto mitigata negli istituti penitenziari.

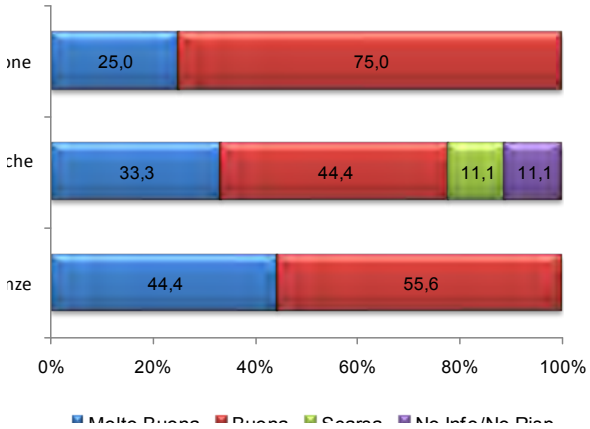
Figura III.2.21: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

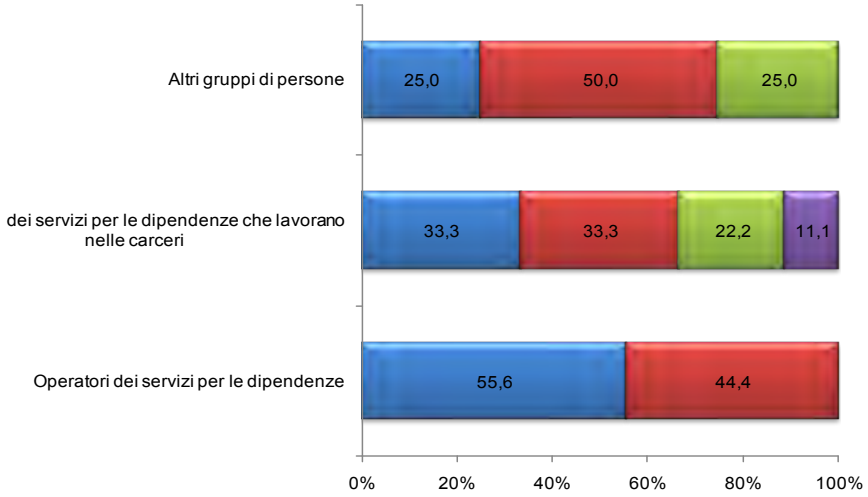
Le Regioni e Province Autonome che hanno attivato training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone sono pochissime e sempre sotto il 50%, esattamente il 45% per Operatori dei servizi per le dipendenze (inclusi quelli che lavorano nelle carceri), 25% altri gruppi di persone ed addirittura nessuna segnalazione per la categoria dei farmacisti.
Ove presenti, i training comunque riscontrano una disponibilità almeno buona in quasi l'80% dei casi (figura III.2.22) ed un giudizio altrettanto positivo, con almeno il 75% dei casi, per l'accessibilità (figura III.2.23).

Figura III.2.22: Giudizi sulla disponibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2010



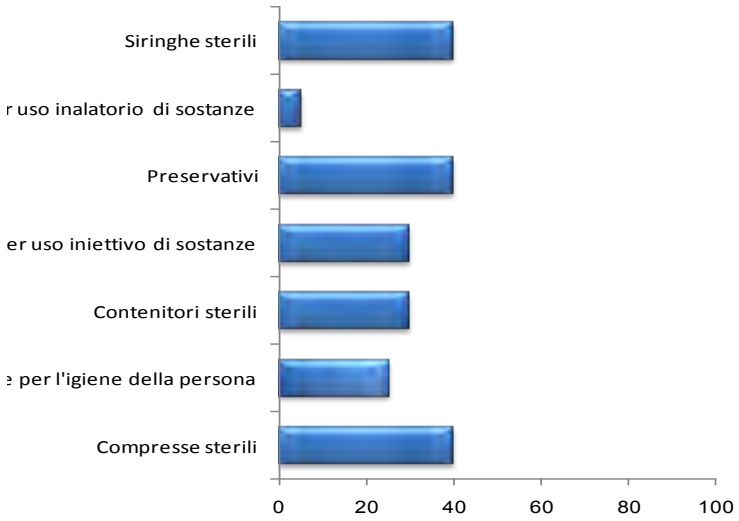
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.23: Giudizi sulla accessibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2010



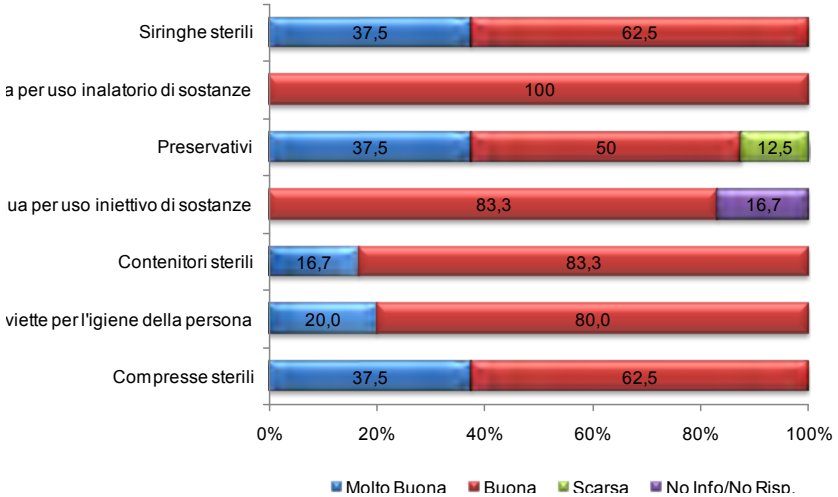
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.24: 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 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

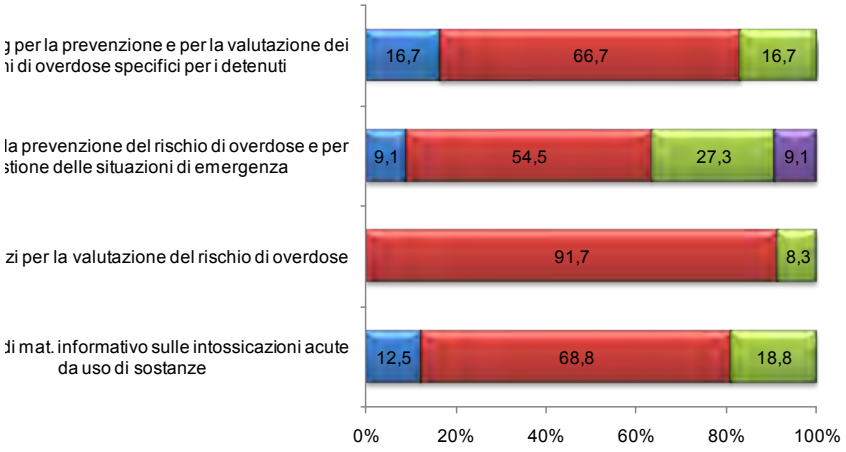
Figura III.2.25: Giudizi sulla disponibilità di strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive. Anno 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Ove in uso la disponibilità è ovunque buona (figura III.2.25).
In almeno metà delle Regioni e province autonome sono stati attuati nel 2010 interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta di sostanze, in particolare nell'80% è stato diffuso materiale informativo sull'argomento e nel 60% dei casi sono stati effettuati interventi/servizi per la valutazione del rischio di overdose e counselling per la prevenzione e per la valutazione dei rischi di overdose specifici per detenuti.
Il giudizio sulla disponibilità (figura III.2.26) è generalmente buono e sempre sopra il 60%.

Figura III.2.26: Giudizi sulla disponibilità degli interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze. Anno 2010

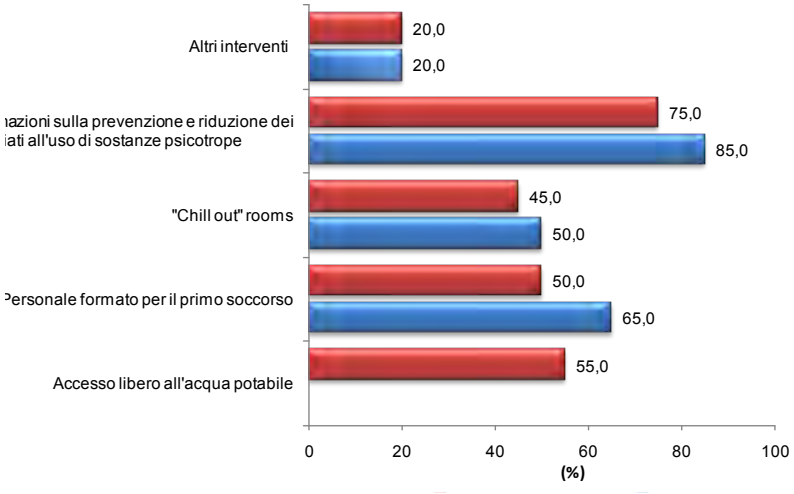


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

La produzione di materiali informativi sulla prevenzione dei decessi per intossicazione acuta per specifici gruppi di persone è generalmente scarsa e sempre sotto il 50%, con un massimo del 45% per i familiari e amici di consumatori di sostanze psicotrope e per il personale di discoteche e bar ad un minimo del 5% nel caso degli agenti di polizia.
Gli interventi di prevenzione in luoghi ricreativi (discoteche ed altri luoghi) presentano riscontri positivi, come nel caso della diffusione di informazioni sulla

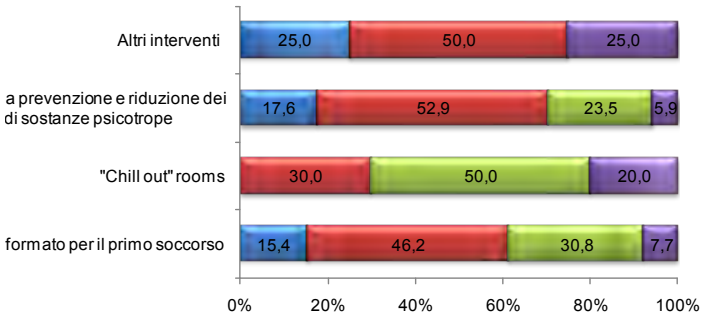
prevenzione associate all'uso di sostanze psicotrope attuati nell'85% per discoteche e nel 75% degli altri luoghi ricreativi, ed riscontri negativi, come per i bidoni e contenitori dove conferire le sostanze illecite, non presente in nessuna Regione né nelle discoteche né in altri luoghi ricreativi.

Figura III.2.27: Percentuale di Regioni e Province Autonome che attuano interventi di prevenzione in luoghi ricreativi. Anno 2010



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.28: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in discoteche. Anno 2010

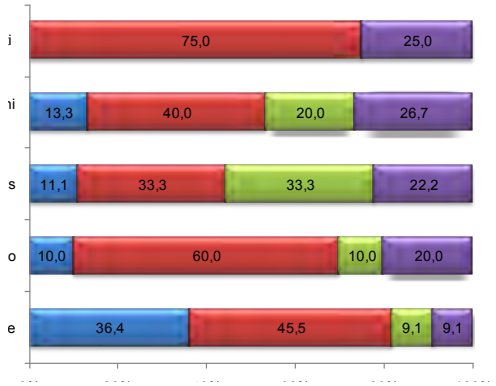


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Poco disponibili le Chill-out rooms

La disponibilità di interventi di prevenzione sia per le discoteche (figura III.2.28) che per gli altri luoghi ricreativi (III.2.29) è generalmente positiva con esclusione di quel che riguarda le "Chill-out rooms" (camere di decompressione) indicate come ancora poco disponibili.

Figura III.2.29: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in altri luoghi ricreativi



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Tabella III.2.4: 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 2010

Oltre 9 milioni di euro per la prevenzione dei decessi droga correlati

Regioni	Importo	%
PA Bolzano	652.994,00	7,2
Calabria	35.000,00	0,4
Lazio	4.404.000,00	48,4
Lombardia	1.016.503,00	11,2
Marche	216.998,00	2,4
Piemonte	919.300,00	10,1
Puglia	400.00,00	4,4
Toscana	1.461.608,00	16,1
Totale	**9.106.403,00**	**100,0**

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

3 milioni di euro in più del 2009

Rispetto al 2009 le somme stanziate per la prevenzione della mortalità acuta sono aumentate di quasi tre milioni di euro (più 44,6%), ciò è dovuto principalmente alla regione Lazio che ha più che raddoppiato gli specifici fondi.

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 2010 le Regioni e Provincie Autonome hanno potuto contare su 199 servizi strutturati (+76%) con un numero di soggetti contattati superiore ai quattrocentomila.

63 unità di strada LDR alcool/rischi della notte

In particolare sono state 67 unità di strada per la prevenzione del rischio sanitario da droghe, 63 le unità di strada (LRD) alcool/rischi della notte che nel corso del 2010 hanno avuto la maggior parte dei contattati, 12 unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione, 39 servizi di Drop in diurni, 7 servizi di accoglienza bassa soglia 24/24, 7 dormitori specializzati per le dipendenze patologiche e 6 servizi per i bisogni primari

Tabella III.2.5: Servizi strutturati di prevenzione dei rischi sanitari presenti nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2010

Tipologia	Numero dei servizi	Soggetti contattati nell'anno
Unità di strada PRS droghe	67	163.940
Unità di strada LDR alcool/rischi della notte	63	235.070
Unità di strada prostituzione	12	16.075
Drop in diurni	39	41.571
Accoglienza bassa soglia 24/24	7	2.591
Dormitori specializzati per dipendenze patologiche	7	n.d.
Altri servizi sociali (bisogni primari) specializzati	4	611

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

CAPITOLO III.3.

INTERVENTI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine

III.3.1.1 Detenzione per uso personale di sostanze illecite

III.3.1.2 Deferiti alle Autorità Giudiziarie per reati in violazione al DPR 309/90

III.3.2. Interventi della Giustizia

III.3.2.1 Procedimenti penali pendenti e condanne

III.3.2.2 Ingressi negli istituti penitenziari per adulti

III.3.2.3 Ingressi negli istituti penali per minori

III.3. Interventi di prevenzione e contrasto

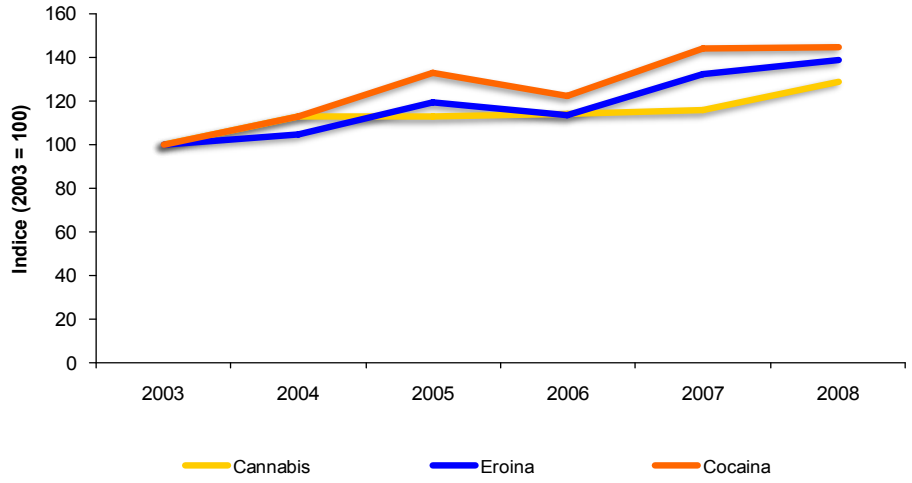
Premesse

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 illecite, 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 dalla Direzione Centrale della Documentazione Statistica (DCDS) 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.
Con riferimento ai dati sulla criminalità in violazione della normativa sugli stupefacenti, gli archivi del Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Ufficio I Affari Legislativi, Internazionali e Grazie, e Ufficio III Casellario, forniscono informazioni sui provvedimenti pendenti ed esitati in condanna con sentenza definitiva; il flusso di soggetti transitati presso gli istituti penitenziari viene rilevato rispettivamente dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (DAP) per gli adulti, e dal Dipartimento per la Giustizia Minorile, per i soggetti minori.

Figura III.3.1: 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 2003 - 2008



Europa: trend in aumento dei reati per cocaina, eroina e cannabis

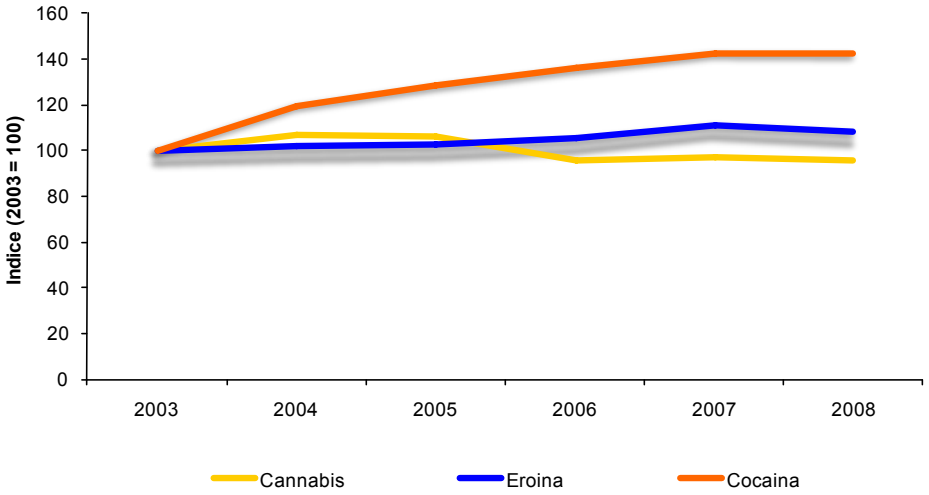
(*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2003

Fonte: Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Relazione Annuale 2010 (tabella DLO -3 del Bollettino Statistico 2010)

L'andamento complessivo delle segnalazioni per condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (penale e non) a livello europeo nel periodo 2003 – 2008 indica un progressivo aumento delle attività di contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti. L'esito di tali attività evidenzia un aumento degli illeciti correlati all'eroina, alla cannabis (nella maggior parte dei Paesi europei i reati correlati alla cannabis rappresentano una percentuale variabile tra il 50% e il 75% dei reati di droga citati per il 2008) e alla cocaina.

In Italia si osserva un lieve aumento delle segnalazioni per eroina e per cocaina fino al 2007, mentre gli illeciti correlati alla cannabis, in diminuzione fino al 2006, risultano stazionari nell'ultimo biennio considerato. Nel 2008 si evidenzia una lieve diminuzione degli illeciti correlati all'eroina, mentre i valori della cocaina risultano stabili (Figura III.3.2).

Figura III.3.2: Andamento indicizzato(*) delle segnalazioni di condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (art.73, art. 74 e art.75) in Italia. Anni 2003 - 2008



Italia: nel 2008 lieve diminuzione delle segnalazioni (artt. 73,74,75) per eroina, stabili cocaina e cannabis

(*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2003

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica e Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

III.3.1. Interventi delle Forze dell'Ordine

III.3.1.1 Persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90

La Direzione Centrale per la 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.

Segnalati ex artt.121 e 75 del D.P.R 309/90 e successive modifiche

Segnalazioni ex art. 121

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, si evidenzia che nell'anno 2010 i soggetti segnalati dai Prefetti, in base all'art 121[1], ai Ser.T. competenti territorialmente, sono stati complessivamente 7.653, di cui il 98,2% è stato denunciato una sola volta e il restante 1,8% due o più volte (5 soggetti sono stati denunciati 3 volte).
Il dato complessivo, rilevato alla data del 30 Aprile 2011, risulta pertanto in netta

Notevole diminuzione delle segnalazioni dalle Prefetture per art. 121 da verificare nel tempo per ritardo di notifica

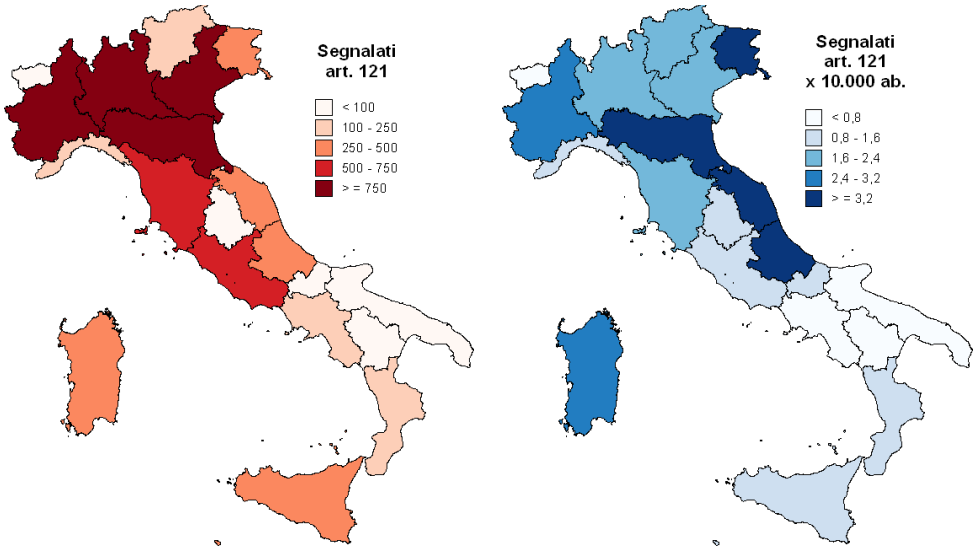
[1] L'art. 121 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad una segnalazione per uso di sostanza stupefacente senza sequestro (overdose, guida in stato di alterazione psicofisica per assunzione di sostanze,...) In questi casi la Prefettura segnala il soggetto interessato al Ser.T competente 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.

diminuzione rispetto a quello del 2009, pari a 10.609 persone, anche se va evidenziato che i dati relativi all'anno 2010 sono da considerarsi provvisori, in relazione al ritardo di notifica delle Prefetture.

Età media: 28 anni

Sul totale dei soggetti in questione, 7.152 persone risultano essere maggiorenni di cui 6.521 maschi (pari al 91% circa) e 631 femmine (pari al 9% circa), 501 minorenni, pari al 6,5 % circa del totale dei segnalati ex art.121 (445 maschi e 56 femmine). L'età media dei segnalati è 28 anni circa.

Figura III.3.3: Segnalazioni ex art. 121 per regione - Valori assoluti e tasso per 10.000 residenti. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, le Regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono la Lombardia (1.376), l'Emilia-Romagna (1.028), il Piemonte (779) e il Veneto (752); mentre le Regioni che hanno il minor numero di soggetti segnalati sono la Valle d'Aosta (2), la Basilicata (18), il Molise (26), l'Umbria (86) e la Puglia (98). 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 il Friuli Venezia Giulia, l'Emilia-Romagna, le Marche e l'Abruzzo.

Dei 7.653 soggetti segnalati ex art. 121, 2.448 (32%) sono stati segnalati nel 2010 anche per art. 75, principalmente maschi (93,1%) e segnalati per detenzione per uso personale di cannabinoidi (Tabella III.3.1).

Tabella III.3.1: Segnalazioni ex artt. 121e 75 per sostanza primaria. Anno 2010

Segnalazioni per sostanza	N	% c
Oppiacei (eroina, metadone, morfina)	188	7,7
Cocaina	352	14,4
Cannabinoidi	1880	77,2
Altre sostanze	12	0,5
Non noto	6	0,2
Totale	**2438**	**100,0**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

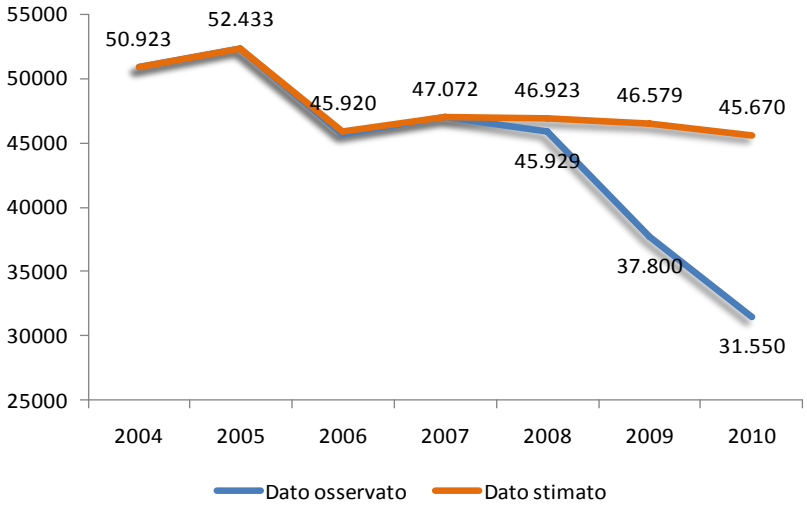
Segnalazioni ex art. 75

Nel 2010 le persone segnalate ex art 75[2] sono state in totale 31.550, di cui 29.408 maschi (pari al 93,2 %) e 2.142 femmine (pari al 6,8 %).

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 all'anno 2009, consolidati alla data del 25 Maggio 2011 pari a 37.800, sebbene i dati dell'ultimo triennio ed in particolare quelli relativi al 2010, siano da considerarsi tuttora provvisori[3].

Figura III.3.4: Soggetti segnalati ex art. 75. Anni 2004 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

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.

[2] 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.

[3] In base ai dati, rilevati alla data del 26 Marzo 2010 relativi all'anno 2009, il numero di persone segnalate ex art.75 risultava pari a 28.494. I dati sono costantemente aggiornati dal personale dei NOT delle Prefetture-UTG e risultano consolidati dopo circa due anni ed oltre .

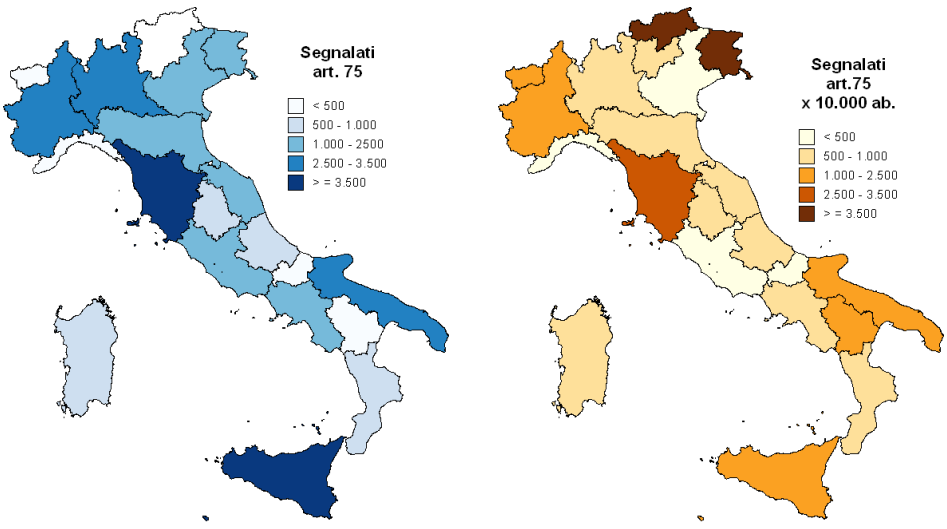
Tabella III.3.2: Caratteristiche dei soggetti segnalati ex art. 75 alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine. Anno 2010

Caratteristiche	N	%c
Segnalati		
Nuove segnalazioni	23.139	73,3
Già segnalati in anni precedenti	8.411	26,7
Totale	31.550	100,0
Frequenza		
Una sola volta nell'anno	30.277	96,0
Due o più volte nell'anno	1.273	4,0
Maschi	29.408	93,2
Femmine	2.142	6,8
Età media		
Maschi	26,4	
Femmine	26,6	
Segnalazioni per sostanza		
Oppiacei (eroina, metadone, morfina)	3.549	11,2
Cocaina/Crack	4.258	13,5
Cannabinoidi	23.415	74,2
Stimolanti	152	0,5
Altre sostanze	176	0,6
Totale	31.550	100,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Riguardo alla distribuzione geografica le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono nell'ordine: Sicilia (4.038), Toscana (3.702), Puglia (3.487), Lombardia (3.317)[4]. Le regioni presso le quali sono stati segnalati il minor numero di soggetti sono nell'ordine: Molise (73), Valle d'Aosta (127), Trentino Alto Adige (171), Liguria (180) e PA Trento (220).

Figura III.3.5: Soggetti segnalati ex art. 75 per regione di segnalazione e tasso per 10.000 residenti. Anno 2010

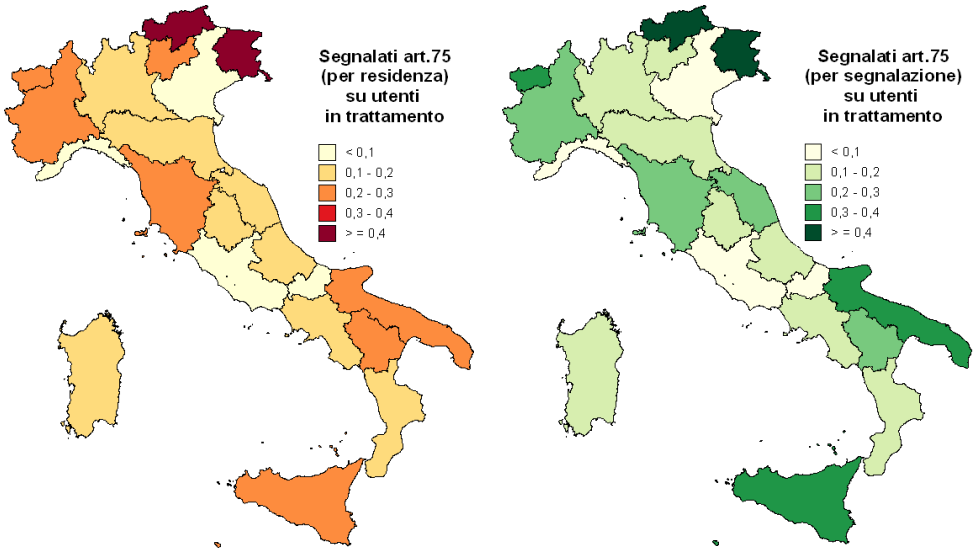


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dir. Centrale per la documentazione e la Statistica

[4] *I dati, disaggregati a livello regionale e provinciale, anche relativamente ai provvedimenti adottati, sono stati rilevati alla data del 24 Maggio 2011 e sono da considerarsi provvisori.*

Confrontando la distribuzione geografica per regione di segnalazione e il tasso per 10.000 abitanti si osserva che la regione in cui risulta, in entrambi i casi, un maggior numero di segnalati è la Toscana. Si evidenzia, inoltre, un'elevata percentuale di soggetti residenti nella P.A. Bolzano denunciati per reati art. 75, mentre in Lombardia si registra la situazione opposta (elevata percentuale di segnalati non residenti).

Figura III.3.6: Segnalati ex art. 75 sul numero degli utenti in trattamento, secondo la regione di residenza e di segnalazione. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica – Ministero della Salute

Sul totale dei segnalati nel 2010, risultano minori di 18 anni 2.538 soggetti (pari all'8%) di cui 2.365 maschi e 173 femmine. L'età media dei segnalati è di circa 27 anni, le classi di età con maggiore prevalenza sono quelle tra i 18 ed i 22 anni (34%) e quella oltre i 30 anni (27%).

Aumento del trend delle persone con età maggiore di 30 anni

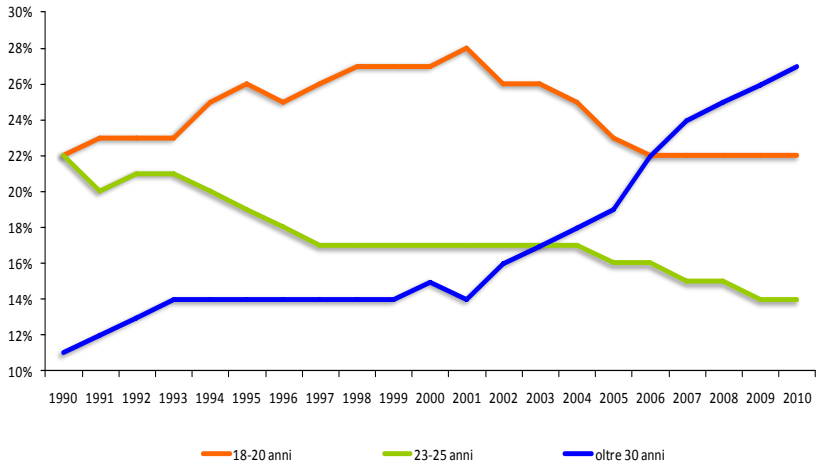
Il trend delle diverse fasce di età dal 1990 al 2010 evidenzia che, nel corso degli anni, i segnalati ai sensi dell'art. 75 sono in maggioranza persone che hanno un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni e la percentuale di segnalati oltre i 30 anni di età è in aumento in modo più consistente a partire dall'anno 2002 (Figura III.3.7).

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 III.3.7: Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo le principali fasce di età. Anni 1990 – 2010

Dal 2000 aumentano le segnalazioni delle persone oltre i 30 anni e diminuzione di quelle con età minore di 25 anni



Fonte: Dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Sostanze di segnalazione: 72% delle segnalazioni per cannabis

Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, nell'anno 2010 la maggioranza dei soggetti segnalati, cioè il 74% del totale dei nuovi soggetti e dei recidivi, è stata trovata in possesso di cannabinoidi, seguita dai detentori di cocaina (13%) e dai possessori di eroina, che raggiunge il 10% 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 a circa l'11%.

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, mentre i possessori di altre sostanze, rappresentano lo 0,6% circa del totale dei segnalati. 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 (passata dall'11% del 2009 al 10% del 2010).

Aumento del trend consumatori di cannabinoidi segnalati

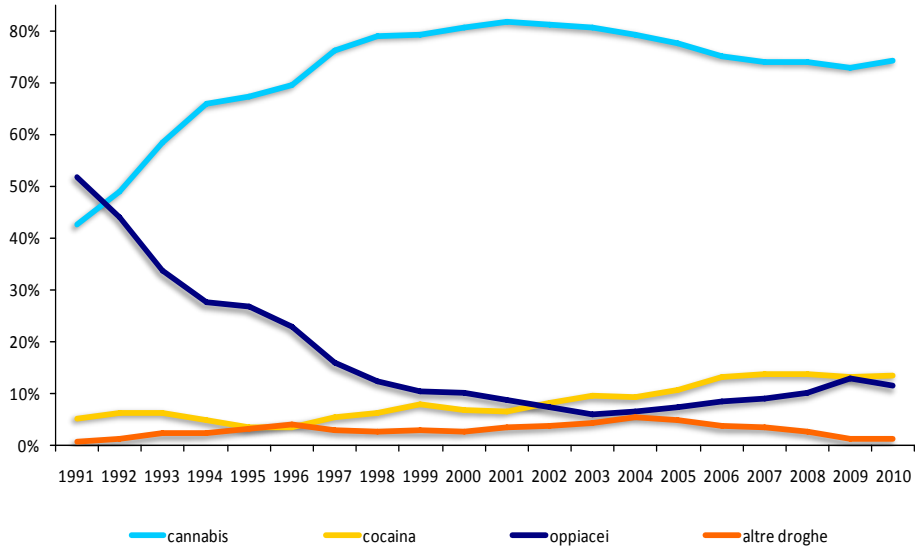
Il numero di consumatori di cannabinoidi in costante diminuzione fino al 2009 (da 79% del 2002 al 73% nel 2009), nel 2010 torna lievemente ad aumentare (74%). La percentuale di consumatori di hashish e marijuana resta indubbiamente quella più elevata tra i soggetti segnalati per consumo personale ai sensi della predetta normativa (Figura III.3.8).

Stabile il trend consumatori di cocaina segnalati

I detentori per uso personale di cocaina (passati dall'11% del 2005 al 13% nel 2006 ed al 14 % del 2007 e del 2008) mostrano un leggero calo nel 2009 (13%) e si mantiene stabile nel 2010, ma la cocaina resta la seconda sostanza di segnalazione più rilevata e ciò desta particolare preoccupazione in quanto buona parte dei soggetti segnalati sono giovani in 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 III.3.8: Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo il tipo di sostanza. Anni 1991 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

Provvedimenti

Nel 2010, 10.503 soggetti sono stati sottoposti a colloquio svolto dai NOT delle Prefetture. A seguito dei colloqui, 7.538 soggetti sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (formale invito).

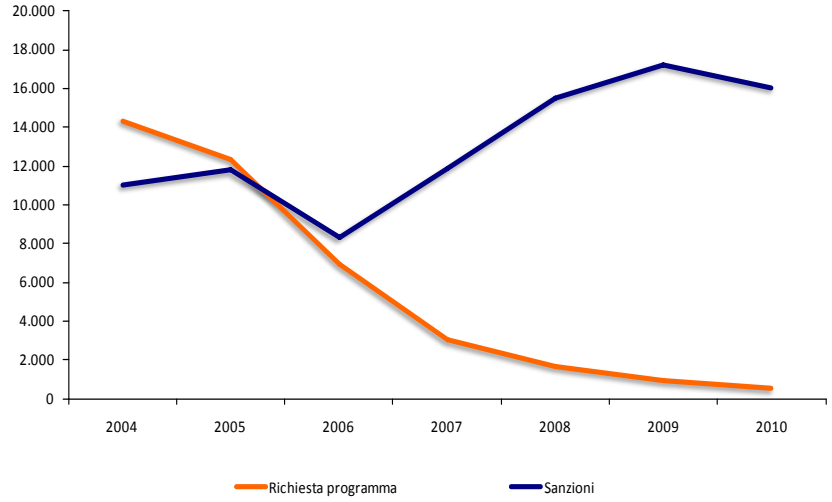
In calo le sanzioni amministrative

Le sanzioni amministrative, adottate dai Prefetti nell'anno 2010, ai sensi del comma 1 del precitato art. 75, sono state 16.030, di cui 10.507 (65,5%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze delle Prefetture-U.T.G. e 5.523 (pari al 34,5 %) per mancata presentazione al colloquio stesso.
Rispetto all'anno precedente in cui erano state irrogate 17.215 sanzioni, il dato relativo all'anno 2010 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 507 richieste di invio a programma terapeutico presso i Servizi per le Tossicodipendenze o in comunità socio-riabilitativa e in 2.201 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 conseguenza in seguito a 901 segnalazioni, sia rispetto al dato rilevato nel 2008 (1.639) e negli anni precedenti (Figura III.3.9).

Figura III.3.9: Sanzioni amministrative e richieste di invio a programma terapeutico in seguito a segnalazione ex art. 75. Anni 2004 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per la documentazione e la Statistica

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)

Sempre in base alle informazioni contenute nella banca dati che costituisce la fonte di riferimento della Direzione Centrale per la Documentazione e la Statistica del Ministero dell'Interno, nel periodo compreso tra l'11 luglio 1990 ed il 31 Dicembre 2010 le persone segnalate ai Prefetti per detenzione per uso personale di sostanze stupefacenti ai sensi del citato art. 75 sono state complessivamente 783.278, di cui 733.977 maschi (pari al 93,7%) e femmine 49.301 (6,3%). I minorenni rappresentano il 7,7% del totale ed oltre il 56,8% delle persone segnalate ha un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni.

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

III.3.1.2 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 22.064 operazioni antidroga effettuate sul territorio nazionale nel 2010, hanno emesso 39.053 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 incremento del 7,1% rispetto al 2009.

Oltre 22.000 operazioni: forte attività di prevenzione e contrasto. Oltre 39.000 denunce (aumento dal 2009)

Caratteristiche segnalazioni: 69% italiani 31% stranieri Bassa presenza del genere femminile (9%)

Il 69,3% delle segnalazioni deferite all'Autorità Giudiziaria nel 2010 erano a carico di italiani ed un 8,6% 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 35 anni per reati art. 74).

Tabella III.3.3: Caratteristiche delle denunce all'Autorità Giudiziaria dalle Forze dell'Ordine per violazione del DPR 309/90. Anno 2010

Caratteristiche	N	% c
Genere		
Maschi	35.703	91,4
Femmine	3.350	8,6
Totale	39.053	100,0
Nazionalità		
Italiani	27.047	69,3
Stranieri	12.006	30,7
Reati		
Art. 73 – italiani	27.032	69,2
Art. 73 – stranieri	12.006	30,8
di cui Art. 74 – italiani	2.795	68,7
di cui Art. 74 – stranieri	1.273	31,3
Età media		
Italiani con reati Art. 73	31,7	
Stranieri con reati Art. 73	29,8	
di cui italiani con reati Art. 74	36,0	
di cui stranieri con reati Art. 74	33,3	
Tipo di provvedimento		
Arresto	29.076	74,5
In libertà	9.577	24,5
Irreperibilità	400	1,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Trend deferiti alle A.G.

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 a raggiungere nel 2010 il valore massimo registrato negli ultimi diciassette anni (Figura III.3.10).

Diminuzione % degli stranieri denunciati

Se da una parte le segnalazioni all'A.G. per reati connessi alla droga sono aumentate, dall'altra è diminuita nel 2010 la percentuale di stranieri intercettati e deferiti all'Autorità Giudiziaria, che aveva raggiunto valori massimi nel 2009 (pari al 34,2% sul totale delle persone denunciate in operazioni antidroga).

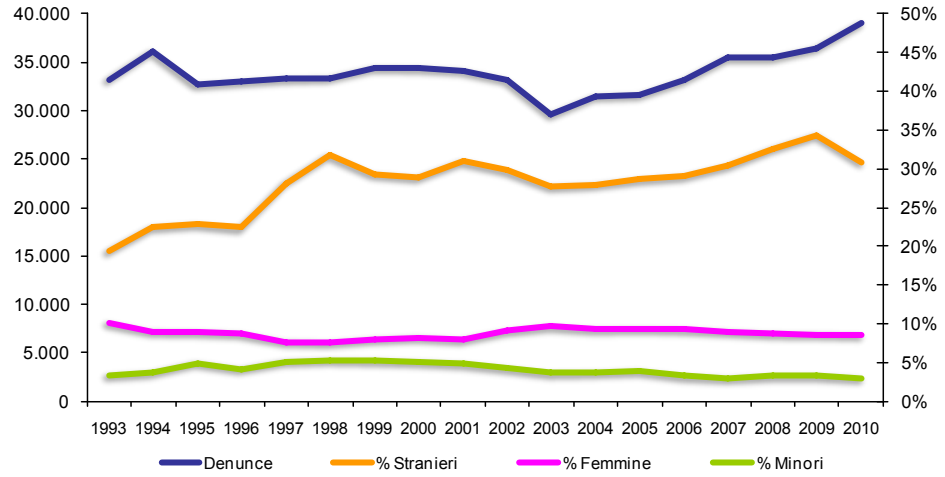
Aumento del 5,7% delle donne segnalate

Le donne segnalate all'A.G. nel 2010 sono state 3.350, con un incremento, rispetto all'anno precedente, del 5,7%. In termini di valori assoluti, negli ultimi 10 anni, le denunce a carico delle donne hanno registrato il picco più alto proprio 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%).

Riduzione del 2,7% dei minori segnalati

Per quanto riguarda le denunce a carico dei minori, nel 2010 sono risultate pari a 1.139 (2,9% del totale delle persone segnalate a livello nazionale), con una riduzione del 2,1% rispetto al 2009.

Figura III.3.10: Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, percentuale di denunce di stranieri, di donne e minori. Anni 1993 – 2010

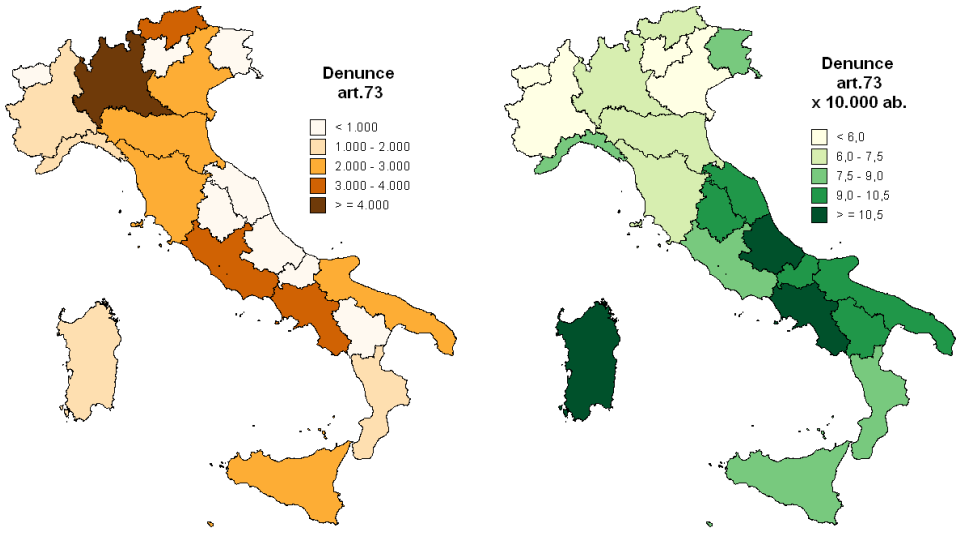


Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Segnalazioni per tipo di reato

Le azioni di contrasto al traffico di stupefacenti attivate nel 2010 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 (14,2% delle denunce complessive), seguita dalla Campania (10,2%), dal Lazio (8,7%) e dalla P.A. Bolzano (8,0%). La distribuzione del tasso di denunce per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Sardegna (11,3 denunce per 10.000 residenti), della Campania e dell'Abruzzo (10,7 denunce per 10.000 residenti).

Figura III.3.11: Denunce per reati ex art. 73 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e tasso per 10.000 residenti. Anno 2010

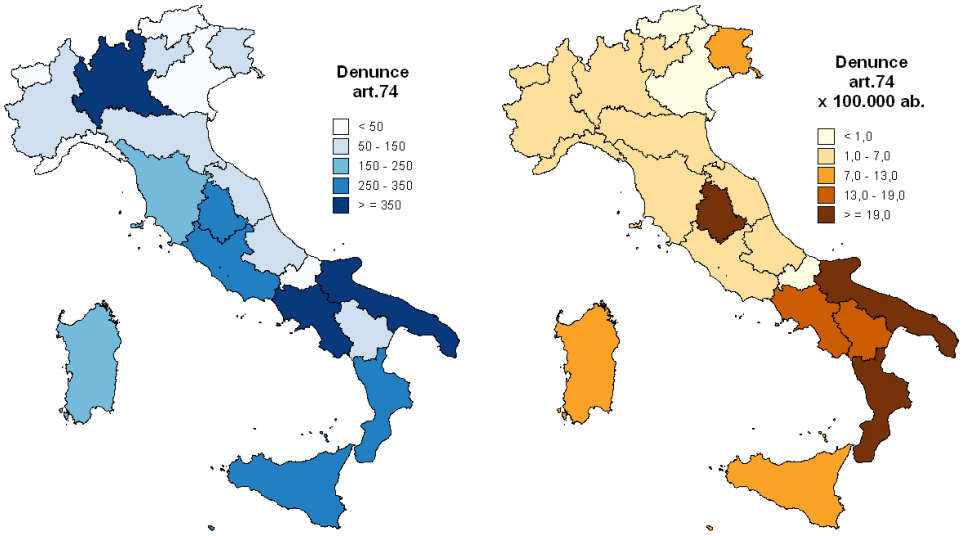


Lombardia regione con più denunce

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Le denunce per i reati più gravi, ad eccezione della Lombardia (13,9% delle denunce complessive), si concentrano maggiormente nella penisola meridionale (15,8% in Puglia e 14,6% in Campania). La distribuzione del tasso di denunce per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Calabria (25,4 denunce per 100.000 residenti), dell'Umbria (24,3 denunce per 100.000 residenti) e della Puglia (21,8 denunce per 100.000 residenti).

Figura III.3.12: Denunce per reati ex art. 74 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e tasso per 10.000 residenti. Anno 2010



Al sud i reati più gravi: Puglia, Campania

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, a differenza delle altre macro aree, i soggetti residenti nel nord-ovest tendono maggiormente a commettere i reati in zone differenti da quelle di propria residenza: infatti, in circa i tre quarti dei casi (76,9%) c'è corrispondenza tra denuncia e residenza del soggetto denunciato, mentre il rimanente 23,1% commette reati prevalentemente nel nord-est. Anche per i residenti del centro c'è una tendenza a delinquere nel nord-est. I soggetti stranieri denunciati si localizzano prevalentemente al centro-nord.

Tabella III.3.4: 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	76,9	3,7	2,2	2,0	2,1	40,7	22,6
NE	17,1	92,3	12,6	8,7	6,2	24,1	23,8
Centro	2,3	1,8	80,2	4,2	1,8	26,2	19,7
Sud	2,5	1,6	4,3	84,2	1,0	6,4	23,4
Isole	1,3	0,6	0,7	0,9	88,9	2,6	10,5
Totale valori assoluti	**6.388**	**4.748**	**6.035**	**9.614**	**4.109**	**8.144**	**39.038**

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 rispetto a quelli delle altre aree. Complessivamente quasi il 25% dei denunciati per violazione dell'articolo 74 residenti al nord commette il reato in un'altra macroarea nazionale, mentre gli stranieri tendono a localizzare il reato nel nord-ovest e nel centro.

Tabella III.3.5: 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	66,1	7,2	2,6	2,6	3,8	33,6	15,7
NE	10,4	69,2	2,4	0,5	0,7	7,6	7,4
Centro	10,6	7,6	87,5	6,9	0,9	38,3	22,7
Sud	11,1	12,0	6,5	88,2	2,0	16,7	42,1
Isole	1,8	4,0	1,0	1,8	92,6	3,8	12,1
Totale valori assoluti	**433**	**251**	**504**	**1658**	**442**	**780**	**4.068**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Principali segnalazioni per tipo di sostanza: 37,5% cannabis 34,9% cocaina 17,2% eroina

Il 37,5% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti ha riguardato il traffico di cannabis, seguite dalla cocaina (34,9%) ed in percentuale minore da eroina (17,2%). 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'84%; percentuali più elevate si osservano per la popolazione maschile straniera (oltre 91% per tutte le sostanze), che raggiunge un picco pari al 96% in corrispondenza della cannabis.

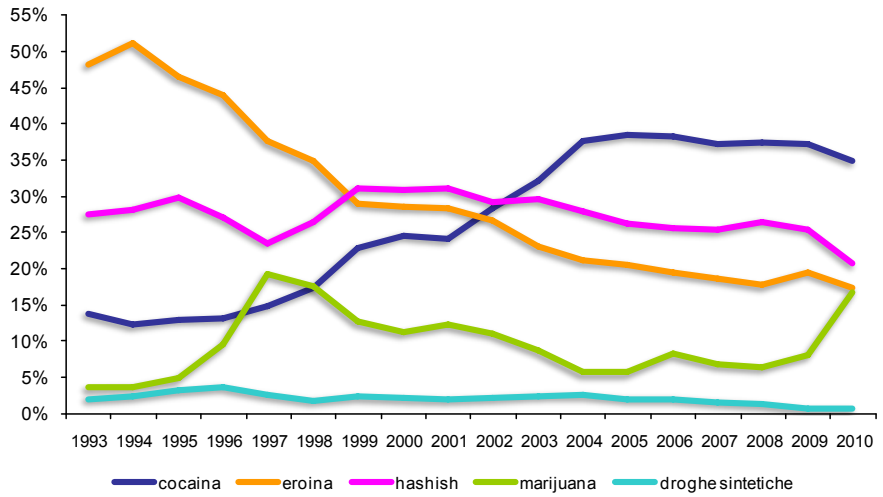
Più giovani i denunciati per traffico di droghe sintetiche

I denunciati per traffico di droghe sintetiche risultano mediamente più giovani (27 anni) rispetto ai deferiti per altre sostanze ed 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).

Trend denunce per tipo di sostanza: aumento % denunce per hashish

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 17,2% nel 2010, a fronte di un forte incremento della percentuale di segnalazioni per spaccio di cocaina fino al 2004, che si è stabilizzata negli ultimi anni ed è tornata a diminuire nel 2010 (34,9%). Nello stesso anno si osserva un aumento significativo della percentuale di denunce per commercio di marijuana (dall'8% nel 2009 al 16,8% nel 2010) ed una riduzione per commercio di hashish (Figura III.3.13). In termini di valori assoluti, nel 2010 si osserva un aumento del numero di segnalazioni per commercio di droghe sintetiche rispetto al 2009, pari a circa il 15%.

Figura III.3.13: Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, per tipologia di sostanza illecita sequestrata. Anni 1993 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Nel 2010 il numero di denunce che hanno portato all'arresto ammontano a 29.076 (74,5% dei segnalati), più frequenti per il genere maschile (75,1% vs 67,3%), per i denunciati stranieri (83,5% vs 70,5%), per i reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti tra gli stranieri (83,5% vs 66,1%) e per i reati di associazione finalizzata al traffico tra gli italiani (77,7% vs 70,4%) (Tabella III.3.6).

Il 74% dei segnalati è stato arrestato

Tabella III.3.6: Soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria per stato del provvedimento, nazionalità, genere e tipo di reato. Anno 2010

	Stato del Provvedimento					
Caratteristiche	**Arresto**	**%**	**Libertà o irrepereibilità**	**%**	**Totale**	**%**
Genere						
Maschi	26.821	75,1	8.882	24,9	35.703	100,0
Femmine	2.255	67,3	1.095	32,7	3.350	100,0
Totale	29.076	74,5	9.977	25,5	39.053	100,0
Nazionalità						
Italiani	19.049	70,4	7.998	29,6	27.047	100,0
Stranieri	10.027	83,5	1.979	16,5	12.006	100,0
Reati						
Art. 73 – italiani	19.044	70,4	7.988	29,6	27.032	100,0
Art. 73 – stranieri	10.027	83,5	1.979	16,5	12.006	100,0
di cui Art. 74 – italiani	2.172	77,7	623	22,3	2.795	100,0
di cui Art. 74 – stranieri	841	66,1	432	33,9	1.273	100,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Le denunce per le quali i segnalati sono ancora in libertà o irreperibili sono in percentuale superiore per gli italiani (30% vs 16% stranieri) e per il genere femminile (33% vs 25% maschi). Particolarmente elevata risulta la percentuale di stranieri denunciati per i reati più gravi ancora in stato di libertà o irreperibilità.

Oltre il 33% degli stranieri denunciati per reati gravi sono liberi o irreperibili

III.3.2. Interventi della Giustizia

In seguito alle denunce rilasciate dalle Forze dell'Ordine per i 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 ed archiviati presso il Dipartimento per gli Affari di Giustizia, Ufficio III 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 2010, di soggetti adulti e minori distintamente.

III.3.2.1 Procedimenti penali pendenti e condanne

Le persone inviate dalle Forze dell'Ordine all'Autorità Giudiziaria in relazione a illeciti per violazione della normativa sugli stupefacenti per le quali è stato avviato un procedimento penale a loro carico e che non risulta ancora definitivo, rispetto al 2009 hanno registro una lieve del diminuzione. I dati forniti dalla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia dell'omonimo Ministero, relativi al periodo 2005-2008, evidenziano infatti un andamento crescente delle persone con procedimenti penali pendenti per i reati previsti dal DPR 309/90, al contrario dei dati rilevati nel biennio 2009-2010 in leggero calo (231.771 II semestre 2008, 227.207 II semestre 2009, vs 226.989

Procedimenti penali pendenti per reati previsti dal DPR 309/90 in calo rispetto al 2009

II semestre 2009).
Distinguendo l'andamento per tipo di reato commesso dalle persone in attesa di giudizio, tra il primo semestre 2005 e il secondo semestre 2008 emerge un aumento complessivo determinato dall'effetto congiunto della crescita dei condannati con procedimenti penali pendenti per reati previsti dall'art. 73 e dall'art. 74. Nel medesimo trend, il decremento dei procedimenti penali pendenti iniziato nel 2009 e proseguito nel 2010, mostra, invece, tra il secondo semestre 2009 e il primo semestre 2010 una diminuzione pari all'1,2% di soggetti che hanno violato l'articolo 73, analogamente a coloro che hanno violato l'art. 74 (decremento dell'1,1%). Questo ultimo decremento è riscontrabile anche nel secondo semestre del 2010 (-0,7% rispetto al I semestre), al contrario dei soggetti che hanno procedimenti penali pendenti per violazione dell'art. 73 nei quali si è verificato, invece, un aumento dell'1,7%.

Figura III.3.14: Andamento dei soggetti con procedimenti penali pendenti per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2005 – 2010

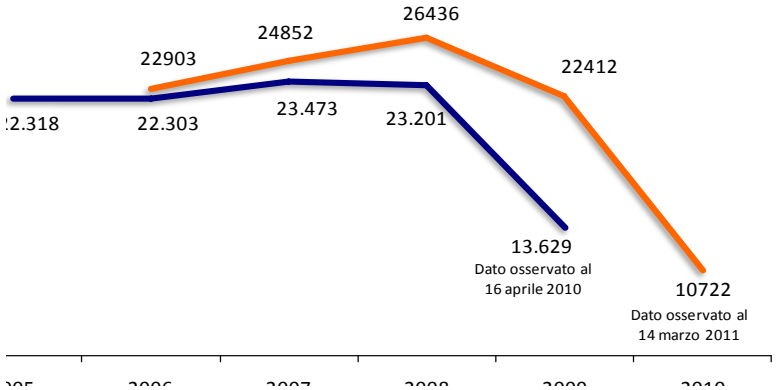


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

10.722 persone condannate dalla A.G. (dato provvisorio per ritardo di notifica)

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti ammontano provvisoriamente nel 2010 a 10.722. La natura provvisoria del dato si riferisce alla fase di aggiornamento degli archivi del Casellario ancora in atto al momento della rilevazione, che giustifica anche l'andamento decrescente nell'ultimo biennio (Figura III.3.15).

Figura III.3.15: Soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2005 – 2009 e Anni 2006 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

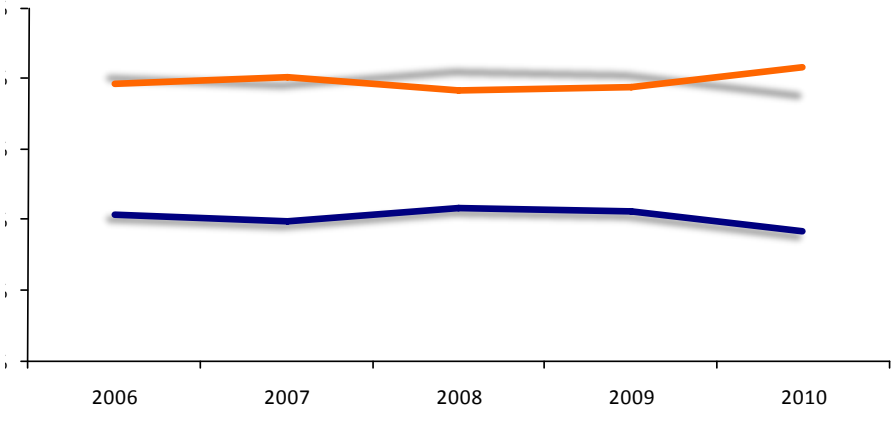
Il 96% è alla prima condanna

Il 96% dei soggetti nel periodo 2006-2010 è stato condannato una sola volta, mentre la restante percentuale di soggetti due o più volte.

Caratteristiche dei condannati

Senza variazioni di rilievo nel quinquennio, circa il 92% dei condannati era di genere maschile, mentre la quota parte di italiani condannati ha evidenziato un andamento crescente fino al 2007 con una percentuale del 60% di condannati, scendendo nel 2008 e 2009 al 58%, e risalendo, al 61% nel 2010 considerando, sempre, la natura provvisoria del dato.

Figura III.3.16: Percentuale condannati per nazionalità dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

96,5 % condannato per traffico e vendita

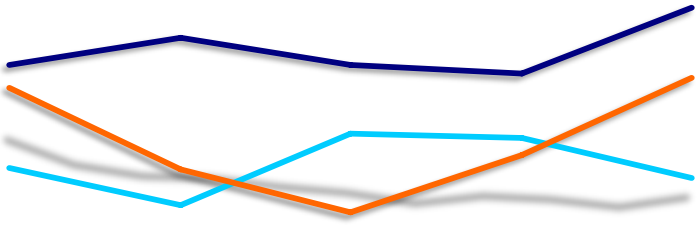
Nel 96,5% dei casi i provvedimenti di condanna hanno riguardato reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 DPR 309/90), con valori quasi identici tra gli italiani e gli stranieri (rispettivamente 96,4% e 96,7%); lo 0,3% dei provvedimenti erano riferiti specificamente a reati più gravi di associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90), con valori superiori per i soggetti italiani, ed il rimanente 3,2% riguardava provvedimenti per entrambi i

reati.

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 III.3.17).

Cala l'età media: più giovani gli stranieri condannati

Figura III.3.17:: Età media dei soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, per nazionalità. Anni 2006 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

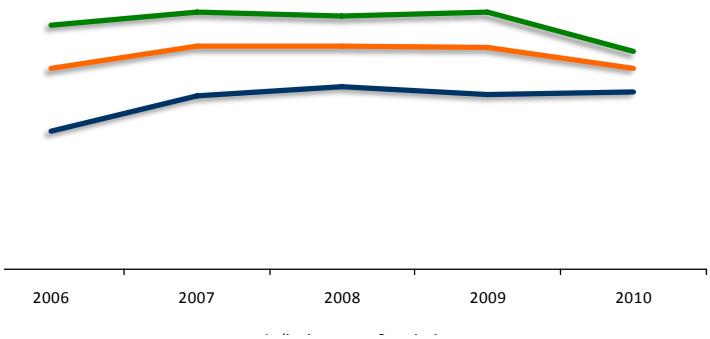
Nel 2010 circa il 21% dei condannati è recidivo, proporzione che varia in base al tipo di reato ed alla nazionalità, risultando sensibilmente superiore tra i condannati per i reati previsti dall'art. 73 rispetto ai crimini più gravi (23% contro il 4%), e per i reati più gravi, tra gli italiani rispetto agli stranieri, (4% contro il 5%) se pur di poco.

Nel 2010 21% dei condannati è recidivo

Negli ultimi cinque anni la percentuale di recidivi ha evidenziato, un andamento altalenante: per gli italiani, passando dal 24% circa nel 2006 al 25% nel 2007, attestandosi al 22% nel 2010, considerando sempre la natura provvisoria del dato; mentre per gli stranieri, tale andamento è stato favorito principalmente da un incremento più pronunciato dei recidivi (16% nel 2006 vs 19% nel 2010) (Figura III.3.18).

Andamento della tendenza alla recidiva dal 2006

Figura III.3.18:: Percentuale dei soggetti recidivi secondo la nazionalità. Anni 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

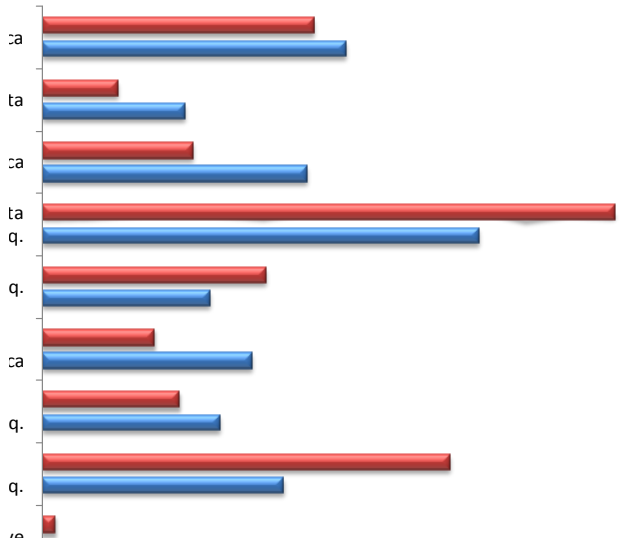
Dalla distribuzione dei condannati recidivi per tipologia di recidiva (art. 99 del

Stranieri più

codice penale[5]) si osservano profili nettamente differenti tra i condannati italiani e stranieri: i primi tendono a commettere maggiormente reati recidivi reiterati specifici e/o infraquinquennali (comma 4 N. 2) (22%), e reati generici (comma 1) (15%); gli stranieri oltre ai reati recidivi reiterati commessi dal 29% dei recidivi, tendono a commettere reati recidivi aggravati (comma 2 N. 2 e comma 2 N. 1 e 2) (Figura III.3.19).

recidivanti e con maggiore gravità

Figura III.3.19: Percentuale di soggetti recidivi secondo la nazionalità e il tipo di recidiva art. 99 codice penale. Anno 2010



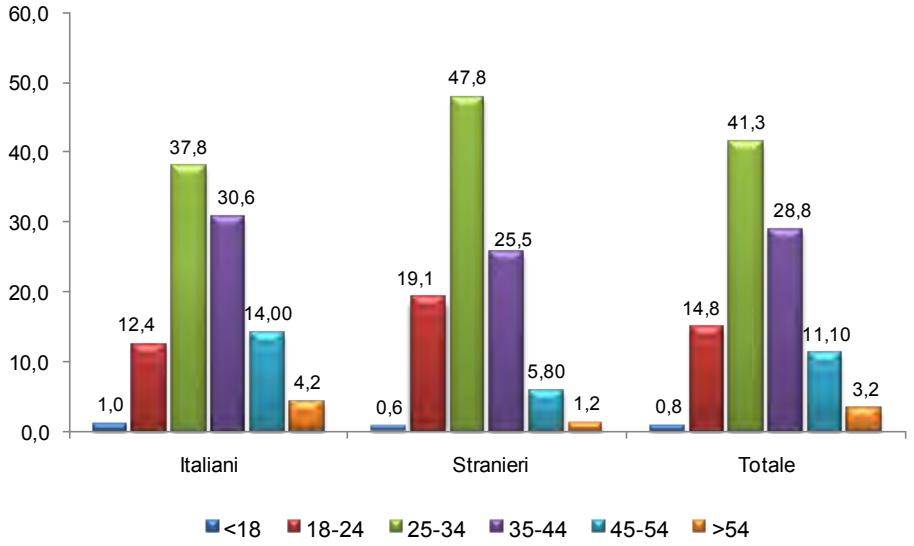
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio III Casellario

Analizzando inoltre, le classi di età dei recidivi si evidenzia che la classe di età con la percentuale più alta, è 25-34 anni.
Per tale classe di età si è osservato un andamento decrescente per gli italiani (39% nel 2006 - 2007, 43% 2008, 40% nel 2009 e 38% nel 2010), mentre per gli stranieri si nota un andamento decrescente per gli anni 2006 (circa 48%) e 2007 (47%). Nel 2008 - 2009, si registra un aumento dal 53% al 69%. Nel 2010 il dato si attesta al 47,8%, pur considerando la natura provvisoria (Figura III.3.20).

25-34 anni la classe con maggiore recidiva

[5] 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 III.3.20: Percentuale di soggetti recidivi secondo la nazionalità e classe di età. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio III Casellario

III.3.2.2 Ingressi negli istituti penitenziari per adulti

Carcerazioni: 26.163 soggetti entrati in carcere per violazione DPR 309/90

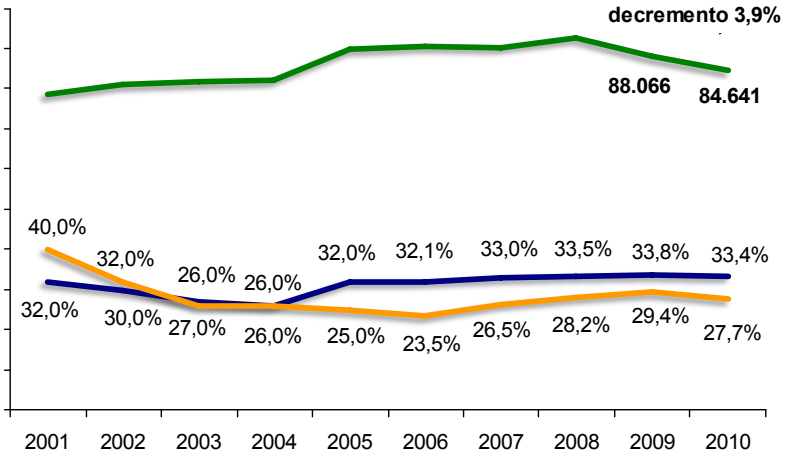
Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2010, per reati commessi in violazione al DPR 309/90 legati al traffico di sostanze stupefacenti, ammontano complessivamente a 26.795, riferiti a 26.163 persone, parte delle quali hanno avuto più ingressi nell'arco dell'anno di riferimento (569 sono entrate 2 volte dalla libertà, 29 persone hanno avuto 3 ingressi e 2 soggetti sono stati istituzionalizzati 4 volte nel 2010).

Diminuzione del 6,5% degli ingressi per reati in violazione del DPR 309/90

Rispetto al 2009 si è quindi verificata una diminuzione degli ingressi negli istituti penitenziari per reati in violazione del DPR 309/90 pari al 6,5% in linea con il decremento del 3,9% registrato anche nel numero totale di ingressi (88.066 nel 2009 vs 84.641 nel 2010).

Figura III.3.21: Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuali di ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità. Anni 2001 – 2010

Trend ingressi totale degli adulti in carcere per reati DPR 309/90



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

Differenze emergono analizzando distintamente gli andamenti delle persone ristrette in carcere per tali reati, secondo la nazionalità (Figura III.3.21).
In particolare dopo un trend decrescente della percentuale di soggetti stranieri fino al 2006, seguito da un incremento nel triennio successivo, nel 2010 si è registrata una contrazione del 5,8% rispetto a quanto emerso nel 2009, stabilizzandosi ai valori osservati nel 2008. Ad inizio del decennio considerato, si osserva invece una maggior presenza, in percentuale, di detenuti stranieri rispetto alla popolazione carceraria italiana detenuta per reati legati al DPR 309/90, tendenza invertita nel periodo successivo al 2003.

Tabella III.3.7: Caratteristiche dei soggetti adulti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90, secondo il genere, la nazionalità e l'età media. Anno 2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ%
	N	% c	N	% c	
Persone entrate in carcere					
Una sola volta nell'anno	27.217	97,3	25.563	97,7	-6,1
Due o più volte nell'anno	732	2,6	569	2,2	-22,3
Tre o più volte nell'anno	31	0,1	31	0,1	0,0
Totale	27.980	100,0	26.163	100,0	-6,5
Genere					
Maschi	25.900	92,6	24.229	92,6	-6,5
Femmine	2.080	7,4	1.934	7,4	-7,0
Nazionalità					
Italiani	16.198	57,9	15.833	60,5	-2,3
Stranieri	11.782	42,1	10.330	39,5	-12,3
Età media					
Italiani	34,3		34,2		
Stranieri	29,7		30,3		
Maschi	32,2		32,6		
Femmine	33,9		34,3		

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

Rispetto alle caratteristiche anagrafiche, le persone entrate in regime detentivo nel 2010 presentano elevate similarità con il profilo emerso nel 2009. Il 92,6% dei soggetti entrati dalla libertà sono di genere maschile e oltre il 60% di nazionalità italiana. Confrontando i dati per nazionalità e genere, i detenuti stranieri risultano mediamente più giovani rispetto agli italiani (30,3 vs 34,2) e analoga propensione si osserva tra i detenuti di genere maschile nei confronti dei nuovi ingressi di genere femminile (32,6 vs 34,3). L'analisi dell'età dei soggetti entrati dalla libertà ha registrato un aumento generale, maggiormente evidente nei detenuti stranieri (29,7 nel 2009 vs 30,3 nel 2010) e in quelli di sesso femminile (33,9 nel 2009 vs 34,3 nel 2010).

Tabella III.3.8: Caratteristiche dei soggetti adulti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90, secondo il tipo di reato commesso e la posizione giuridica. Anno 2010

Caratteristiche	2009		2010		Diff. %
	N	%c	N	%c	
Reati [1]					
Art. 73 - italiani	15.898	57,5	15.578	60,3	-2,0
Art. 73 - stranieri	11.752	45,5	10.269	39,7	-12,6
Art. 74 - italiani	1.593	80,6	1.459	76,7	-8,4
Art. 74 - stranieri	384	19,4	444	23,3	+15,6
Art. 80 - italiani	1.341	60,9	1.310	63,9	-2,3
Art. 80 - stranieri	860	39,1	740	36,1	-14,0

[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 2010 con quella registrata nel 2009 si riscontra, inoltre, un aumento nei soggetti che hanno violato l'art. 80 (35,5 anni vs 36,1 anni) a fronte di una diminuzione in coloro che sono coinvolti in crimini legati all'art. 74 (37,3 anni vs 36,7 anni).

Caratteristiche adulti in carcere per reati DPR 309/90: 86,3% 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 (86,3%), ed in quantità 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, in cui gli italiani rappresentano il 7,9% dei detenuti di stessa nazionalità ristretti per reati previsti dal DPR 3009/90, contro il 3,9% degli stranieri; dal confronto con i valori del 2009, si nota una diminuzione nei soggetti italiani (8,5% nel 2009 vs 7,9% nel 2010) a fronte di un aumento nei soggetti stranieri (3% nel 2009 vs 3,9 nel 2010).

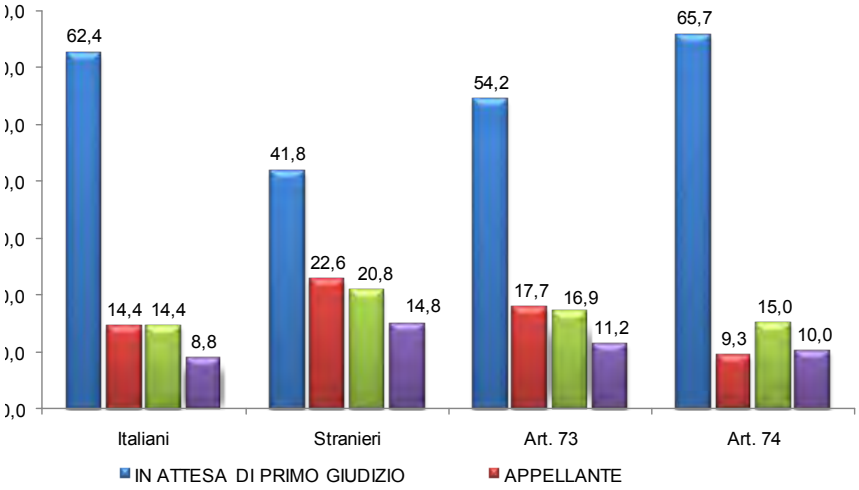
Tipo di carcerazione: 60% ingresso per la prima volta

Un lieve decremento rispetto all'anno precedente, si registra nei 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 (54,8%) e stranieri (68,6%); mentre tra i soggetti di nazionalità italiana si registra un lieve aumento, in quelli stranieri si nota un decremento di oltre 4 punti percentuali rispetto a quanto rilevato nel 2009. 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 48,3% per i detenuti italiani e 41% per quelli stranieri).

Posizione giuridica: 62% degli italiani in attesa di primo giudizio contro il 41,8% 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 62,4% degli italiani sono in attesa di primo giudizio, a fronte del 41,8% degli stranieri, per i quali si osserva una percentuale più elevata di appellanti (22,6% vs 14,4%) e di procedimenti giudiziari definitivi (20,8% vs 14,4%). Differenze si evidenziano anche rispetto a quanto emerso dall'analisi effettuata l'anno scorso: la percentuale di soggetti in attesa di primo giudizio è diminuita di oltre 2 punti percentuali a fronte di un aumento percentuale di soggetti appellanti.

Figura III.3.22: Distribuzione dei soggetti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 per posizione giuridica, nazionalità e tipo di reato - Anno 2010



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 art.73 che art.74, ma con valori superiori in corrispondenza del reato più grave riguardante la produzione, il traffico e la detenzione illeciti di sostanze stupefacenti (54,2% dell'art. 73 vs 65,7% dell'art. 74); situazione analoga è riscontrabile anche nella percentuale di soggetti con procedimento giuridico definitivo, seppur caratterizzata da una minor differenza percentuale tra l'art. 73 e 74, rispettivamente pari al 16,9% e 15% (Figura III.3.22). Dal confronto con l'analisi condotta nel 2009, emerge che a fronte di una diminuzione percentuale di soggetti in attesa di primo giudizio per entrambi gli articoli in questione, si registra un aumento di soggetti con procedimento giuridico definitivo per quanto riguarda l'art. 73 e 74, ed una diminuzione nei soggetti in attesa di appello solo in coloro che hanno violato l'art.74.

Scarcerazioni: il 39,8% dei soggetti entrati nel 2010 è uscito in libertà, con un decremento del 17,5% rispetto al 2009

Il 39,8% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2010 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 oltre il 17% rispetto a quanto rilevato nel 2009. La distribuzione per nazionalità mostra lievi differenze tra detenuti italiani e stranieri (41,7% vs 36,9%), con un decremento generale dei soggetti in libertà, pari all'11,4% in corrispondenza dei detenuti italiani e al 26% di quelli stranieri. Il 13,3% dei detenuti sono stati trasferiti in un altro istituto con una differenza marcata tra la popolazione detenuta italiana e straniera (9,6% vs 19,9%). Rispetto al 2009, in cui le analisi avevano evidenziato un aumento del numero di detenuti in libertà e la diminuzione di quelli trasferiti rispetto all'anno precedente, nel 2010 si registra una contemporanea diminuzione sia dei detenuti in libertà sia di quelli trasferiti.

III.3.2.3 Ingressi negli istituti penali per minorenni

Dal 2009 decremento del 33,7% degli ingressi di minori in carcere per reati DPR 309/90

Nel 2010 i minori entrati negli Istituti penali per i minorenni per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti ammontano a 120, con un considerevole decremento (oltre il 33%) rispetto al 2009. Nell'anno precedente i dati erano stati trasmetti dal Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia, mentre nell'anno corrente dal Sistema Informativo dei Servizi Minorili (SISM) afferente al Ministero della Giustizia Minorile; essendo il

SISM ancora in fase di popolamento, i dati analizzati di seguito sono da considerarsi provvisori e in difetto quantitativo.
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 in violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (98,3%), con prevalenza di soggetti italiani (65%), mediamente 17enni e sensibilmente più giovani rispetto ai minori di diversa nazionalità. Rispetto al 2009, inoltre, si riscontra una età media inferiore nei minori italiani e, di contro, superiore in quelli stranieri.

Tabella III.3.9: Caratteristiche demografiche dei soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90. Anni 2009-2010

Caratteristiche	2009 (1)		2010 (2)		Diff.%	Δ%
	N	% c	N	% c		
Genere						
Maschi	172	95,5	118	98,3	+2,8	-31,4
Femmine	9	4,5	2	1,7	-2,8	-77,8
Totale	181	100,0	120	100,0		-33,7
Nazionalità						
Italiani	120	66,3	78	65,0	-1,3	-35,0
Stranieri	61	33,7	42	35,0	+1,3	-31,1
Età media						
Italiani	17,3		16,9			
Stranieri	17		17,5			

Fonte: (1) Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria; (2) Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

La percentuale più elevata è tra i maschi 17enni

Forte presenza di minori stranieri (35%)

Profili distinti si osservano tra italiani e stranieri rispetto al tipo di reato oggetto 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 (3 per art. 74 e 4 per art. 80), con il 33,3% di soggetti italiani che hanno violato l'art. 74 e la totalità di minori di stessa nazionalità che hanno commesso reati relativi all'art.80. Per quanto riguarda, invece, i minori che hanno violato l'art. 73 del DPR 309/90 circa il 66% sono di nazionalità italiana (Tabella III.3.10 e Figura III.3.23).

Tabella III.3.10: Profilo giuridico dei soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90. Anni 2009 - 2010

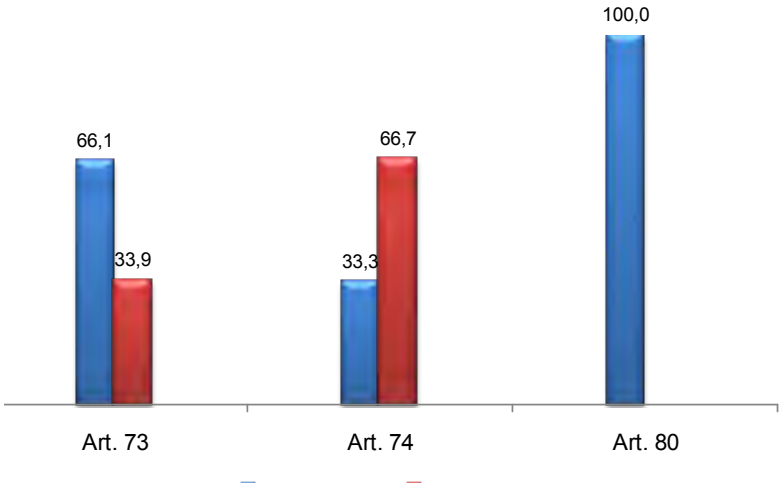
Caratteristiche	2009 (1)		2010 (2)		Diff.%	Δ%
	N	% c	N	% c		
Reati						
Art. 73 - italiani	118	66,3	74	66,1	-0,2	-39,0
Art. 73 - stranieri	60	33,7	38	33,9	0,2	-36,7
di cui Art. 74 - italiani	13	76,5	1	33,3	-43,2	-92,3
di cui Art. 74 - stranieri	4	23,5	2	66,7	43,2	-50,0
Art. 80 - italiani	17	100,0	4	100,0	0,0	-76,5
Art. 80 - stranieri	0	0,0	0	0,0	0,0	0,0
Posizione giuridica						
In attesa di primo giudizio	108	59,7	40	35,0	-24,6	-63,0
Appellante	29	16,0	15	13,2	-2,9	-48,3
Definitivo	26	14,4	10	8,8	-5,6	-61,5
Altra posizione giuridica	18	9,9	49	43,0	33,0	172,2

Maggior percentuale di italiani che hanno violato artt. 73 e 80

Maggior percentuale di minori in attesa di primo giudizio (35%)

Fonte: (1) Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria; (2) Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

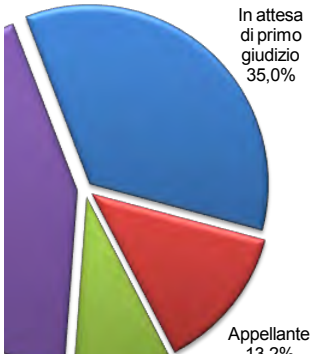
Figura III.3.23: Percentuale di soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 secondo l'articolo violato e la nazionalità. Anni 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

Il 35% dei minori ristretti in carcere è in attesa di primo giudizio, con lievi differenze per nazionalità (34,7% italiani vs 35,9% stranieri), il 13,2% è appellante (16% italiani vs 7,7% stranieri) e l'8,8% ha una posizione giuridica definitiva (8% italiani vs 10,3% stranieri) (Figura III.3.24).
Rispetto all'anno scorso si ha un sensibile decremento dei minori in attesa di primo giudizio e con procedimento definitivo a fronte di un aumento della percentuale delle altre posizione giuridiche (posizione giuridica mista, messa alla prova).

Figura III.3.24: Percentuale di soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 secondo la posizione giuridica. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

Parte Quarta

Approfondimenti

CAPITOLO IV.1.

RISULTATI DEI PROGETTI DEL NETWORK NAZIONALE DI RICERCA SULLE DIPENDENZE

Centri Collaborativi del DPA:

- Centro di Neurofarmacologia presso Dipartimento di Scienze Farmacologiche, Università degli Studi di Milano
- Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro".
- Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sez. Farmacologia, Università di Verona
- Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona
- Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, Reparto di Neuroscienze Comportamentali, Istituto Superiore di Sanità
- Servizio Tossicodipendenze ed Alcologia ASL BIELLA
- Dipartimento di Genetica, Biologia dei Microrganismi, Antropologia, Evoluzione, Università degli Studi di Parma
- Dipartimento di Farmacologia Chemioterapia Tossicologia Medica, Università degli Studi di Milano
- Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università di Napoli
- Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica (ora Sanità Pubblica e Medicina di Comunità), sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Verona
- Dipartimento di Tossicologia, Università degli Studi di Cagliari
- Laboratorio di Analisi Farmaco-Tossicologica, Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Facoltà di Farmacia, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

IV.1 Risultati dei progetti di Ricerca

Il piano progetti 2010 ha previsto il finanziamento a sostegno della realizzazione di ricerche sperimentali cliniche e precliniche utili a migliorare la conoscenza su meccanismi genetici, biologici farmacologici e comportamentali che connotano il consumo di sostanze stupefacenti. Molti studi sono condotti in ambito sperimentale di laboratorio per poi poter proiettare i risultati ottenuti e le evidenze osservate sull'uomo (ricerca traslazionale).
Sono stati approvati 15 progetti di ricerca per un totale di 492.000€, pari al 4% del budget complessivo finanziato (oltre 26.000.000€).
Dei 15 Enti di ricerca che hanno usufruito dei finanziamenti, la maggior parte sono Centri Universitari distribuiti su tutto il territorio nazionale: ogni sede coinvolta è stata identificata anche come Centro collaborativo del DPA all'interno del Network Nazionale di Ricerca sulle Dipendenze (NNRD).

Figura IV.4.1: Network Nazionale di Ricerca sulle Dipendenze



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Si riporta una rassegna sintetica dei principali risultati fino ad ora ottenuti dalle ricerche avviate, molte delle quali sono ancora in corso di completamento.
Visti i contenuti altamente tecnici e scientifici dei contributi originali pervenuti, ove possibile è stato condotto un adattamento dei testi per renderli maggiormente comprensibili anche ai non esperti.

Titolo progetto

Progetto CAINO: Alterazioni cerebrali indotte dall'uso di cannabinoidi e cocaina in età adolescenziale: studio dei meccanismi molecolari in modelli sperimentali

Autore/i

Fabio Fumagalli, Lucia Caffino, Giuseppe Giannotti, Francesca Bamberghi, Giorgio Racagni

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Centro di Neurofarmacologia presso Dipartimento di Scienze Farmacologiche, Università degli Studi di Milano

Obiettivi

Valutare la possibilità che l'esposizione precoce a cocaina o cannabinoidi possa determinare modificazioni persistenti nella funzionalità del sistema nervoso centrale attraverso una riduzione della plasticità cellulare nell'animale da laboratorio.

Metodi

Gli esperimenti sono stati effettuati secondo queste modalità e tempistiche:
Esperimento 1: gli animali sono stati divisi in due gruppi (n=10 per gruppo); un gruppo ha ricevuto iniezioni quotidiane di salina e un gruppo di cocaina (20 mg/kg) a partire dal giorno post-natale (PND) 29 fino al giorno PND 42. Gli animali sono stati quindi lasciati fino al PND 90 nelle loro gabbie e quindi sacrificati.
Esperimento 2: gli animali sono stati divisi in due gruppi (n=10 per gruppo); un gruppo ha ricevuto iniezioni quotidiane di salina e un gruppo di cocaina (20 mg/kg) a partire dal giorno PND 29 fino al giorno PND 42. Gli animali sono stati quindi lasciati fino al giorno 45 nelle loro gabbie, cioè tre giorni dopo l'ultima iniezione, e quindi sacrificati.
Sono quindi stati estratti i tessuti cerebrali di interesse (corteccia prefrontale e nucleo accumbens) ed analizzati mediante la tecnica di Western blotting.

Risultati

Nel nucleus accumbens, abbiamo osservato un aumento della fosforilazione delle subunità NR1 ed NR2B del recettore NMDA e della fosforilazione della subunità GluR1 del recettore AMPA, senza nessun cambiamento di espressione della proteina. Non si sono invece osservate modificazioni significative nella corteccia prefrontale.
Di contro, nell'animale diventato adulto, abbiamo osservato una marcata riduzione dell'espressione e della fosforilazione della principale subunità AMPA GluR1 in corteccia prefrontale. Nessun effetto significativo è stato invece osservato nel nucleo accumbens.

Conclusioni

Globalmente, questi risultati indicano che il trattamento adolescenziale con cocaina provoca dei cambiamenti a breve e lungo termine del sistema glutammatergico che potrebbero rappresentare la base per comportamenti alterati in età adulta o,addirittura, predisporre all'uso di stupefacenti.
Una prima osservazione identifica quindi un ruolo preciso del nucleo accumbens, come area cerebrale responsabile degli effetti glutammatergici a breve termine dello psicostimolante durante l'adolescenza, indicando quindi un effetto transeunte della attivazione della sinapsi glutammatergica. Tale effetto è

particolarmente interessante in quanto il nucleo accumbens è cruciale per i meccanismi di ricompensa e „drug-seeking'.
La seconda osservazione riguarda l'effetto del trattamento cronico adolescenziale con cocaina sull'attivazione ed espressione della subunità GluR1 dei recettori AMPA che si riduce in modo significativo e marcato 48 giorni dopo l'ultima somministrazione, cioè nell'animale adulto. Questi potrebbe alterare i processi di apprendimento nell'individuo dipendente da cocaina, individuo che quindi non sarebbe più in grado di percepire il comportamento di dipendenza dalla cocaina come deleterio.
Tuttavia, sulla base dei nostri risultati, non possiamo escludere che la riduzione dell'espressione dell'attività e dell'espressione del recettore GluR1 sia un effetto causato dall'astinenza dalla cocaina.
Globalmente, i nostri risultati indicano il sistema glutammatergico come un bersaglio preferenziale dell'esposizione cronica a cocaina durante l'adolescenza.

Titolo progetto

Progetto CITOS: Valutazione della risposta immunitaria cellulo-mediata verso il virus HCV nella popolazione tossicodipendente da eroina o in trattamento sostitutivo

Autore/i

Giuseppa Occhino, Rosalba Minisini, Elisa Boccato e Mario Pirisi.

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro"

Obiettivi

Il 50-90% dei tossicodipendenti risulta cronicamente infetto dal virus dell'epatite C (HCV). Molti infettivologi ed epatologi considerano a tutt'oggi questi pazienti non proponibili per il trattamento antivirale, a causa dello stato di immunosoppressione provocato dalle sostanze d'abuso. Dati recenti hanno, però, messo in evidenza come al trattamento farmacologico con metadone, oppioide a lunga emivita, segua un recupero delle funzioni immunitarie. Obiettivo principale dello studio, quindi, è verificare il ripristino dell'immunità cellulo-mediata nei confronti di specifici epitopi del virus C dell'epatite, in pazienti in trattamento sostitutivo con oppiacei a lunga emivita e confermare il potenziale protettivo di immunostimolazione dei suddetti farmaci.

Metodi

Il disegno sperimentale si propone di analizzare tre categorie di soggetti: pazienti HCV tossicodipendenti da oppiacei; pazienti HCV in trattamento con metadone; donatori sani. La tecnica prescelta per l'analisi è l'Elispot, una metodica immunoenzimatica che sfrutta la stimolazione diretta dei linfomonociti (PBMC) con epitopi scelti ad hoc.

Risultati

Inizialmente sono stati selezionati dalla letteratura scientifica due peptidi della proteina core di HCV. I risultati ottenuti sui soggetti sani mostravano un alto background ed una risposta paragonabile ai pazienti HCV.

Conclusioni

Attualmente sono stati testati soggetti sani e pazienti HCV con valori rilevabili di viremia e siamo in attesa dell'autorizzazione del comitato etico per l'arruolamento dei pazienti tossicodipendenti.

Titolo progetto

Progetto COMET STUDY: Valutazione di effetti citotossici e genotossici in soggetti esposti a tetraidrocannabinoli (THC)

Autore/i

Fracasso Maria Enrica[a], Doria Denise[a], Scotton Alessia[a], Gomma Maurizio[b], Bosco Oliviero[b].

Ente Affidatario
Centro collaborativo

[a]Dipartimento di Sanità Pubblica e Medicina di Comunità, Sez. Farmacologia, Università di Verona

[b]Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona

Obiettivi

Il progetto si propone di verificare se soggetti abituali utilizzatori di cannabinoidi presentano danni al DNA in cellule della mucosa buccale, e se la frequenza e l'intensità del danno genotossico variano in funzione dell'età, dell'entità di esposizione e/o della co-assunzione di altre droghe.

Metodi

Lo studio è stato condotto su un campione di soggetti (n=44) afferenti al Dipartimento delle Dipendenze e ai Servizi per le Dipendenze di Verona. Ai partecipanti è stato sottoposto un questionario per la raccolta di informazioni riguardo l'uso di droghe e presenza di eventuali elementi di confondimento. Un analogo gruppo (n=30) di soggetti fumatori di tabacco (15-20 sigarette al giorno) è stato considerato come gruppo di controllo.
La presenza del danno genotossico è stata valutata in campioni di cellule della mucosa buccale prelevati da ciascun partecipante alla ricerca. Il prelievo di cellule della mucosa buccale è stato effettuato mediante l'utilizzo di uno spazzolino citologico.
Il rilevamento del danno di base del DNA è stato studiato mediante "Comet assay". Il danno al DNA viene valutato come: i) percentuale del DNA nella coda della cometa (% DNA), ii) lunghezza della coda (μm), misurata dal centro della testa della cometa (TL), e iii) momento della coda (TM), definito come prodotto integrato dei due precedenti parametri.

Risultati

I risultati ottenuti mediante comet assay in cellule della mucosa buccale mettono in evidenza un aumento, anche se non significativo, del TM nei soggetti abituali utilizzatori di THC (n=44) rispetto ai valori medi riscontrati nel gruppo di controllo. La percentuale di DNA (%DNA) e la lunghezza della coda (TL) risultano immodificate rispetto ai controlli fumatori (n=30).
E' da notare che dall'analisi dei singoli dati un piccolo gruppo di soggetti-THC (11) presenta valori minimi di danno più alti rispetto ai controlli, in tutti e tre i parametri del comet, mentre i valori massimi sono analoghi in ambedue i gruppi.
La valutazione del danno citogenetico nelle cellule della mucosa buccale, mediante il test dei micronuclei, indica che l'abituale utilizzo di cannabinoidi da parte dei soggetti analizzati produce un aumento significativo nella frequenza dei MN ($p=0.031$) e dei Bud nucleari ($p=0.016$) rispetto al gruppo di controllo, la percentuale di cellule binucleate (BN) risulta immodificata.
In questo test citogenetico, i valori minimi di danno registrati sono del tutto simili nei due gruppi, mentre i valori di danno più alti si riscontrano nel gruppo-THC rispetto ai valori di controllo.

Conclusioni

I dati ottenuti utilizzando il comet assay come marker di danno precoce indicano che le cellule della mucosa buccale provenienti dai soggetti che assumono THC mediamente non presentano un significativo aumento nei parametri caratterizzanti il danno al DNA, rispetto ai valori ottenuti nel gruppo di controllo.
Il test dei micronuclei, che rivela danni citogenetici che si producono durante la replicazione cellulare, indica invece che il gruppo che assume THC presenta un significativo aumento nella frequenza di cellule con micronuclei (MN, perdita di materiale genetico dal nucleo centrale) e Bud (cellula con gemma nucleare) rispetto al gruppo di controllo.
Questi dati (dopo aver ottenuto una casistica sufficiente) verranno successivamente analizzati correlando i danni al DNA cellulare con dati di anamnesi (fumo, alcol, ecc.) e con altri parametri urinari, quali presenza di THC o altre sostanze assunte.

Titolo progetto

Progetto ECS EMOTION: Il sistema endocannabinoide nelle regolazioni emozionali: identificazione di fattori di rischio e protezione in fasi precoci dello sviluppo

Autore/i

Simone Macrì e Giovanni Laviola

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Dipartimento di Biologia Cellulare e Neuroscienze, Reparto di Neuroscienze Comportamentali, Istituto Superiore di Sanità

Obiettivi

L'obiettivo generale dello studio è quello di comprendere, tramite l'utilizzo di modelli sperimentali animali, il coinvolgimento del sistema endocannabinoide nelle regolazioni emozionali e come l'organizzazione neurobiologica finale sia sotto modulazione di eventi ambientali di varia natura in fase precoce per l'individuazione di fattori di rischio e protezione

Metodi

Al fine di esporre i roditori a stress durante la fase di gravidanza sono state adottate due metodologie: in un primo studio, femmine di ratto gravide, sono state sottoposte a stress da contenzione durante sessioni giornaliere di 45 minuti, nell'ultimo terzo (dal giorno 14 al giorno 21) della gestazione. Nello stesso studio, al fine di fornire una stimolazione ritenuta potenzialmente positiva e quindi in grado di contrastare le conseguenze dello stress precoce, è stata fornita ai ratti l'opportunità di interazioni sociali affiliative durante l'adolescenza. In un secondo studio, con lo scopo di modulare in maniera sistematica i livelli di stress precoce, femmine di topo sono state trattate in gravidanza con dosi moderate o viceversa elevate di corticosterone (33 e 100mg/l nell'acqua da bere). Questo ormone viene generalmente secreto in seguito a stress di diversa entità e, durante la gravidanza, attraversando la placenta viene così direttamente trasmesso al feto. La somministrazione di questo ormone è volta a mimare le conseguenze di stress lievi o intensi percepiti dalla madre durante la gravidanza. Successivamente, al fine di analizzare le conseguenze sulla prole di questi eventi stressanti, sono state effettuate le seguenti analisi: (i) misurazione delle concentrazioni di endocannabinoidi in specifiche aree cerebrali e del comportamento emozionale in ratti neonati in risposta a una breve separazione dalla madre; (ii) valutazione, mediante spettroscopia a risonanza magnetica (MRS) di indici di metabolismo cerebrale in conseguenza di un trattamento in adolescenza con un agonista indiretto dei recettori CB1 (URB597, un inibitore dell'enzima di degradazione dell'anandamide), in soggetti resi vulnerabili dallo stress prenatale; (iii) negli stessi soggetti sono stati anche analizzati gli stati emozionali. In particolare, sono stati valutati sia parametri di base come l'attività locomotoria e la crescita ponderale, sia risposte a test atti a valutare sintomi isomorfi all'ansia (test del *plus-maze*) e all'anedonia (ovvero la scarsa propensione ad adoperarsi per ottenere un rinforzo), sintomo cardine degli stati depressivi.

Risultati

Nel primo studio abbiamo osservato che, sebbene lo stress prenatale alteri la capacità dei neonati di interagire efficacemente con la madre (ridotta emissione di vocalizzazioni ultrasoniche), questo non modifichi i livelli cerebrali di endocannabinoidi AEA e 2-AG. Viceversa, l'esposizione a uno stress acuto in fase neonatale (una breve separazione dalla madre), oltre a indurre una forte

attivazione emozionale che si associa a un aumento dei livelli di corticosterone, riduce notevolmente i livelli di AEA nell'area ippocampale. Infine, l'esposizione a stimoli sociali positivi in adolescenza stimola significativamente i livelli di AEA in specifiche aree cerebrali. Nel secondo studio abbiamo osservato che i topi sottoposti a stress in gravidanza non presentano la normale risposta di ipoattività locomotoria indotta dall'URB597. Inoltre, la somministrazione di URB597 in adolescenza si associa a un profilo di anedonia a lungo termine. Lo stress prenatale, oltre ad avere effetti analoghi sull'attività locomotoria, sembra aumentare i livelli d'ansia a lungo termine. Infine, entrambi i fattori (stress prenatale e stimolazione farmacologica del sistema endocannabinoide in adolescenza) alterano alcuni parametri del metabolismo cerebrale a lungo termine, studiato con spettroscopia a risonanza magnetica. In particolare l'URB597 riduce i livelli di inositolo e di taurina nella corteccia prefrontale, mentre lo stress precoce sembra ridurre i livelli di inositolo nell'ipotalamo.

Conclusioni

Gli studi condotti supportano l'ipotesi che i sistemi fisiologici preposti alla risposta di stress, e quelli responsabili degli effetti neurobiologici della *cannabis*, interagiscono direttamente nella regolazione delle emozioni. Inoltre, i dati raccolti nel modello animale suggeriscono che l'interazione tra questi sistemi sia bidirezionale: in particolare, così come esperienze precoci di tipo stressogeno alterano la regolazione e la maturazione del sistema endocannabinoide cerebrale, al tempo stesso, una modulazione farmacologica di questo sistema, modifica le regolazioni emozionali individuali. Infine, dati preliminari suggeriscono come esperienze a valenza „positiva' abbiano la capacità di contrastare le conseguenze a lungo termine dello stress precoce, sia a livello comportamentale sia a livello neurobiologico.

Progetto FARMAGEN: Caratteristiche farmaco genetiche e psicobiologiche e risposta ai trattamenti farmacologici con metadone e buprenorfina.

Titolo progetto

Lorenzo Somaini

Autore/i

Servizio Tossicodipendenze a Alcologia, ASL di Biella

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Obiettivi

Scopo primario del progetto Farmagen è la valutazione delle caratteristiche genetiche, psicobiologiche in grado di influenzare la risposta ai trattamenti con oppiodi long-acting nella dipendenza da eroina. Gli obiettivi specifici sono la valutazione dei polimorfismi dei geni in grado di influenzare la risposta ai trattamenti farmacologici; correlare le risposte ai trattamenti farmacologici con le caratteristiche psicobiologi che degli individui oggetti di studio; valutare negli stessi individui i livelli plasmatici di alcuni indicatori neuroendocrini espressione del turnover di dopamina, noradrenalina, serotonina; valutare i livelli serici dei farmaci oppioidi long-acting utilizzati nel trattamento della dipendenza da eroina.
Il progetto a carattere multidisciplinare ha coinvolto varie figure, ciascuna in relazione alla propria professionalità e si è articolato in moduli, prevedendo indagini psicobiologiche, valutazione dei livelli plasmatici dei farmaci definiti long-acting (ed eventuali metaboliti), studio dei polimorfismi genetici ed analisi di importanti marker neuroendocrini coinvolti nel meccanismo della dipendenza da sostanze d'abuso.

Metodi

Un obiettivo del presente progetto riguarda la valutazione dei livelli plasmatici dei farmaci long-acting (metadone, buprenorfina e associazione buprenorfina/naloxone) utilizzati nella *terapia sostitutiva* per il trattamento della dipendenza da eroina, utilizzando un innovativo metodo analitico sensibile e selettivo in grado di quantificare simultaneamente buprenorfina, norbuprenorfina, metadone e naloxone in matrice plasmatica.
Per le indagini neuroendocrine dei processi fisiopatologici correlati alla terapia sostitutiva con oppioidi long-acting si è ottimizzata una precedente metodica analitica per la determinazione della serotonina, del suo principale metabolita acido 5-idrossiindolacetico (5-HIAA) e dell'acido omovanillico (HVA).
Per la valutazione della componente genetica sono state messe a punto le metodiche di analisi genetica relative alla determinazioni dei diversi polimorfismi genetici oggetto dello studio.
Tutti i pazienti coinvolti nello studio sono stati valutati anche attraverso specifiche scale psicometriche (BDHI, WURS, CECA-Q, ACES, PBI) che sono tuttora in fase di elaborazione.

Risultati

La concentrazione plasmatica dei diversi farmaci oggetto dello studio sono stati analizzati campioni di sangue provenienti dai 25 soggetti arruolati con la valutazione del dosaggio plasmatico di metadone, buprenorfina e suo metabolica e del naloxone.
Sono tuttora in corso le indagini dei markers neuroendocrini su matrici biologiche di pazienti in terapia con Suboxone® e metadone. Tali procedure sono già state applicate su un numero di 25 pazienti.
Per quanto concerne le valutazioni genetiche sono state messe a punto

inizialmente su un numero di 25 soggetti sani ed attualmente sono in fase di valutazione su 25 pazienti sottoposti a trattamento farmacologico.
Al fine di verificare l'esistenza di differenze di metabolizzazione di buprenorfina è stata valutata su un numero di 60 pazienti la frequenza di distribuzione di diversi citocromi epatici.

Conclusioni

Sono in corso l'analisi e la valutazione delle diverse scale psicometriche con l'eventuale correlazione con i dati sperimentali laboratoristici.

Titolo progetto

Progetto GENERISK: Valutazione di vulnerabilità genetica – individuazione di fattori a rischio relativi all'abuso di cannabinoidi e di disordini psichiatrici correlati

Autore/i

Claudia Donnini

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Dipartimento di Genetica, Biologia dei Microrganismi, Antropologia, Evoluzione – Università di Parma

Obiettivi

Il progetto si prefigge di identificare fattori di rischio genetici e ambientali relativi all'abuso di cannabinoidi.
I soggetti in analisi sono individui cannabis-dipendenti e individui non cannabis-dipendenti (controlli). I polimorfismi dei geni scelti per lo studio sono quelli coinvolti, secondo la letteratura, nel determinare il tono dei cannabinoidi endogeni e della dopamina che presenta con il pathway degli endocannabinoidi complesse interazioni. Lo studio vuole anche verificare la possibile associazione di queste varianti dei geni con i tratti della personalità, i temperamenti a rischio ed eventuali sintomi psichiatrici. La identificazione di fattori genetici e ambientali quali fattori di rischio relativi alla vulnerabilità ai cannabinoidi e a disordini psichiatrici correlati consentirà la realizzazione di iniziative di carattere preventivo più incisive e specifiche nella lotta all'abuso di sostanze

Metodi

Il metodo prescelto di analisi è lo studio di associazione nella popolazione.
Nello specifico l'analisi prevede:

- la raccolta di campioni (sangue o saliva) dopo informato consenso scritto;
- estrazione, purificazione e amplificazione del DNA, analisi elettroforetica e/o per sequenziamento degli amplificati.

I genotipi verranno poi correlati con la disponibilità a sperimentare sostanze psicoattive e con indicatori psicometrici che mireranno ad individuare per ogni soggetto in esame i tratti della personalità e del temperamento, i disturbi psichiatrici concomitanti con la dipendenza da sostanze e gli aspetti del comportamento aggressivo. Sono anche condotte valutazioni retrospettive inerenti le condizioni di trauma, abuso, negligenza emozionale, la percezione delle cure parentali e dell'attaccamento genitore-bambino, le esperienze avverse durante l'infanzia e l'adolescenza consentiranno di ricostruire i percorsi di vulnerabilità.

Risultati

In una prima fase sono state messe a punto le metodiche di analisi genetica relative alla determinazione dei polimorfismi di tutti i geni.
Sono poi stati eseguiti una buona parte dei test genetici previsti nel progetto.

Conclusioni

Sebbene preliminari e ottenuti per ora in un piccolo campione di soggetti, i risultati suggeriscono che alcuni alleli dei geni FAAH, COMT, ANKK1 e DRD4 prevalentemente identificati nella popolazione di cannabis dipendenti rispetto alla popolazione di controllo contribuiscano alla vulnerabilità all'uso ed abuso di cannabis.

Titolo progetto

Progetto MESI: Impatto a breve e lungo termine dell'assunzione di marijuana in età adolescenziale sulla funzionalità immunitaria. Studio traslazionale nell'animale da esperimento e nell'uomo

Autore/i

Paola Sacerdote, Sarah Moretti, Silvia Franchi, Alberto E. Panerai

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Dipartimento di Farmacologica Chemioterapia Tossicologia Medica, Università di Milano

Obiettivi

Il consumo di marijuana ha caratteristiche di esordio molto precoci, a partire dai 12 anni di età, ed è stato riportato che più del 25% degli adolescenti abbiano utilizzato tale sostanza durante la loro vita. Anche in Italia l'uso è particolarmente elevato nei giovani di età compresa tra i 14 ed i 25 anni.
Tra le tante conseguenze riconducibili all'uso della cannabis recentemente sta sempre più emergendo come il D9-tetraidrocannabinolo (THC), così come i cannabinoidi endogeni, siano in grado di influenzare alcune funzioni del sistema immunitario.
Gli obiettivi della ricerca sono quelli di valutare se l'utilizzo di cannabis in età adolescenziale induca degli effetti sul sistema immunitario e se questi effetti possono perdurare nel tempo. Il progetto è stato condotto in un modello animale, in quanto l'utilizzo di modelli sperimentali permette di controllare meglio le variabili dello studio.

Metodi

Come parametri immunitari nel nostro studio abbiamo preso in considerazione sia l'immunità innata sia quella acquista, in quanto abbiamo valutato la produzione di citochine prodotte dai linfociti T o dai macrofagi.
Il THC viene somministrato alla dose di 25 mg/Kg sia in somministrazione acuta sia in somministrazione ripetuta per 10 giorni. Come controllo sono stati utilizzati topi della stessa età trattati con il solo veicolo per la stessa durata di tempo.
Alcuni gruppi di animali vengono sacrificati per le misurazioni immuni immediatamente alla fine dei 10 giorni di trattamento, mentre altri gruppi vengono lasciati indisturbati fino all'età adulta di 70 giorni e poi vengono eseguite le valutazioni immunologiche su citochine linfocitarie e funzionalità macrofagica.

Risultati

Dopo somministrazione acuta di THC, la produzione della citochina TH1 IL-2 era significativamente diminuita sia nei topi giovani sia nei topi vecchi, mentre non si evidenziavano ancora delle differenze significative nella produzione di IFN-gamma. La IL-4 dopo trattamento era invece aumentata. Quando il trattamento era ripetuto per 10 giorni, sia nei topi giovani sia nei topi adulti era presente una significativa riduzione della produzione di IL-2 e IFNg. Al contrario i livelli della citochina TH2 IL-4 apparivano aumentati in modo significativo.
A distanza di 2 mesi dall'ultima somministrazione di THC era ancora presente una generalizzata immunosoppressione.
Per quanto riguarda la funzionalità macrofagica, la somministrata acuta di THC a topi giovani o vecchi non risultava alterare in modo significativo la produzione della citochina IL-1, mentre era presente un rilevante aumento dei livelli della citochina antinfiammatoria IL-10.
Particolarmente interessanti erano però i risultati ottenuti in animali trattati con THC da giovani, che indicano che il sistema monocito/macrofagico è

profondamente alterato dal trattamento con THC, con la presenza di una risposta generale disregolata e non finalizzata.

Conclusioni

In conclusione possiamo affermare che la somministrazione di THC in età giovanile modula il sistema immune e ne altera la corretta maturazione.

Titolo progetto

Progetto NEUROTRAINING & TMS: Progetto nazionale per l'integrazione di interventi psicoeducativi e neuropsicologici nella prevenzione e nella gestione delle recidive in soggetti tossicodipendenti "no o low responder" ai trattamenti convenzionali: utilizzo di tecniche di stimolazione magnetica transcranica /rtms e tdcs) a bassa intensità e neurotraining

Autore/i

Francesco Bricolo, Maurizio Gomma, Elisa Bellamoli

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Azienda ULSS 20 – Dipartimento delle Dipendenze – Unità di Neuroscienze

Obiettivi

L'obiettivo generale del progetto è l'introduzione di un approccio neuropsicologico ad integrazione dei trattamenti convenzionali di tipo medico, psicologico, educativo e sociale. Si vuole promuovere una più approfondita conoscenza di questa disciplina attraverso la produzione di materiale informativo, conferenze, convegni per specialisti per introdurli alle conoscenza di base riguardo la neuroanatomia, le funzioni neuropsicologiche e la loro alterazione.
Parte integrante del progetto riguarda la disponibilità di alcuni specialisti ad organizzare eventi formativi per medici, psicologi, educatori, assistenti sociali ed infermieri. Lo scopo di questi eventi è di introdurre le varie figure professionali che lavorano a diverso titolo nella tossicodipendenza ai fondamenti della neuropsicologia.
La persona che soffre di tossicodipendenza può accedere a specifiche valutazioni neuropsicologiche che sono in grado di definire eventuali alterazioni delle funzioni neuropsicologiche. Laddove è stata identificata la compromissione di una funzione che si pensa correlata o associata all'uso di droghe, è possibile attivare specifici training di potenziamento cognitivo o di riabilitazione delle funzioni deficitarie. Un altro trattamento in fase di valutazione è l'utilizzo della stimolazione magnetica transcranica per aumentare l'attivazione di determinate aree cerebrali che si pensano fondamentali per il decision making e per l'inibizione dei comportamenti a rischio. Uno dei nostri obiettivi è quello di sperimentare l'efficacia di questa tecnica.

Metodi

Per definire il modello teorico di riferimento è stata identificata la letteratura esistente dai database più aggiornati ed è stato steso un testo con allegati i riferimenti bibliografici.
Per definire i protocolli e le procedure per l'utilizzo delle tecniche neuropsicologiche sono state svolte delle riunioni.
Per sottoporre al Comitato Etico Provinciale la Domanda di autorizzazione per la sperimentazione con Stimolazione Magnetica Transcranica è stata fatta la lista dei documenti richiesti da allegare e delle informazioni necessarie per compilarli ed arrivare ad una loro stesura corretta e completa.
Per produrre materiale informativo di base di carattere neuropsicologico da mettere a disposizione di educatori ed educandi è stato acquisito materiale di testo ed immagini da cui prendere spunto ed organizzare poi secondo modalità comunicative di cui sia riconosciuta l'efficacia.
Per formare gli specialisti al fine di acquisire specifico know-how in ambito neuropsicologico è stato utilizzato un format in grado di trasmettere informazioni corrette e di far apprendere le modalità operative.

Risultati

Il 7-8-9 giugno 2010 è stato organizzato a Verona il 2° Congresso Nazionale "Neuroscience of addiction. Neurobiologia, neuroimaging e aspetti educativi delle dipendenze", dedicato alle neuroscienze legate al mondo delle dipendenze.
E' stata curata l'edizione di una pubblicazione "Elementi di Neuroscienze e Dipendenze: manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze." La Grafica 2010 pp. 208 Serpelloni G, Bricolo F, Gomma M. (a cura di). In questa pubblicazione sono stati inseriti 26 capitoli di cui 8 sono stati scritti da membri della nostra Unità di Neuroscienze.
Il volume e tutto il materiale prodotto per il Congresso sono stati resi disponibili sui siti http://www.dronet.org e www.neuroscienzedipendenze.it
Sono stati scritti tutti i documenti da allegare alla Domanda di autorizzazione per la sperimentazione con Stimolazione Magnetica Transcranica "La rTMS sulla corteccia dorsolaterale sinistra in un gruppo di soggetti alcoldipendenti e/o tossicodipendenti in trattamento: studio di cross over" e in data 11/02/2011 è stata trasmessa la decisione del Comitato Etico della Provincia di Verona che ha approvato lo studio.

Conclusioni

Come evento formativo è stato organizzato il 2° Congresso Nazionale "Neuroscience of addiction. Neurobiologia, neuroimaging e aspetti educativi delle dipendenze" dedicato alle neuroscienze legate al mondo delle dipendenze. Si è svolto il 7-8-9 giugno 2010 a Verona.
E' stata curata l'edizione di una pubblicazione "Elementi di Neuroscienze e Dipendenze: manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze." La Grafica 2010 pp. 208 Serpelloni G, Bricolo F, Gomma M. (a cura di).
Tutto il materiale prodotto (pubblicazione, slide e video del congresso) è stato reso disponibile on-line.
Il Comitato Etico ha approvato lo studio "La rTMS sulla corteccia dorsolaterale sinistra in un gruppo di soggetti alcoldipendenti e/o tossicodipendenti in trattamento: studio di cross over" alla seconda valutazione.

Titolo progetto

Progetto SCHIZCA: Caratteristiche cliniche, personologiche, neuropsicologiche e biologiche della schizofrenia collegata all'uso di cannabis

Autore/i

P. Monteleone, S. Galderisi, C. Di Filippo, P. Bucci, P. Scognamiglio, W. Milano, G. Corrivetti, V. Martiadis, Mario Maj

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Dipartimento di Psichiatria, Seconda Università di Napoli, Napoli

Obiettivi

L'uso di cannabis nell'adolescenza aumenta di 2-3 volte il rischio di sviluppare sintomi psicotici e tale rischio è maggiore per quei soggetti che fanno un uso più frequente di detta sostanza. Il presente progetto si è proposto di confrontare un campione di pazienti che hanno sviluppato una psicosi schizofrenica successivamente all'uso di cannabis con un campione di pazienti con schizofrenia non connessa con l'uso di cannabis, relativamente ad una serie di variabili cliniche, personologiche, neuropsicologiche e biologiche al fine di individuare fattori predittori del rischio e/o indicatori di esito.

Metodi

In questa prima fase della ricerca, sono stati reclutati 42 pazienti con schizofrenia, in trattamento farmacologico stabile da almeno tre mesi. Essi sono stati sottoposti alle seguenti valutazioni cliniche: 1) conferma della diagnosi di schizofrenia e valutazione della comorbilità psichiatrica di Asse I e II mediante somministrazione dell'interviste diagnostiche strutturate SCID-I e SCID-II; 2) somministrazione dell'intervista strutturata Symptom Onset in Schizophrenia per la definizione dell'esordio della malattia; 3) compilazione di una scheda anamnestica preparata ad hoc, 4) somministrazione del Temperament and Character Inventory-Revised di Cloninger per la valutazione delle caratteristiche di personalità; 5) somministrazione della Scala per i Sintomi Positivi e Negativi (PANSS) per la valutazione del quadro psicopatologico.

Risultati

Ventuno pazienti sono risultati affetti da schizofrenia cannabis-collegata e 21 da schizofrenia non cannabis-collegata. L'età della comparsa dei primi sintomi psicotici e della sindrome completa sono risultate significativamente più basse nei pazienti con schizofrenia cannabis-collegata ($P < 0.01$). Questi ultimi, inoltre, hanno presentato valori significativamente più elevati nella dimensione caratteriale "ricerca della novità" ($p<0.03$) e significativamente più bassi in quella di "evitamento del danno" ($p < 0.01$). Dal punto di visto psicopatologico, i pazienti con schizofrenia cannabis-collegata hanno presentato un maggiore punteggio nella dimensione dei sintomi negativi e nel punteggio totale della PANSS.

Conclusioni

Questi risultati confermano che l'esordio clinico è più precoce nella schizofrenia cannabis-collegata e suggeriscono che i pazienti con detta sindrome psicotica hanno caratteristiche di personalità che li distinguono da quelli affetti da schizofrenia non cannabis-collegata e che potrebbero rappresentare fattori di rischio per lo sviluppo di detta sindrome.

Titolo progetto

Progetto SMART SEARCH: Ricerca di composti farmacologicamente attivi e potenzialmente pericolosi in prodotti di libero commercio attraverso l'impiego di spettrometria di massa ad elevata risoluzione

Autore/i

Jennifer P. Pascali, Rossella Gottardo, Eloisa Liotta, Federica Bortolotti, Franco Tagliaro

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Università degli Studi di Verona, Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica (ora Sanità Pubblica e Medicina di Comunità), sezione di Medicina Legale

Obiettivi

La diffusione di prodotti pubblicizzati come coadiuvanti delle perfomances fisiche e/o psichiche disponibili in libero commercio, ma spesso contenenti sostanze potenzialmente inducenti dipendenza e/o tossiche è un fenomeno diffuso in Europa, ma piuttosto recente in Italia. Tali composti/preparazioni sono identificati con il nome generico di Smart Drugs.
Il Progetto Smart Search, quindi, è nato con lo scopo di studiare e caratterizzare il "fenomeno Smart Drugs" sul territorio italiano a partire dai primi mesi del 2010.
Tra gli obiettivi si propone dunque:

1. un monitoraggio del fenomeno, attraverso l'acquisto diretto (nei cosiddetti Smart Shops o via Internet) o l'acquisizione attraverso le Forze di Polizia;
2. l'identificazione e la caratterizzazione dei composti di interesse mediante metodiche analitiche ad elevato potere identificativo;
3. la successiva segnalazione ai centri preposti allo scopo di proporre normative regolamentatorie con finalità preventive.

Metodi

1. Ricercare, identificare e acquistare preparazioni commerciali presso Smart Shops o tramite e-commerce, che per gli effetti dichiarati e/o riferiti dai consumatori suggeriscono la presenza nelle medesime di composti farmacologicamente attivi (Smart Drugs).
2. Analizzare le preparazioni acquistate mediante l'impiego di tecniche ad elevato potere identificativo (LC-ESI-TOF, LC-ESI-IT, GC-MS) ed individuare le molecole di interesse anche se "nuove" e quindi non contenute nelle banche dati tossicologiche tradizionali (screening HRMS).
3. Segnalare i risultati qualitativi al Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe (NEWS)
4. Eseguire determinazioni quantitative delle molecole identificate nelle preparazioni recuperate previa acquisizione degli standard puri.
5. Segnalare i risultati quantitativi al Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe (NEWS)

Risultati

Nuovi metodi analitici:

- una procedura di screening ultrarapido basato sulla MALDI-TOF MS (dati in corso di pubblicazione);
- 2 metodiche di screening qualitativo HRMS (ESI-TOF, ESI ion-trap);

- 6 metodiche quantitative (GC-MS per cannabinoidi sintetici, analoghi del sildenafil, composti stimolanti, allucinogeni; CE-DAD per caffeina).

Origine dei campioni:

- prodotti acquistati direttamente in Smart Shop. n. 31;
- prodotti acquistati da Internet n. 3;
- prodotti sequestrati da A.G. n. 22.

Regioni finora interessate nel campionamento: Veneto, Friuli Venezia Giulia, Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna, Calabria.

Tipologia dei campioni:

- profumatori per ambiente n. 38;
- capsule/caramelle n. 6;
- polveri n. 5;
- funghi essicati n. 3;
- bevande n. 4.

Dati prodotti:

Mediante HRMS stati identificati nei campioni analizzati i seguenti composti assimilabili alle Smart Drugs:

- cannabinoidi sintetici (JWH 018, JWH 073, JWH 250, JWH 200, JWH 081, JWH 210, JWH 019, JWH 122, AM 694),
- 3 analoghi del sildenafil,
- composti stimolanti (caffeina, MDPV)
- allucinogeni (mitraginina, acido ibutenico).

Mediante GC-MS, ove possibile per disponibilità di standard puri, è stata determinata la concentrazione di principio attivo nelle varie preparazioni.

Sono stati prodotti un totale di 22 report al NEWS riguardanti uno o più prodotti.

Conclusioni

La diffusione delle Smart Drugs deriva essenzialmente dalla mancata tabellazione dei principi attivi in esse contenuti, del tutto nuovi nel campo delle droghe d'abuso, che favorisce la loro commercializzazione.
L'applicazione di strumenti analitici sofisticati basati sulla spettrometria di massa ha permesso in tempi rapidi l'identificazione di composti nuovi (Smart Drugs) nei prodotti analizzati e in molti casi la loro quantificazione.

Titolo progetto

Progetto THCGATE: Influenza della sensibilizzazione indotta dall'esposizione al tetraidrocannabinolo durante l'adolescenza sull'acquisizione di un comportamento di autosomministrazione endovenosa di eroina e sull'induzione di disturbi cognitivi a lungo termine in un modello animale di predisposizione genetica.

Autore/i

Cristina Cadoni, Daniele Lecca, Valentina Valentini, Nicola Simola, Gaetano di Chiara

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Università degli Studi di Cagliari, Dipartimento di Tossicologia

Obiettivi

1. Studiare in due ceppi di ratti inincrociati (inbred) (Fischer344 e Lewis) diversamente sensibili alle droghe, lo sviluppo di sensibilizzazione comportamentale e biochimica all'eroina indotta dalla pre-esposizione al THC.
2. Studiare l'effetto della pre-esposizione al THC durante l'adolescenza sulle proprietà di rinforzo dell'eroina in età adulta, saggiate in un paradigma di auto somministrazione endovenosa.
3. Verificare la possibilità che l'esposizione al THC in età adolescenziale induca disturbi cognitivi o emozionali in età adulta.

Metodi

Impiego di un modello animale di vulnerabilità genetica alle tossicodipendenze (ratti inbred Fischer344 e Lewis). Esposizione in età adolescenziale ad un protocollo di sensibilizzazione con THC. Impianto di probe da microdialisi cerebrale nel nucleo accumbens (NAc) shell e core in età adulta e monitoraggio simultaneo della risposta comportamentale e biochimica ad una iniezione acuta di THC o eroina. Esperimenti di auto somministrazione di eroina in età adulta in altri gruppi di animali secondo protocolli di Fixed Ratio.
Esperimenti comportamentali volti a rilevare eventuali deficit cognitivi e/o emozionali.

Risultati

Il THC libera dopamina selettivamente nella shell del NAc del ceppo Lewis (addiction prone). La pre-esposizione al THC è in grado di indurre modificazioni della trasmissione dopaminergica mesolimbica di lunga durata in entrambi i ceppi di ratti. Mentre in entrambi i genotipi si osserva nel NAc core un potenziamento della risposta dopaminergica all'iniezione di eroina, solo il ceppo Lewis mostra un drammatico incremento della risposta dopaminergica nella shell del NAc.
Tali differenze della funzionalità della trasmissione dopaminergica nel NAc appaiono associate ad una maggiore facilità di acquisizione di un comportamento di auto somministrazione e ad una maggiore assunzione di eroina nei Lewis rispetto ai Fischer344.
Il pre-trattamento con THC incrementa il comportamento di assunzione di eroina solo nei Lewis, cioè del lavoro richiesto per ottenere l'infusione del farmaco.
Gli esperimenti comportamentali non hanno evidenziato deficit cognitivi in età adulta indotti dall'esposizione al THC durante l'adolescenza in entrambi i genotipi. Tuttavia, la pre-esposizione al THC durante l'adolescenza, induce una riduzione dello stato d'ansia nei ratti Lewis.

Conclusioni

Nei due ceppi inbred da noi utilizzati, la vulnerabilità alle sostanze d'abuso è correlata alla proprietà del THC di liberare dopamina nel NAc shell. Inoltre, la pre-esposizione al THC in età adolescenziale è in grado di indurre modificazioni a lungo termine della trasmissione dopaminergica nella shell del NAc e tale effetto è associato, nei Lewis, ma non nei Fisher344, ad una facilitazione dell'acquisizione di un comportamento di auto somministrazione di eroina, compatibile con un potenziamento delle sue proprietà di rinforzo. Sebbene nei Fischer344 il pre-trattamento con THC non modifichi il comportamento di auto somministrazione di eroina durante l'acquisizione ed il mantenimento, la ricerca (seeking) dell'eroina, provocata dalla indisponibilità del farmaco in fase di estinzione, è aumentata. I ratti Lewis pre-esposti al THC mostrano da adulti una maggiore tendenza ad esplorare i bracci aperti del labirinto sopraelevato che potrebbe essere interpretata come un'incrementata impulsività, in accordo con l'aumentata responsività della trasmissione dopaminergica nella shell del NAc.

Titolo progetto

Progetto VULCAN: Valutazione della condizione di vulnerabilità all'uso di Cannabis ed allo sviluppo della dipendenza: correlati neuroendrocrini e aspetti quali-quantitativi

Autore/i

Maria Augusta Raggi

Ente Affidatario
Centro collaborativo

Laboratorio di Analisi Farmaco-Tossicologica, Dipartimento di Scienze Farmaceutiche, Facoltà di Farmacia, Alma Mater Studiorum - Università di Bologna

Obiettivi

Sviluppo, convalida e applicazione di nuovi metodi analitici per la determinazione di sostanze d'abuso, in particolare cannabinoidi, e loro metaboliti in tessuti biologici. Queste metodiche analitiche possono essere utilizzate per supportare ricerche nel campo della vulnerabilità all'uso dei cannabinoidi. Un approccio integrato allo studio del problema si propone di ottenere, e di diffondere al pubblico più ampio possibile, dati sui pattern di utilizzo delle sostanze, sulle modificazioni neuroendocrine da esse generate, sull'esistenza di fattori genetici ed epigenetici che influenzino la vulnerabilità e su specifici fenotipi neuroendocrini che possano essere eventualmente individuati come marker di predisposizione.

Metodi

Il progetto si basa sullo sviluppo di metodiche analitiche ad alta affidabilità. La procedura prevede due componenti principali: il metodo analitico vero e proprio, e la procedura di campionamento. Per la prima si utilizzano tecniche strumentali di ultima generazione, in particolare la cromatografia liquida (HPLC) accoppiata a rivelatori ad alta selettività e sensibilità, (spettrometria di massa MS/MS), spettrofluorimetrici ed elettrochimici. Per il secondo aspetto, si considera un ampio ventaglio di possibilità: dalle matrici più comuni, come sangue e urine, a quelle più innovative, come saliva, capelli e sudore, ma soprattutto le macchie di sangue essiccato (DBS). Quest'ultima matrice è estremamente promettente per la potenziale applicazione a controlli "on street", grazie all'elevata significatività, associata alla praticità, maneggevolezza e velocità di campionamento.

Risultati

Sono stati messi a punto diversi metodi analitici riguardanti i cannabinoidi e metaboliti, ma anche altre sostanze d'abuso (cocaina, amfetamine e oppioidi).

Conclusioni

Si può affermare che il progetto "VulCan" ha ottenuto risultati molto importanti nel corso dell'anno 2010. Lo sviluppo e la convalida di metodiche analitiche innovative ed affidabili rappresentano infatti uno step fondamentale per gli studi scientifici applicati a soggetti tossicodipendenti o con comportamenti "a rischio". I risultati ottenuti con le nuove metodiche sono inoltre applicabili, in prospettiva, alle analisi "su strada" per l'identificazione dell'uso di sostanze psicotrope da parte dei guidatori. Le intense attività formative ed informative effettuate permettono di trasferire e rendere noti i risultati del progetto ad un pubblico molto più ampio di quello professionalmente interessato alla ricerca scientifica.

Si ringraziano i responsabili scientifici dei progetti di ricerca per i contributi inviati.

CAPITOLO IV.2.

SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE

IV.2.1. Origine, finalità e aspetti organizzativi

IV.2.2. Principali attività del Sistema nel 2010

IV.2.3. Risultati

IV.2.4. Novità individuate nel panorama dei consumi

IV.2.4.1. Eroina e cocaina: adulteranti, contaminanti e nuovi tagli

IV.2.4.2. Le nuove droghe

IV.2.5. Conclusioni

IV.2.6 Attività bio-tossicologica

IV.2.7 Attività clinico-tossicologica

IV.2. Sistema di Allerta Precoce

IV.2.1 Origine, finalità e aspetti organizzativi

Principali riferimenti normativi

In conformità a disposizioni Europee in materia, nel 2008 il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato anche nel nostro Paese il Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe – National Early Warning System (N.E.W.S.). Infatti, in ottemperanza alla Decisione del Consiglio Europeo 2005/387/JHA del 10 maggio 2005, anche l'Italia, in quanto Stato Membro, deve assicurare l'invio all'Europol e all'Osservatorio Europeo per le Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) informazioni sulla fabbricazione, sul traffico e sull'uso, incluso quello medico, di nuove sostanze psicoattive e di preparati contenenti dette sostanze, tenuto conto del rispettivo mandato dei due organi.
In Italia, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce è uno degli strumenti che garantisce il flusso di queste informazioni attraverso il Punto Focale Italiano Reitox del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, inoltre, rientra tra le attività dell'Osservatorio permanente, istituito presso il Dipartimento Politiche Antidroga, di cui al DPR 309/90, art. 1 commi 7 e 8, per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza.

Finalità

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 delle segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture deputate alla tutela e alla promozione della salute e responsabili della eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze segnalate.

Aspetti organizzativi

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce opera mediante gruppi di lavoro organizzati su quattro livelli funzionali, sulla base di un criterio di responsabilità derivante dal ruolo istituzionale ricoperto dall'organizzazione coinvolta e dall'operatività concreta che questa svolge all'interno del sistema istituzionale (Figura IV.2.1).

Primo livello "decisionale": diretto dal Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri. Al livello decisionale competono le decisioni finali relativamente a se, quando, dove e come attivare le eventuali allerte. Presso la Direzione Tecnico-Scientifica del Dipartimento Politiche Antidroga si colloca il Punto Focale Italiano Reitox, interfaccia istituzionale tra il Sistema Nazionale di Allerta Precoce con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze (OEDT) che regola il flusso informativo tra il livello nazionale e quello europeo. Lo Staff per la gestione dell'Information Communication Technology, composto da tecnici informatici, mantiene la tecnologia web e cura la manutenzione del software di riferimento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (software N.E.W.S.).

Secondo livello di "coordinamento": la Direzione del Sistema Nazionale di Allerta Precoce si avvale della consulenza e dell'operatività di tre strutture, ognuna competente e responsabile per il coordinamento di un'area specifica:

- Coordinamento nazionale per gli 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, le attenzioni e le allerte per la supervisione degli altri coordinamenti e del D.P.A., 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.

- Coordinamento nazionale per gli aspetti bio-tossicologici, di competenza dell'Istituto Superiore di Sanità, fornisce pareri, consulenze, supervisione agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito bio-tossicologico.

- Coordinamento nazionale per gli aspetti clinico-tossicologici: di competenza della Fondazione "Salvatore Maugeri" - Centro Antiveleni di Pavia - fornisce pareri, consulenze, supervisione agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito clinico-tossicologico;

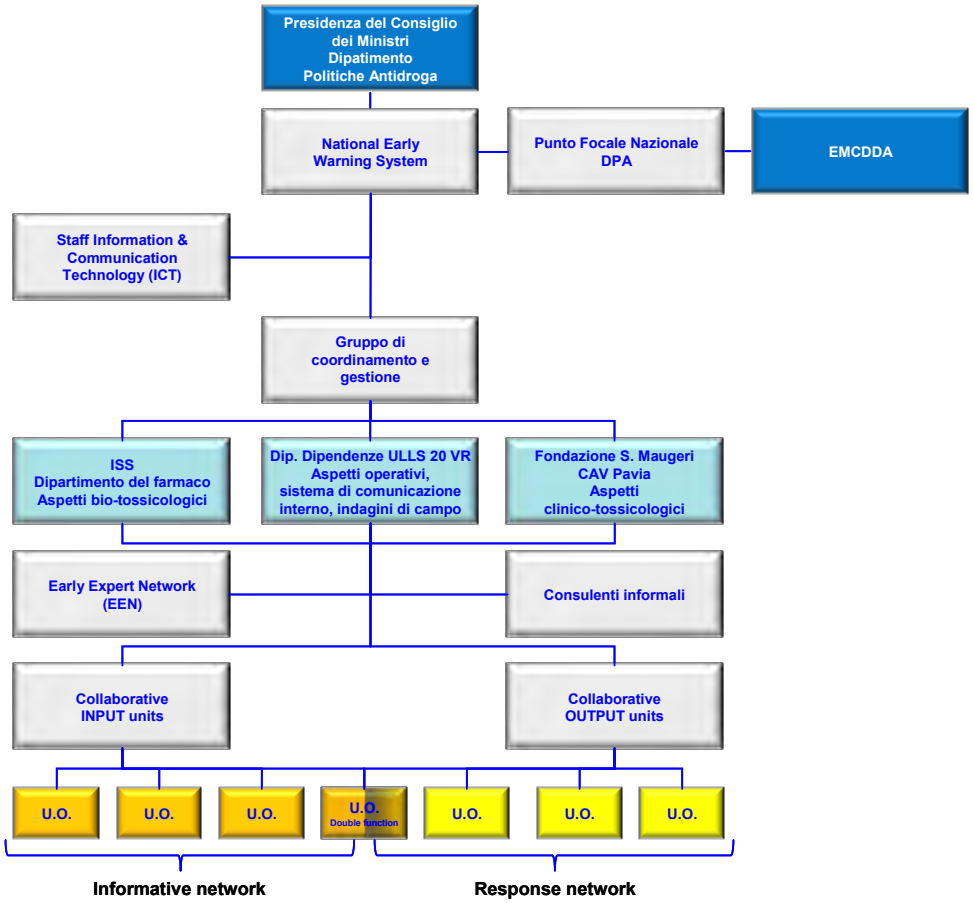
Terzo livello "consultivo": in ambito tecnico-scientifico, con funzioni di studio e supporto per il livello decisionale. E' costituito da due tipologie di consulenti:

- La prima costituisce l'Early Expert Network, cioè una rete di esperti per la consultazione precoce, formato da tecnici specialisti del settore. Fornisce pareri sulle attenzioni in entrata e in uscita dal Sistema Nazionale di Allerta e sulle possibili allerte da attivare a livello regionale/nazionale;

- La seconda tipologia è rappresentata dai consulenti informali, cioè gruppi e associazioni che possono contribuire all'acquisizione di informazioni e valutazioni, ma che non sono investiti di responsabilità istituzionale diretta sul fenomeno. Contribuiscono alla diffusione dell'allerta tra i propri membri per amplificare la diffusione e la capillarizzazione dell'informazione con tutti i mezzi possibili.

Quarto livello "operativo": costituito dalle unità operative che alimentano il flusso dei dati, delle informazioni, delle segnalazioni e dell'osservazione di casi, in entrata dal territorio. Esse sono anche deputate all'attivazione delle azioni di risposta sulla base delle segnalazioni ricevute dal Sistema o dalle Regioni e Provincie Autonome.

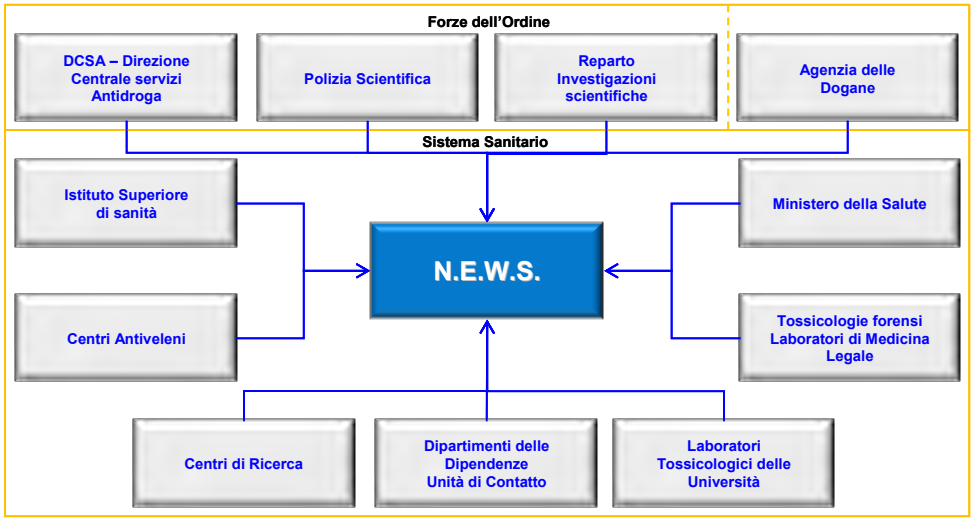
Figura IV.2.1: Organigramma organizzativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Le "collaborative input units" rappresentano tutte le unità in grado di fare segnalazioni al Sistema e di alimentare, quindi, il flusso di dati in entrata. Le "collaborative output units" sono, invece, unità operative territoriali deputate all'attivazione della risposta sulla base delle segnalazioni ricevute dal Sistema. Frequentemente, le unità di input e di output coincidono. Tra loro si collocano le cosiddette unità di contatto, cioè quelle unità operative, spesso associate a Ser.T. e/o a Dipartimenti delle Dipendenze, che lavorano attraverso l'impiego di unità mobili o che, comunque, lavorano a diretto contatto e interagiscono con i consumatori di sostanze. Nell'assetto organizzativo del Sistema sono previsti anche gruppi e associazioni che possono contribuire all'acquisizione di informazioni e valutazioni, ma che non sono investiti di responsabilità istituzionale diretta sul fenomeno. Costoro vengono indicati come consulenti informali (informal consultants).

Figura IV.2.2: Composizione del gruppo dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

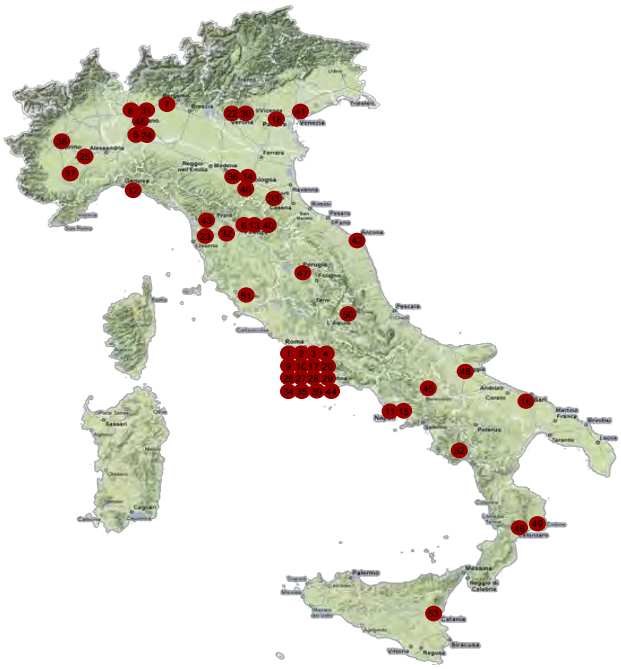


Fonte: Sistema Nazionale di Allerta

Come sopra evidenziato, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce, si avvale di una serie di consulenze tecnico-scientifiche che coinvolgono le strutture scientifiche e laboratoristiche presenti sul territorio nazionale e realmente operative nel settore. Le strutture per la consulenza tecnico-scientifica, vengono individuate come Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta e costituiscono la rete degli esperti per la consultazione precoce (Early Expert Network). La peculiarità principale di tale network, consiste nella sua composizione che vede organizzazioni e/o enti appartenenti all'ambito delle Forze di Polizia (Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Polizia Scientifica, Reparto per le Investigazioni Scientifiche, Agenzia delle Dogane) lavorare in sinergia con altre organizzazioni e/o enti provenienti dall'ambito sanitario (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità, Centri antiveleni, centri di ricerca, Dipartimenti delle Dipendenze, laboratori, tossicologie forensi, ecc.).

Figura IV.2.3: onale di Allerta Precoce

I Centri Collaborativi



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta

Fenomeni osservati

I fenomeni che il Sistema osserva riguardano la comparsa di sostanze atipiche, non conosciute, oppure la comparsa di sintomi inattesi dopo l'assunzione di sostanze già note, l'emergere di nuove modalità di consumo e/o di combinazioni di sostanze, la comparsa di partite anomale di droga o di prezzi troppo ribassati e/o offerte inusuali. In generale, si nota che il Sistema, quindi, rivolge la sua attenzione sia alla popolazione dei consumatori sia alle vie di traffico e spaccio attraverso cui le sostanze vengono trasportate e quindi vendute.

Internet: siti web che vendono sostanze pericolose per a salute e che promozionano eventi musicali illegali

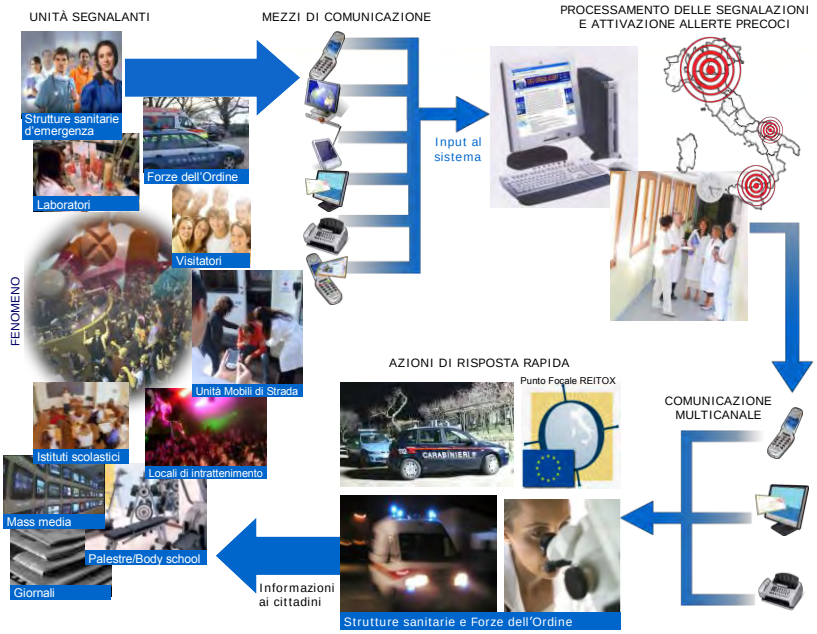
Una particolare area di osservazione del Sistema è costituita da Internet. Tre sono i principali aspetti da tenere in considerazione quando si parla del fenomeno della droga in Internet. Il primo riguarda l'aumento del numero di farmacie on-line che vendono farmaci senza prescrizione medica. Il secondo aspetto riguarda il crescente numero di negozi on line che vendono sia sostanze psicoattive sia sostanze controllate (LSD, ecstasy, cannabis). Un terzo aspetto concerne gli spazi di espressione individuale (forum, blog, chat room, social network) frequentati da utenti tra cui spesso si contano numerosi consumatori di droghe. E' in questi spazi che vengono scambiate informazioni circa il modo migliore per consumare alcune tipologie di prodotti, dove è possibile acquistare "merce di qualità", consultare i prezzi praticati, i nuovi prodotti disponibili all'acquisto su web, ecc.

Un'ulteriore nuova area di osservazione del web sono i siti che promozionano eventi musicali illegali, quali i rave party. Si tratta di eventi frequentati da fasce di popolazione a rischio per i comportamenti rispetto all'abuso di alcol e droga. Le conseguenze di tali comportamenti sono spesso causa di problemi di ordine sanitario e pubblico, oltre che di danno alla persona provocato dal consumo e dallo spaccio di droga e di danno ambientale e pubblico. La circolazione delle informazioni relative all'organizzazione degli eventi musicali illegali risulta estremamente nascosta a causa della necessità degli organizzatori di mantenere segreto l'evento e di non essere scoperti dalle autorità.

In Figura IV.2.4 viene riportato in modo schematico il funzionamento generale del Sistema. Le varie unità operative dislocate sul territorio italiano possono, a vario titolo e per diverse competenze, raccogliere segnalazioni utili ai fini del Sistema.

Tra le unità segnalanti (input network) trovano spazio le strutture del sistema dell'emergenza/urgenza, le Forze dell'Ordine, i laboratori, i centri antiveleno, gli istituti scolastici, i locali di intrattenimento, i media e i consumatori che possono anch'essi inviare informazioni di vario tipo al Sistema. Le segnalazioni provenienti dalle unità operative confluiscono nel Sistema Nazionale di Allerta Precoce a seguito di sequestri, perizie, incidenti di assunzione con accesso al pronto soccorso, overdose fauste ed infauste, notizie riportate da consumatori, ecc. L'informazione, quindi, perviene non su base regolare, bensì al verificarsi del caso. Le segnalazioni possono essere inviate al Sistema attraverso vari canali di comunicazione (telefonata, mail, fax, sms, mms, schede di segnalazione rese disponibili via web). Tutte le segnalazioni vengono convogliate presso il Sistema dove vengono valutate ed eventualmente approfondite, attraverso il coinvolgimento dei centri Collaborativi che prestano una consulenza tecnico-scientifica, o mediante l'attivazione di indagini di campo per la raccolta di informazioni aggiuntive.
Qualora la Direzione del Sistema decida di attivare un'allerta, il Sistema procede ad avvisare le unità interessate dalla comunicazione di allerta. Le segnalazioni possono dare origine a diversi tipi
di comunicazione da parte del Sistema il quale può elaborare ed inviare semplici informative oppure attivare vere e proprie allerte, differenziate in pre-allerta o in allerta grado 1, 2, 3 a seconda della gravità. A beneficio dei destinatari e per una più operativa fruizione, il Sistema provvede anche a corredare le comunicazioni di specifiche schede tecniche, fotografie e rassegne della letteratura scientifica, ove disponibili.
Le unità destinatarie della comunicazione di allerta, siano esse Forze di Polizia o strutture del sistema dell'emergenza/urgenza, sono tenute ad attivare le azioni di risposta previste dal caso al fine di impedire o ridurre ulteriori danni rispetto al fenomeno droga correlato segnalato dal Sistema. Tali azioni di risposta hanno una ricaduta su tutto il territorio interessato, inclusi i consumatori che, se necessario e richiesto, possono essere informati, attraverso le strutture sanitarie o via Internet, circa l'aumentato pericolo per la loro salute.

Figura IV.2.4: Macrofunzionamento del Sistema Nazionale di Allerta Precoce



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta

Punto Focale Italiano Reitox

Per ciò che riguarda il livello europeo e/o internazionale, il Punto focale nazionale rappresenta il punto di contatto con l'Osservatorio Europeo delle Droghe dal quale provengono le segnalazioni di allerte degli stati membri. A sua volta il Punto Focale Italiano funge da collettore per le allerte italiane che devono essere trasmesse all'OEDT e successivamente dall'OEDT agli Stati Membri.

IV.2.2. Principali attività del Sistema nel 2010

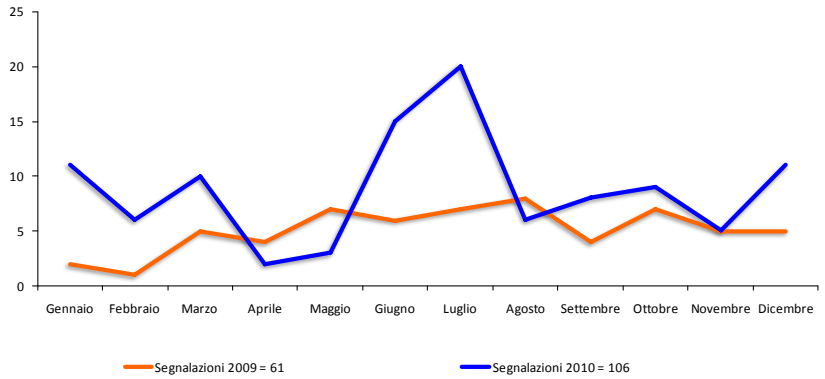
Il network

Secondo il Centro Collaborativo Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 20 di Verona, nel 2010, il numero di Centri Collaborativi è aumentato da 35 a 50 in 12 mesi (+42,8%). 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.

Le segnalazioni

Sono state registrate 106 segnalazioni. La maggior parte di queste è giunta dall'OEDT (34,9%), altre dai media (19,8%), dai laboratori di analisi (19,8%) e dalla Forze dell'Ordine (12,4%). In misura minore, le segnalazioni sono pervenute dai Centri Antiveleni (7,6%), dalle strutture sanitarie (0,9%) e dalla comunità scientifica, attraverso articoli pubblicati in letteratura (0,9%). Si è registrato inoltre un incremento del 73,8% delle segnalazioni rispetto al 2009. L'incremento delle segnalazioni può essere stato dovuto al fatto che nel 2010 è aumentata la visibilità del Sistema di Allerta a livello nazionale. Ciò può aver stimolato le segnalazioni dalle unità di input. In secondo luogo, l'incremento può essere stato legato all'attività di sensibilizzazione del network operata dal Sistema sul tema dei cannabinoidi e dei catinoni sintetici che ha contribuito a sensibilizzare le unità segnalanti all'individuazione di nuove molecole e di nuovi casi clinici correlati alla loro assunzione.

Figura IV.2.5: Segnalazioni ricevute dal Sistema Nazionale di Allerta nel 2009 e 2010 – numerosità.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta

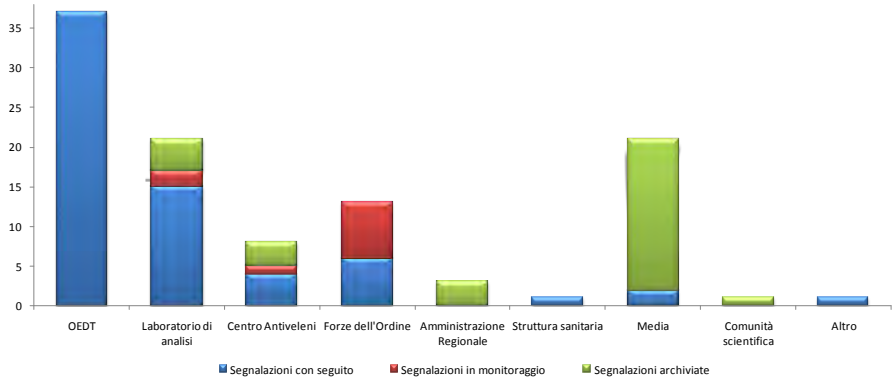
IV.2.3. Risultati

Evoluzione delle segnalazioni

Delle 106 segnalazioni ricevute, 66 (62,3%) sono state oggetto di specifiche comunicazioni del Sistema al network di output, 10 (9,4%) sono attualmente in monitoraggio, 30 (28,3%) sono state archiviate perché non richiedevano ulteriori comunicazioni al network né approfondimenti. Il 100% delle segnalazioni giunte dall'OEDT è stato inoltrato al network di output attraverso Informative e, da settembre, mensilmente, attraverso "Comunicazioni OEDT" dedicate. Il 90,5%

delle segnalazioni giunte dai media e il 100% di quelle giunte dalle Amministrazioni Regionali sono state archiviate. In quest'ultimo caso, si è trattato di 2 segnalazioni che erano state inviate al Sistema Nazionale senza tuttavia aver precedentemente attivato le adeguate indagini di campo né gli approfondimenti tossicologici richiesti.

Figura IV.2.6: Segnalazioni ricevute dal Sistema di Nazionale di Allerta secondo l'evoluzione e la tipologia di struttura segnalante - numerosità

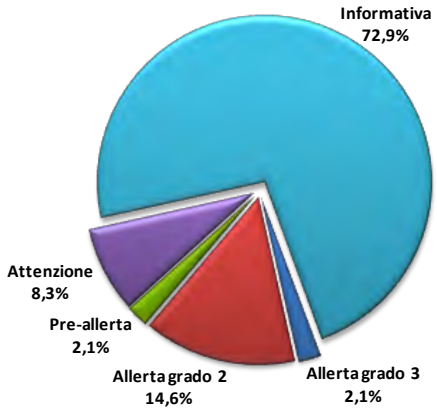


Fonte: Sistema Nazionale di Allerta

Comunicazioni in uscita – output

Nel 2010, il Sistema Nazionale di Allerta ha inviato 48 comunicazioni al proprio network di output. Per la maggior parte sono state trasmesse delle Informative (72,9%). Tra le Allerte (18,8%), ne sono state attivate 7 di secondo grado e 1 di terzo grado (Figura IV.2.7). Rispetto al 2009, risultano incrementato il numero di Informative (+12) e di Allerte di grado 2 (+5). Inferiore, invece, è stato il numero di Attenzioni, Pre-allerte, Allerte di grado 1 e Allerte di grado 3: nel 2010 sono state inviate 4 Attenzioni (10 nel 2009), 1 pre-allerta (6 nel 2009) e nessuna Allerta di grado 1 (2 nel 2009).

Figura IV.2.7: Comunicazioni in uscita inviate nel 2010 dal Sistema Nazionale di Allerta distribuite secondo la tipologia - percentuale



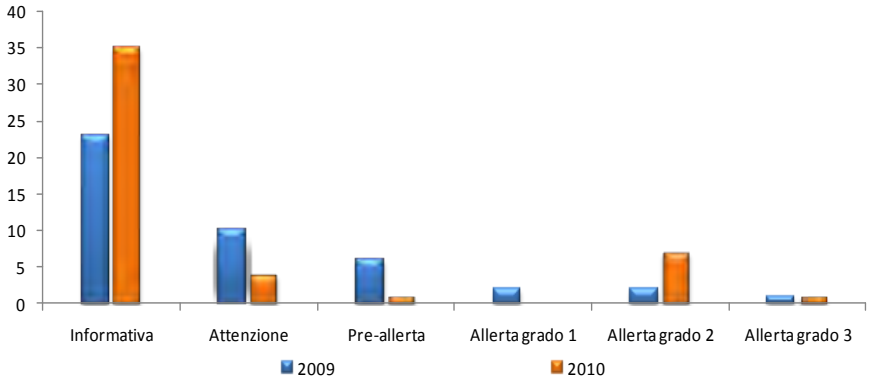
Fonte: Sistema Nazionale di Allerta

Allerte

Nel 2010 sono state attivate una pre-Allerta e 8 Allerte: 7 Allerte di grado 2 e 1 Allerta di grado 3. La pre-Allerta attivata nel mese di gennaio è evoluta nell'arco dello stesso mese in Allerta di grado 2, ed è rimasta attiva per tutto il 2010 (cessata a gennaio 2011). Tale pre-Allerta faceva riferimento a casi clinici segnalati in Europa nel 2009. Tra le altre Allerte attivate nel 2010, 5 hanno

riguardato casi di intossicazione acuta con accesso in pronto soccorso, 1 ha riguardato casi registrati in altri Paesi europei e trasmessi al Sistema attraverso il Punto Focale Nazionale.
Nel 2009 erano state inviate 15 tra Pre-Allerte e Allerte, 6 in più rispetto al 2010.

Figura IV.2.8: Comunicazioni in esterno inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel 2009 e nel 2010 – numerosità



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta

Attenzioni

Il network degli esperti è stato interpellato 4 volte attraverso delle Attenzioni per richiedere informazioni di approfondimento, per conoscenza o esperienza diretta del proprio centro, in merito all'oggetto della comunicazione. Delle Attenzioni inviate, quella del mese di febbraio è evoluta in un'Allerta di grado 2. Nel 2009, i Centri Collaborativi erano stati contattati 10 volte.

Informative

Le informative inviate dal Sistema sono state 35. Nel 2009 le informative inviate erano state 29. E' doveroso evidenziare che da settembre 2010, il Sistema ha cessato di trasmettere al network dei Centri Collaborativi, di volta in volta e singolarmente, le segnalazioni provenienti dall'OEDT attraverso le Informative ed ha adottato la formula delle "Comunicazioni OEDT" che le raggruppa e trasmette mensilmente. Pertanto, gli ultimi 4 mesi non sono direttamente confrontabili tra i due anni in considerazione.

Altre tipologie di comunicazione

Il Sistema si avvale anche di altre tipologie di comunicazioni non direttamente destinate ai Centri Collaborativi. Si tratta delle Comunicazioni e dei Reporting Form destinati all'OEDT e delle Comunicazioni riservate alla direzione, coordinamento e gestione del Sistema. I Reporting Form inviati all'OEDT sono documenti che di volta in volta descrivono i casi di individuazione, per la prima volta sul territorio italiano, di una nuova droga, generalmente già segnalata dall'OEDT stesso come presente in Europa. Nel 2010, la maggior parte delle comunicazioni di questo tipo sono state quelle riservate (67,7%); a seguire i Reporting Form per OEDT (19,4%) e le Comunicazioni OEDT (12,9%). Le segnalazioni trasmesse all'Osservatorio Europeo attraverso i Reporting Form sono state 6: 4 relative ai cannabinoidi sintetici (JWH-081 e JWH-250, JWH-200, JWH-122, JWH-073) e 2 relative ai catinoni sintetici (mefedrone e butilone), in quanto per la prima volta rilevati in prodotti circolanti nel nostro Paese.

Tempi di risposta

I tempi di risposta alle segnalazioni possono essere molto variabili in quanto dipendono sia dalla tipologia di segnalazione che dalla complessità delle indagini di campo richieste per l'attivazione di un'azione di riposta. Le segnalazioni che hanno generato l'attivazione di una Allerta hanno avuto dei tempi di risposta mediamente di 4 giorni, con un minimo di 4 ore ed un massimo di 10 giorni. Le segnalazioni che hanno invece generato Informative, quindi con carattere non urgente, hanno registrato tempi di risposta di 17 giorni, dove il tempo minimo è stato di 4 ore e il tempo massimo di 80 giorni.

IV.2.4. Novità individuate nel panorama dei consumi

IV.2.4.1. Eroina e cocaina: adulteranti, contaminanti e nuovi tagli

Eroina

- A partire dal 2009, il Sistema ha monitorato il numero di decessi, avvenuti prevalentemente in Scozia, correlati all'assunzione di eroina per via iniettiva contaminata da *Bacillus Antracis*. L'Allerta grado 2 è stata lanciata in Italia a gennaio 2010. Ad essa è seguito l'invio di indicazioni preventive per gli operatori a contatto con campioni di eroina sequestrata. L'allerta si è conclusa a gennaio 2011. In Italia non sono stati registrati casi di infezione dall'inizio dell'allerta.

- A seguito della segnalazione di un numero insolitamente elevato di interventi del 118 per overdose da oppiacei nella città di Bologna nel mese di dicembre 2009 (108 casi, 3 volte più numerosi rispetto al mese di novembre), il Sistema di Allerta ha attivato un'indagine di campo per comprendere le possibili cause dei decessi. L'indagine ha evidenziato la possibilità che stesse circolando, nell'area bolognese, eroina con percentuali di principio attivo superiori al 70%.

- A dicembre 2010 il laboratorio di Tossicologia Forense dell'Università di Firenze ha segnalato la presenza di numerose partite di eroina contenenti una percentuale di eroinici estremamente bassa e percentuali di paracetamolo e caffeina alquanto elevate. Simili osservazioni sono state registrate nello stesso periodo anche in Europa e nel Regno Unito, dove si sono verificati casi di overdose a seguito dell'assunzione di eroina contenente elevati quantitativi di sedativi, paracetamolo e di caffeina. E' stato inoltre segnalato a febbraio 2011 dal Laboratorio di Tossicologia Clinica Analitica, IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia e dal Centro Antiveleni, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri di Pavia, un caso di intossicazione acuta legato all'assunzione di eroina contenente elevata percentuale di caffeina (30%) e bassa percentuale di eroinici (eroina 0,7% e 6-MAM 1,2%). Il Sistema ha quindi generato una Pre-allerta, ponendo l'accento sul potenziale di tossicità di partite di eroina tagliate con questa tipologia di sostanza.

- A marzo 2011 l'U.O. Biochimica clinica e tossicologia - Az. Sanitaria USL2 di Lucca ha segnalato che nei mesi di dicembre 2010 e gennaio 2011 la Polizia Stradale di Viareggio aveva sequestrato vari campioni di eroina in cui era stata evidenziata la presenza di metorfano come additivo, in quantità superiore al 6%. Si è riscontrata inoltre la presenza di caffeina.

Cocaina

- Nel settembre 2010 è giunta al Sistema una segnalazione relativa a 3 sequestri eseguiti in Lombardia durante i quali era stata individuata della cocaina in cui erano presenti tetramisolo, fenacetina, lidocaina e metilglicole. Successivamente, sono giunte altre segnalazioni analoghe che riguardavano questa tipologia di adulterazione della sostanza.

- A novembre 2010, il Laboratorio di Tossicologia Forense dell'Università di Firenze ha segnalato la presenza di diltiazem come unico adulterante in due reperti di cocaina (56,03% e 67,47% di principio attivo) provenienti

da sequestri avvenuti nell'area di Firenze. Il diltiazem viene riscontrato con una certa frequenza nei casi di intossicazione da cocaina e, spesso, in misura considerevole, come osservato in due casi segnalati dal Centro Antiveleni di Pavia - IRCCS Fondazione Maugeri nel 2010.

IV.2.4.2. Le nuove droghe

Cannabinoidi sintetici

- Il fenomeno più eclatante seguito dal Sistema di Allerta nel 2010 è stato quello dei cannabinoidi sintetici, molecole di origine sintetica che vengono aggiunte a miscele di erbe (herbal blend), commercializzate come profumatori ambientali o incensi, ma promozionate dai rivenditori attraverso Internet o nei cosiddetti smart shops, come alternative legali alla cannabis da assumere per via inalatoria (fumo), pur se etichettate come "non per uso umano". L'entità del fenomeno è stata tale che tra il 2010 ed il 2011, sono stati ben 19 i casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici segnalati al Sistema di Allerta e che hanno generato uno stato di allerta a livello nazionale.

- In collaborazione con il Ministero della Salute, a giugno i cannabinoidi sintetici JWH-018, JWH-073 e il catinone sintetico mefedrone sono stati inseriti in Tabella I del D.P.R. 309/90 e s.m.i. Ciò ha quindi reso illegali anche tutti gli herbal blend contenenti tali molecole

- Infine, a maggio 2011 il Ministero della Salute ha emenato un decreto (16 maggio 2011) con cui vengono inseriti in Tabella I anche i cannabinoidi JWH-122, JWH-250 nonche' i loro analoghi, rendendo quindi illegali tutti i cannabinoidi sintetici.Con lo stesso decreto e' stato inserito in Tabella anche il catinone sintetico 3,4-metilenediossipirovalerone (MDPV).

Catinoni sintetici: mefedrone

- Nel marzo 2010 sono stati segnalati al Sistema 5 sequestri avvenuti tra gennaio e marzo di compresse contenenti mefedrone (4-methylmethcathinone, 4-MMC), una molecola di sintesi appartenente al gruppo dei derivati sintetici del catinone, con proprietà stimolanti. Un altro sequestro è avvenuto in Provincia di Padova ad ottobre e ha riguardato 150 compresse di colore bianco rosato e nelle quali era stata accertata la presenza di mefedrone in una percentuale media pari a 48,3% (min. 47,2 max 49,2).

Figura IV.2.9: Compresse di colore bianco rosato sequestrate dai Carabinieri della Stazione di S. Margherita d'Adige a ottobre 2010 in Provincia di Padova, risultate contenere mefedrone



Fonte: Laboratorio di Tossicologia Forense dell'Università degli studi di Padova

- Sequestri di mefedrone effettuati in altri Paesi europei erano stati segnalati anche dall'OEDT, secondo il quale, in quel periodo, erano stati almeno 20 i casi di decesso avvenuti in Europa per i quali era stata sospettata o rilevata la presenza di catinoni, gruppo cui appartiene il mefedrone. In Italia, nel mese di marzo, è stato ricoverato in Lombardia un uomo, giunto in ospedale in coma e con miosi, che aveva dichiarato di aver assunto alcol, GHB e mefedrone. Considerata la diffusione della sostanza sul territorio europeo, Italia inclusa, e la sua tossicità documentata in un numero crescente di casi, il Sistema ha attivato un'Allerta grado 2 a livello nazionale. Il mefedrone è stato inserito in Tabella I del D.P.R. 309/90 e s.m.i. con dlgs del 16 giugno 2010

Catinoni sintetici: MDPV

- Nell'agosto 2010 attraverso il Punto Focale Nazionale, sono stati segnalati dall'OEDT almeno 10 casi di intossicazione acuta, avvenuti nel Regno Unito, che hanno richiesto l'accesso al pronto soccorso. Altri casi analoghi sono stati segnalati dal Punto Focale Finlandese a giugno dello stesso anno. Tutti i soggetti intossicati avevano assunto un prodotto denominato "Ivory Wave", venduto come sale da bagno in smart shop e su Internet. L'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Verona, Centro Collaborativo del Sistema, ha recuperato il prodotto online ed ha eseguito indagini analitiche su di esso. I risultati hanno evidenziato la presenza del catinone sintetico 3,4 metilenediossipirovalerone (MDPV) e di lidocaina. Considerata la facilità con cui il prodotto risultava acquistabile sul territorio europeo, Italia inclusa, e la sua tossicità documentata in un numero crescente di casi, il Sistema ha attivato un'Allerta grado 2 a livello nazionale.

Figura IV.2.10: Bustina di Ivory Wave e polvere in esso contenuta, analizzata dall'Istituto di Medicina Legale dell'Università di Verona



Fonte: sito www.mysteriousplants.com

Catinoni sintetici: butilone

- Nel mese di luglio è giunta al Sistema una segnalazione nella quale si riportava che all'interno di un locale di intrattenimento della Val di Susa (Torino) era stata rinvenuta una capsula contenente una polvere di colore bianco. Le analisi condotte dal laboratorio regionale di tossicologia di Orbassano (TO) hanno rilevato la presenza di butilone, uno stimolante psichedelico, entactogenico, della famiglia dei catinoni sintetici, e tracce di metilone. In questo stesso periodo anche Germania, Belgio, Ungheria e Irlanda avevano segnalato all'OEDT l'individuazione di butilone, contenuto in polveri e/o compresse. Nel caso del Belgio, ad aprile il butilone era stato identificato nel campione di urina di un soggetto che aveva dichiarato di aver assunto una polvere, acquistata via Internet come fertilizzante, e successivamente risultata contenere butilone, mefedrone e metilone. Il butilone è stato riscontrato anche dal laboratorio di Tossicologia Forense dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" che, nel febbraio 2011, ne ha segnalato la presenza in capsule contenute in 3 boccette di plastica e provenienti da un sequestro. L'etichetta riportata sulle boccette, vendute in uno smart shop, riportava l'indicazione "fertilizzante per bonsai". In ciascuna boccetta erano presenti 25 capsule di colore bianco e blu contenenti butilone.

Figura IV.2.11: Opercolo bianco contente materiale solido in polvere di colore bianco: le analisi effettuate dal laboratorio regionale di tossicologia di Orbassano (TO), evidenziano la presenza di butilone e tracce di metilone



Fonte: Laboratorio regionale di tossicologia di Orbassano (TO)

mCPP

- Nell'arco del 2010 sono state registrate dal Sistema numerose segnalazioni circa la presenza sul territorio italiano di pasticche di forma e aspetto molto simile a quella dell'ecstasy, ma che dopo analisi tossicologiche risultavano contenere un'altra droga di sintesi ad azione stimolante, la meta-clorofenilpiperaziona (mCPP). Tra queste segnalazioni si evidenziano quelle del Reparto Investigazioni Scientifiche (RIS) dell'Arma dei Carabinieri di Roma che ha segnalato il sequestro, avvenuto in provincia di Rimini, di 344 pasticche contenenti una quantità media per pasticca pari a 13,4% di mCPP. Altri sequestri sono stati segnalati a luglio, testimoniando la diffusione sul mercato illecito della mCPP, principio attivo attualmente non inserito in Tabella I del D.P.R. 309/90 e s.m.i.

Figura IV.2.12: Immagine di un campione di pasticca risultata contenere mCPP, fornita dall'Arma dei Carabinieri, Reparto di Investigazioni Scientifiche (RIS), sede di Roma.



Fonte: Reparto di Investigazioni Scientifiche (RIS), sede di Roma

IV.2.5 Conclusioni

Dopo 2 anni di attività presso il Dipartimento Politiche Antidroga, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha raggiunto risultati molto significativi che hanno concretamente contribuito al contrasto della comparsa e, soprattutto, della diffusione, di nuove sostanze stupefacenti nel territorio italiano.
L'aumentata adesione dei Centri Collaborativi e la 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 in Tabella I 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 attivare le Forze dell'Ordine per l'esecuzione di 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 sintetici o catinoni sintetici.
Il Sistema ha acquisito notevole visibilità anche a livello europeo grazie alla diffusione di documenti informativi (NEWS Activity Report) e alla partecipazione ai tavoli internazionali dove la strategia italiana viene

particolarmente apprezzata, sia per la tempestività con cui il Sistema lavora, sia per la sua efficacia nella prevenzione e riduzione delle intossicazioni ad esse legate.
E' pertanto possibile concludere che il metodo di lavoro sino ad ora utilizzato risulta valido, affidabile e, soprattutto, efficace. Si ritiene, quindi, di procedere secondo le linee previste e di continuare l'attività del Sistema nelle aree sin'ora descritte.

IV.2.6 Attività bio-tossicologica

Distribuzione degli standard analitici

Il centro collaborativo del DPA Istituto Superiore di Sanità, Dipartimento del Farmaco, ha fornito ai laboratori del network gli standard relativi alle sostanze inserite in Tabella I del D.P.R. 309/90 a giugno 2010: JWH-018; JWH-073; Mefedrone. Sono stati inoltre distribuiti gli standard di riferimento delle molecole: JWH-200, JWH-250, CP 47,497, 4-Fluoramfetamina, MDAI.

La distribuzione degli standard dei cannabinoidi sintetici e di altre nuove molecole ha facilitato il lavoro dei laboratoristi permettendo loro di identificare più rapidamente tali molecole nei campioni analizzati. Una maggior tempestività nel riconoscimento ha quindi reso più veloci anche le diagnosi fatte dal personale dei pronto soccorso, consentendo di attivare più rapidamente le adeguate misure di trattamento e cura dei pazienti intossicati.

Figura IV.2.13: Network dei laboratori che collaborano con il N.E.W.S.: nel 2010 i laboratori sono stati 43 tra tossicologie forensi, tossicologie cliniche, laboratori di ricerca, delle Forze dell'Ordine, delle Dogane. Alcuni dei puntini gialli identificano più di un centro.



L'identificazione delle sostanze responsabili dei casi di intossicazione

Le ricadute pratiche sono state evidenti e molteplici. Nello spazio di pochi mesi è stato identificato e comunicato al Sistema un numero crescente di intossicazioni acute correlate all'assunzione di nuove molecole, prima non riconoscibili. Il Sistema ha provveduto immediatamente ad allertare il sistema sanitario, i laboratori di tossicologia clinica, di tossicologia forense e delle Forze dell'Ordine.

IV.2.7. Attività clinico-tossicologica del NEWS

Attività del Centro Antiveleni di Pavia (CAV): 357 casi sentinella di intossicazione acuta

Il centro collaborativo del DPA Centro Antiveleni di Pavia (IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri) nel 2010 ha fornito consulenze specialistiche relative a 357 pazienti con problemi clinici acuti di difficile inquadramento diagnostico-terapeutico conseguenti ad assunzione di sostanze d'abuso, che in questo testo vengono definiti "casi sentinella". Tali consulenze sono state richieste da servizi ospedalieri dell'urgenza-emergenza di tutto il territorio nazionale (Figura IV.2.14), i quali si rivolgono al Centro Antiveleni solo per casi con presentazione clinica inusuale o atipica o in caso di effetti correlabili a sostanze/prodotti "nuovi" e "poco noti". Le 357 consulenze non includono i casi di intossicazione da etanolo e abuso di farmaci.

Nel 12% dei casi assunte più sostanze in contemporanea

In 36 dei 357 pazienti si è trattato di body-packers o body-stuffers; 39 casi hanno riguardato l'assunzione di associazioni di sostanze/prodotti, e nei restanti 282 casi si è trattato di singola assunzione (escludendo da questa valutazione la co-assunzione di alcoolici) (Figura IV.2.14). Le sostanze assunte dai 321 pazienti sono risultate 334 (tale dato sottostima il numero reale di sostanze assunte in associazione in quanto non è stato possibile verificare analiticamente tutti i casi).

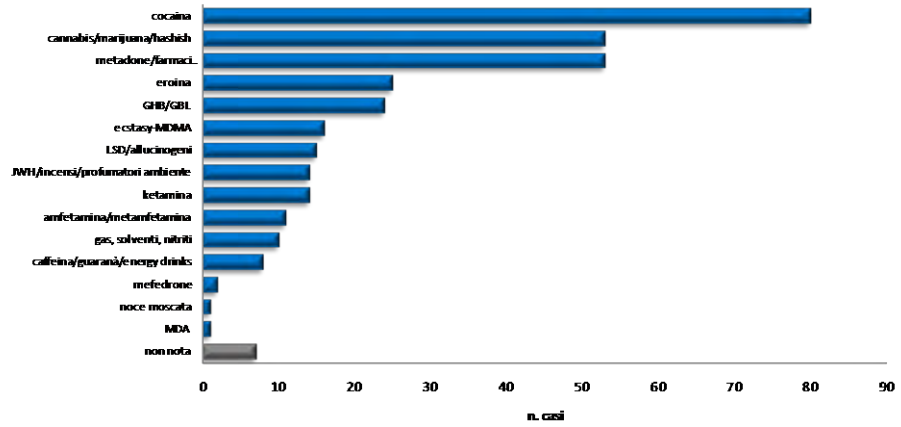
Figura IV.2.14: Distribuzione percentuale dell'associazione di più sostanze nei 357 "casi sentinella".

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

La cocaina è la sostanza più rappresentata

La sostanza assunta più frequentemente è risultata la cocaina che, singola o in associazione, risulta presente nel 22% dei "casi sentinella" per i quali è stato contattato il CAV (Figura IV.2.15) (in base all'anamnesi e agli accertamenti tossicologici di tipo analitico). In Centro Antiveleni è stato allertato anche per varie intossicazioni da cannabis e derivati e da una serie di altre sostanze con uso non iniettivo.

Figura IV.2.15: Distribuzione dei 357 casi per le sostanze identificate.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Nella maggior parte dei casi si tratta di sostanze "nuove"

Nel 31% dei casi le richieste di consulenza al CAV di Pavia hanno riguardato le cosiddette "sostanze nuove" (Figura IV.2.16) [in questo report vengono considerate "sostanze classiche" la cocaina, oppioidi (eroina, metadone, buprenorfina e altre molecole del gruppo), cannabis, amfetamina e metamfetamina]. Nel 15% del totale di casi da "nuove sostanze" si è trattato di ecstasy, ma in molti di questi casi non è stato possibile verificare la reale presenza di MDMA o piuttosto la presenza o co-presenza di altre sostanze eccitanti.

Figura IV.2.16: Distribuzione percentuale delle "sostanze nuove" e delle "sostanze classiche".

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Fra i 357 "casi sentinella" valutati nel 2010 sono stati identificati e selezionati per approfondimento diagnostico 60 casi di seguito definiti "casi atipici" e analizzati specificamente.

60 casi "atipici"

Nel corso del 2010 sono stati selezionati 60 casi "atipici", casi cioè che sono afferiti ai servizi d'urgenza-emergenza del Sistema Sanitario Nazionale con una sintomatologia giudicata dallo specialista del Centro Antiveleni di Pavia come:

- riferibile all'assunzione di "nuove" o "meno note" sostanze d'abuso, oppure
- non strettamente correlabile alla sostanza d'abuso riferita in anamnesi, oppure
- riferibile a effetti di sostanze eccitanti / allucinogene anche in assenza di un sospetto anamnestico di consumo di sostanze d'abuso.

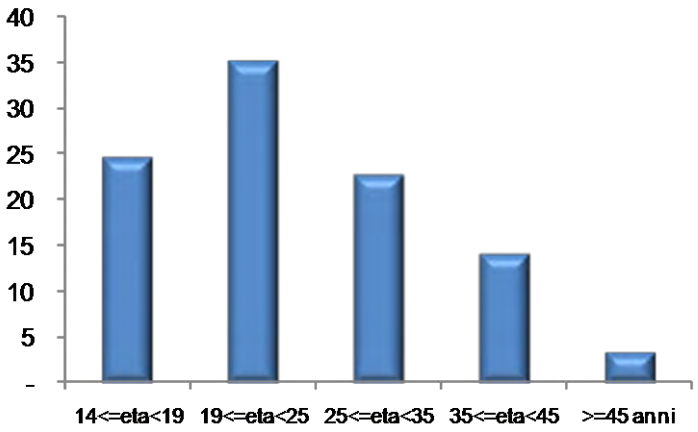
La distribuzione regionale dei casi "atipici" è stata la seguente: Emilia Romagna (17), Piemonte (11), Veneto (11), Lombardia (5), Trentino Alto Adige (3), Lazio (2), Liguria (2), Valle d'Aosta (2), Sardegna (2), Campania (1), Friuli Venezia Giulia (1), Molise (1), Puglia (1) e Umbria (1).

Il centro-nord è il più interessato

La fascia di età maggiormente coinvolta è risultata quella compresa tra 19 e 25 anni (Figura IV.2.17), anche se casi di intossicazione acuta grave da "nuove sostanze" si sono verificati anche in fasce di età superiori a 50 anni.

I giovani sono più coinvolti

Figura IV.2.17: Distribuzione per età dei casi "atipici"

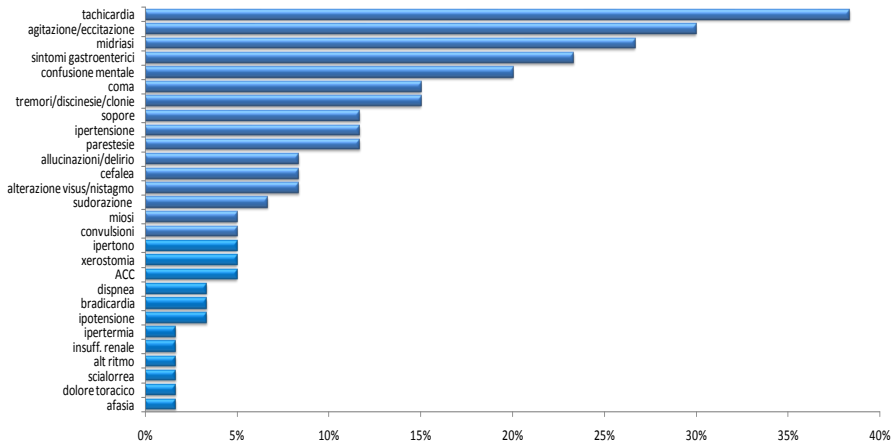


Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

I sintomi più frequentemente riscontrati alla presentazione in pronto soccorso sono stati di tipo eccitatorio (agitazione/eccitazione, tremori/discinesie/clonie, tachicardia, midriasi) associati, in alcuni casi, a neurodepressione fino al coma (Figura IV.2.18).

Sintomi prevalenti si tipo eccitatorio

Figura IV.2.18: Manifestazioni cliniche dei casi "atipici" all'ingresso in pronto soccorso



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Le sostanze assunte/riferite anamnesticamente nei 60 casi "atipici" sono state: cannabinoidi sintetici venduti come profumatori per ambiente (19), cannabis (10), cocaina (8), ecstasy-MDMA (7), ketamina (5), allucinogeni (4), eroina (3), GHB/GBL (3), mefedrone (2), caffeina (2), metadone (1) e nitriti volatili

In un terzo dei casi si trattava di cannabinoidi sintetici

(1). Nel 16,6 % dei casi (10/60) i pazienti non hanno saputo riferire le sostanze/prodotti assunti.

Circa il 15% dei pazienti ricoverati non è in grado di riferire quale sostanza abbia assunto

In 50 casi (83,3%) è stato possibile analizzare i campioni biologici dei pazienti (campionamento e trasferimento del campione in urgenza): in 16 di questi (32%) le analisi sono state eseguite in urgenza e in alcune circostanze è stato anche possibile reperire e analizzare il prodotto assunto o i suoi residui. L'approfondimento clinico-anamnestico e i risultati delle analisi tossicologiche hanno permesso di identificare la presenza di sostanze diverse rispetto a quelle dichiarate dal paziente. Ad esempio, nei casi in cui il paziente non è stato in grado di riferire la sostanza assunta (10/60) sono state identificate cannabis (n=4), cocaina (n=2), eroina (n=1), metadone (n=1), ketamina (n=1) e benzodiazepine (n=1). Presso il laboratorio del Centro Antiveleni è stata inoltre organizzato uno stoccaggio dei campioni biologici (sangue, urine) dei casi "atipici" per la determinazione analitica di nuove sostanze una volta disponibili gli standard analitici.

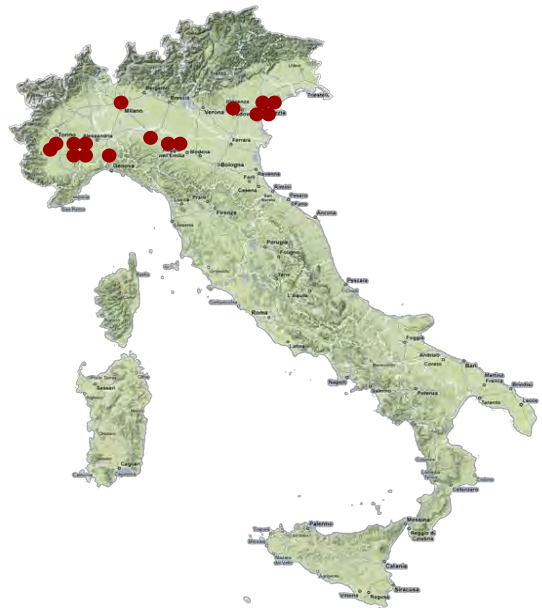
Cannabinoidi sintetici

Nel 2010 sono stati identificati, definiti clinicamente e confermati analiticamente vari casi di intossicazione acuta conseguenti al consumo di cannabinoidi sintetici venduti come "profumatori per ambiente". A partire dal 12 febbraio 2010, infatti, il CAV di Pavia ha registrato nell'arco di 5 giorni ben 6 casi di intossicazione acuta (4 a Venezia, 1 a Milano, 1 a Portogruaro) che avevano necessitato di ricovero ospedaliero a seguito del consumo di una miscela aromatica venduta in Internet e smart-shops come profumatore ambientale con il nome "N-Joy". A seguito dell'identificazione del cannabinoide sintetico JWH-018 nel prodotto "N-Joy" e della rilevazione dei casi di intossicazione acuta, il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato un'allerta di Grado 2 del NEWS e avviato azioni regolatorie finalizzate al controllo della vendita di tali prodotti.

Tutti al nord i 16 casi di intossicazione da JWH

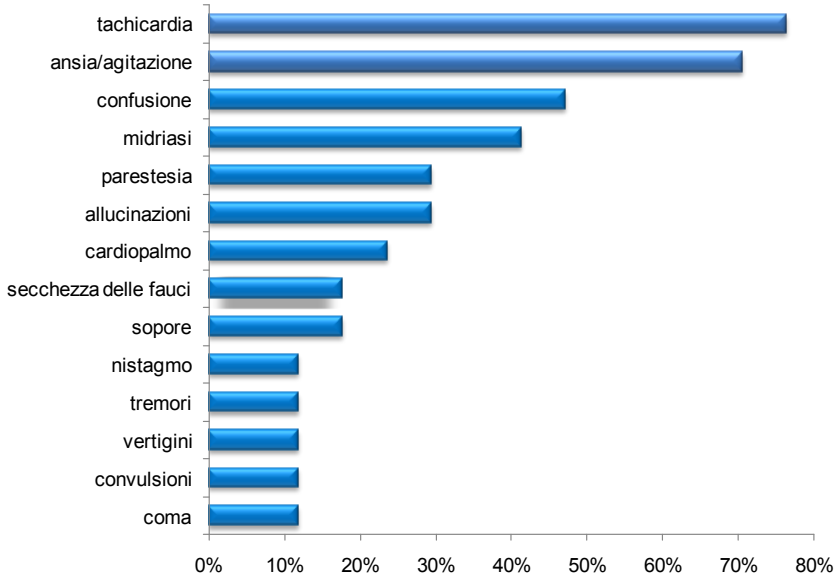
Complessivamente nel 2010 sono stati registrati 16 casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici venduti come "profumatori per ambiente" verificatisi a Venezia (4), Asti (4), Reggio Emilia (2), Carmagnola (2), Novi Ligure (1), Monselice (1), Milano (1), e Fidenza (1) (Figura IV.2.19)

Figura IV.2.19: Distribuzione territoriale dei casi di intossicazione acuta da "profumatori per ambiente" rilevati dal Centro Antiveleni di Pavia



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Figura IV.2.20: Sintomatologia dei 16 casi di intossicazione acuta da "profumatori per ambiente" (agonisti sintetici dei recettori cannabinoidi - JWH).



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

In 11 pazienti è stato possibile eseguire anche la ricerca e la quantificazione nel siero dello specifico JWH; il dato ricavato ha permesso di correlare le concentrazioni dei singoli JWH con la sintomatologia presentata.

Mefedrone: un solo caso ma in coma

Il 7 marzo 2010 il Centro Antiveleni di Pavia ha effettuato una consulenza specialistica per un'intossicazione (36 anni, maschio) a seguito di assunzione di alcolici, GHB e mefedrone (prodotto acquistato come "fertilizzante"). Il paziente era giunto in pronto soccorso in stato di coma, con ipotensione (PA 105/60 mmHg), bradicardia (Fc 58 bpm) e miosi. Durante il periodo di osservazione clinica ha presentato fasi alterne di sedazione e agitazione psicomotoria associata a midriasi. Tale caso, associato alla segnalazione di sequestri di compresse di mefedrone avvenuti sul territorio italiano e in altri Paesi europei (segnalazioni dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze - OEDT) ha permesso al DPA di attivare un'allerta di Grado 2 e di avviare azioni regolatorie finalizzate al controllo della vendita di tali prodotti.

Già 50 casi atipici nel primo quadrimestre del 2011

Nel periodo gennaio-aprile 2011 tra le consulenze specialistiche relative ai "casi sentinella" sono stati identificati altri 50 casi "atipici" (età media 27,21 ± 9,01; 38 M).

Identificazione di caso "atipico" con segnalazione effettuata al N.E.W.S.

Nel febbraio 2011 il CAV di Pavia e il Laboratorio di Tossicologia Clinica Analitica dell'IRCCS Policlinico San Matteo di Pavia hanno identificato e segnalato al NEWS un caso "atipico" di intossicazione da sostanze d'abuso in un soggetto maschio di anni 40 con anamnesi positiva per uso di stupefacenti, alcol e psicofarmaci. Il quadro clinico caratterizzato da crisi convulsive subentranti, ipertensione arteriosa e tachicardia è risultato causato da intossicazione mista da caffeina e oppioidi, confermata dai reperti analitico-tossicologici di positività nel siero del paziente e nei reperti per caffeina (30% nel prodotto sequestrato), oppiacei (eroina 0,7%, 6-MAM 1,2% nel prodotto sequestrato) e zolpidem. Ciò è risultato in accordo con una precedente segnalazione del NEWS circa la presenza sul territorio italiano di partite di eroina da strada con basso tenore di composti eroinici, e presenza di paracetamolo e caffeina (Prot. EWS 136/10 del 28/12/2010), e ha comportato

un'Allerta di grado 2 da parte del NEWS.

Ricadute dell'attività del network clinico del sistema delle urgenze

Anche l'attività dei primi mesi del 2011 conferma che la collaborazione fra servizi d'urgenza rappresentativi del SSN e CAV di Pavia può consentire di:

- identificare gli effetti tossici delle nuove sostanze d'abuso
- stimare la frequenza di tale nuove modalità di consumo
- identificare precocemente le variazioni nei consumi e monitorarne l'evoluzione nel tempo
- valutare l'impatto delle nuove modalità di consumo sul sistema dell'urgenza
- identificare le problematiche diagnostico-terapeutiche che occorrerà fronteggiare nel prossimo futuro.

Testo a cura di:

Serpelloni[1] G., Rimondo[2] C., Seri[2] C.*, Macchia[3] T., Locatelli[4] C.

[1] Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri
[2] Sistema Nazionale di Allerta Precoce - Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri
[3] Dipartimento del Farmaco – Istituto Superiore di Sanità
[4] Centro Antiveleni – Fondazione "S. Maugeri", Pavia

CAPITOLO IV.3.

FENOMENO DEI CANNABINOIDI SINTETICI IN ITALIA E LE AZIONI DI PREVENZIONE E CONTRASTO

IV.3.1. Introduzione

IV.3.2. Operazione “Smart shop 2010-2011”: cronologia

IV.3.3. Esito dei controlli condotti dalle Forze dell’Ordine su segnalazione del Dipartimento Politiche Antidroga

IV.3.4. Operazione “Profumo di droga” – Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'Arma (N.A.S) – Luglio\Dicembre 2010

IV.3.5. Esito dei controlli

IV.3.6. Casi di ricoverati in pronto soccorso per intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici in Italia (2009-2010)

IV.3. Fenomeno dei cannabinoidi sintetici in Italia e le azioni di contrasto

IV.3.1. Introduzione

Droghe sintetiche: un nuovo trend di consumo

La comparsa delle droghe sintetiche in Italia rappresenta un fenomeno relativamente recente ma già molto diffuso che ha destato notevoli preoccupazioni sia in ambito sanitario sia tra le Forze dell'Ordine. Si tratta, infatti, di sostanze non ancora proibite dalle leggi vigenti in materia di stupefacenti ma che possono contenere principi attivi con presunte o accertate proprietà psicoattive. Esse quindi sono in grado di mimare gli effetti delle sostanze illecite, differenziandole dagli stupefacenti "tradizionali" come la cannabis, la cocaina, l'ecstasy, ecc.
In particolare, nell'ultimo anno, in Italia sono comparsi sempre più frequentemente i cannabinoidi sintetici, molecole di sintesi in grado di agire sui recettori cannabinoidi CB1 e CB2 ai quali si lega anche il principio attivo della cannabis, il THC. I cannabinoidi sintetici vengono aggiunti a herbal mixture venduti presso smart shop e su Internet come profumatori ambientali o incensi. Vengono utilizzate per via inalatoria dai consumatori (fumo) e provocano effetti simili a quelli della cannabis.
Queste nuove molecole, al pari di altre quali i catinoni sintetici (mefedrone, metilenediossipirovalerone, ecc.), sono state causa di 19 casi di intossicazione acuta che ha richiesto l'accesso al pronto soccorso tra il 2009 ed il 2010 solo nel nostro Paese.
Da qui la necessità di condurre una forte azione di contrasto coordinata tra tutte le Forze dell'Ordine e con il Ministero della Salute per impedire la vendita di queste pericolose sostanze e per renderle illegali attraverso il loro inserimento in Tabella I del D.P.R. 309/90 e s.m.i.

Inserimento in Tabella delle nuove molecole

Grazie all'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, il Dipartimento Politiche Antidroga ha collaborato con il Ministero della Salute per inserire in tempi brevi nella Tabella I del D.P.R. 309/90 queste nuove molecole. Tra il 2010 ed il 2011 sono stati aggiunti alla lista delle sostanze stupefacenti i cannabinoidi sintetici JWH-018, JWH-073, JWH-122, JWH-250 e tutti i derivati del 3-fenilacetilindolo e del 3-(1-naftoil)indolo. Sono stati altresì inseriti i catinoni sintetici mefedrone e metilenediossipirovalerone (MDPV).

Il Dipartimento Politiche Antidroga, nell'ambito delle attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, si è dotato di un'unità di monitoraggio del web che si occupa dell'osservazione periodica e sistematica di siti che promozionano eventi musicali illegali. Attraverso la loro osservazione, da ottobre 2010 è stato possibile identificare alcuni di questi eventi che hanno avuto luogo sul territorio italiano, individuando il luogo e la data in cui sarebbero avvenuti.
Il monitoraggio del web e la gestione delle informazioni recuperate online è alla base del Progetto Rave Party Prevention, promosso dal Dipartimento Politiche Antidroga, affidato alla Croce Rossa Italiana e svolto in collaborazione con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga e la Polizia delle Comunicazioni.
A seguito dei provvedimenti legali adottati, il Dipartimento Politiche Antidroga, con Nota DPA 2687 luglio/agosto 2010, ha attivato tutte le Procure, Questure, Prefetture d'Italia per attivare una serie di controlli sugli smart shop presenti sul territorio nazionale per verificare ed, eventualmente, far cessare la vendita di prodotti contenenti le nuove sostanze stupefacenti.
Di seguito si riportano le azioni compiute dal Dipartimento Politiche Antidroga nei confronti del contrasto al commercio dei cannabinoidi sintetici in Italia e gli esiti cui tali azioni hanno condotto.

IV.3.2. Operazione smart shop 2010-2011: cronologia

• Giugno 2010	Inserimento in Tabella I del D.P.R. 309/90 e s.m.i. delle molecole JWH-018 e JWH-073 e Mefedrone
• Luglio/Agosto 2010	Attivazione di tutte le Procure, Questure, Prefetture d'Italia (vedi nota a pagina successiva) con invio dell'elenco degli smart shop presenti nel Paese e dei nomi commerciali dei prodotti contenenti cannabinoidi sintetici
• Luglio/Agosto 2010	Inizio dei controlli delle Forze dell'Ordine
• Fine luglio 2010	Operazione "Profumo di droga" – Procura di Napoli, Roma e Milano
• Marzo 2011	Prosecuzione dei controlli delle Forze dell'Ordine
• Maggio 2011	Inserimento in Tabella I del D.P.R. 309/90 del catinone sintetico 3,4-Metilendiossipirovalerone (MDPV), i cannabinoidi sintetici JWH-250 e JWH-122, e tutti i derivati del 3-fenilacetilindolo e del 3-(1-naftoil)indolo
• Maggio 2011	Attivazione di tutte le Procure, Questure, Prefetture d'Italia in seguito all'invio del nuovo decreto

Figura IV.3.1: Localizzazione delle operazioni di controllo degli smart shop da parte delle Forze dell'Ordine su indicazione del Dipartimento Politiche Antidroga (Nota DPA 2687 luglio/agosto 2010)



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

IV.3.3. Esito dei controlli condotti dalle Forze dell'Ordine su segnalazione del Dipartimento Politiche Antidroga

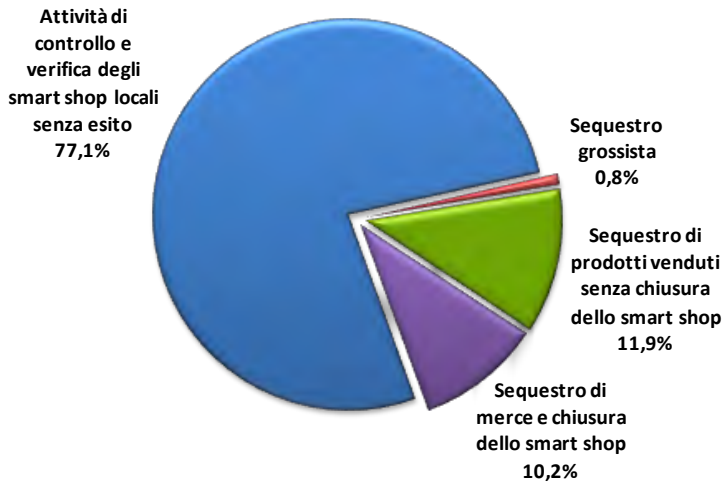
26 Città in cui sono stati eseguiti sequestri di smart drugs e chiusure di smart shop

91 Operazioni in cui sono state intraprese attività di controllo e verifica degli smart shop locali senza riscontrare irregolarità

Città dove sono stati sequestrati smart shop e smart drugs:

- Verona
- Piacenza (smart shop con distributori automatici)
- Milano
- Como
- Alessandria
- Macerata
- Cuneo
- Salerno
- Vicenza
- Napoli
- Roma
- Vercelli
- Lecco
- Trapani
- Lodi
- Cuneo
- Bologna

Figura IV.3.2: Esito delle attività operazioni di controllo degli smart shop da parte delle Forze dell'Ordine su indicazione del Dipartimento Politiche Antidroga – Numerosità e percentuale



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

IV.3.4. Operazione "Profumo di droga" – Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'Arma (N.A.S) – Luglio\Dicembre 2010

Cronologia delle azioni che hanno portato al sequestro della ditta "Tessier-Ashpool"

22 luglio 2010

I N.A.S. di Napoli sequestrano 3 bustine del prodotto "Bonzai", deodorante per ambienti, posto in vendita in un negozio di Napoli da una ditta della provincia di Milano operante nel settore della commercializzazione di articoli per fumatori, profumatori d'ambiente, prodotti chimici e fertilizzanti. Le indagini analitiche condotte dall'Agenzia delle Dogane di Napoli hanno evidenziato la presenza del cannabinoide sintetico JWH-018.



6 agosto 2010

Perquisizione dei locali della ditta milanese e avvio di ulteriori accertamenti, conclusisi il 21 dicembre 2010.

21 dicembre 2010

Sequestro della ditta "Tessier-Ashpool".

IV.3.5. Esito dei controlli

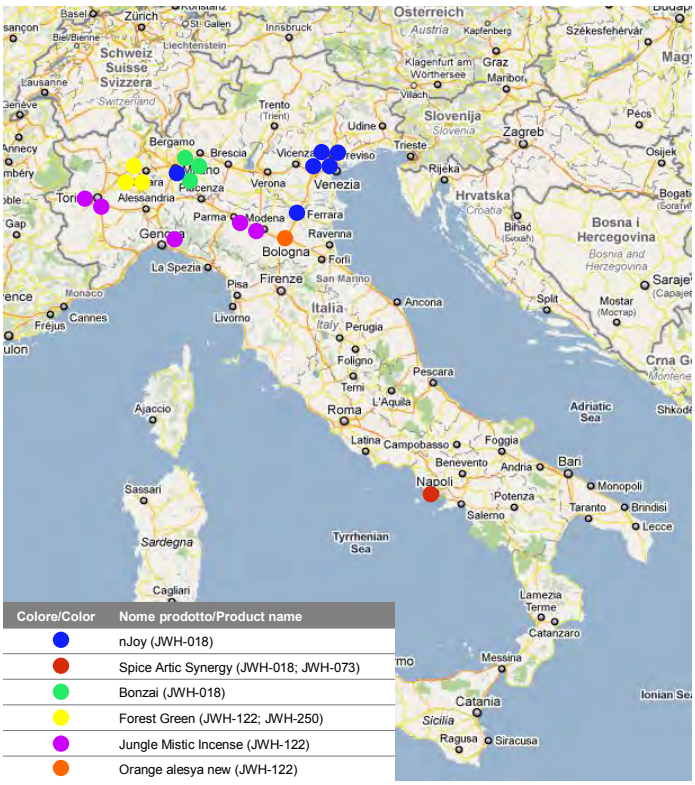
Arresti, sequestri di stupefacenti, sequestro di una ditta distributrice

Sequestro di:

- ***3.000*** erbe e prodotti vari per la preparazione di deodoranti per ambiente
- ***20.000*** confezioni di tali deodoranti contenenti cannabinoidi sintetici
- ***7 Kg*** di cannabinoide sintetico suddiviso in oltre 2.000 confezioni di profumatori d'ambiente
- ***22 kg*** di cannabinoide sintetico suddiviso in panetti
- ***72 Kg*** di cannabis Indica e Kg 2,692 di cocaina
- ***Individuazione di un sodalizio criminoso***, con ramificazioni all'estero, dedito all'illecita importazione, produzione e commercio di sostanze stupefacenti e psicotrope del tipo cannabinoidi sintetici e di altri composti psicoattivi di origine naturale e sintetica ad effetto allucinogeno
- ***Arresto di 8 persone*** ritenute responsabili di traffico internazionale di stupefacenti
- ***Perquisizione di 122 locali*** commerciali, erboristerie e smart shop
- ***Individuazione e sequestro di 20 Kg di materiale*** presso società di spedizioni destinati ai soggetti indagati identificati come "Chemicals". Alcuni plichi provenivano dalla Cina.
- ***Corrieri ignari utilizzati per la spedizione***: TNT, UPS, FEDEX, DHL
- ***Sequestro della ditta distributrice*** in provincia di Milano
- ***Sequestro del laboratorio dell'azienda***

IV.3.6. Casi di ricoverati in pronto soccorso per intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici in Italia (2009-2010)

Figura IV.3.3: Mappatura dei casi di intossicazione da cannabinoidi sintetici segnalati al Sistema Nazionale di Allerta del Dipartimento Politiche Antidroga nel periodo 2009 – 2011



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

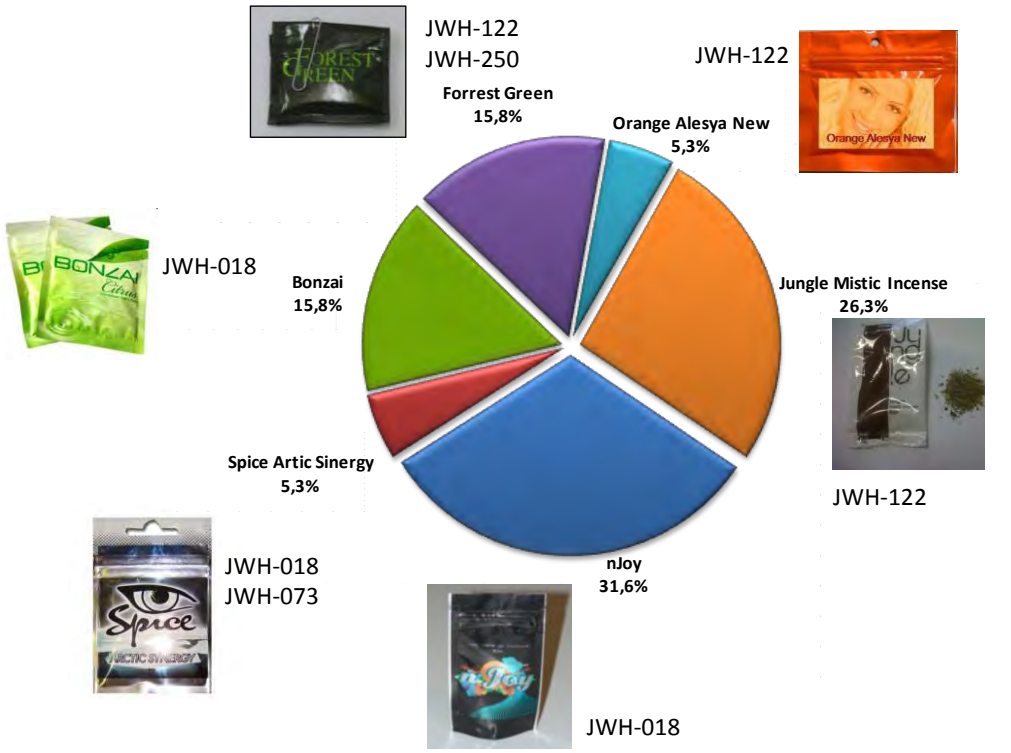
19 casi di intossicazione acuta

Tabella IV.3.1: Elenco delle intossicazioni acute da cannabinoidi sintetici con ricovero in Pronto Soccorso secondo il luogo di ricovero, la tipologia di prodotto e l'età del soggetto intossicato

N	Città	Prodotto	Età pzt. intossicato
1	Milano	n-Joy	55 anni
2	Venezia	n-Joy	35 anni
3	Venezia	n-Joy	25-35 anni
4	Venezia	n-Joy	25-35 anni
5	Venezia	n-Joy	25-35 anni
6	Portogruaro	n-Joy	19 anni
7	Napoli	Spice Artic Synergy	20 anni
8	Milano	Bonzai	18 anni
9	Milano	Bonzai	17 anni
10	Milano	Bonzai	22 anni
11	Asti	Forest Green	21 anni
12	Asti	Forest Green	14 anni
13	Asti	Forest Green	15 anni
14	Reggio Emilia	Jungle Mistic Incense	17 anni
15	Reggio Emilia	Jungle Mistic Incense	16 anni
16	Carmagnola (TO)	Jungle Mistic Incense	43 anni
17	Carmagnola (TO)	Jungle Mistic Incense	21 anni
18	Novi Ligure	Jungle Mistic Incense	35 anni
19	Bologna	Orange alesya new	15 anni

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

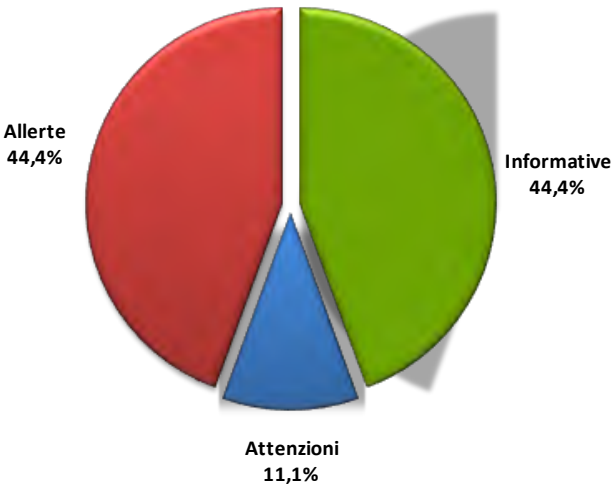
6 tipologie di prodotto consumato



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Figura IV.3.5: Comunicazioni attivate dal Sistema di Allerta relative ai casi di identificazione di cannabinoidi sintetici in laboratorio e casi clinici di intossicazione correlati alla loro assunzione, segnalati in Italia nel

Azioni del Sistema di Allerta: 4 allerte inviate, 4 informative, 1 attenzione



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Tabella IV.3.2: Nomi commerciali di miscele di erbe segnalate al Sistema Nazionale di Allerta e corrispondenti cannabinoidi sintetici in esse identificati

Elenco dei nomi reperibili sul commercio per i cannabinoidi sintetici

Nome commerciale	Cannabinoidi identificati	In Tabella I (D.P.R309/90)
Genie	JWH-018	SI
N-Joy	JWH-018	SI
Spice Artic Synergy	JWH-018 JWH-073	SI
Amazonas	JWH-250	NO
Orange lilia	JWH-018 JWH-073	SI
Orange Oxana	JWH-073 delta-9-THC	SI
Jamaican Gold	JWH-018	SI
Jamaican Spirit	JWH-250 JWH-081	NO
Jamaican Spirit	JWH-250	NO
Mojo	JWH-018	SI
Infinity	JWH-073	SI
Bonzai	JWH-018	SI
Sencation	JWH-073 metil derivato	NO
Bonzai Citrus	JWH-081	NO
Afghan Incense	JWH-018	NO
Bonzai Winter Boost	JWH-250	NO
New Jamaican Gold	JWH-081	NO
Blaze	JWH-081	NO
Blaze	JWH-250	NO
Jamaican Spirit	JWH-200+JWH-081	NO
Forest Green	JWH-250+tracce di JWH-122	NO
Forest Green	JWH-122	NO
Intensive Shot	JWH-250	NO
Ketama Gold	JWH-250	NO
Jungle Mistic Incense	JWH-122	NO
Jamaican Spirit	JWH-250	NO
Start of Fire	JWH-250	NO
Bonzai	JWH-250	NO
Bonzai Citrus	JWH-018	SI
Blaze	JWH-018	SI
Smoke	JWH-018	SI
Blaze	JWH-018	SI
Bonzai	JWH-018	SI
Bonzai Citrus	JWH-081	NO
Creme Supreme Incense	JWH-250	NO
Gejnie	JWH-018	SI
Jamaica Spirit	JWH-081 JWH-250	NO
King B	JWH-073 JWH-073 metil derivato	SI NO
Original Diamond	JWH-073	SI
Original Diamond Spirit	JWH-073	SI
Spice Artic Synergy	JWH-018 CP 47,497 (C8)	SI NO
Spice Diamond	CP 47,497 (C8)	NO
Jamaica Spirit	JWH-081 JWH-250	NO
King B	JWH-073 JWH-073 metil derivato	SI NO
Original Diamond	JWH-073	SI
Original Diamond Spirit	JWH-073	SI
Spice Artic Synergy	JWH-018 CP 47,497 (C8)	SI NO

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Testo a cura di

Rimondo[1] C., Burgarella[1] C., Seri[1] C.

[1] Sistema Nazionale di Allerta Precoce, Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

CAPITOLO IV.4.

PROGETTO “RAVE PARTY PREVENTION”: PREVENZIONE DEI RAVE PARTY ILLEGALI (SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE)

IV.4.1. Introduzione

IV.4.2. Obiettivo generale del progetto

IV.4.3. Risultati

IV.4. Progetto "Rave Party Prevention": prevenzione dei rave party illegali (Sistema Nazionale di Allerta Precoce)

IV.4.1. Introduzione

Il fenomeno rave: pericoloso e fuori controllo

I rave party sono eventi musicali illegali frequentati da fasce di popolazione a rischio per i comportamenti rispetto all'abuso di alcol e droga. Le conseguenze di tali comportamenti sono spesso causa di problemi di ordine sanitario e pubblico, oltre che di danno alla persona provocato dal consumo e dallo spaccio di droga e di danno ambientale e pubblico. Questi eventi si caratterizzano per il fatto di essere organizzati intenzionalmente all'insaputa degli enti deputati al controllo (Questure, Prefetture, Forze dell'Ordine) e risultano privi di ogni tipo di assistenza sanitaria che possa intervenire in caso di intossicazioni da sostanze stupefacenti e/o alcoliche.

I social media come canale per il passaparola

La circolazione delle informazioni relative all'organizzazione degli eventi musicali illegali risulta estremamente nascosta a causa della necessità degli organizzatori di mantenere segreto l'evento e di non essere scoperti dalle autorità. I meccanismi di comunicazione si basano sul passaparola e sulle moderne tecnologie dei social media (private message, chat, ecc.) che, grazie ad un articolato sistema di inclusione ed esclusione dai gruppi di appartenenza, permettono di mantenere un contatto diretto tra partecipanti ed organizzatori, mantenendo però la riservatezza, in esterno, sulle location stabilite per le feste illegali.

Sistema di allerta e unità di monitoraggio

Il Dipartimento Politiche Antidroga, nell'ambito delle attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, si è dotato di un'unità di monitoraggio del web che si occupa dell'osservazione periodica e sistematica di siti che promozionano eventi musicali illegali. Attraverso la loro osservazione, da ottobre 2010 è stato possibile identificare alcuni di questi eventi che hanno avuto luogo sul territorio italiano, individuando il luogo e la data in cui sarebbero avvenuti.

Il monitoraggio del web e la gestione delle informazioni recuperate on-line è alla base del Progetto Rave Party Prevention, promosso dal Dipartimento Politiche Antidroga, affidato alla Croce Rossa Italiana e svolto in collaborazione con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga e la Polizia delle Comunicazioni.

IV.4.2. Obiettivo generale del progetto

L'obiettivo generale del progetto è prevenire o ridurre l'alto rischio di mortalità e invalidità droga e alcol correlata durante lo svolgimento degli eventi illegali di aggregazione giovanile in cui vi sia la possibilità di utilizzo di sostanze stupefacenti.

Coinvolgimento di altri enti

L'obiettivo sarà raggiungibile attraverso il coinvolgimento coordinato di vari Enti ed Organizzazioni operanti nell'ambito della prevenzione socio-sanitaria, della sicurezza territoriale, dello spaccio e del traffico delle sostanze stupefacenti e della rete Internet (Prefetture, Questure, Dipartimenti delle Dipendenze, Comuni, Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, Polizia delle Comunicazioni).

Obiettivi specifici

Sarà possibile raggiungere prima di tutto adottando tecniche di individuazione precoce delle date degli eventi musicali illegali che nella maggior parte dei casi non vengono pubblicizzate apertamente, ma attraverso siti internet specializzati il cui accesso non è di immediata attuazione.

In una prima fase quindi è importante riuscire a individuare tempestivamente dove potrebbero svolgersi tali eventi al fine di:

- Obbligare gli organizzatori di tali eventi ad adottare tutte le misure di protezione e le norme previste per legge al fine di assicurare la sicurezza dei partecipanti;

- In caso di non accettazione delle condizioni di sicurezza richieste, prevedere, mediante le Forze dell'Ordine e le Autorità preposte, l'identificazione e la responsabilizzazione diretta degli organizzatori, anche mediante diffida, al fine di impedire lo svolgimento di tali eventi se non riportati a norma;

- In caso di impossibilità di impedimento dell'evento, fare in modo che possano essere attivati all'interno di tali manifestazioni interventi di prevenzione secondaria al fine di ridurre il rischio overdose;

- Dopo lo svolgimento dell'evento illegale, predisporre, tramite le Forze dell'Ordine, il sequestro delle attrezzature sonore ed impiantistiche utilizzate per la realizzazione dell'evento musicale illegale, il tutto individuando i responsabili e procedendo nei loro confronti secondo quanto previsto dalla legge.

Inoltre ci si pone l'obiettivo di studiare proposte per una nuova regolamentazione territoriale della realizzazione degli eventi di cui sopra.

Tabella IV.4.1: Interventi adottati per intervenire sugli eventi musicali illegali individuati attraverso l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Tempistica	Intervento	Specifiche
I Pre-evento	Prevenire lo svolgimento	Sorveglianza attiva della rete e attivazione precoce delle autorità (Forze dell'Ordine e Amministrazioni locali)
II Durante l'evento	Gestire i rischi durante l'evento	Attività di supporto sanitario mediante unità mobili (Croce Rossa Italiana)
III Post-evento	Sequestrare attrezzature sonore e impiantistiche e denunciare gli organizzatori	Attività di contrasto (Forze dell'Ordine)

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

IV.4.3. Risultati

Di seguito si riporta la tabella degli eventi musicali illegali individuati con il monitoraggio dell'unità di sorveglianza web del Dipartimento Politiche Antidroga attraverso il Sistema Nazionale di Allerta Precoce. Il periodo di riferimento del monitoraggio è: 28 ottobre – 26 maggio 2011.

32 eventi musicali illegali individuati

Il monitoraggio ha portato all'individuazione di 32 eventi musicali illegali. Di questi, 29 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 verificarne la legalità.

37,5% degli eventi è stato impedito, 21,9% gestito

Dei 32 eventi illegali individuati e segnalati, 12 sono stati impediti (37,5%), cioè fermati prima che si svolgessero; 7 sono stati gestiti con l'intervento in loco delle Forze dell'Ordine (21,9%) e 6 sono avvenuti comunque, nonostante la segnalazione del Dipartimento Politiche Antidroga (18,8%). Ad oggi, si è in attesa del riscontro relativo all'esito di 4 segnalazioni.

Figura IV.4.1: Mappatura dei rave segnalati dal Dipartimento Politiche Antidroga (28 ottobre – 26 maggio 2011) in ordine cronologico di individuazione.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Determinazione dell'esito delle segnalazioni

L'esito degli eventi musicali segnalati viene determinato attraverso due elementi: i riscontri che le Forze dell'Ordine inviano al Dipartimento Politiche Antidroga dopo aver recepito la segnalazione e aver attivato gli opportuni controlli; il monitoraggio degli spazi di espressione individuale on-line (blog, forum, ecc.), dove organizzatori e partecipanti lasciano commenti sull'evento avvenuto o impedito. L'esito riportato, quindi, è la risultanza di quanto riportato dalle Forze dell'Ordine e dei commenti pubblicati on-line dai partecipanti all'evento.

Eventi non segnalati

I 3 eventi indicati in Tabella IV.2.2 come "Evento non segnalato" sono eventi di cui non si è riusciti a raccogliere sufficienti informazioni in anticipo circa il luogo dove si sarebbero tenuti e che, quindi, non è stato possibile segnalare alle Amministrazioni territoriali per mancanza di notizie.

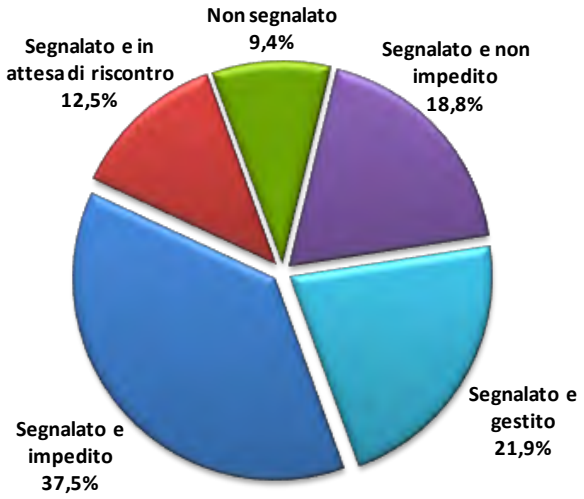
Tempo di anticipo

Il periodo medio di anticipo delle segnalazioni è stato di 1 giorno.

59,4% degli eventi è stato impedito o gestito

Come si evince dalla Figura IV.2.2, oltre la metà degli eventi individuati (59,4%) è stato impedito o gestito dalle Forze dell'Ordine. Ciò significa che per tali eventi sono state evitate le condizioni di rischio legate al traffico, allo spaccio e all'uso di sostanze stupefacenti durante le manifestazioni, impedendo quindi il pericolo di intossicazioni acute, anche fatali, tra i partecipanti.

Figura IV.4.2: Esito degli eventi musicali illegali segnalati dal Dipartimento Politiche Antidroga a Prefetture, Questure, Comuni, Procure e Direzione Centrale per i Servizi Antidroga



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella IV.4.2: Eventi musicali illegali individuati attraverso il monitoraggio della rete web. Periodo: 28 ottobre 2010 – 26 maggio 2011

N	Nome evento	Data prevista	Luogo	Esito	Note
1	HALLOWEEN for FRiENDS	30/10/2010	Como sud	Evento segnalato e impedito	La Questura ha contattato gli organizzatori.
2	A V A I K I::. TERRANOISE + Purple Hexagon Label Party	30/10/2010	Laboratorio Buridda, Genova	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
3	OTTURBATOIDI vs PSY FLY TEAM - LAST MAN STANDING	13/11/2010	Imola	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO che hanno contattato gli organizzatori invitandoli a regolarizzare l'evento.
4	FUCK DISCO BUSINESS	13/11/2010	tra Reggio Emilia e Parma	Evento segnalato e non impedito	Mancanza di informazioni sufficienti per procedere
5	METODIC ILLUSION	13/11/2010	Bologna area	Evento non segnalato	Mancanza di informazioni sufficienti per procedere
6	PANIC ROOM	14/11/2010	assente (spiaggia)	Evento non segnalato	Mancanza di informazioni sufficienti per procedere

continua

continua

N	Nome evento	Data prevista	Luogo	Esito	Note
7	CHAOS IN THE OCCUPIED SCHOOL	20/11/2010	Ravenna	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
8	BEHIND YOUR MIND 2,0	27/11/2010	Firenze Area	Evento segnalato e impedito	Controlli effettuati dalle FFOO nel locale in cui si è svolta la festa.
9	DANGER PARTY	04/12/2010	Comacchio Area	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
10	CONNECTION WAVE	17/12/2010	Mogliano Veneto (Treviso)	Evento gestito	Intervento delle FFOO
11	THE NIGHT OF THE UNTOUCHABLES	18/12/2010	Messina	Evento segnalato e impedito	La Questura ha contattato gli organizzatori.
12	DIRTY FOX	15/01/2010	Forlì	Evento segnalato e gestito	Gli organizzatiori hanno dovuto cambiare location e scegliere una discoteca
13	Benefit Party for Infoschock and LAB57	15/01/2010	Torino	Evento segnalato e gestito	Controlli effettuati dalle FFOO
14	Dj 69 DB - Tekno party	15/01/2010	Catania	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
15	LA FESTA DEI CAPRETTI - NaScI aNd D-MaN b.DaY	21/01/2011	Reggio Emilia	Evento segnalato e non impedito	Le Forze dell'Ordine non hanno approfondito la segnalazione del Dpa
16	ALIEN SPIRIT _ THE RETURN	22/01/2010	Reggio Emilia	Evento segnalato e non impedito	Le Forze dell'Ordine non hanno approfondito la segnalazione del Dpa
17	VIOLENT UNDERGROUND INVASION	22/01/2011	Drezzo (CO)	Evento non segnalato	Scoperto dalla Guardia di Finanza di Como
18	CANNABIS CUP	22/01/2011	Roma	Evento segnalato e in attesa di riscontro	-
19	TRaVeL DiSToRTioN	29/01/2011	Milano	Evento segnalato e non impedito	Le Forze dell'Ordine non hanno approfondito la segnalazione del Dpa
20	TRANCENDANCE	29/01/2011	Pisa	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
21	TERREMOTO PSICOATTIVO	05/02/2011	Trento	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO

continua

continua

N	Nome evento	Data prevista	Luogo	Esito	Note
22	TRANCEDELIKA 3.0	11/02/2011	Firenze/ Prato	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
23	INNER MELODY	19/02/2011	Lecco	Evento segnalato e non impedito	Le Forze dell'Ordine non hanno approfondito la segnalazione del Dpa
24	MYSTIC	26/02/2011	Forlì	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
25	NOCTURNAL EXPERIMENT phase 3	05/03/2011	Urbino	Evento segnalato e gestito	Organizzatori contattati dal Questore hanno dovuto cambiare location e scegliere una discoteca
26	STEREOGTRAPHIC SIGNAL	12/03/2011	Firenze	Evento segnalato e in attesa di riscontro	-
27	GANAPATHY	19/032011	Mariotto (BA)	Evento segnalato e in attesa di riscontro	-
28	FUCK YOU REVOLUTION	02/04/2011	Frazione Sant'Andrea, Civitella del Tronto (TE)	Evento segnalato e impedito	Organizzatori contattati dal Questore hanno annullato l'evento
29	FLUSSO ODICO	09/04/2011	Cremona	Evento segnalato e gestito	L'evento non è stato interrotto dalle FFOO
30	BACK TO THE OLF SCHOOL	20/5/2011	Prato	Evento segnalato e in attesa di riscontro	-
31	DISTRUKTION DAY	20/5/2011	Trento	Evento segnalato e non impedito	L'evento non è stato individuato dalle FFOO
32	FREEDOM ACT 2°	21/05/2011	Forlì	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Testo a cura di

Rimondo[1] C., Burgarella[1] C., Seri[1] C.

[1] Sistema Nazionale di Allerta Precoce, Dipartimento Politiche Antidroga - Presidenza del Consiglio dei Ministri

CAPITOLO IV.5.

PROGETTO SIND SUPPORT: SUPPORTO ALL'IMPLEMENTAZIONE ED AVVIO DEL SISTEMA INFORMATIVO NAZIONALE SULLE DIPENDENZE (SIND) COME RETE INFORMATICA NAZIONALE UNIFICATA PER IL SISTEMA DELLE DIPENDENZE

IV.5.1. Introduzione

IV.5.2. Obiettivo generale del progetto

IV.5.3. Attività

IV.5.4. Risultati preliminari

IV.5. Progetto SIND Support: supporto all'implementazione e avvio del sistema informativo nazionale sulle dipendenze (SIND) come rete informatica nazionale unificata per il sistema delle dipendenze

Dipartimento per le Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri in collaborazione con il Ministero della Salute (Direzione Generale Prevenzione Sanitaria e Direzione Generale Sistema Informativo)
Regioni partecipanti: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Provincia Autonoma di Bolzano, Provincia Autonoma di Trento, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria, Valle d'Aosta, Veneto.

IV.5.1. Introduzione

Decreto Ministero Salute 11 giugno 2010 (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 (SIND), riguardanti i soggetti assistiti dai servizi per le dipendenze delle Regioni e delle Province Autonome.
Tale flusso si inserisce in un contesto di ampia revisione ed evoluzione del sistema informativo sanitario nazionale, avviato con l'Accordo Stato – Regioni del 22 febbraio 2001 per lo sviluppo del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).
Sulla base dell'elevata eterogeneità di diffusione di sistemi informativi gestionali automatizzati presso i servizi per le dipendenze, rilevata in fase di approvazione del Decreto, il Dipartimento per le Politiche Antidroga, in collaborazione con il Ministero della Salute (Dipartimento della qualità – direzione generale del sistema informativo e Dipartimento prevenzione e comunicazione – direzione generale prevenzione sanitaria), nel 2010 ha attivato un progetto, SIND Support, con la finalità di favorire l'implementazione capillare, standardizzata ed uniforme del sistema informativo SIND in tutte le Regioni e Province Autonome.

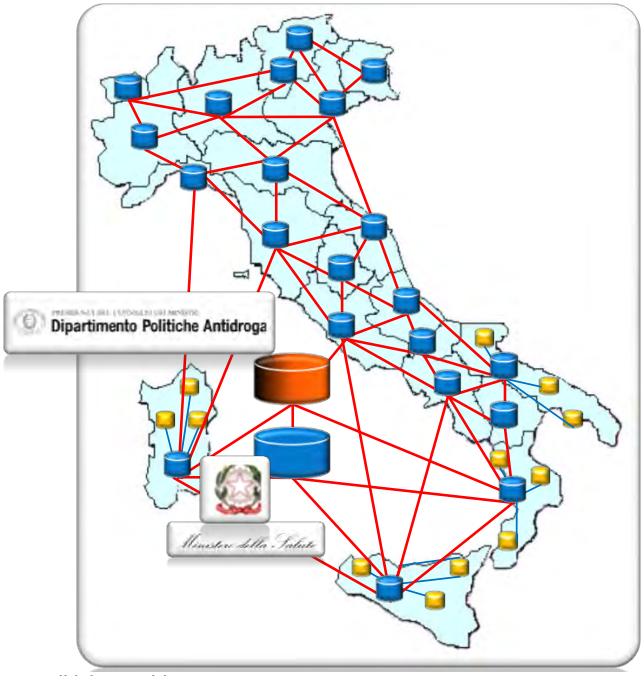
IV.5.2. Obiettivo generale del progetto

Obiettivo generale: condurre a regime il flusso informativo SIND

Obiettivo generale del progetto è 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 relazione al tracciato SIND.
In particolare, il progetto deve predisporre le basi per la realizzazione di un sistema nazionale che consenta una più agevole azione relativamente a:

- il 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, delle Nazioni Unite – Annual Report Questionnaire;
- l'adeguamento della raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze;

Figura IV.5.1: Rete informativa SIND



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

IV.5.3. Attività

Il progetto è stato finanziato con un fondo complessivo di 1.000.000 di Euro, di cui 740.000 ripartito tra le Regioni e PP.AA. sulla base di una valutazione preliminare, mediante la compilazione di una versione semplificata di check-list, dello stato di implementazione, presso i servizi per le dipendenze, di sistemi informativi automatizzati e per singolo utente.

Finanziamento complessivo di 1.000.000 di Euro

Sulla base del fabbisogno finanziario indicato dalle Regioni e PP.AA. è stato predisposto un modello di ripartizione dei fondi disponibili, caratterizzato da un criterio preliminare di classificazione delle regioni in relazione al grado di implementazione del sistema informativo per singolo paziente, e sulla limitazione dei finanziamenti per capitolo di spesa.

Ripartizione del Fondo alle Regioni e Province Autonome

Al fine del coordinamento delle Regioni e PP.AA. nell'implementazione della rete informativa dei servizi per le tossicodipendenze, il Dipartimento Politiche Antidroga, in collaborazione con il Ministero della Salute, ha attivato un gruppo di lavoro specifico, composto da referenti regionali e del Ministero della Salute, coordinato dal DPA stesso (Figura IV.5.2).

Conseguiti i primi obiettivi specifici del progetto relativi all'istituzione del gruppo di lavoro permanente, alla ricognizione della diffusione di sistemi informativi per singolo paziente, alla rilevazione del fabbisogno finanziario e relativa perequazione dei fondi disponibili, le attività del gruppo di lavoro si sono concentrate sull'obiettivo specifico centrale del progetto, riguardante la stesura del manuale operativo per la rilevazione delle informazioni ed il loro trasferimento presso le Amministrazioni Centrali, pubblicato nel mese di maggio 2011.

Ricognizione della diffusione di sistemi informativi per singolo utente presso le Regioni e PP.AA.

Figura IV.5.2: Adesione delle Regioni e PP.AA. al progetto SIND Support

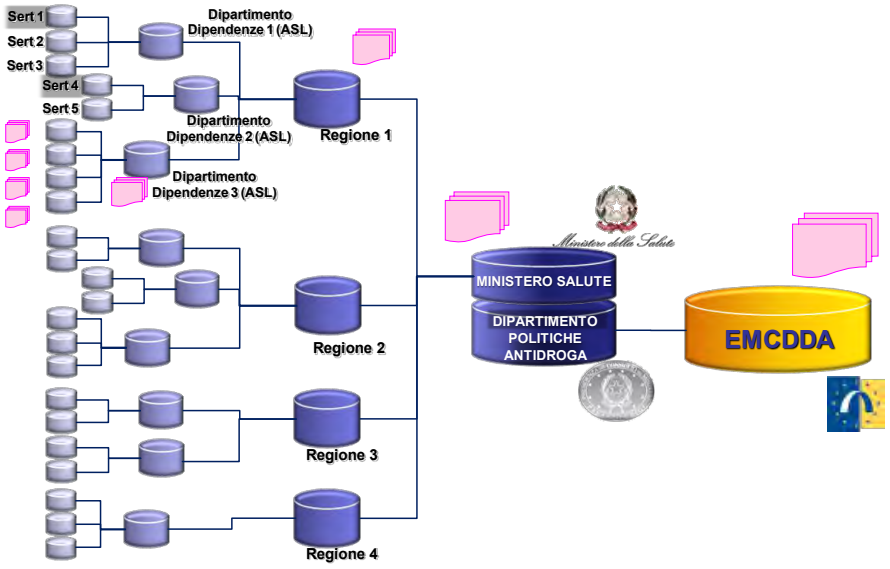


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Istituzione di un gruppo di lavoro tecnico per la stesura del manuale operativo SIND

A tal fine è stato istituito un sotto gruppo di lavoro tecnico, con funzioni consultive e propositive nell'ambito del quale sono state discusse e condivise le tematiche relative ai criteri da adottare presso i servizi per la rilevazione standard ed uniforme del tracciato record SIND, dedicando particolare attenzione anche al fabbisogno informativo richiesto dagli standard europei.

Figura IV.5.3: Struttura della rete di rilevazione e trasmissione del flusso informativo SIND



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Sinergia con il progetto NIOD

A tal riguardo il progetto SIND Support si interseca virtuosamente con un altro progetto avviato nel 2010 dal Dipartimento Politiche Antidroga (progetto NIOD), sull'attivazione e il 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). Tra gli obiettivi del progetto NIOD, infatti, figura anche la rilevazione da parte delle Regioni e PP.AA. e delle Amministrazioni

Centrali, dei 5 indicatori chiave dell'EMCDDA per il monitoraggio del fenomeno sul consumo di sostanze stupefacenti.
Tali indicatori rappresentano il debito istituzionale ai vari livelli secondo la logica bottom-up (Azienda Sanitaria → Regione/PA → Stato → EU) (Figura IV.5.3); risulta di fondamentale importanza, quindi, la condivisione a tutti i livelli di standard metodologici, strutturali, informativi e di reporting. Un riscontro oggettivo a tale esigenza viene fornito dai contenuti del manuale operativo del tracciato SIND, in relazione al potere informativo del flusso stesso, che da solo contribuisce ad assolvere a tutto o in parte il debito informativo di tre indicatori chiave (TDI – dati sulla domanda di trattamento da parte dei consumatori; DRID – dati su malattie infettive correlate; PDU - stime sul consumo problematico)

IV.5.4. Risultati preliminari

L'attivazione del progetto è stata un'iniziativa importante promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga per dare continuità al processo di evoluzione e cambiamento del sistema informativo territoriale dei servizi per le dipendenze avviato agli inizi degli anni 2000 dal Ministero della Salute mediante il progetto SESIT (Potenziamento delle dotazioni informatiche dei Ser.T. e implementazione di un sistema di monitoraggio dell'utenza dei servizi basato sull'utilizzo di standard europei).

Progetto SIND Support come continuità del progetto SESIT del Ministero della Salute

Dal punto di vista normativo, tale processo di evoluzione si è concretizzato attraverso il DM 11 giugno 2010, mentre dal punto di vista operativo, un contributo preliminare alle Regioni e PP.AA per l'implementazione del sistema informativo SIND a regime o ex-novo, è stato fornito mediante l'avvio del progetto SIND Support, sia in termini finanziari che in termini di metodologie standard per la rilevazione delle informazioni (pubblicazione del manuale operativo SIND).

L'istituzione di un tavolo permanente tra le Amministrazioni Centrali e le Regioni e PP.AA., consente, inoltre, il monitoraggio, la condivisione ed il confronto continuo sul piano tecnico delle metodologie per il conseguimento degli ulteriori obiettivi specifici previsti dal progetto orientati alla creazione di sistemi automatizzati per la condivisione di report standard che permettano il confronto virtuoso tra le diverse realtà locali

Gruppo di lavoro permanente Amministrazioni Centrali e Regionali per il monitoraggio del fenomeno e confronto tra le

Diverse realtà locali e nazionale

Figura IV.5.4: Modalità di condivisione e confronto degli indicatori calcolati mediante il flusso SIND



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Testo a cura di
Serpelloni[1] G., Genetti[1] B., Mollica[1] R.

[1] Dipartimento Politiche Antidroga – Presidenza del Consiglio dei Ministri

CAPITOLO IV.6.

IL CONSUMO DI ALCOL NEI GIOVANI E NEGLI ADULTI

IV.6.1. I consumatori di bevande alcoliche

IV.6.2. Le modalità di consumo

IV.6.3. I consumatori a rischio (criterio ISS)

IV.6.4. Modelli di consumo nella popolazione giovanile

IV.6.5. Modelli di consumo nella popolazione anziana

IV.6.6. La mortalità e la morbilità alcol-correlata

IV.6.7. Il consumo di alcol

IV.6.8. Considerazioni critiche

IV.6. Il consumo di alcol nei giovani e negli adulti

Emanuele Scafato, Silvia Ghirini

Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, WHO CC Research on Alcohol, Istituto Superiore di Sanità

IV.6.1. I consumatori di bevande alcoliche

I consumatori di bevande alcoliche

La prevalenza dei consumatori di almeno una bevanda alcolica si è attestata, negli ultimi 10 anni, intorno all'68% con una marcata differenza di genere. Nel corso del 2009 i consumatori di almeno una bevanda alcolica sono stati il 68,5 % degli italiani di età superiore ad 11 anni (36 milioni e 549 mila persone) con prevalenza notevolmente maggiore tra gli uomini (81%) rispetto alle donne (56,9%).

Vino

La percentuale di consumatori di vino nel 2009 è stata del 54% con una marcata differenza di genere (67.5% tra gli uomini, 41.3% tra le donne).

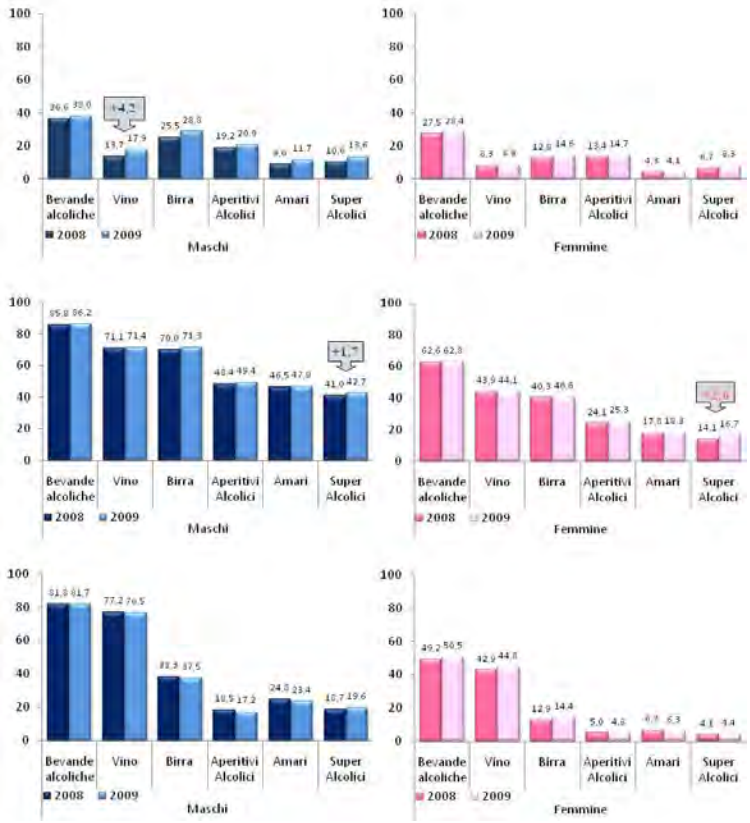
Birra

I consumatori di birra sono stati nel 2009 il 45.9% della popolazione di età superiore agli 11 anni, con una prevalenza tra i maschi del 60,8%, il doppio di quella registrata tra le femmine (31,9%). I consumatori di aperitivi alcolici sono stati nel 2009 il 29.6% della popolazione e mentre quelli di amari e di super alcolici rispettivamente il 26.2% ed il 23.8%.

Aperitivi Alcolici, amari e super alcolici

Rispetto all'anno 2008, nella classe di età 11-18 anni si registra un incremento della percentuale dei consumatori di vino di sesso maschile pari a 4.2 punti percentuali; nella classe di età 19-64 anni si registra un incremento dei consumatori di super alcolici pari a 1.7 punti percentuale tra gli uomini ed a 2.6 punti percentuali tra le donne.

Figura IV.6.1: Prevalenza(%) dei consumatori di bevande alcoliche per genere e classe di età. Anno 2008-2009



Fonte: Elaborazione Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS - Istituto Superiore di Sanità e WHO CC Research on Alcohol, su dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie ISTAT 2009-2010

IV.6.2. Le modalità di consumo

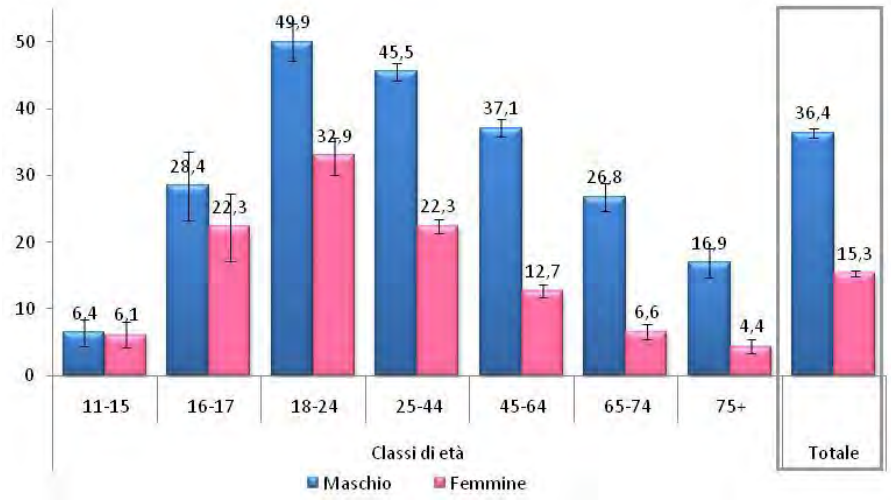
Il consumo delle bevande alcoliche è considerato, in Italia come in molti altri paesi dell'area occidentale europea, parte integrante dell'alimentazione e della vita sociale. L'introduzione di stili di vita non salutari hanno tuttavia trasformato la concezione del "bere mediterraneo" cioè di un consumo di bevande alcoliche, in particolar modo il vino, mai lontano dai pasti, mai in eccesso e solo come esaltatore della cucina secondo la tradizione del nostro Paese. Risulta pertanto fondamentale la corretta valutazione dei rischi connessi all'assunzione di bevande alcoliche, basata sull'analisi dell'abitudine a bere lontano dai pasti, della frequenza e delle quantità assunte dagli individui, e dell'abitudine a concentrare quantità eccessive di alcol in una singola occasione.

I consumatori fuori pasto

L'abitudine di consumare bevande alcoliche al di fuori dei pasti principali è uno stile di vita scorretto seguito, nel 2009, da oltre 13.500.000 di persone di 11 anni e più, pari al 25,4% della popolazione di età superiore a 11 anni, con una marcata differenza di genere (Maschi=36,4%; Femmine=15,3%) ma invariata rispetto alla precedente rilevazione.

L'analisi per classe di età mostra che, per entrambi i sessi, la percentuale aumenta fino a raggiungere valori massimi nella classe di età 18-24 dove un uomo su due e una donna su 3 consumano bevande alcoliche fuori pasto. Nelle fasce di età al di sopra dei 18 anni le prevalenze sono più elevate tra gli uomini rispetto alle donne.

Figura IV.6.2: Prevalenza(%) dei consumatori di vino o alcolici fuori pasto. Anno 2009



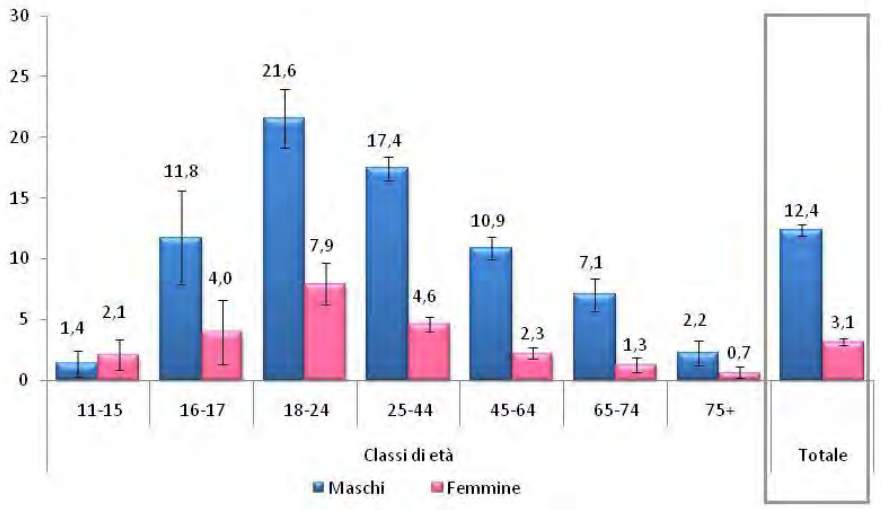
Fonte: Elaborazione Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS - Istituto Superiore di Sanità e WHO CC Research on Alcohol, su dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie ISTAT 2010

Binge drinkers

Nel 2009 in Italia, il 12.4% degli uomini ed il 3.1% delle donne hanno dichiarato di aver assunto 6 o più bicchieri di bevande alcoliche in una singola occasione; un fenomeno costante, trasversale alle classi di età, caratterizzante un modello di consumo, denominato *Binge Drinking* che si è consolidato nel nostro paese in particolare nella fascia di popolazione giovanile e adulta di entrambi i sessi.

L'analisi per classi di età mostra che la prevalenza aumenta dall'età di 11-15 anni fino a raggiungere valori massimi nella classe di età 18-24 dove un ragazzo su 5 e una ragazza su dieci si è ubriacato almeno una volta nel corso dell'anno. Le prevalenze sono nettamente più elevate tra gli uomini rispetto alle donne in tutte le classi di età ad eccezione dei giovanissimi (11-15 anni).

Figura IV.6.3: Prevalenza(%) dei consumatori binge drinking. Anno 2009



Fonte: Elaborazione Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS - Istituto Superiore di Sanità e WHO CC Research on Alcohol, su dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie ISTAT 2010

IV.6.3. I consumatori a rischio (criterio ISS)

La definizione di consumatore a rischio

La quantificazione dei consumi di alcol a rischio si basa principalmente sull'identificazione dei consumatori che eccedono le quantità che le agenzie per la tutela della salute indicano come "limite massimo" da non superare per non incorrere in rischi, pericoli o danni completamente o parzialmente evitabili a fronte della moderazione o, in casi definiti (ad es. guida), dell'astensione dal consumo. Secondo le Linee Guida nazionali per una sana alimentazione dell'INRAN, che recepiscono fra l'altro le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale di Sanità, sono da considerare consumatori a rischio i maschi che superano un consumo quotidiano di 40 grammi di alcol contenuti in una qualsiasi bevanda alcolica (2-3 unità alcoliche standard) e le femmine che superano un consumo quotidiano di 20 grammi (1-2 unità alcoliche standard). Alle suddette categorie di popolazione a rischio ne vanno peraltro aggiunte altre, che si riferiscono a soggetti da considerare a rischio anche con consumi più moderati, come anziani e giovani 16-18enni, ai quali si raccomanda di non superare una UA al giorno ed adolescenti al di sotto dell'età legale (16 anni) ai quali si consiglia l'astensione da qualsiasi tipo di consumo. Per tutti inoltre si raccomanda di non concentrare grandi quantità di alcol in un arco di tempo limitato (binge drinking). L'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS ha definito un indicatore in grado di tener conto di tutte le componenti che espongono un individuo a rischi per la sua salute (consumatori a rischio secondo il criterio ISS).

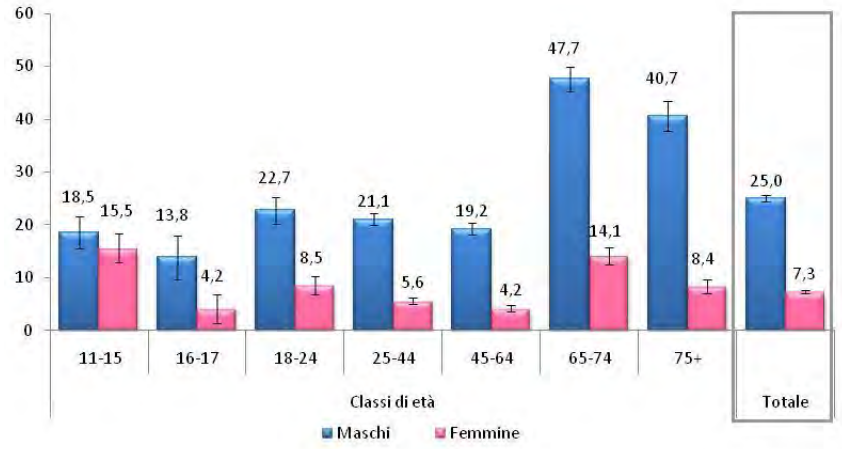
Il Livello nazionale

La prevalenza di consumatori a rischio (criterio ISS) elaborata attraverso l'indicatore sopra descritto, raggiunge, nel 2009, il 15.8% con una marcata differenza di genere (25.0% tra gli uomini, 7.3% tra le donne), invariata rispetto alla precedente rilevazione.

Analisi per classi di età

L'analisi per classi di età rileva comportamenti differenti rispetto al sesso degli intervistati. Tra gli uomini il valore più elevato si registra tra i 65-74enni dove un individuo su due risulta a rischio mentre tra le donne il valore più elevato si registra al di sotto dell'età legale (11-15 anni) dove circa una ragazza su 5 assume comportamenti a rischio per la sua salute. Al di sotto dell'età legale (16 anni), inoltre, si registrano valori che permettono di identificare circa 475.000 minori a rischio alcol-correlato senza differenze di genere, per i quali l'attuale legge prevede un consumo che dovrebbe essere pari a zero.

Figura. **IV.6.4**: Prevalenza(%) dei consumatori a rischio (criterio ISS) per sesso e classe di età. Anno 2009.



Fonte: Elaborazione Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS - Istituto Superiore di Sanità e WHO CC Research on Alcohol, su dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie ISTAT 2010

Analisi territoriale

Nelle regioni dell'Italia Nord-Orientale si registrano valori di prevalenza al di sopra della media nazionale per entrambe i sessi, ad eccezione dell'Emilia Romagna per gli uomini.
Tra gli uomini valori al di sopra del dato medio nazionale si registrano anche in Piemonte e Valle d'Aosta (29.5%) in Molise (38.3%) in Basilicata (32.0%) ed in Sardegna (36.8%), regione in cui si registra anche un incremento 6.2 punti percentuali rispetto al 2008. Il valore minimo nazionale si registra invece in Sicilia (14.7%).
Tra le donne, valori superiori al dato medio nazionale si registrano anche in Toscana (9.8%) ed in Emilia Romagna (9.9%), regione in cui si registra anche un incremento pari a 3 punti percentuali rispetto alla precedente rilevazione.

IV.6.4. Modelli di consumo nella popolazione giovanile

I dati nazionali

L'indagine Multiscopo Istat dell'anno 2009 mette in luce che il 51.6% dei giovani di 11-25 anni hanno consumato almeno una bevanda alcolica nell'arco dell'anno con una marcata differenza di genere (58.6% tra i ragazzi, 44.3% tra le ragazze) e senza variazioni significative nel corso degli ultimi anni.

Tabella IV.6.1: Prevalenza(%) dei consumatori 11-25enni per tipologia di consumo e sesso. Anno 2009.

Tipologia di consumatore	11-15			16-20		21-25		Totale	
	M	F		M	F	M	F	M	F
Consumatori di bevande alcoliche	18,5	15,5	*	70,9	53,8	81,3	63,0	58,6	44,4
Consumatori di vino	7,0	3,6	*	37,0	21,9	55,1	34,6	34,2	20,3
Consumatori di birra	11,8	5,8		58,6	32,8	71,6	42,4	48,9	27,2
Consumatori di aperitivi alcolici	8,2	6,0	*	46,2	33,5	58,6	41,9	39,0	27,3
Consumatori di amari	3,8	1,2	*	28,6	11,4	46,5	21,1	27,3	11,4
Consumatori di super alcolici	3,3	2,6	*	33,1	20,1	46,2	27,4	28,6	16,9
Consumatori di alcolici fuori pasto	6,4	6,1	*	39,5	28,4	53,8	33,4	34,4	22,8
Consumatori *binge drinking*	1,4	2,1	*	17,2	6,4	22,6	8,0	14,3	5,6
Consumatori a rischio-criterio ISS	18,5	15,5	*	19,0	6,9	23,8	8,4	20,5	10,3

* Non esiste una differenza statisticamente significativa di genere

Fonte: Elaborazione Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS - Istituto Superiore di Sanità e WHO CC Research on Alcohol, su dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie ISTAT 2010

Consumatori 11-15enni

I giovani che per legge non dovrebbero consumare alcun tipo di bevanda alcolica (11-15 anni) dichiarano di aver bevuto bevande alcoliche nel 18.5% dei casi tra i ragazzi e nel 15.5% tra le ragazze. L'unica bevanda in cui si registrano variazioni di genere risulta essere la birra (M=11.8%; F=5.8%). In totale si stima che circa 475.000 giovani di questa classe di età abbiano adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'Osservatorio Nazionale Alcol del CNESPS.

Consumatori 16-20enni

Nella classe di età adolescenziale, la percentuale di coloro che hanno dichiarato di aver consumato almeno una bevanda alcolica nel corso dell'anno è stata nel 2009 del 70.9% tra ragazzi e del 53.8% tra le ragazze.
La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche tra i ragazzi è superiore a quelle delle coetanee indipendentemente dalla bevanda consumata. La prevalenza di consumatori più elevata si registra tra coloro che hanno bevuto birra seguita da quella di aperitivi alcolici, mentre tra le ragazze i valori più elevati si registrano tra le consumatrici di birra ed aperitivi alcolici seguite da quelle di vino e super alcolici. In totale nell'anno 2009 sono stati stimati come consumatori a rischio, sulla base dei criteri stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità, oltre 395.000 16-20enni, con una marcata differenza di genere (M=19.0%; F=6.9%).

Consumatori 21-25enni

Il 72,4% dei giovani 21-25enni ha infine dichiarato di aver consumato bevande alcoliche nel corso dell'anno 2009, con una marcata differenza di genere (81.3% tra i ragazzi, 63.0% tra le ragazze). Per ogni tipologia di bevanda consumata i valori di prevalenza sono più elevati tra i ragazzi rispetto alle ragazze.
La prevalenza dei consumatori di birra tra i ragazzi 21-25enni è più elevata rispetto a quella delle altre bevande alcoliche per entrambi i sessi, quasi un giovane su 2 ha consumato bevande alcoliche lontano dai pasti (M=53,8%; F=33,4%) e uno su 7 si è ubriacato almeno una volta nel corso dell'anno (M=22,6%; F=8,0%). In totale si stima che nell'anno 2009 sono stati 500.000 i giovani che hanno adottato un comportamento a rischio per la loro salute sulla base dei criteri stabiliti dall'Istituto Superiore di Sanità, con una marcata differenza di genere (M=23.8%; F=8.4%).

IV.6.5. Modelli di consumo nella popolazione anziana

I dati nazionali

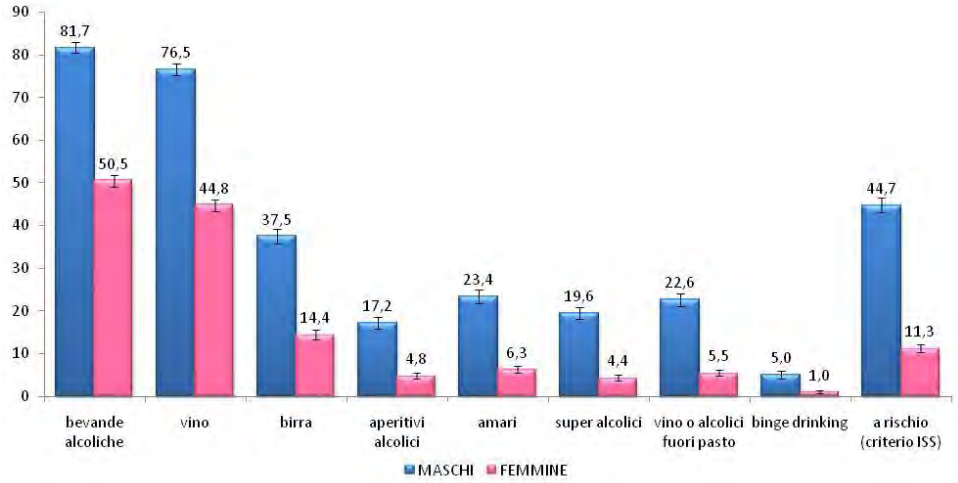
Il modello di consumo di bevande alcoliche degli anziani è essenzialmente di tipo tradizionale caratterizzato cioè dal consumo di vino durante i pasti. Infatti, il tipo di comportamento a rischio prevalente in questa fascia di popolazione è principalmente legato ad un consumo giornaliero non moderato, e questo evidenzia la necessità di una corretta informazione sulle quantità raccomandate per non incorrere in rischi per la salute.
I dati dell'indagine Multiscopo mostrano che nel 2009 il 63.7% della popolazione ultra 65enne ha consumato bevande alcoliche con una marcata differenza di genere (81.7% tra gli uomini e 50.5% tra le donne).
Il vino è la bevanda più consumata in questa fascia di età (76.5% degli uomini e 44.8% delle donne) seguita dalla birra (37.5% tra gli uomini e 14.4% tra le donne). La prevalenza dei consumatori di amari è 13.5% (M 23.4%; F 6.3%), dei consumatori di aperitivi alcolici è 10.1% (M 17.2%; F 4.8%), quella e dei consumatori di super alcolici è 10.8% (M 19.6%; F 4.4%).

I comportamenti a rischio

Le linee guida per una sana alimentazione raccomandano dopo i 65 anni di non consumare giornalmente più di una unità di bevanda alcolica e di non concentrare in un'unica occasione l'assunzione di 6 o più bicchieri di bevande alcoliche. Nel 2009 non si attenuti a queste indicazioni quasi un anziano su due e quasi una anziana su 10. Il bere per ubriacarsi non è un comportamento seguito dagli anziani nel 2009 ma il 22.6% degli uomini ed il 5.5% delle donne ha consumato bevande alcoliche lontano dai pasti. Il 90% circa del consumo eccessivo è legato al vino e

sono oltre 4 milioni i bicchieri di vino che su base quotidiana dovrebbero essere ridotti per riportare questi consumatori a rischio sotto la soglia del maggior rischio.

Figura IV.6.5: Prevalenza(%) dei consumatori ultra 65enni per sesso. Anno 2009.



Fonte: Elaborazione Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS - Istituto Superiore di Sanità e WHO CC Research on Alcohol, su dati dell'indagine Multiscopo sulle famiglie ISTAT 2010

IV.6.6. La mortalità e la morbilità alcol-correlata

La mortalità alcol-attribuibile

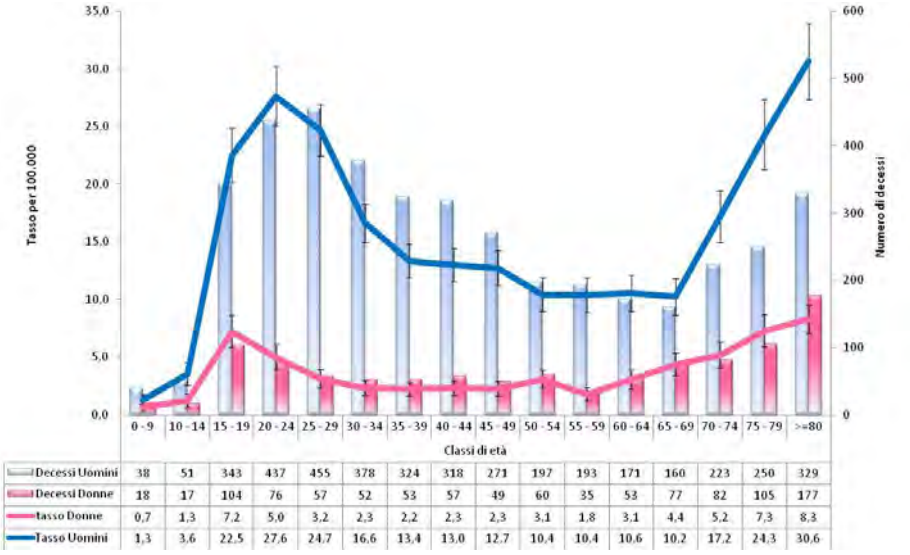
Ogni anno nel mondo almeno 2,3 milioni di persone muoiono per una causa alcol-correlata; in Europa 55 milioni di persone sono consumatori a rischio e 23 milioni gli alcoldipendenti. In EU 195.000 persone muoiono ogni anno per una delle 60 cause di morte alcol correlate.
In Italia si stima che oltre 20.000 persone ogni anno (13.000 uomini e 7.000 donne), di età superiore ai 15 anni muoiono per una causa di morte totalmente o parzialmente alcol-correlata. Esistono infatti decessi causati totalmente dal consumo di alcol correlate mentre altre cause di morte possono essere definite, sulla base della letteratura scientifica esistente, parzialmente attribuibili ad un consumo scorretto delle bevande alcoliche.
L'analisi della mortalità alcol-correlata prodotta dall'Istituto Superiore di Sanità ha stimato che, nel 2007, il 4,4% dei decessi tra gli uomini e il 2,5% tra le donne è correlato con il consumo di alcol e che questi decessi sarebbero parzialmente o totalmente potenzialmente evitabili a fronte di un corretta interpretazione del bere.
In particolare l'analisi della mortalità prodotta dall'Istituto Superiore di Sanità stima che sono alcol-correlate: il 60,5% dei decessi per cirrosi epatica fra gli uomini e il 51,5% tra le donne, il 36,6% dei decessi per tumore dell'orofaringe fra gli uomini e il 21,8% tra le donne, il 49,2% dei decessi per tumore alla laringe tra gli uomini e il 37,1% tra le donne, il 36,5% dei decessi per tumore al fegato tra gli uomini e il 26,1% tra le donne, il 49,5% e 43,3% dei decessi per epilessia rispettivamente tra gli uomini e le donne, il 57,7% e 49,2% dei decessi per varici esofagee rispettivamente tra gli uomini e le donne, il 38,1% dei decessi per incidente stradale fra gli uomini e il 18,4% tra le donne.

Gli incidenti stradali

Gli incidenti stradali in particolare, rappresentano un problema di assoluta priorità per la sanità pubblica per l'alto numero di morti e di invalidità (permanenti e temporanee) causa di costi economici che rendono l'intervento su alcol alla guida un investimento efficace ed efficiente per le strategie di prevenzione in tutti i Paesi. La stragrande maggioranza degli incidenti stradali gravi e di quelli mortali è causato da una serie di comportamenti scorretti tra cui, principalmente, eccesso di velocità, guida distratta e pericolosa, mancato rispetto della precedenza o della

distanza di sicurezza, dovuti a imperizia o disattenzione. Per tutti questi comportamenti sono influenti le condizioni o lo stato psico-fisico del conducente che non dovrebbe mai porsi sotto l'influenza di alcol e/o sostanze stupefacenti.
Secondo i dati disponibili ACI-ISTAT, in generale, negli orari notturni fra le 22 e le 6 si registrano meno incidenti ma con indici di mortalità superiori; in particolare la distribuzione dell'indice di mortalità durante l'arco della giornata mostra un trend crescente tra le ore 1 e 5 del mattino, quando si registrano 6 morti ogni 100 incidenti, e tra le 20 e la mezzanotte, in corrispondenza quindi delle uscite serali. Il dato va inoltre affiancato da quello relativo all'elevata percentuale di incidenti notturni del venerdì e sabato (44% del totale di tutti gli incidenti notturni), con una elevata correlazione stimata tra questo tipo di incidente stradale e l'abuso di alcol o altre sostanze d'abuso, soprattutto da parte dei giovani.
I decessi dovuti ad incidente stradale avvengono in tutte le fasce di età ma i tassi più elevati (per 100.000 individui) si registrano tra gli uomini nei giovani di età 15-29, tra le donne di età 15-24 e negli anziani per i quali è possibile attribuire importanti cofattori causali del maggior rischio all'incidentalità alla diminuita capacità cognitiva, alla ridotta capacità psico-fisica nel rispondere agli stimoli della strada e del traffico, alla ridotta capacità di metabolizzare l'alcol, all'uso di farmaci.
Tra gli uomini, la frequenza assoluta di morti per incidente stradale è massima nelle fasce di età giovanile confermando l'incidente stradale come causa di morte principale tra i giovani italiani.

Figura IV.6.6 Tasso di mortalità per incidente stradale(*100.000) e numerosità decessi per genere e classe di età. Anno 2008



	0-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	>=80
Decessi Uomini	38	51	343	437	455	378	324	318	271	197	193	171	160	223	250	329
Decessi Donne	18	17	104	76	57	52	53	57	49	60	35	53	77	82	105	177
tasso Donne	0,7	1,3	7,2	5,0	3,2	2,3	2,2	2,3	2,3	3,1	1,8	3,1	4,4	5,2	7,3	8,3
Tasso Uomini	1,3	3,6	22,5	27,6	24,7	16,6	13,4	13,0	12,7	10,4	10,4	10,6	10,2	17,2	24,3	30,6

Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati cause di morte ISTAT 2008

Le diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcolattribuibili

Nell'anno 2008, il numero dei ricoveri per patologie con diagnosi ospedaliere per patologie totalmente alcol-attribuibili rilevato da Ministero della Salute è stato di 91.735, di cui 70.712 di sesso maschile e 21.023 di sesso femminile: si è confermato l'andamento decrescente in atto fin dal 2002 del tasso nazionale di ospedalizzazione.
L'analisi effettuate evidenziano che le diagnosi di ricovero ospedaliero continuano a riguardare prevalentemente la popolazione maschile di età superiore a 55 anni e che la tipologia diagnostica prevalente è la cirrosi epatica alcolica (35%), immediatamente seguita dalla sindrome da dipendenza da alcol (28,7%).
Nel 2008, analogamente a quanto rilevato fin dal 2002, le Regioni a più alto tasso di ospedalizzazione sono la P.A. di Bolzano, la Valle d'Aosta e la P.A. di Trento,

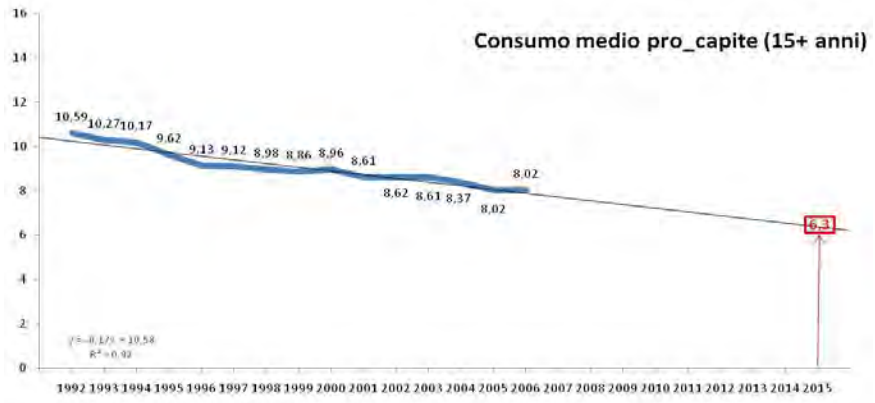
seguite da Friuli Venezia Giulia, Liguria e Molise; quelle con i tassi di ospedalizzazione più bassi sono Sicilia e Campania, seguite da Puglia, Umbria e Toscana. Le Regioni con più alto e più basso tasso di ospedalizzazione sono anche, rispettivamente, quelle in cui la prevalenza dei consumi a rischio risulta avere i valori massimi e minimi.

IV.6.7. Il consumo di alcol

Il consumo medio pro-capite

In Italia il consumo medio annuo pro capite di alcol è in calo fin dai primi anni ottanta ed è oggi più che dimezzato rispetto a 20 anni fa. La tendenza del consumo medio pro-capite nella popolazione con età superiore a 15 anni consente di poter stimare come raggiungibile il target di circa 6 litri di alcol puro pro-capite auspicato e raccomandato dall'OMS ai Paesi della Regione europea per l'anno 2015 (Target 12 del Programma "Health for All , Health 21" adottata nel 1999). E' necessaria tuttavia una riflessione su quale parte della popolazione ha effettivamente ridotto il consumo di alcol; nel corso degli anni, infatti, la stabilità dell'indicatore relativo ai consumatori a rischio è la testimonianza che la riduzione dei consumi medi giornalieri ha interessato prevalentemente coloro che erano già moderati e inclini ad una ulteriore moderazione. E' inoltre da considerare come fortemente critico l'obiettivo di portare a zero i consumi nella popolazione al di sotto dei 15 anni come richiesto dall' HFA.

Figura IV.6.7 Consumo medio pro-capite di alcol puro (15+ anni)

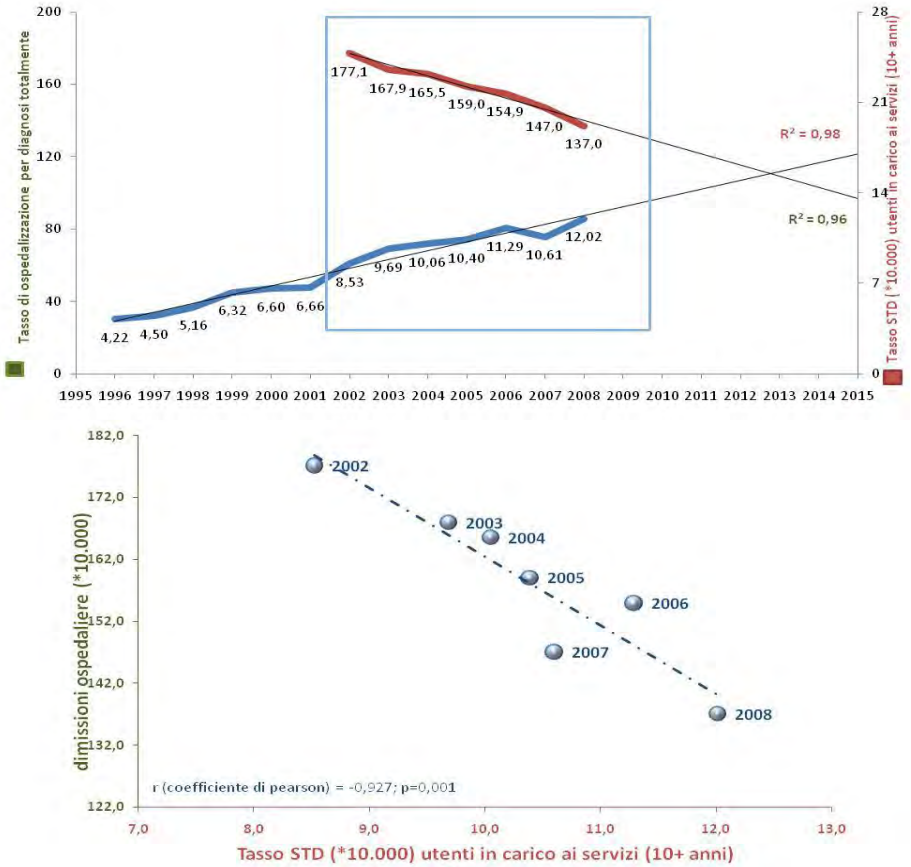


Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati WHO-HFA database

Gli utenti in carico ai servizi di alcoldipendenza

A fronte di una riduzione del consumo medio pro capite e dei tassi di ospedalizzazione per patologie totalmente alcol-attribuibili, negli ultimi anni si è assistito ad una crescita del tasso standardizzato degli utenti in carico ai servizi per l'alcoldipendenza nella popolazione di oltre 10 anni di età, che è aumentato dal 1996 ad oggi e si stima che nel 2015 arriverà ad essere pari a circa 16,3.
Analizzando inoltre nel dettaglio la correlazione tra i tassi di ospedalizzazione per patologie totalmente alcol-attribuibili e tasso standardizzato (*10.000) utenti in carico ai servizi, si osserva che esiste una forte relazione diretta e che all'aumentare del tasso degli utenti in carico ai servizi diminuisce quello di ospedalizzazione per diagnosi totalmente alcol-attribuibili.

Figura IV.6.8 Tasso STD (*10.000) degli utenti in carico ai servizi di alcoldipendenza e tasso di ospedalizzazione per patologia totalmente attribuibile all'alcol.



Fonte: Elaborazioni Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS e WHO CC Research on Alcohol su dati WHO-HFA database e Ministero della Salute

IV.6.7. Considerazioni critiche

Nonostante il calo del consumo pro-capite, nella popolazione si continua a registrare un consistente fenomeno di eccedenza quotidiana di consumo alcolico a cui si è affiancato e consolidato nel corso degli anni il fenomeno dell'intossicazione occasionale, il cosiddetto *binge-drinking*. Tutte le bevande alcoliche contribuiscono alla realizzazione dell'eccedenza che è agita quotidianamente da oltre 9 milioni di consumatori a rischio e, in maniera occasionale ma spesso ripetuta, di 4 milioni di *binge-drinkers* che scelgono deliberatamente di ubriacarsi. Circa 450mila minori ricevono e consumano bevande alcoliche secondo modalità rischiose. Il numero di alcodipendenti cresce costantemente da oltre dieci anni e più velocemente del numero di servizi, tanto da necessitare verosimilmente di una razionalizzazione, una ridefinizione e ottimizzazione complessiva per far fronte alle nuove emergenze legate ad attività emergenti non proprie dei servizi (ad esempio commissioni mediche per le patenti), che dovrebbero continuare a rimanere deputati in maniera prevalente al recupero dell'alcoldipendente piuttosto che essere distratte da altre incombenze già di per sé onerose. Dalle evidenze sinora riportate emerge, tra le possibili priorità, quella di implementare un'azione cardine rivolta alla valorizzazione delle competenze preventive proprie della prevenzione alcologica di popolazione rivolte alla identificazione precoce del rischio attraverso interventi finalizzati ad intercettare i soggetti più vulnerabili della popolazione mediante interventi di formazione, sensibilizzazione, informazione nei contesti di assistenza sanitaria

primaria. Sarebbe inoltre indispensabile provvedere a realizzare, all'interno delle strutture del SSN, percorsi di assistenza sanitaria che possano consentire, ad esempio, che un giovane giunto in Pronto Soccorso a causa di una intossicazione etilica possa giovarsi di un inserimento in un percorso di diagnosi precoce ad oggi non formalizzato.

Testo a cura di:
Scafato[1] E., Ghirini[1] S.

[1] Osservatorio Nazionale Alcol CNESPS, WHO CC Research on Alcohol, Istituto Superiore di Sanità

Parte Quinta

Scheda Amministrazioni

CAPITOLO V.1.

MINISTERI

V.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento Politiche Antidroga

V.1.1.1 Strategie e programmazione attività 2010 o orientamenti generali (Piano d'Azione Nazionale)

V.1.2. Ministero della Salute

V.1.2.1 Strategie e programmazione attività 2010 o orientamenti generali

V.1.2.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.2.3 Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.3. Ministero della Giustizia

V.1.3.1 Strategie e programmazione attività 2010 o orientamenti generali

V.1.3.2 Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.3.3 Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.4. Ministero dell'Interno

V.1.4.1 Strategie e programmazione attività 2010 o orientamenti generali

V.1.4.2 Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.4.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.5. Ministero degli Affari Esteri

V.1.5.1 Strategie e programmazione attività 2010 o orientamenti generali

V.1.5.2 Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.5.3 Principali prospettive emerse nel 2010 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 2010 o orientamenti generali

V.1.6.2 Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.6.3 Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1.7. Comando Generale della Guardia di Finanza

V.1.7.1 Strategie e programmazione attività 2010 o orientamenti generali

V.1.7.2 Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

V.1.7.3 Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

V.1. MINISTERI

V.1.1. Coordinamento interministeriale

V.1.1.1 Strategie e programmazione attività 2010 e orientamenti generali

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, ha 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 al testo unico approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni, 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 2010 o orientamenti generali

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria

DG Prevenzione sanitaria

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.
- Piano Sanitario Nazionale 2011-2013 - In fase di approvazione.
- Piano Nazionale d'azione contro le droghe 2010-2013 (approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 29 Ottobre 2010)

La Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, all'interno del Dipartimento

della Prevenzione e della Comunicazione, svolge, tramite gli uffici II e VII, le seguenti attività, in materia di tossicodipendenze

Ufficio II

Ufficio II

Prevenzione degli Infortuni e degli incidenti stradali e domestici e promozione della qualità negli ambienti di lavoro e di vita; in tale contesto particolare importanza assumono la prevenzione dell'uso di droghe e di bevande alcoliche, quali fattori di aumentato livello di rischio di infortuni lavorativi, di incidenti stradali e domestici e di danno per la salute .

Ufficio VII

Ufficio VII

- Collaborazione per la messa a regime del Sistema informativo Nazionale per le Dipendenze con la DG dei Sistemi Informativi , il coordinamento delle Regioni e PPAA e con il coordinamento centrale del DPA
- Pubblicazione del Bollettino sulle dipendenze sul sito www.droganews.it del DPA
- Rilevazione attività dei Dipartimenti delle Dipendenze o Servizi Pubblici per le tossicodipendenze.
- Collaborazione con il Dipartimento per le Politiche Antidroga per il Sistema di allerta precoce (EWS) e risposta rapida sulle nuove sostanze d'abuso
- Monitoraggio Progetti di ricerca CCM e Fondo Nazionale Lotta alla Droga

Dipartimento della Qualità – Direzione generale del Sistema informativo

DG Sistema informativo

La Direzione generale del Sistema informativo del Ministero della salute si occupa di curare la progettazione di sistemi informativi nonché la realizzazione, la regolamentazione – ove necessario attraverso la predisposizione di decreti ministeriali -, l'avvio e la gestione degli stessi. Tali sistemi rientrano nell'ambito del più ampio progetto del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) la cui governance è condivisa con le regioni attraverso un organismo paritetico: la Cabina di Regia del NSIS.
Nel corso del 2010 la Direzione ha curato fra l'altro la predisposizione e l'emanazione del decreto ministeriale 11 giugno 2010 concernente "Istituzione del sistema informativo dipendenze – SIND".
Il sistema SIND innova le modalità di raccolta dei contenuti informativi rispetto al sistema precedente perché consente di superare la raccolta di dati in forma aggregata. Ciò ha reso necessario sottoporre preliminarmente il decreto all'Autorità garante per il trattamento dei dati personali.
La Direzione cura inoltre la gestione del sistema informativo per le tossicodipendenze ai sensi del testo Unico sulle Tossicodipendenze – decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni e integrazioni

Dipartimento dell'Innovazione – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici

DG Farmaci

Riferimenti normativi

- Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, DPR 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modifiche e integrazioni.
- Piano nazionale d'azione contro le droghe 2010-2012 (approvato dal consiglio dei Ministri il 29 ottobre 2010).

La Direzione Generale dei farmaci e dei Dispositivi medici, all'interno del

Dipartimento dell'Innovazione, svolge, tramite l'Ufficio VIII, le seguenti attività in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Ufficio VIII – Ufficio Centrale Stupefacenti — Ufficio Centrale Stupefacenti

- provvedimenti occorrenti all'applicazione delle disposizioni legislative e delle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope
- autorizzazioni e controlli concernenti la produzione, il commercio e l'impiego
- permessi import-export
- aggiornamento tabelle
- importazione farmaci stupefacenti e psicotropi non registrati in Italia o carenti sul mercato
- provvedimenti occorrenti all'applicazione delle disposizioni legislative, della convenzione internazionale e delle norme comunitarie in materia di precursori di droga
- autorizzazioni e controlli concernenti l'utilizzo di precursori di droga

V.1.2.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principal attività

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria — DG Prevenzione sanitaria

Ufficio II — Ufficio II

Partecipazione al gruppo di lavoro per l'individuazione delle modifiche/integrazioni da proporre per la rivisitazione dell'Intesa Stato Regioni 30 ottobre 2007in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza fra i lavoratori. promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga .

Ufficio VII — Ufficio VII

- Lavoro per la messa a regime del Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND).In collaborazione con la Direzione Generale del Sistema informativo, il Coordinamento delle Regioni e con il coordinamento del Dipartimento Politiche Antidroga, è stato messo a punto il modello di rilevazione delle attività dei servizi per le tossicodipendenze e si è in attesa della messa a regime del nuovo flusso informativo — SIND
- Pubblicazione del Bollettino sulle dipendenze: nel 2010 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.droganews.it/bollettino/3/Bollettino+sulle+Dipendenze+2010+vol.1.html — Drog@news
- ilevazione ed elaborazione attività dei Servizi per le tossicodipendenze (SerT): Sono stati elaborati i dati relativi al personale e ai pazienti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze per l'anno 2010, pervenuti dalle Regioni e dai singoli Servizi; nello specifico, le schede relative ai pazienti riguardano informazioni su sesso, età, sostanze d'abuso, patologie infettive correlate, e sui trattamenti erogati.
- Tale attività è finalizzata anche alla realizzazione del Report da fornire al Dipartimento Politiche Antidroga per la stesura della Relazione annuale al Parlamento sulle tossicodipendenze.
- Sistema di allerta precoce. Nel corso del 2010 è proseguita la collaborazione per i profili di propria competenza, con il DPA, riguardo alle

segnalazione pervenute dal Sistema di allerta precoce e sono state emesse da questo Ministero tre ordinanze: 6 aprile 2010 (JWH-018 – JWH-073) e 3 dicembre 2010 (JWH-250) e 30 dicembre 2010 (JWH-122) nonché una informativa ai NAS per il Mephedrone.

- Progetti di ricerca finanziati con fondi afferenti al Fondo Nazionale Lotta alla Droga e al centro di Prevenzione e Controllo delle Malattie (CCM). Di seguito, si elencano i progetti attivati dalla Direzione Generale Prevenzione sanitaria, e monitorati nel corso del 2010. CCM

1. Nuove droghe, medici di famiglia, operatori SerT, operatori di Comunità. Un network nazionale di prevenzione e aggiornamento: Ente esecutore: Istituto Superiore di Sanità - Terminato
2. Problematiche sanitarie dei detenuti consumatori di droghe: risposta istituzionale e costruzione di una metodologia organizzativa : Ente esecutore: Regione Toscana/Regione Lombardia – Terminato
3. Nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi:: Ente esecutore: Regione Emilia Romagna – Terminato Giugno 2010
4. Dipendenze Comportamentali: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi":Ente esecutore: Regione Piemonte - Terminato dicembre 2010
5. Utilizzo della strategia di "Prevenzione di Comunità" nel settore delle sostanze d'abuso:Ente esecutore: Regione Toscan - Terminato Ottobre 2010

Dipartimento della Qualità – Direzione generale del Sistema informativo DG Sistema informativo

A seguito della pubblicazione del decreto "Istituzione del sistema informativo dipendenze – SIND" si è resa necessaria un'attività di approfondimento con i referenti regionali al fine di meglio definire gli ambiti e le modalità di applicazione della rilevazione. Tale attività è stata condotta in sinergia con la Direzione Generale della Prevenzione sanitaria e con il Dipartimento delle politiche Antidroga presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri nell'ambito del gruppo di lavoro SIND support.

Parallelamente a tale attività si è proceduto alla progettazione e realizzazione del sistema informativo SIND, rendendo disponibile un sistema per l'acquisizione dei dati e la relativa documentazione tecnica, strumenti di reportistica per le regioni e le istituzioni di livello nazionale che consentono l'analisi dei dati relativi alle tossicodipendenze e al funzionamento dei servizi per le tossicodipendenze (SerT), nonché la predisposizione di funzionalità per l'aggregazione delle informazioni ai fini del previsto invio alle istituzioni nazionali e internazionali. SIND

Dipartimento dell'Innovazione – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici DG Farmaci

Ufficio VIII

- partecipazione al gruppo di lavoro interdirezionale sul monitoraggio dell'applicazione della legge 15 marzo 2010, n. 38
- partecipazione a riunioni del DPA a seguito di segnalazioni del Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le nuove droghe
- provvedimenti occorrenti all'applicazione delle disposizioni legislative e delle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope.

<u>Predisposizione dei seguenti decreti ministeriali</u>

DECRETO 11 maggio 2010.
Modalità di registrazione con sistemi informatici della movimentazione delle

sostanze stupefacenti e psicotrope, dei medicinali e delle relative composizioni di cui alle tabelle allegate al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n.309, recante il Testo Unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope e di prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza (10A06353 (G.U. Serie generale n. 121 del 26 maggio 2010).

DECRETO 2 novembre 2010.
Elenco annuale, aggiornato al 30 settembre 2010, 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 (10°13686) (G.U. Serie Generale n. 268 del 16 novembre 2010)

DECRETO 11 novembre 2010.
Determinazione della quantità di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero nel corso dell'anno 2011 (10°13969) (G.U. Serie Generale n. 277 del 26 novembre 2010)

Aggiornamento tabelle stupefacenti

DECRETO 31 marzo 2010
Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, relative composizioni medicinali, di cui al DPR del 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni, con sostituzione della Tabella II, sezione D del Testo Unico (10°04271) (G.U. Serie Generale n. 78 del 3 aprile 2010).

COMUNICATO 30 aprile 2010
Comunicato di rettifica relativa al decreto 31 marzo 2010, recante "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope e relative composizioni medicinali, di cui al DPR del 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni, con sostituzione della Tabella II, sezione D del Testo Unico (10°05073) (G.U. Serie Generale n. 100 del 30 aprile 2010).

DECRETO 7 maggio 2010
Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, relative a composizioni medicinali, di cui al DPR del 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento della sostanza tapentadolo (10°06346) (G.U. Serie Generale n. 120 del 25 maggio 2010).

DECRETO 11 giugno 2010
Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, di cui al DPR del 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni con l'inserimento dello steroide anabolizzante nandrolone (10°07665) (G.U. Serie Generale n. 145 del 24 giugno 2010).
A seguito delle segnalazioni pervenute dal Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le nuove droghe è stato predisposto il seguente decreto:

DECRETO 16 giugno 2010
Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope relative a composizioni medicinali, di cui al DPR del 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni ed integrazioni con l'inserimento delle sostanze denominate JWII-018, JWH-073 e Mefedrone (10°07887) (G.U. Serie Generale n. 146 del 25 giugno 2010).

- provvedimenti occorrenti all'applicazione delle disposizioni legislative, della convenzione internazionale e delle norme comunitarie in materia di

precursori di droga
- partecipazione alla predisposizione interministeriale del decreto legislativo n. 306/2011, approvato dal Consiglio dei Ministri, di attuazione dei regolamenti comunitari n. 273/2004, 111/2005 e 1277/2005 in materia di precursori di droga.

V.1.2.3 Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili

Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria

DG Prevenzione sanitaria

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);
- Necessità di individuazione con accordo in Conferenza Stato-Regioni di procedure per gli accertamenti sanitari di alcol dipendenza in ambito lavorativo e di rivisitazione delle condizioni e modalità per l'accertamento di tossicodipendenza previsti nell'Intesa del 30/12/2007.
- E' stata avviata l'istruttoria per l'elaborazione del 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 policies di prevenzione universale e selettiva. Nello specifico si segnalano i Progetti CCM che si sono conclusi nel 2010 relativi alla Prevenzione di Comunità, alle nuove tendenze di consumo e alla formazione dei medici dei DEA nell'affrontare le problematiche sanitarie del paziente acuto afferente al PS che ha fatto uso di sostanze e infine al Gioco d'azzardo Patologico.

Bollettino sulle dipendenze

Il Bollettino sulle dipendenze sarà anche nel 2011 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. Il Bollettino è, inoltre, strumento indispensabile per la diffusione dei risultati dei Progetti Ministeriali.

Piano Nazionale d'Azione contro la Droga

Il Ministero della Salute ha collaborato attivamente col DPA alla stesura del nuovo Piano Nazionale d'azione contro la droga, relativamente alle sezioni della prevenzione e del trattamento/riabilitazione. Il Piano è stato approvato dal Consiglio dei Ministri il 28 ottobre 2010.

Sanità Penitenziaria e tossicodipendenza

Deve essere consolidata un'azione specifica per la presa in carico dei detenuti tossicodipendenti, tramite una rilevazione epidemiologica puntuale e la successiva definizione di un piano di interventi. In sede di Conferenza Unificata il DPA ha elaborato schede di rilevazione epidemiologica per i detenuti tossicodipendenti.

Collaborazione progettuale DPA

Progetti del Dipartimento Politiche Antidroga cui il Ministero della Salute partecipa in qualità di Ente collaborativo

- 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)

- DRDS - Sistema per il monitoraggio dei decessi droga correlati (Ufficio VII)
- Monitoraggio e valutazione del drug-test nei lavoratori con mansioni a rischio (Ufficio II)
- EDU-CARE - Educazione e supporto alle famiglie , diagnosi precoce e neuroscienze del comportamento (Ufficio VII)
- NEWS 2010 – Implementazione e mantenimento del Sistema di allerta precoce e Risposta Rapida alle droghe (Ufficio VII – Ufficio VIII)
- NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati (Ufficio II)
- PPC 2010 – Rilevazione Nazionale delle attività di Prevenzione delle Patologie correlate (Ufficio VII)
- SGS – Strada per una guida sicura (Ufficio II)
- SIND support e NIOD: Sistema informativo sulle dipendenze e Network Italiano degli osservatori sulle dipendenze – (Ufficio VII)

Dipartimento della Qualità – Direzione generale del Sistema informativo DG Sistema informativo

Le attività condotte nel corso dell'anno 2010 consentiranno di avviare nell'anno 2011 l'alimentazione del sistema SIND da parte delle regioni.
La Direzione nella fase di avvio del sistema effettuerà una attività di affiancamento ai referenti regionali per favorire le operazioni di predisposizione e invio dei dati, un accurato monitoraggio dell'efficienza del sistema al fine di individuare tempestivamente le criticità e rispondere alle eventuali esigenze di perfezionamento manifestate dalle regioni. E' prevista inoltre un'attività di analisi della qualità e completezza dei dati al fine di fornire feedback periodici alle regioni per migliorare le informazioni trasmesse e favorire meccanismi virtuosi di correzione del dato.

Dipartimento dell'Innovazione – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici DG Farmaci

Ufficio VIII
Aspetti normativi. Verifica di fattibilità di un decreto di esclusione da una o più misure di controllo di quei dispositivi diagnostici che per la loro composizione qualitativa e quantitativa non possono trovare un uso diverso da quello cui sono destinati, in conformità alle indicazioni dell'INCB.
Progetti del Dipartimento per le Politiche Antidroga cui il Ministero della salute partecipa in qualità di ente collaborativi.
Mantenimento dell'attenzione al Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le nuove droghe. Partecipazione dell'Ufficio VIII alle attività correlate al rinvenimento di nuove droghe sul territorio italiano.

V.1.3. Ministero della Giustizia

V.1.3.1 Strategie e programmazione attività 2010 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

Funzioni e competenze DG detenuti e trattamento

Nel periodo 31 dicembre 2009 - 31 dicembre 2010, la popolazione detenuta totale nei penitenziari italiani è aumentata del 4.8 % essendo passati da 64.791 a 67.961 presenze. Nello stesso periodo è rimasta sostanzialmente invariata la percentuale di detenuti dichiaratisi tossicodipendenti (24.37% nel 2009, 23.90% nel 2010).
Il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, pur non avendo più competenze dirette, a seguito della normativa di riordino della medicina penitenziaria in materia di assistenza sanitaria alla popolazione detenuta dal Ministero della Giustizia alle Regioni, ha adottato una serie di politiche di stimolo verso le AASSLL e di attenzione alle problematiche sanitarie anche a quelle legate all'uso di sostanze stupefacenti in carcere sia nell'ambito della Conferenza Unificata Stato- Regioni che in contesti universitari e di ricerca

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

Dipartimento Giustizia Minorile

Analizzando il flusso di utenza a partire dal 2004,si constata un aumento di minori assuntori di sostanze stupefacenti e/o dediti al policonsumo, in ingresso e/o in carico ai servizi della Giustizia Minorile. Nel 2009 gli ingressi sono stati 1035 di cui circa l'80% del totale sono italiani e maschidi età compresa tra i 16 e i 17 anni.
Questi soggetti, nella loro totalità, rispondono, in prevalenza, di reati di detenzione e spaccio e contro il patrimonio. Tra le varie sostanze stupefacenti, i cannabinoidi sono le sostanze maggiormente usate, ma preoccupante è anche l'uso di cocaina (10%) e oppiacei (7%). Gli accertamenti sanitari effettuati nell'anno 2009 dai Servizi Minorili della Giustizia per verificare l'assunzione di sostanze stupefacenti sono stati 1613 nei Centri di Prima Accoglienza e 1169 negli Istituti Penali per i Minorenni.
Secondo informazioni pervenute dai Servizi Minorili risulta che l'abuso di sostanze si caratterizza come poliassunzione di sostanze stupefacenti e alcool e gli stessi hanno effettuato 295 interventi di tipo farmacologico, mentre gli invii al Servizio Tossicodipendenze sono stati 463. Per i minori stranieri l'uso di sostanze sembra essere legato allo spaccio e ad un consumo normale non percepito come sintomo di devianza in quanto culturalmente accettato nel paese di origine, come per coloro provenienti dal nord Africa.
Con il DPCM 10 aprile 2008, predisposto dal Ministero della Salute, di concerto con il Ministero della Giustizia, dell'Economia e della Funzione Pubblica e dopo l'approvazione della Conferenza Stato-Regioni, dallo gennaio 2009 sono trasferite al SSN le funzioni sanitarie e le relative risorse finanziarie, umane e strumentali afferenti la medicina penitenziaria. Tale passaggio di competenze ha richiesto la definizione a livello locale di accordi interistituzionali tra i referenti delle Regioni, delle ASL e Centri per la Giustizia Minorile e i Servizi Minorili di rispettiva competenza territoriale per garantire la continuità nell'erogazione del servizio e del trattamento terapeutico nei confronti dei minorenni sottoposti a procedimento penale. Le "Linee di indirizzo per gli interventi del Servizio sanitario nazionale a tutela della salute dei minorenni sottoposti a provvedimento penale" perseguono:

- promozione della salute e promozione dello sviluppo psico-fisico dei soggetti minorenni sottoposti a provvedimento penale,

- promozione della salubrità degli ambienti e di condizioni di vita salutari, pur in considerazione delle esigenze detentive
- prevenzione con progetti specifici per patologie e target differenziati di popolazione, in rapporto all'età, al genere e alle caratteristiche socio culturali, con riferimento anche alla popolazione degli immigrati
- riduzione dei suicidi e dei tentativi di suicidio, attraverso l'individuazione dei fattori di rischio

In considerazione di quanto sopra, i Centri per la Giustizia Minorile e i Servizi Minorili che hanno storicamente operato, tramite accordi di programma e protocolli, con le Aziende ASL e i SERT, hanno attivato le procedure per l'attualizzazione delle collaborazioni secondo i riferimenti definiti dal OPCM e dalle Linee di indirizzo sopra citate.
Lo scenario attuale prevede che l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti sia garantita dal Ser.T. dell'Azienda Sanitaria, competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione clinica, sia con i Servizi Minorili che con la rete dei servizi sanitari e sociali che sono coinvolti nel trattamento dei tossicodipendenti. La presa in carico prevede l'attuazione delle misure preventive, diagnostiche e terapeutiche che riguardano sia l'aspetto clinico che quello della sfera psicologica che possa continuare anche al termine della misura penale. I programmi di intervento hanno garantito 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'implementazione 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 predisposti dalle comunità terapeutiche, nei tempi previsti dal provvedimento di esecuzione;
- - la realizzazione di iniziative permanenti di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori delle Aziende sanitarie, che quelli della Giustizia.

V.1.3.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

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** e' 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

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 a gestire i dati sulle tossicodipendenze, per l'elaborazione di apposite schede che consentiranno la conoscenza reale ed effettiva del fenomeno in carcere. Le schede sono state già adottate in via sperimentale presso alcune sedi penitenziarie.
Valutatene l'appropriatezza, le medesime saranno approvate dalla Conferenza unificata ed il loro utilizzo esteso a tutti gli istituti penitenziari del territorio nazionale.
Nel 2010 determinante è stato poi il contributo tecnico fornito al Ministero della Salute nell'elaborazione del capitolo sulla detenzione all'interno delle "Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1".
La diffusione di HIV nelle comunità penitenziarie di tutti i paesi del mondo, riconducibile alle particolari tipologie socio-comportamentali più rappresentate fra le persone detenute , continua a trovare in Italia nella dipendenza da sostanze il maggior fattore di rischio.
I dati del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria (D.A.P.), verosimilmente sottostimati per il basso tasso di esecuzione dei test HIV in carcere (29% al 30/06/2009), indicano che nei 207 Istituti del Sistema Penitenziario Italiano, sui 63.630 presenti alla stessa data, gli HIV positivi erano il 2% rispetto al 0.5% della popolazione generale.

Quando il tasso di esecuzione del test è superiore al 80%, come avvenuto in uno studio del 2005 condotto in Istituti in cui era ristretto il 14,6% della popolazione detenuta nazionale, la sieroprevalenza per anti-HIV era del 7,5% rispetto al 2,2% ufficiale relativo allo stesso periodo.
Sempre dai dati del Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria, emerge che i detenuti con diagnosi di AIDS sono aumentati da 1,6% del 31/12/1990, al 11,9% del 31/12/2001, per poi ridiscendere fino al 6,4% del 31/12/2009. La disponibilità della terapia antiretrovirale negli Istituti Penitenziari ha oggi condotto ad una drastica riduzione delle nuove diagnosi di AIDS e delle morti correlate. I nuovi casi di AIDS notificati sono infatti diminuiti da 280 (1993) a 66 (2006), con un rapporto stabile, intorno al 7-8%, rispetto ai sieropositivi noti .

Dipartimento Giustizia Minorile

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari
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. Il minore arrestato che entra in CPA viene visitato dai Servizi Sanitari per rilevare la tipologia ed il livello di sostanze presenti nell'organismo, parallelamente sono previsti dei colloqui con gli assistenti sociali. Per tutti i Servizi, un problema comune è la mancata percezione, da parte del giovane, del proprio stato, pertanto il grado di consapevolezza sembra rientrare tra gli indicatori utili per capire quale progetto rieducativo adottare.
Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minori le, si individua certamente nell'esecuzione del 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. I soggetti assuntori di sostanze stupefacenti che nel 2009 sono stati inseriti in comunità sono circa il 77% sul totale dei collocati in comunità. Le comunità terapeutiche che insistono nel territorio nazionale e che accolgono minori dell'area penale sono circa 141. Emerge la questione, già evidenziata nel corso degli anni precedenti, relativa alla loro scarsità ed alla diversa distribuzione territoriale. Ulteriori difficoltà di inserimento si riscontrano nei casi di tossicodipendenza o tossicofilia associati a psicopatologia, per i quali non risultano esserci strutture specializzate e pronte allo specifico trattamento. Resta a carico del sistema Giustizia, nelle more dell'attuazione delle disposizioni di cui al comma l, art. 8 del D.P.C.M. 10 aprile 2008 , le funzioni e le competenze in materia di sanità penitenziaria delle Regioni a statuto speciale e delle Province Autonome di Trento e Bolzano, tra cui anche quelle relative al collocamento dei minori con problemi di tossicodipendenza nelle comunità del territorio per dette Regioni e Province per cui sarebbe opportuno la riattribuzione di risorse finanziarie dedicate al settore sanitario penale minorile.
Ciò premesso, l'ambito di lavoro è quello di dare concreta attuazione, attraverso gli strumenti indicati dal predetto DPCM, alle modalità di collaborazione operativa sui collocamenti in comunità terapeutica per i minori del circuito penale.

Interventi dei Servizi minorili della Giustizia

Si forniscono di seguito alcuni interventi specifici realizzati dai Servizi minorili della Giustizia sul territorio nazionale:

Lombardia

Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia
Nella realtà del Distretto di Corte D'Appello di Milano gli interventi psico-socio-educativi e sanitari sono garantiti da un'equipe centralizzata afferente all' ASL di Milano. Nell'ambito della collaborazione con il SERT si è attuato il progetto "Spazio Blu" (finanziato con la I.r.n.7/2005 e riconferrnato recentemente con

finanziamenti Cariplo) che ha previsto e che prende in carico, in area penale esterna, i minori su segnalazione dell'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, del Centro di Prima Accoglienza e, a volte su segnalazione diretta dell' Autorità Giudiziaria Minorile.

Sono stati sottoscritti i seguenti Protocolli d'intesa ed accordi operativi:

- Protocollo d'intesa tra il Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia e la Regione Lombardia - ASL Milano "In materia di diagnosi e cura dei minori tossicodipendenti, alcoldipendenti ed abusatori di sostanze stupefacenti sottoposti a procedimento penale" (sottoscritto il 15/10/2010).
- Protocollo di Intesa tra il Tribunale per i Minorenni di Milano, la Regione Lombardia-ASL di Milano e la Procura della Repubblica presso il Tribunale per i Minorenni di Milano per la tutela della salute dei minori con procedimento giudiziario tossicodipendenti, alcooldipendenti ed abusatori di sostanze stupefacenti"
- Accordi operativi tra l'Ufficio di Servizio Sociale per i Minorenni, Centro di Prima Accoglienza, l'Istituto Penale per i Minorenni di Milano e la ASL per la realizzazione degli interventi rivolti ai minori d'area penale abusatori di sostanze stupefacenti .

Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria

Centro per la Giustizia Minorile per il Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria

Nel 2010, il CPA e l'IPM di Torino hanno proseguito la collaborazione con il Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.) della ASL TOI in continuità con il Progetto "Prevenzione primaria, secondaria, trattamento e monitoraggio dell'uso di sostanze stupefacenti". In particolare il progetto ha individuato una serie di azioni quali:

- screening circa l'utilizzo di sostanze psicoattive al fine di descrivere la prevalenza dell'uso, la tipologia delle sostanze e il loro utilizzo contemporaneo in relazione alle caratteristiche socio-demografiche del campione (italiani e stranieri). Viene richiesto al ragazzo il consenso per la raccolta di un campione urinario per la ricerca dei metaboliti delle sostanze psicoattive;
- individuazione di alcuni fattori di rischio e protezione circa l'uso di sostanze psicoattive in soggetti provenienti da altre culture;
- trasmissione ai minori e giovani-adulti di alcune conoscenze sulle risorse sociosanitarie presenti sul territorio.
- assicurazione ai minori con problematiche di tossico-alcoldipendenza di trattamenti psico-medico-sociali .

Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Trento e Bolzano

Centro per la Giustizia Minorile Veneto, il Friuli-Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano

La collaborazione con i Ser.T per le singole situazioni di minori e giovani adulti dell'area penale interessati dal fenomeno dell'abuso di droghe è attiva in tutti i 19 ambiti del territorio regionale. Da segnalare la partecipazione dell'USSM al progetto "Androna Degli Orti" previsto dal Piano di Zona che ha come servizio capofila il Comune di Trieste per le annualità 2010-2012. In particolare i destinatari sono ragazze/i di età compresa tra i 16 e i 21 anni con un problema di abuso di sostanze illegali anche con grave disagio sociale proveniente dall'area.penale e/o con problematiche legate. alla salute mentale (esordio psichiatrico).

Dal 2000 è attivo a Bolzano , il Centro Specialistico per la prevenzione delle dipendenze e promozione della salute - Forum Prevenzioni -. finanziato dalla Ripartizione Sanità della Provincia che è finalizzato al miglioramento di tutti gli interventi nel campo delle dipendenze e della promozione della salute e dell'auto aiuto.

L'USSM di .Venezia ha partecipato nel corso del 2010, al Progetto T.A.G. (Teen Addiction Guidelines) finanziato dal fondo Regionale di Intervento Lotta alla Droga-Piano Annuale 2009/2010, promosso dal Dipartimento per le Dipendenze.

L'azione principale del progetto ha previsto la costituzione di un gruppo di confronto a livello regionale che condividesse e definisse buone pratiche e nuovi modelli organizzativi per il target minori/adolescenti tossicodipendenti.

Centro per la Giustizia Minorile per l'Emilia Romagna — Emilia Romagna

Nel corso del 20 I O, l'Ufficio Servizio Sociale Minorenni di Bologna ha avviato alcune iniziative, previste dal Servizio Spazio Giovani dell' AUSL di Bologna, tese al potenziamento delle conoscenze e competenze degli operatori, per la promozione del benessere nei gruppi di adolescenti. Sempre, nel corso del 2010, ha avuto avvio un progetto educativo "Think ... drinK !!!" dedicato alla promozione dell'uso consapevole delle bevande alcooliche, alla formazione di base per la professione di barman e attività di volontariato; il progetto è stato finanziato dal C.G.M. e rivolto a giovani in carico all'U.S.S.M. di Bologna residenti in diverse province della regione Emilia Romagna

Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana — Toscana

Nell'anno 2010, il CPA di Firenze ha avviato la prima fase del progetto "Bacco e Tabacco" che con incontri effettuati con gli specialisti del SERT, ha offerto un'ampia informazione sulle sostanze (stupefacenti e alcoliche), sugli stili di vita degli adolescenti e sui comportamenti a rischio.

Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio — Lazio

Nel 20 I O è proseguito il lavoro di condivisione e promozione-stimolo nei confronti delle ASL, al fine di pervenire ad una ottimale collaborazione .E' stato sottoscritto il Protocollo d'Intesa con l'Agenzia Comunale per le Tossicodipendenze di Roma Capitale, che prevede le seguenti attività:

• accoglienza dei minori e/o giovani adulti che utilizzano sostanze stupefacenti, presso strutture residenziali e semiresidenziali, idonee a prendere in carico adolescenti autori di reato con specifici interventi che tengano conto della fase evolutiva del minore.

• percorsi di orientamento, formazione e inserimento lavorativo promuovendo e realizzando percorsi "protetti" con accompagnamento individualizzato in azienda, attraverso la figura del "tutor".

• accompagnamento educativo che consente ai minori di avvicinarsi ad offerte e opportunità (servizi, centri, istituzioni, offerte del privato sociale) spesso sconosciute o percepite come irraggiungibili.

Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia — Puglia

In materia di prevenzione e contrasto del fenomeno i Servizi minorili della Puglia hanno attivato interventi con il mondo scolastico e le Prefetture. Si segnalano in tal senso:

- progetto Osservatori Sociale "Percorso rischioso" promosso dalla prefettura di Bari nel 2010 che ha portato alla sottoscrizione di un protocollo d'intesa volto all'istituzione di un èquipe interistituzionale finalizzata alla realizzazione di progettualità specifiche.
- Attivazione presso l'USSM di Lecce di 17 tirocini formativi finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa. Ha inoltre partecipato ai Tavoli Tecnici promossi dalla Prefettura volti a sostenere progettualità di prevenzione ed educazione alla salute.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sardegna — Sardegna

Nel 20 I O il Centro ha partecipato al Tavolo !nteristituzionale con l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Sardegna per l'accompagnamento alla sperimentazione di collocamento in comunità di minori e giovani adulti con problematiche psicopatologiche. Ha preso parte al progetto PLUS 21 della Regione Sardegna per attività di prevenzione e contrasto all'uso di sostanze stupefacenti. E' in fase di attuazione il progetto "Ne vale la pena" finanziato dalla Regione Sardegna che prevede un percorso di educazione alla legalità sul tema di

abuso di sostanze.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sicilia
Il CGM nel corso del 2010 ha attivato una serie di progetti volti ad implementare le reti territoriali:

Sicilia

- "Aquilia [l" (D.P.R. n0309 del 1990) attivo presso l'U.O. Ser.T. Distretto di Acireale - Catania che mira a raccogliere conoscenze sul fenomeno delle dipendenze giovanili, realizzare corsi di formazione sul tema delle vecchie e nuove forme di dipendenze, realizzare azioni di prevenzione e di informazione e organizzare gruppi di ragazzi sui temi dei comportamenti a rischio. Il progetto è rivolto ai giovani di età compresa tra i 12 e i 21 anni residenti nei Comuni di Acicatena, S. Venerina, Zafferana Etnea, Aci Bonaccorsi, Aci S. Antonio, Aci Castello, Acireale. In alcune scuole medie del territorio si sono attivati un Centro ascolto ed interventi specifici nelle classi quali incontri formativi per alunni, docenti e genitori .
- Progetto "Ciclope" rivolto ai Comuni di Bronte, Maniace, Malettò e Randazzo, attivo dal mese di giugno 2009 (triennale), sta continuando ne1 2011. Lo stesso prevede per ogni Comune la riabilitazione socio-lavorativa tramite l'attivazione di n. 12 percorsi formativi annuali teorico-pratici.

V.1.3.3 Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Dipartimento per gli Affari Di Giustizia - Direzione Generale della Giustizia Penale
Fra i principali problemi che si possono riscontrare in tutte le rilevazioni effettuate dallo scrivente 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.

Prospettive prioritarie Giustizia Penale

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 ausiliare 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 attualmente in congruo numero.

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio IV – Servizi Sanitari
Dall'analisi di dati emerge la necessità di implementare i servizi di cura ed assistenza dei detenuti tossicodipendenti fin dal loro ingresso in carcere, coinvolgendo il SerT il prima possibile, nell'ambito del servizio di accoglienza

Prospettive prioritarie DG detenuti e trattamento

attivato negli istituti penitenziari, con la finalità di intercettare tempestivamente problematiche psico-sanitarie delle persone che si trovano in stato di detenzione.
L''attività specialistica erogata nelle varie sedi penitenziarie a favore di consumatori abituali di sostanze d'abuso, sembra necessitare di modelli di interventi maggiormente modulati sulla particolare utenza e su obiettivi condivisi tra Ministero della Salute, Ministero della Giustizia, Dipartimento Politiche Antidroga, Regioni .

Per quanto riguarda la malattia da HIV e le altre patologie correlate alla dipendenza occorre che i servizi AASSL

- forniscano ai detenuti conosciuti sieropositivi livelli diagnostici non inferiori a quelli offerti esternamente
- garantiscano terapie ARV a tutti coloro che ne necessitano secondo le linee guida nazionali ed internazionali , con una distribuzione dei farmaci secondo gli orari prescritti e controlli ematochimici, virologici ed immunologici nei i tempi richiesti
- assicurino un costante rapporto medico-paziente, con counselling specialistico continuativo teso al miglioramento dell'adesione alle terapia
- predispongano un'adeguata formazione per tutto il personale penitenziario che gravita nell'area sanitaria, inclusi Agenti di Polizia Penitenziaria, Educatori e Volontari
- attivino campagne di prevenzione vaccinale per tutto il personale
- pongano in essere Interventi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione detenuta, per prevenire e ridurre i rischi di acquisizione delle malattie virali croniche e trasmissibili in tale ambito, privilegiando possibilmente la trasmissione delle informazioni "tra pari" ed utilizzando, ove necessario, l'impiego di mediatori culturali adeguatamente ed appositamente formati.

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

Prospettive prioritarie Giustizia Minorile

La problematicità del minore che accede ai Servizi della Giustizia Minorile è piuttosto complessa e variegata, quasi mai esclusivamente centrata sulla tossicofilia o la tossicodipendenza. Il profilo tipologico 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 del Ser.T che prevengono la cronicizzazione del comportamento. Le modalità di aiuto e i percorsi di recupero privilegiano un approccio individualizzato con la realizzazione di interventi di sostegno e accompagnamento educativo. L'entrata nel circuito penale costituisce, paradossalmente, una opportunità di aggancio del minore e una possibilità di crescita e responsabilizzazione rispetto ai comportamenti devianti messi in atto. 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.
Le modalità di aiuto e i percorsi di recupero dovranno privilegiare: strategie di intervento comuni, a livello nazionale e locale, per il conseguimento di efficaci risultati;

- attivazione in ogni Regione e Provincia autonoma, di Osservatori permanenti sulla sanità penitenziaria, con la presenza di rappresentanti della Regione, dell' Amministrazione penitenziaria e della Giustizia minorile competenti territorialmente, al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia degli

interventi a tutela della salute dei minorenni dell'area penale;

- le prestazioni ed erogazioni di medicina specialistica, di assistenza farmaceutica ed effettuare gli accertamenti sanitari ai minori con problemi di tossicofilia e tossicodipendenza presenti nei CPA, negli IPM e nelle Comunità pubbliche;
- per tutta l'utenza penale minorile con problemi riguardanti la dipendenza da sostanze potrebbe essere istituito un "presidio" del Ser.T nei Tribunali per i Minorenni in sede di udienza al fine di una presa in carico congiunta con i Servizi Minorili del minore e della programmazione degli interventi.
- percorsi di accompagnamento con forte centratura educativa e di tutoraggio dei minori tossicodipendenti o tossicofili, anche portatori di patologie psichiche correlate all'uso di sostanze stupefacenti attraverso specifiche progettualità che investono la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari;
- percorsi di formazione professionale specifica per i minori del settore penale che consentano di acquisire competenze idonee a favorire il raccordo con il mondo del lavoro;
- progettualità sperimentali di alternanza scuola, tempo libero, lavoro, realizzati in integrazione con le istituzioni competenti, scanditi in momenti applicativi e laboratoriali, alternati a momenti più teorici e finalizzati a costituire per il giovane un'esperienza che favorisca un suo futuro inserimento sociale;
- il reinserimento sociale e lavorativo, spostando la centratura dalle sostanze e dai percorsi di cura, a quelli dedicati al rafforzamento dell'identità personale, sociale e civile di ciascun adolescente;
- percorsi di formazione integrata tra operatori della Giustizia minorile e del servizio sanitario, degli Enti territoriali, del terzo settore, del volontariato e tutte le agenzie educative per armonizzare le diverse competenze e metodologie d'intervento.

Nel caso di un minore tossicodipendente, in esecuzione di un provvedimento dell' Autorità Giudiziaria di collocamento in comunità, l'individuazione della struttura deve essere effettuata congiuntamente dalla ASL competente per territorio e dal Servizio Minorile della Giustizia che ha in carico il minore . Tuttavia, considerate la scarsità e la diversa distribuzione territoriale delle comunità specialistiche in grado di accogliere minori tossicodipendenti o tossicofilici o con doppia diagnosi, è necessario affinare le modalità di lavoro condivise con le ASL di tutte le province al fine di attuare una presa in carico congiunta dei minori/giovani. A tale scopo sarà necessario:

prevedere un sostegno specifico rivolto all'attuazione degli interventi svolti dalle Comunità Terapeutiche ed in particolar modo per i minori caratterizzati da doppia diagnosi;

- implementare il numero delle strutture comunitarie destinate specificamente al trattamento dei minori tossicodipendenti e predisporre un elenco delle comunità terapeutiche e/o socio-riabilitative che possano accogliere i minori tossicofili e portatori di sofferenza psichiatrica;
- prevedere la riattribuzione delle risorse dedicate al settore sanitario penale minorile, stante, tra l'altro il non ancora avvenuto passaggio della medicina penitenziaria da parte delle regioni a statuto speciale ed alla possibilità che i minori dell'area penale con problemi di tossicofilia possano essere collocati anche in strutture di tipo socio-riabilitativo con retta a carico del S.S.N.;
- 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.

Per l'utenza penale minorile di nazionalità straniera è necessario prevedere 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 2010 o orientamenti generali

DCSA

Riferimenti normativi e Presentazione

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

La D.C.S.A. è lo strumento di cui si avvale il Capo della Polizia per l'attuazione del coordinamento, pianificazione e alta direzione dei servizi di polizia in materia di stupefacenti. L'Ufficio è organizzato nelle quattro articolazioni di seguito specificate con la descrizione dei relativi compiti.

Il I Servizio "Affari Generali e Internazionali" cura i rapporti con gli organismi internazionali coinvolti nella lotta al traffico degli stupefacenti e con gli omologhi uffici esteri e si occupa dell'attività di cooperazione nel quadro delle Convenzioni e Accordi Internazionali in materia di droga. Il Servizio, previa attenta analisi delle esigenze formative degli operatori di polizia italiani e stranieri, organizza e svolge specifica attività addestrative. L'articolazione supporta altresì le attività di indagine condotte dagli uffici/reparti esterni delle Forze di Polizia attraverso la fornitura di strumentazione tecnica e l'impiego di proprio personale specializzato.

Il II Servizio "Studi, Ricerche e Informazioni" si occupa di definire la visione aggiornata degli scenari nazionali ed internazionali in ordine alla pervasività del traffico di droga e all'impatto sociale del consumo, anche attraverso l'attività mirata al controllo della movimentazione dei precursori e delle sostanze chimiche essenziali suscettibili di disvio dal mercato lecito. Ciò avviene mediante il raffronto quotidiano dei fattori che emergono dai settori statistico ed informatico, dall'analisi strategica (volta a verificare le tendenze generali del fenomeno droga in tutti i suoi aspetti e ad individuare metodi e tecniche di contrasto e la corretta allocazione delle risorse) e dall'analisi operativa (tesa ad agevolare la lettura degli eventi criminosi ed i collegamenti tra soggetti facenti parte dei sodalizi indagati). L'attività di ricerca informativa avviene attraverso l'analisi approfondita dei dati statistici inerenti a: a) arresti dei soggetti coinvolti nel traffico illecito; b) sequestri di droga; c) informazioni relative alle aree ed ai livelli della produzione mondiale, alle linee di transito degli stupefacenti, alle principali operazioni antidroga, alle organizzazioni criminali responsabili della movimentazione dei precursori e delle sostanze chimiche di base.

Il III Servizio "Operazioni antidroga" esercita il coordinamento delle operazioni antidroga svolte dalle Forze di Polizia sia in territorio nazionale che all'estero. Allo scopo l'Ufficio si avvale di un data-base, costantemente aggiornato, nel quale vengono inseriti i flussi di informazioni concernenti il traffico di stupefacenti anche provenienti dall'estero, che consente inoltre la rilevazione delle eventuali sovrapposizioni investigative. In ambito internazionale, il Servizio partecipa inoltre a tutti i progetti di coordinamento ritenuti di interesse quali: i Cospol (Comprensive Operational Strategie Planning for the Police) punti di coordinamento investigativo in indagini di rilievo a carattere transnazionale ripartiti per specifiche materie; gli AWF (Analisys Work Files) Centri di analisi dati afferenti particolari settori tra l'altro anche del traffico di stupefacenti; il MAOC-N (Maritime Analisys and Operation Center Narcotics), Centro di Analisi e Coordinamento operativo per i traffici di stupefacenti dall'Atlantico verso l'Europa.

L'Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale, che svolge attività relativa al controllo strategico gestionale, cura il raccordo della D.C.S.A. con le articolazioni del Dipartimento della Pubblica Sicurezza coinvolte nella lotta alla

droga e con altri Enti ed Amministrazioni, sia pubblici che privati, aventi medesimo fine. Si occupa, inoltre,della predisposizione di progetti finalizzati alla prevenzione delle tossicodipendenze che prevedono il coinvolgimento delle Forze di Polizia. L'Ufficio cura le competenze della D.C.S.A. in quanto centro collaborativo del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno – Documentazione e Statistica SSAI

Presentazione

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.
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 medesime strutture, disaggregati 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.

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per le Specialità – Servizio Polizia Stradale Polizia Stradale

La Polizia Stradale è particolarmente impegnata nei servizi di contrasto alla guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti o psicotrope.
Mentre sul fronte della guida in stato di ebbrezza, tuttavia, sono stati raggiunti ragguardevoli risultati, e Polizia Stradale ed Arma dei Carabinieri hanno chiuso il 2010 superando 1.600.000 controlli, sul lato della guida in stato di alterazione per uso di stupefacenti non è stato possibile sinora ottenere i medesimi livelli a causa, sostanzialmente, della carenza di strumenti normativi adeguati: la previsione infatti del trasporto obbligatorio del conducente presso le strutture sanitarie per la sottoposizione agli esami di rito, ha determinato un necessario allungamento dei tempi dell'accertamento.
Ma l'anno in argomento è stato anche un importante momento di svolta per l'accertamento dello stato di alterazione, poiché le modifiche al Codice della Strada apportate con la Legge n. 120/2010 hanno introdotto la possibilità di procedere ad esso *direttamente su strada* tramite esami clinico-tossicologici, strumentali ovvero analitici - cui è stata conferita dignità di "prova legale" – con conseguente risparmio di risorse umane ed incremento della quantità di controlli.
Il nuovo codice ha affidato la definizione delle modalità di tali accertamenti nonché delle caratteristiche degli strumenti in grado di effettuarli**,** ad un decreto a firma del Ministero Infrastrutture e Trasporti, di concerto col Ministro dell'Interno della Giustizia e della Salute, sentiti la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroga ed il Consiglio Superiore di Sanità.

In tale contesto la Presidenza del Consiglio dei Ministri-Dipartimento Politiche Antidroga ha richiesto la collaborazione del Servizio Polizia Stradale, in partnership con l'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma e l'Università degli Studi di Verona, per la realizzazione del progetto denominato "TOX TEST", ovvero uno studio sperimentale su sistemi di drug-testing rapidi su saliva mirato alla certificazione di *criteri di idoneità su base scientifica* cui dovranno ispirarsi i futuri "drogometri".

V.1.4.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

DCSA

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Servizio I - Attività internazionali e nazionali

I Servizio – In ambito U. E. la D.C.S.A. ha partecipato alle riunioni mensili del "Gruppo Orizzontale Droga" nel cui corso sono stati elaborati e discussi importanti progetti sulla prevenzione e il contrasto all'uso, abuso e traffico delle sostanze stupefacenti. Nel medesimo ambito, si segnala l'adozione del "Patto europeo contro il traffico internazionale di stupefacenti" e il relativo avvio delle iniziative di attuazione per cui Italia e Germania condividono la responsabilità del contrasto alle rotte dell'eroina. L'Ufficio ha partecipato alla Sessione annuale della Commissione Stupefacenti dell'O.N.U. e alle attività del Paris Pact, finalizzate al contrasto al traffico di eroina proveniente dall'Afghanistan. Le iniziative assunte nell'ambito della collaborazione bilaterale, sono state: invio di Esperti in Senegal e Messico; visite alla D.C.S.A. dei rappresentanti di omologhi organismi di: Turchia, Stati Uniti d'America, Brasile, Nigeria, Ecuador, Colombia, Messico, Israele e del CARICC (Central Asian Regional Information and Coordination Centre); visite istituzionali del Direttore Centrale in Brasile, Spagna, Macedonia, Stati Uniti d'America e Turchia; firma, da parte del Capo della Polizia, del "Protocollo operativo della squadra mista per la raccolta e lo scambio delle informazioni sul traffico di sostanze stupefacenti tra il Dipartimento della P.S. del Ministro dell'Interno della Repubblica Italiana e il Ministro dell'Interno – Ufficio per la Pubblica Sicurezza della Repubblica di Macedonia

Le iniziative formative realizzate sono state le seguenti: a) iniziative in ambito nazionale: Adel, "corso di specializzazione sulle droghe sintetiche e precursori chimici"; Corso per "Responsabili di Unità specializzate antidroga"; corso per "Agenti Sottocopertura"; Corso Progetto "DRUG @ OnLine"; b) iniziative in ambito internazionale: Corso di formazione basica per operatori antidroga della Polizia Federale Messicana; Corso di formazione basica per 18 operatori antidroga della Polizia bosniaca. La formazione relativa all'utilizzo degli ausili tecnici in dotazione è stata effettuata in collaborazione con personale specializzato della D.C.S.A. Il potenziale investigativo delle Forze di Polizia è stato incrementato mediante l'installazione di sistemi per le intercettazioni ambientali, la localizzazione satellitare e lo documentazione video-fotografica. La mirata assegnazione di apparati cellulari ha accresciuto la capacità di comunicazione dei reparti operanti.

Servizio II - Organizzazione e attività

II Servizio - L'attività di ricerca informativa anche per l'anno 2010 ha consentito di delineare esaurienti scenari in ordine al fenomeno droga. Sono stati elaborati nr. 78 rapporti di analisi operativa e, nel quadro dell'attività di analisi strategica, sono stati predisposti 135 punti di situazione di Stati Esteri relativi allo stato della lotta al narcotraffico ed alla cooperazione di Polizia con l'Italia, funzionali ad altrettanti incontri avvenuti tra la Direzione ed esponenti delle Autorità estere. Sono stati infine redatti 85 appunti informativi funzionali sia alla partecipazione attiva ai vari contesti

internazionali sia agli AWF di Europol verso cui la D.C.S.A. ha rivolto la sua attenzione in modo sempre crescente. Relativamente alla problematica dei precursori e delle sostanze chimiche essenziali, le 29.370 segnalazioni pervenute alla D.C.S.A. da parte degli operatori autorizzati, adeguatamente vagliate e controllate, sono state sviluppate con i competenti organismi internazionali, con le Forze di Polizia e con gli Uffici doganali territorialmente competenti.

Servizio III

III Servizio Nel corso del 2010 l'attività svolta dal III Servizio ha consentito di: a) coordinare mediamente oltre 1300 operazioni antidroga e di rilevare 835 convergenze investigative (il 5,83% in più rispetto all'anno precedente) evitando in tal modo sovrapposizioni di forze con conseguenti diseconomie; b) autorizzare 49 acquisti simulati di stupefacenti con il ricorso ad agenti sottocopertura (il 345,45% in più rispetto all'anno precedente) conclusisi, per la quasi totalità, con l'arresto di numerosi responsabili; c) sovraintendere a 17 consegne controllate di stupefacenti in campo nazionale e a 14 in campo internazionale; d) effettuare 247 attivazioni investigative sul territorio nazionale; e)i presenziare a 33 riunioni di coordinamento info-operativo in Italia e partecipare a 32 riunioni in territorio estero e di veicolare 5 rogatorie passive e 16 attive, tramite gli Esperti Antidroga di questa Direzione Centrale.

Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale

L'Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale Nel corso del 2010 oltre ad aver svolto la consueta attività relativa al controllo strategico e gestionale della DCSA, ha collaborato, per la parte di competenza alla stesura definitiva del Piano Nazionale d'Azione in materia di lotta alla diffusione delle sostanze stupefacenti 2010-2013. Nel periodo in esame l'ufficio ha inoltre espletato funzioni di programmazione ai fini della predisposizione della direttiva Annuale del Ministro.

SSAI

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno – Documentazione e Statistica

Nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali la S.S.A.I. - Ufficio I Documentazione Generale - nel corso dell'anno 2010 ha curato le seguenti pubblicazioni:

- Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative analisi dei casi di decesso per assunzione di stupefacenti - anno 2009 – a cura della ocumentazione 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 2010.
- Censimento delle strutture socio-riabilitative per il recupero dei tossicodipendenti , edita a maggio 2010.

Quest'ultima pubblicazione è stata arricchita con nuove tabelle numeriche (suddivise sia per tipologia di struttura che per numero di utenti disaggregati per zone geografiche) e grafici. L'indirizzario, allegato in formato elettronico, contiene, come di consueto, l'indicazione della denominazione delle strutture socio riabilitative, della loro ubicazione nonché informazioni sulla natura giuridica, sull'iscrizione all'albo degli Enti ausiliari e sulle convenzioni in atto.

Polizia Stradale

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per le Specialità – Servizio Polizia Stradale

Nel corso del 2010 la Polizia Stradale unitamente all'Arma dei Carabinieri sul versante della guida sotto sostanze stupefacenti o psicotrope hanno proceduto alla denuncia di 4.267 conducenti per l'art. 187 del Codice della Strada - Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti - ed il sequestro di 528 veicoli ai fini della successiva confisca.

Tale risultato è stato ottenuto per la Polizia Stradale grazie all'utilizzo sistematico dei precursori, operando su quattro versanti:

- nell'espletamento degli ordinari servizi di vigilanza, su rete stradale ed autostradale;
- nei dispositivi approntati per scongiurare le c.d. "stragi del sabato sera" durante le notti del fine settimana;
- in occasione delle campagne di prevenzione dedicate ai ragazzi "Guido con prudenza", nella stagione estiva, e "Brindo con prudenza" nelle festività natalizie
- nei servizi predisposti per il progetto "TOXTEST" nelle prime 6 città campione del Centro - Nord (Milano, Genova, Alessandria, Verona, Trieste e Rimini).

In particolare, quest'ultimo progetto ha richiesto per la sua validità una popolazione di 2000 persone e un arco temporale di 6 mesi per lo svolgimento (ottobre 2010-aprile 2011) su un campione rappresentativo di 12 città italiane dal Nord al Sud.
Tale ambizioso obiettivo ha imposto l'esigenza di disegnare modulo operativo della polizia Stradale tramite l'impiego di un minimo di tre pattuglie coordinate da un responsabile, affiancate da personale medico ed infermieristico messo a disposizione dagli Uffici Sanitari della Polizia di Stato coinvolti localmente.
Nelle notti del fine settimana, tali equipaggi hanno sottoposto i conducenti alla verifica delle condizioni psicofisiche impiegando per ciascuno due tipologie di precursori differenti: i campioni repertati sono stati trasmessi presso i laboratori delle Università già citate per poter essere analizzati e i dati opportunamente incrociati.
Le procedure operative, sono state individuate nel dettaglio e adottate nel totale rispetto della privacy del conducente, individuandone i prelievi con sigla numerica ed in forma assolutamente anonima.

V.1.4.3 Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

DCSA

Cooperazione internazionale per la lotta al narcotraffico

Come per gli anni precedenti, anche per il 2011 questa Direzione Centrale parteciperà ai principali fori e progetti che, in ambito internazionale, trattano la lotta al traffico di stupefacenti, tra cui: il "*Gruppo Orizzontale Droga*" del Consiglio U.E. e il "*Patto europeo contro il traffico internazionale di stupefacenti*", la Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite. In ambito bilaterale, proseguirà l'attività tesa a rafforzare i rapporti di collaborazione con i Paesi maggiormente interessati dal narcotraffico, attraverso la conclusione di specifici accordi, lo scambio di esperienze e la condivisione di progetti.
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.
I mutamenti riscontrati, per modalità e direttrici utilizzate, tuttavia non suggeriscono la necessità di particolari adattamenti degli strumenti repressivi che comunque sono costantemente orientati ad una sempre più stretta collaborazione investigativa nell'ambito della cooperazione internazionale.
Aspetto relativamente nuovo che comunque merita sempre maggiore attenzione è la vendita di stupefacenti tramite internet. Pur non essendo ancora emersi elementi tali da far ritenere un coinvolgimento delle grandi organizzazioni criminali al riguardo è stato comunque avviato un monitoraggio della rete al fine di valutare il fenomeno, che in quanto di rapida evoluzione, risulta difficilmente investigabile

con i tradizionali sistemi di cooperazione internazionale e pertanto presenta difficoltà di intervento in termini repressivi considerata la globalità del sistema.
La relazione con gli uffici e i reparti operanti e la cronaca relativa all'attività antidroga hanno fatto emergere l'opportunità di valorizzare il ruolo espletato dagli operatori delle forze dell'ordine impegnati sul territorio nell'esercizio delle funzioni di prevenzione di polizia in materia antidroga.
Allo scopo la D.C.S.A. nel corso del 2010 ha elaborato progetti che potranno essere attuati nel corso degli anni successivi.

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno – Documentazione e Statistica SSAI
Per l'anno 2011 è allo studio la modifica della pubblicazione relativa ai tossicodipendenti in trattamento attraverso l'approfondimento e la ricerca di notizie e informazioni che si riterranno utili per lo studio del fenomeno tossicodipendenza. I dati raccolti nell'arco dell'anno non saranno più trimestrali bensì semestrali (30 giugno e 31 dicembre).

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per le Specialità – Servizio Polizia Stradale Polizia Stradale
I risultati del progetto TOXTEST, l'elaborazione dei cui esiti è prevista per il 2011, forniranno preziosi elementi di supporto per valutare se allo stato siano già disponibili sul mercato strumentazioni con caratteristiche tali da poter essere individuate sul piano scientifico quali "drogometri". Le difficoltà sinora incontrate dagli organi di polizia stradale di poter accertare su strada lo stato di alterazione da sostanze stupefacenti o psicotrope derivanti dall'esigenza di accompagnare i conducenti presso strutture ospedaliere per gli esami di laboratorio, ora possono essere superate grazie alla nuova previsione dl Codice della Strada e quindi all'individuazione di apparecchiature maneggevoli e il cui utilizzo sia compatibile con le esigenze operative degli equipaggi. La frequente positività a tracce di stupefacenti dei referti delle analisi dei conducenti coinvolti in incidenti stradali sottoposti a ricovero, dimostra le potenzialità del fenomeno che si cela nell'accertamento di tale dato: ciò rende sempre più stringente ed indifferibile poter amplificare i controlli su strada dotando gli organi di polizia di apparecchiature idonee a certificare *on site* lo stato di alterazione da stupefacenti, così impegnando un'altra importante frontiera della sicurezza stradale.

V.1.5 Ministero degli Affari Esteri

V.1.5.1 Strategie e programmazione attività 2010 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
Nella definizione degli obiettivi e delle strategie in materia di stupefacenti nell'ambito dei principali fora multilaterali, nel 2010 il Ministero degli Affari Esteri si è strettamente coordinato con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Coordinamento Esteri/DPA Linea italiana sulla riduzione del danno
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 puntato a promuovere la linea di azione italiana, con particolare attenzione alla cosiddetta "riduzione del danno".Sul lato della prevenzione e del contrasto dell'offerta di droga, l'azione prioritaria è stata quella di portare all'attenzione della Comunità internazionale, in tutti i competenti esercizi internazionali, i legami intercorrenti fra traffico di droga e crimine organizzato transnazionale, incluso il terrorismo. 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

Progetto di assistenza formativa in Africa Occidentale

In ambito UE e ONU, di particolare rilievo sono stati i seguiti della Dichiarazione Politica adottata a Vienna nel marzo 2009 dalla Commissione Droghe Narcotiche del Consiglio Economico e Sociale (ECOSOC) delle Nazioni Unite. In collaborazione con UNODC, nel 2010 è stato realizzato un progetto di assistenza formativa a quattro Paesi dell'Africa Occidentale attraversati dalle rotte della cocaina di provenienza latino-americana (Senegal, Mali, Guinea Bissau e Sierra Leone). L'esecuzione di tale progetto, finanziato dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri per un valore di 1.288.878 dollari, è stata assegnata alla Guardia di Finanza.
In ambito UNODC, particolare importanza strategica hanno rivestito anche la Risoluzione Crimine promossa dall'Italia nonché la Risoluzione Droga proposta dal Messico con il sostegno italiano, entrambe adottate dall'Assemblea Generale a New York nel dicembre 2010.
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, area per la quale l'Italia ha continuato a detenere nel 2010 la Presidenza regionale assegnatale nel 2007. Il Ministero degli Affari Esteri ha inoltre contribuito a coordinare l'azione italiana nell'ambito del c.d. Patto di Parigi, meccanismo di coordinamento internazionale per la lotta al narcotraffico di origine afghana.
In ambito G8, l'Italia ha proseguito l'azione avviata durante la sua Presidenza nel 2009 in particolare in seno ai lavori del Gruppo Roma-Lione (il Gruppo di esperti in materia di controterrorismo e lotta al crimine organizzato), col fine ultimo di potenziare il coordinamento degli Otto in materia di contrasto del traffico di droga, con particolare attenzione agli oppiacei provenienti dall'Afghanistan ed al traffico di cocaina di origine sudamericana via Africa Occidentale e Sahel.
Il Ministero, tramite la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, ha contribuito ai programmi di lotta alla droga su vari fronti: sul canale multilaterale, attraverso contributi volontari all'UNODC; una parte delle risorse è stata destinata alle risorse generali ed è pertanto stata liberamente utilizzata dall'organismo, mentre un'altra parte è stata diretta al finanziamento di iniziative eseguite dall'UNODC e concordate con il MAE, sulla base di criteri e priorità geografico-tematiche.

V.1.5.3 Principali prospettive emerse nel 2010 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

Decennale della Convenzione di Palermo

Nel 2010 è stata rilevata l'opportunità di proseguire nel 2011 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.
E' inoltre apparso opportuno proseguire e sviluppare, pur nei limiti della ristretta disponibilità di fondi, le attività di assistenza tecnica ai Paesi più bisognosi. Si è

inoltre registrato un diffuso consenso delle competenti Amministrazioni giudiziarie e di Polizia italiane circa l'opportunità di cogliere l'occasione offerta dal decennale della Convenzione di Palermo, firmata nel 2000, per meglio perseguire, sul piano globale, la repressione del traffico di stupefacenti attraverso la lotta al Crimine Organizzato Transnazionale.
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 la Commissione per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale per il triennio 2012-2014, 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.

V.1.6 Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

V.1.6.1 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Dipartimento per l'Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Organizzazione e attività svolte

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 con l'obiettivo di:

- favorire processi di partecipazione responsabile, di autonomia e di identità dei giovani;
- contribuire allo sviluppo della personalità del giovane;
- soddisfare il bisogno dei giovani di comunicare;
- contribuire alla costruzione del senso di appartenenza alla comunità sociale;
- formare i giovani che presentano comportamenti o atteggiamenti riferibili all'insicurezza, alla sfiducia e alla disistima;
- rendere i giovani autonomi e responsabili nelle scelte sviluppando comportamenti salutari e senso sociale.

La progettualità del MIUR si è sviluppata nelle Istituzioni Scolastiche che consentono di raggiungere la maggior parte dei giovani in una età in cui non hanno ancora consolidato comportamenti potenzialmente dannosi per la loro salute, e rappresenta anche l'ambiente più favorevole all'acquisizione d'informazione, conoscenze e abilità comportamentali che favoriscano stili di vita sani che possano costituire un'essenziale forma di protezione delle tossicodipendenze.

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

Centri 2YOU

Centri aggregazione giovanile 2YOU

A seguito dei positivi risultati della sperimentazione dei Centri di aggregazione giovanile 2YOU, sono state prorogate le attività per l'anno 2010 in 14 centri, distribuiti sul territorio nazionale. Tali centri costituiscono punti no dali di aggregazione e promozione della partecipazione giovanile, destinati a realizzare occasioni di centralità e protagonismo dei giovani nel loro percorso di maturazione e di socializzazione e finalizzati alla prevenzione di tutte le forme di disagio giovanile, incluse le dipendenze, e alla lotta all'abbandono scolastico.

Le attività sono state incentrate su quattro aree: Area contrasto alla dispersione scolastica, Area attività supportate da Tutor di eccellenza - laboratori, Area consulenza sul disagio e sostegno familiare, Area attività ludico sportiva.

All'interno delle attività delle succitate aree sono stati proposti percorsi che hanno posto i giovani in relazione con figure adulte ed autorevoli, capaci di far sperimentare limiti e regole ma anche esperienze gratificanti di stimolo modellate sull'individuo e sulle sue necessità ed in grado di sviluppare la conoscenza di sé e delle proprie capacità e sollecitando il giovane ad un ruolo attivo e propositivo.

Patto d'Intesa Giovani del Mediterraneo

Patto d'intesa dei Giovani del Mediterraneo

Il Patto d'intesa dei Giovani del Mediterraneo ha visto coinvolti i giovani di tre Paesi del Mediterraneo: Egitto, Tunisia e Italia. Il Patto nasce dalla reciproca necessità di costruire un nucleo che coniughi le volontà dei 3 Paesi vedendo i giovani in prima linea, nella lotta alle tossicodipendenze, promuovendo un rapporto di continua e forte coesione tra i giovani protagonisti dei paesi coinvolti.

Nel corso del 2010, si è svolto, come sviluppo della progettualità iniziata nel 2009, un incontro, tenutosi in Egitto, tra la rappresentanza giovanile dei Paesi interessati, finalizzato al confronto delle rispettive esperienze ed al contemporaneo avvio di un dialogo interculturale che costituisce il presupposto per l'adozione di una strategia di interventi condivisa nell'ambito della lotta alle dipendenze, e nella promozione/sensibilizzazione dei giovani ai valori della libertà e dell'uguaglianza dei popoli.

Progetto WeFree

WeFree

Il progetto nasce dall'esigenza di combattere il disagio giovanile, puntando su una cultura della prevenzione, focalizzandosi sulla consapevolezza e la responsabilità per accrescere le possibilità di un contrasto tempestivo dei comportamenti a rischio.

Il progetto si realizza, nell' anno scolastico 2010/20 Il, attraverso spettacoli teatrali di prevenzione, in cui gli attori sono ragazzi che parlano ad altri ragazzi attraverso il racconto di storie vere. Gli spettacoli sono come dei talk show, che consentono ai giovani spettatori di potersi avvicinare al problema tossicodipendenza da una prospettiva diversa e insolita: quella di chi il problema l'ha conosciuto vivendo lo in prima persona. Gli spettacoli sono presentati
in tutte le Regioni italiane e destinati agli studenti delle scuole secondarie di secondo grado ed agli educatori.

Inoltre sono previsti incontri di formazione con i docenti negli Istituti scolastici, la predisposizione di un sito web: www.wefree.it , nonché la possibilità di una visita della Comunità di San Patrignano

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 haIU10 coinvolto le Istituzioni Scolastiche.

Progettualità regionale

Nell'ambito dell'autonomia degli Uffici Scolastici Regionali e degli Uffici di Ambito Territoriale del MIUR, sono stati adottati programmi regionali in risposta a specifiche esigenze del territorio.
In particolare gli Uffici territoriali hanno curato iniziative di sensibilizzazione rivolte a Dirigenti scolastici, docenti/personale scolastico, genitori e alunni; di formazione dei docenti re ferenti alla salute e docenti interessati; di promozione della peer education e del volontariato.
In ambito regionale è stato notevolmente sviluppata la progettualità interistituzionale con le Aziende per i Servizi Sanitari del territorio, le Prefetture, le Questure e gli Enti Locali creando diverse opportunità di collaborazione per rendere razionali le offerte di azioni provenienti dal territorio e le richieste di interventi provenienti dalla scuola.

V.1.6.3 Principali prospettive emerse nel 2010 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

Si ritiene opportuno continuare a sviluppare ed incrementare, una progettualità che valorizzi un approccio interistituzionale e che veda la Comunità scolastica nella sua interezza, presente in fase co-progettuale per meglio modulare i diversi programmi di prevenzione alle specifiche necessità.
Si sottolinea, inoltre, che è fondamentale sviluppare programmi di prevenzione sin dalla scuola primaria e per tutto la durata del percorso scolastico, dando continuità ai progetti e coinvolgendo attivamente le famiglie.

V.1.7 Comando Generale della Guardia di Finanza

V.1.7.1 Strategie e programmazione attività 2010 o orientamenti generali

III Reparto Operazioni – Ufficio 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, da un lato, 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. Dall'altro, 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 muoversi su una duplice direttrice, una rivolta ad interrompere le spedizioni di sostanze stupefacenti, l'altra mirata ad intercettare il denaro diretto alle organizzazioni criminali ed a riconoscere i suoi successivi reimpieghi, anche nel mondo dell'economia lecita.
Con riguardo alla prima linea direttrice, bisogna tener conto 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.
Le potenzialità del Corpo emergono, tuttavia, in modo ancora più accentuato nello sviluppo del secondo filone di contrasto al fenomeno, quello incentrato sugli aspetti economici e finanziari.
In tale contesto, la Guardia di Finanza può 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 reimpiego in attività lecite.

Iniziative di contrasto e di prevenzione

Nel corso del 2010, 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 compagni criminali quelle risorse economico-finanziarie che rappresentano lo scopo del loro illecito operare.
Da un punto di vista delle iniziative di prevenzione rispetto alla diffusione delle droghe fra i giovani, alla luce delle numerose richieste di dimostrazioni delle unità antidroga provenienti dalle scuole, a partire dal mese di agosto 2010 è stato avviato un organico progetto educativo, rivolto agli studenti delle scuole elementari e medie, di età compresa tra i 9 ed i 13 anni, che si propone di promuovere la cultura della legalità fra i giovanissimi, con specifici focus sul tema delle droghe.
Tale iniziativa ha ricevuto il patrocinio del Dipartimento delle Politiche Antidroga e prevede la realizzazione di incontri presso gli istituti scolastici, 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.

Alla luce dei positivi riscontri ottenuti nel primo periodo di attivazione del progetto in argomento, è in fase di approvazione l'avvio di una seconda fase, che prevede – per l'anno in corso – il coinvolgimento anche degli studenti di età compresa tra i 14 ed i 18 anni, frequentatori delle scuole superiori.

V.1.7.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Organizzazione e attività

III Reparto Operazioni – Ufficio Economia e Sicurezza – Sezione Criminalità Organizzata e Stupefacenti
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 dai 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 dispositivo ora cennato, 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, sui 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 18 aerei, fra cui 4 ATR 42, 84 elicotteri, nonché 334 mezzi navali di varia tipologia, di cui 70 pattugliatori e guardacoste dedicati al servizio d'altura. Le caratteristiche e le dotazioni dei mezzi aeronavali li rendono idonei ad azioni di scoperta ad ampio raggio, come quelle condotte nell'ambito dell'accordo di coordinamento tra forze di polizia di Italia, Francia, Spagna, Irlanda, Portogallo, Olanda e Regno Unito, denominato MAOC – N (Marittime Analysis Operation Center – Narcotics), che ha visto la creazione di un apposito centro a Lisbona per il contrasto dei traffici di stupefacenti a mare. Il progetto ha consentito l'attuazione di importanti operazioni aeronavali congiunte, conclusesi con il sequestro di svariate tonnellate di cocaina, nelle quali un ruolo fondamentale è stato rivestito dall'intervento del velivolo ATR 42 della Guardia di Finanza, in grado di localizzare da alta quota, in pieno Oceano Atlantico, i natanti segnalati;
- 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.

Il modello organizzativo, ora brevemente descritto, ha consentito, nel 2010, di eseguire 17.401 interventi a fini antidroga, con la denuncia, a vario titolo, di 9.180 soggetti, di cui 3.135 in stato di arresto e 3.614 stranieri, di cui 1.575 in stato di arresto, a conferma dell'incidenza delle organizzazioni di matrice etnica nel traffico di sostanze stupefacenti.

Tale attività ha condotto anche al sequestro di complessivi 20.525 Kg di droga (con un incremento del 61% rispetto al 2009), tra cui 2.961 Kg di cocaina (+32%), 16.379 Kg di hashish e marijuana (+74%) e 772 Kg di altre droghe (+35%).
Sul fronte delle attività di contrasto al riciclaggio di capitali illeciti, la Guardia

di Finanza, nel 2010, ha effettuato 504 ispezioni antiriciclaggio, accertando 416 violazioni penali e/o amministrative. ed ha condotto 477 indagini di polizia giudiziaria, con la denuncia di 1131 soggetti per riciclaggio ed il sequestro di capitali per 367 milioni.

Inoltre, sono stati portati a termine accertamenti su 9.753 segnalazioni di operazioni sospette di cui al D.Lgs. 231/2007, il 48% delle quali hanno consentito di risalire alla sussistenza di tracce di reati e di violazioni alla normativa antiriciclaggio e valutaria.

V.1.7.3 Principali prospettive emerse nel 2009 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Prospettive prioritarie

III Reparto Operazioni – Ufficio Economia e Sicurezza – Sezione Criminalità Organizzata e Stupefacenti
A livello mondiale, oltre al traffico delle sostanze di provenienza vegetale, preoccupa il diffondersi di sostanze stupefacenti sintetiche, che, oltre ad averi 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, ma che possono avere 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.
Fin dalla "*Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e sostanze psicotrope"*, siglata a Vienna nel 1988, le strategie di prevenzione internazionali raccomandano un controllo sui precursori.
Attualmente, accanto allo sviluppo dello studio europeo "Synergy", teso a supportare azioni investigative sulle illecite strutture di produzione delle droghe sintetiche, si è registrato un notevole interessamento anche del Gruppo Roma/Lione del G8 alla conduzione di un progetto rivolto al monitoraggio delle movimentazioni dei macchinari per il confezionamento di compresse di tipo farmaceutico, attrezzature che sono indispensabili anche per la fabbricazione di droghe in pillole
Sul piano nazionale, un certo allarme ha suscitato il diffondersi di esercizi

commerciali denominati "*smart-shop*", cioè negozi che vendono le cosiddette "*smart-drugs*" (letteralmente "droghe furbe"): 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 questi 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.
Il tema è ancora all'attenzione degli organi governativi, che hanno raccomandato un aggiornamento costante delle tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope, ed è stato oggetto nel 2010 di articolate attività di servizio da parte di Reparti della Guardia di Finanza, tra i quali si segnala quello della Tenenza di Oderzo (TV) che ha sottoposto a sequestro nel novembre 2010 n. 101 boccette di "essenza di canapa" e n. 47 di essenza di "oppio", contenenti ognuna 10 ml di prodotto.
Con riguardo alla vendita di semi di canapa indiana (non compresi nelle tabelle), grazie ad un'operazione avviata nella città di Ferrara, sono state denunciate decine di persone che avevano posto in essere tale condotta. L'ipotesi di reato è stata quella della pubblica istigazione all'uso illecito delle sostanze stupefacenti (art. 82 DPR 309/1990); la configurabilità di tale fattispecie è stata poi confermata dalla Suprema Corte, per la quale tale reato si configura anche *"…nell'ipotesi in cui si forniscono agli acquirenti dettagliate informazioni circa le modalità di coltivazione dei semi di canapa indiana, al fine di far si che si ottengano piante idonee a soddisfare la richiesta di stupefacente, nonché circa i mezzi strumentali idonei alla coltivazione ottimale dei semi…..la coltivazione ha inevitabilmente il fine dell'uso, di tal che parlare di istigazione alla coltivazione equivale a parlare di istigazione all'uso"* [1].
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.
Alcuni blitz sono stati realizzati, difatti, grazie alle segnalazioni di alcuni cittadini ovvero di automobilisti.
Proprio grazie ad una segnalazione, nell'agosto 2010, il Nucleo pt di Trieste ha effettuato un controllo mirato di un autobus che trasportava soggetti italiani diretti in Slovenia per la partecipazione ad un rave party ed ha rinvenuto e sequestrato – debitamente occultate – vari tipologie di droghe (cocaina, spinelli, hashish, ketamina e 45 pastiglie di ecstasy).

[1] Sentenza 23093/09 del 10 giugno 2009**,** Corte di Cassazione, 4^ Sezione Penale.

Capitolo V.2.

REGIONI

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 Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dalla media 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 Marche
V.2.3.11 Regione Molise
V.2.3.12 Regione Piemonte
V.2.3.13 Regione Puglia
V.2.3.14 Regione Sardegna
V.2.3.15 Regione Sicilia
V.2.3.16 Regione Toscana
V.2.3.17 Regione Umbria
V.2.3.18 Regione Veneto
V.2.3.19 Provincia Autonoma di Bolzano
V.2.3.20 Provincia Autonoma di Trento

V.2. REGIONI

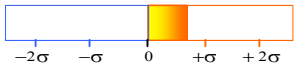
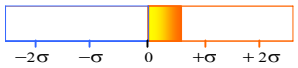
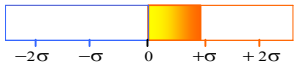
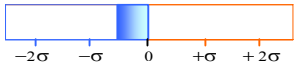
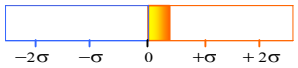
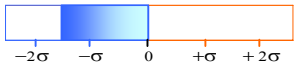
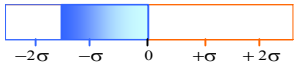
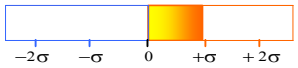
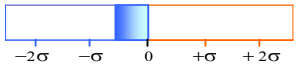
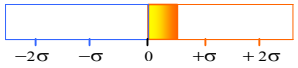
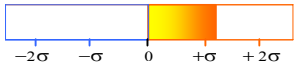
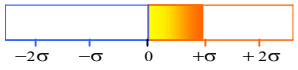
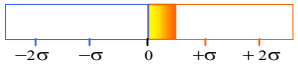
V.2.1. Indicatori di sintesi

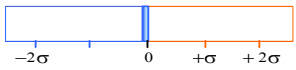
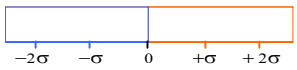
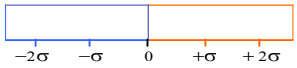
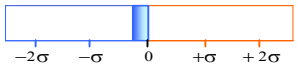
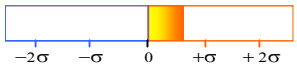
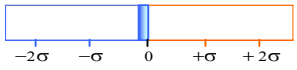
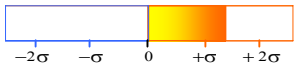
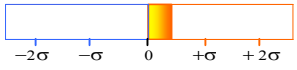
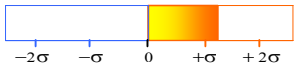
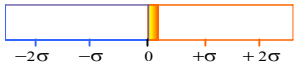
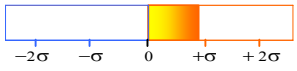
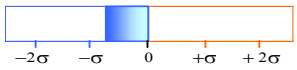
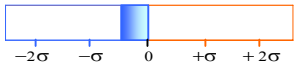
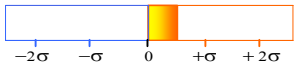
V.2.1.1 Regione Abruzzo

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	879.751	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.030	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	4.740	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,17	0,95	0,33	23,50		0,68
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,39	4,71	1,14	14,36		0,59
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	69,55	57,52	13,12	20,92		0,92
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	77,46	82,27	8,87	-5,84		-0,54
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,37	8,93	3,67	16,08		0,39
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	62,95	74,25	7,26	-15,23		-1,56
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	6,97	12,89	5,35	-45,89		-1,11
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	80,46	66,19	14,81	21,56		0,96
Prevalenza utenti positivi a test HIV	5,10	10,46	8,93	-51,19		-0,60
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	77,09	70,06	14,03	10,04		0,50
Percentuale utenti positivi al test HBV	53,12	35,64	14,44	49,02		1,21
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	85,81	72,89	13,20	17,72		0,98
Percentuale utenti positivi a test HCV	67,51	59,42	17,02	13,61		0,48

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,61	10,78	2,02	-1,65		-0,09
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,14	1,15	1,01	-1,16		-0,01
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	86,27	86,62	52,30	-0,40		-0,01
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	16,01	20,16	14,74	-20,58		-0,28
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	17,05	11,32	9,03	50,58		0,63
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	56,72	63,68	38,25	-10,92		-0,18
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	10,57	10,48	6,51	0,89		0,01
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	10,66	8,14	1,84	30,98		1,37
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	19,79	17,85	4,63	10,85		0,42
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	29,67	15,47	11,39	91,72		1,25
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	38,08	36,56	8,56	4,17		0,18
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	33,08	23,47	10,65	40,91		0,90
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	7,89	11,95	5,28	-33,96		-0,77
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	4,25	5,43	2,48	-21,76		-0,48
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	93,32	88,95	8,51	4,90		0,51

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

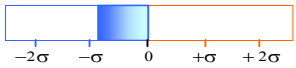
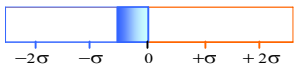
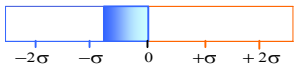
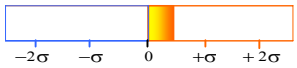
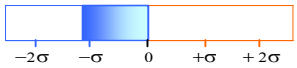
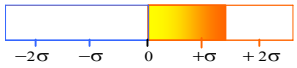
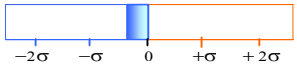
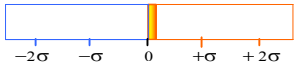
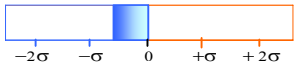
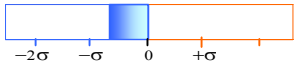
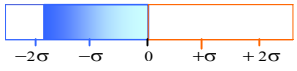
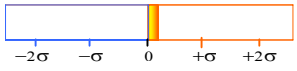
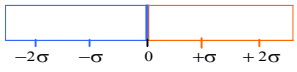
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

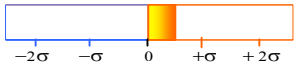
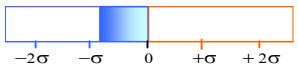
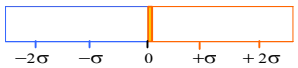
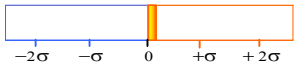
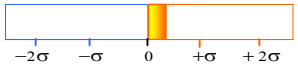
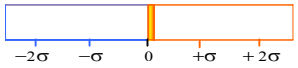
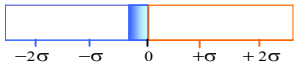
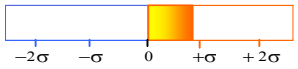
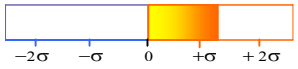
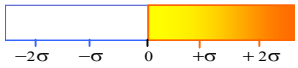
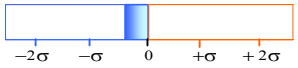
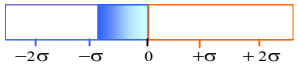
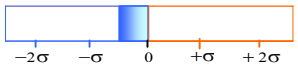
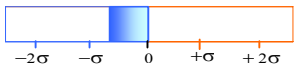
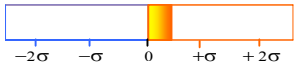
V.2.1.2 Regione Basilicata

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	390.821	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	254	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.592	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,65	0,95	0,33	-31,44		-0,91
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,07	4,71	1,14	-13,54		-0,56
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	47,16	57,52	13,12	-18,02		-0,79
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	86,38	82,27	8,87	5,00		0,46
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	4,53	8,93	3,67	-49,30		-1,20
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	84,15	74,25	7,26	13,32		1,36
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	10,83	12,89	5,35	-15,97		-0,38
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	68,15	66,19	14,81	2,96		0,13
Prevalenza utenti positivi a test HIV	4,99	10,46	8,93	-52,28		-0,61
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	60,50	70,06	14,03	-13,64		-0,68
Percentuale utenti positivi al test HBV	8,46	35,64	14,44	-76,27		-1,88
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	75,02	72,89	13,20	2,92		0,16
Percentuale utenti positivi a test HCV	58,87	59,42	17,02	-0,92		-0,03

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,77	10,78	2,02	9,13		0,49
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,26	1,15	1,01	-77,75		-0,89
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	90,58	86,62	52,30	4,57		0,08
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	22,24	20,16	14,74	10,29		0,14
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	14,07	11,32	9,03	24,29		0,30
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	67,55	63,68	38,25	6,08		0,10
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	8,19	10,48	6,51	-21,85		-0,35
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	9,60	8,14	1,84	17,87		0,79
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	23,56	17,85	4,63	31,94		1,23
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	46,57	15,47	11,39	200,95		2,73
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	33,01	36,56	8,56	-9,71		-0,41
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	13,82	23,47	10,65	-41,14		-0,91
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	9,11	11,95	5,28	-23,77		-0,54
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,71	5,43	2,48	-31,72		-0,70
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	92,41	88,95	8,51	3,89		0,41

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

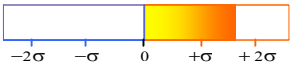
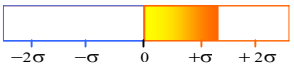
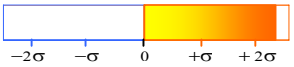
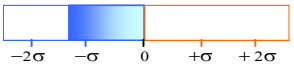
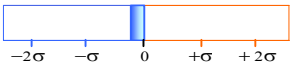
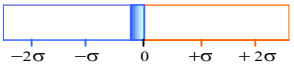
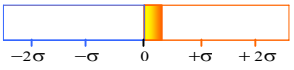
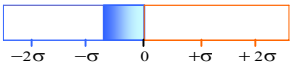
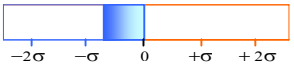
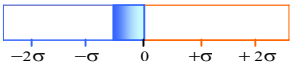
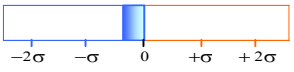
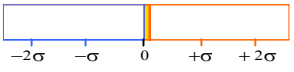
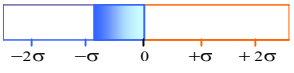
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

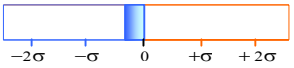
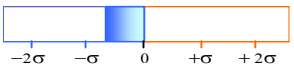
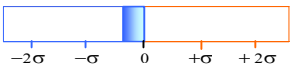
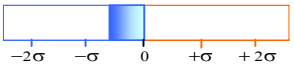
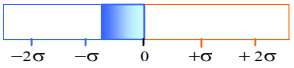
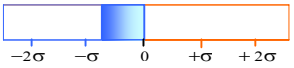
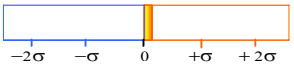
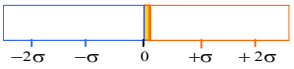
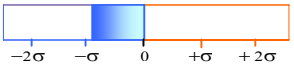
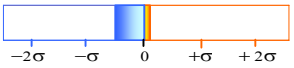
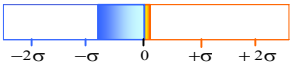
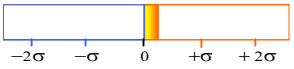
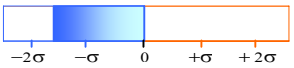
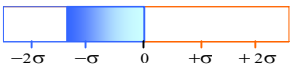
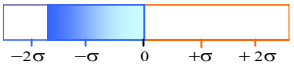
V.2.1.3 Regione Calabria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	1.345.036	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.988	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	8.324	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,48	0,95	0,33	55,91		1,62
Tasso totale utenti per 1.000 res.	6,19	4,71	1,14	31,35		1,29
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	88,32	57,52	13,12	53,55		2,35
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	70,07	82,27	8,87	-14,83		-1,38
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,97	8,93	3,67	-10,84		-0,26
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	73,75	74,25	7,26	-0,68		-0,07
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	14,57	12,89	5,35	13,08		0,32
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	55,24	66,19	14,81	-16,54		-0,74
Prevalenza utenti positivi a test HIV	3,91	10,46	8,93	-62,61		-0,73
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	62,01	70,06	14,03	-11,49		-0,57
Percentuale utenti positivi al test HBV	29,79	35,64	14,44	-16,44		-0,41
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	74,27	72,89	13,20	1,89		0,10
Percentuale utenti positivi a test HCV	43,81	59,42	17,02	-26,26		-0,92

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,05	10,78	2,02	-6,82		-0,36
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,45	1,15	1,01	-61,21		-0,70
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	66,09	86,62	52,30	-23,70		-0,39
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	10,68	20,16	14,74	-47,03		-0,64
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	4,24	11,32	9,03	-62,57		-0,78
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	50,18	63,68	38,25	-21,19		-0,35
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	11,38	10,48	6,51	8,57		0,14
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,35	8,14	1,84	2,57		0,11
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	13,49	17,85	4,63	-24,43		-0,94
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	9,44	15,47	11,39	-38,98		-0,53
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	29,37	36,56	8,56	-19,66		-0,84
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	26,10	23,47	10,65	11,17		0,25
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	3,09	11,95	5,28	-74,16		-1,68
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	1,91	5,43	2,48	-64,84		-1,42
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	73,93	88,95	8,51	-16,89		-1,77

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

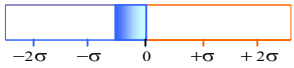
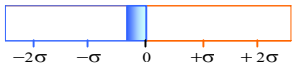
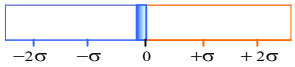
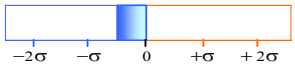
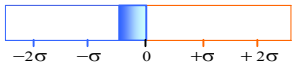
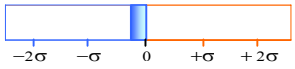
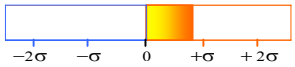
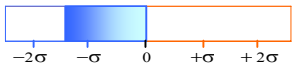
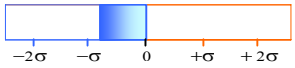
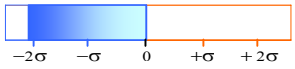
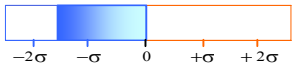
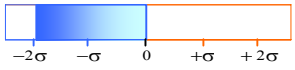
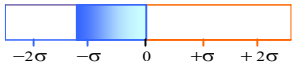
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

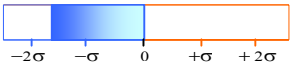
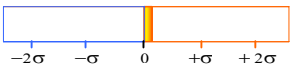
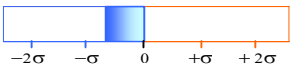
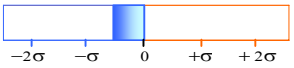
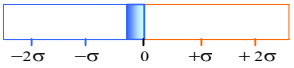
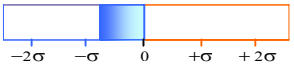
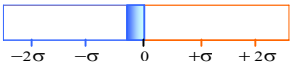
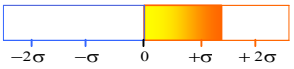
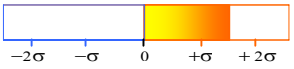
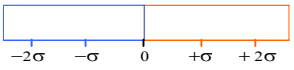
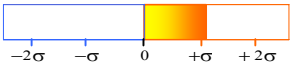
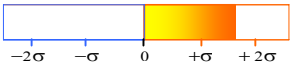
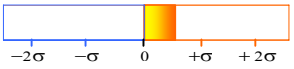
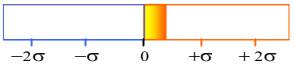
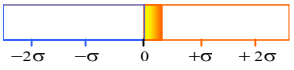
V.2.1.4 Regione Campania

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	3.932.620	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.996	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	16.881	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,76	0,95	0,33	-19,64		-0,57
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,29	4,71	1,14	-8,89		-0,37
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	55,37	57,52	13,12	-3,74		-0,16
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	77,53	82,27	8,87	-5,76		-0,53
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,13	8,93	3,67	-20,14		-0,49
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	72,30	74,25	7,26	-2,64		-0,27
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	17,27	12,89	5,35	34,05		0,82
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	44,37	66,19	14,81	-32,97		-1,47
Prevalenza utenti positivi a test HIV	2,82	10,46	8,93	-73,06		-0,86
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	39,84	70,06	14,03	-43,14		-2,15
Percentuale utenti positivi al test HBV	12,30	35,64	14,44	-65,49		-1,62
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	46,24	72,89	13,20	-36,56		-2,02
Percentuale utenti positivi a test HCV	37,71	59,42	17,02	-36,53		-1,28

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	7,35	10,78	2,02	-31,84		-1,70
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,30	1,15	1,01	12,77		0,15
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	50,30	86,62	52,30	-41,94		-0,69
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	11,72	20,16	14,74	-41,88		-0,57
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	8,47	11,32	9,03	-25,22		-0,32
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	33,23	63,68	38,25	-47,81		-0,80
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	8,37	10,48	6,51	-20,15		-0,32
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	10,68	8,14	1,84	31,23		1,38
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	24,89	17,85	4,63	39,40		1,52
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	15,28	15,47	11,39	-1,24		-0,02
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	45,87	36,56	8,56	25,49		1,09
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	40,84	23,47	10,65	73,97		1,63
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	14,80	11,95	5,28	23,85		0,54
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	6,35	5,43	2,48	16,90		0,37
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	91,55	88,95	8,51	2,92		0,31

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

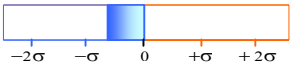
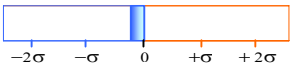
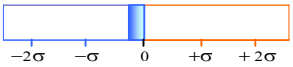
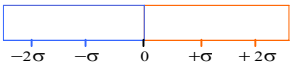
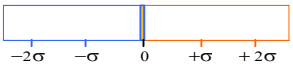
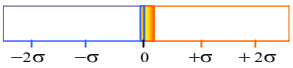
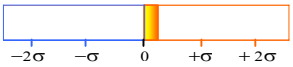
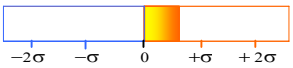
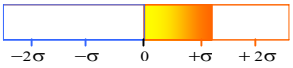
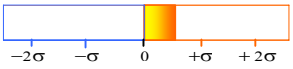
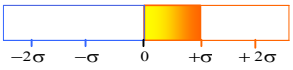
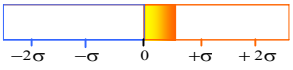
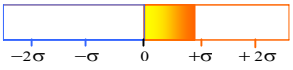
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

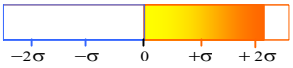
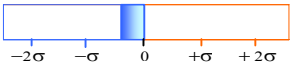
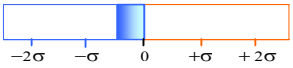
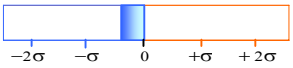
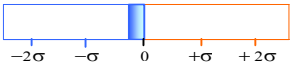
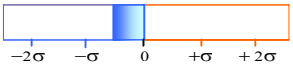
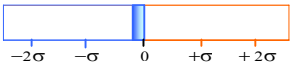
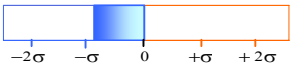
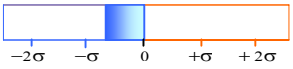
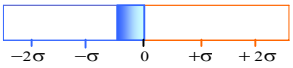
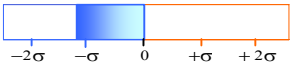
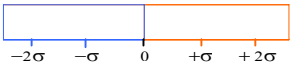
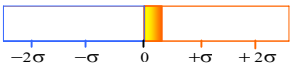
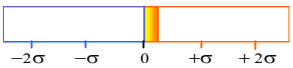
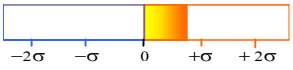
V.2.1.5 Regione Emilia - Romagna

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	2.830.430	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.061	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	12.498	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,73	0,95	0,33	-23,19		-0,67
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,42	4,71	1,14	-6,28		-0,26
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	53,71	57,52	13,12	-6,63		-0,29
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	82,21	82,27	8,87	-0,07		-0,01
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,72	8,93	3,67	-2,37		-0,06
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	75,62	74,25	7,26	1,84		0,19
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	14,13	12,89	5,35	9,64		0,23
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	75,30	66,19	14,81	13,76		0,61
Prevalenza utenti positivi a test HIV	21,09	10,46	8,93	101,65		1,19
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	77,75	70,06	14,03	10,99		0,55
Percentuale utenti positivi al test HBV	50,06	35,64	14,44	40,45		1,00
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	80,10	72,89	13,20	9,89		0,55
Percentuale utenti positivi a test HCV	74,68	59,42	17,02	25,68		0,90

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	15,08	10,78	2,02	39,81		2,12
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,71	1,15	1,01	-38,56		-0,44
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	60,31	86,62	52,30	-30,38		-0,50
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	13,66	20,16	14,74	-32,26		-0,44
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	8,69	11,32	9,03	-23,24		-0,29
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	41,76	63,68	38,25	-34,42		-0,57
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	9,04	10,48	6,51	-13,68		-0,22
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	6,45	8,14	1,84	-20,75		-0,92
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	14,61	17,85	4,63	-18,16		-0,70
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	10,00	15,47	11,39	-35,39		-0,48
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	25,93	36,56	8,56	-29,06		-1,24
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	23,42	23,47	10,65	-0,21		0,00
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	13,59	11,95	5,28	13,71		0,31
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	6,00	5,43	2,48	10,40		0,23
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	95,35	88,95	8,51	7,19		0,75

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

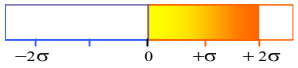
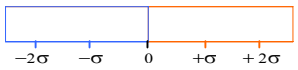
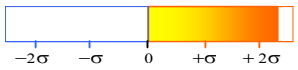
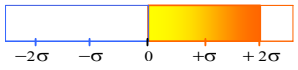
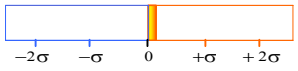
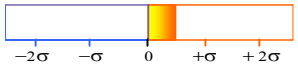
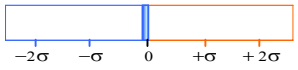
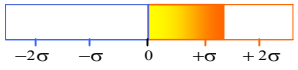
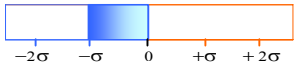
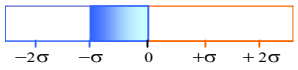
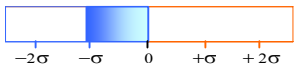
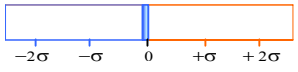
V.2.1.6 Regione Friuli Venezia Giulia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	791.162	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	854	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.311	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,08	0,95	0,33	13,87	0,40
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,18	4,71	1,14	-11,18	-0,46
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	55,10	57,52	13,12	-4,22	-0,18
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	75,96	82,27	8,87	-7,67	-0,71
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	14,01	8,93	3,67	56,79	1,38
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	77,23	74,25	7,26	4,01	0,41
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	6,78	12,89	5,35	-47,35	-1,14
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	47,77	66,19	14,81	-27,82	-1,24
Prevalenza utenti positivi a test HIV	5,27	10,46	8,93	-49,56	-0,58
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	67,98	70,06	14,03	-2,97	-0,15
Percentuale utenti positivi al test HBV	28,98	35,64	14,44	-18,70	-0,46
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	64,28	72,89	13,20	-11,82	-0,65
Percentuale utenti positivi a test HCV	65,10	59,42	17,02	9,56	0,33

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	14,75	10,78	2,02	36,76		1,96
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,14	1,15	1,01	-1,08		-0,01
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	207,04	86,62	52,30	139,01		2,30
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	49,47	20,16	14,74	145,37		1,99
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	37,54	11,32	9,03	231,54		2,90
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	141,94	63,68	38,25	122,91		2,05
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	23,38	10,48	6,51	123,18		1,98
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,38	8,14	1,84	2,95		0,13
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	20,02	17,85	4,63	12,16		0,47
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	14,28	15,47	11,39	-7,70		-0,10
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	48,03	36,56	8,56	31,39		1,34
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	12,13	23,47	10,65	-48,31		-1,06
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	6,37	11,95	5,28	-46,66		-1,06
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	2,67	5,43	2,48	-50,92		-1,12
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	88,15	88,95	8,51	-0,90		-0,09

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

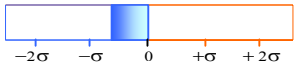
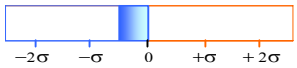
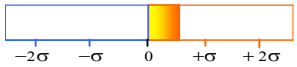
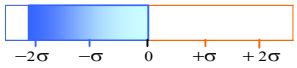
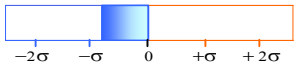
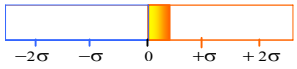
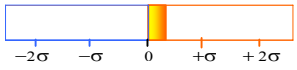
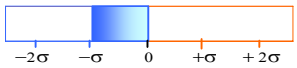
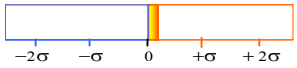
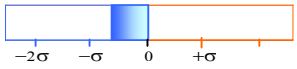
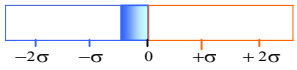
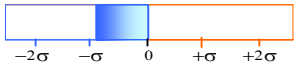
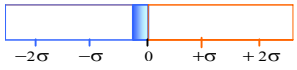
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

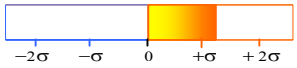
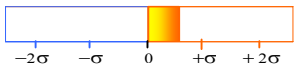
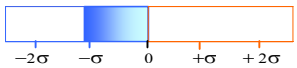
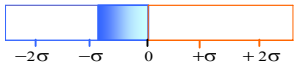
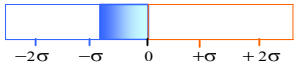
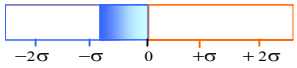
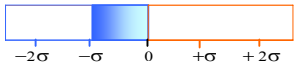
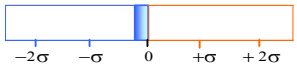
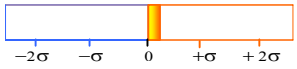
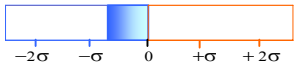
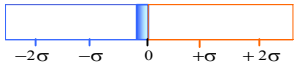
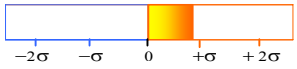
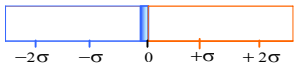
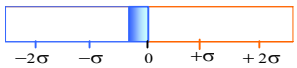
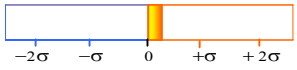
V.2.1.7 Regione Lazio

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	3.765.929	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.760	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	15.424	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,73	0,95	0,33	-22,69		-0,66
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,10	4,71	1,14	-13,07		-0,54
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	64,94	57,52	13,12	12,90		0,57
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	63,07	82,27	8,87	-23,34		-2,16
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,89	8,93	3,67	-34,11		-0,83
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,94	74,25	7,26	3,62		0,37
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	14,48	12,89	5,35	12,41		0,30
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	51,04	66,19	14,81	-22,89		-1,02
Prevalenza utenti positivi a test HIV	11,91	10,46	8,93	13,89		0,16
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	60,89	70,06	14,03	-13,08		-0,65
Percentuale utenti positivi al test HBV	28,46	35,64	14,44	-20,14		-0,50
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	60,52	72,89	13,20	-16,98		-0,94
Percentuale utenti positivi a test HCV	54,95	59,42	17,02	-7,52		-0,26

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	13,23	10,78	2,02	22,63		1,21
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,70	1,15	1,01	47,78		0,55
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	27,32	86,62	52,30	-68,46		-1,13
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	6,67	20,16	14,74	-66,91		-0,92
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	3,37	11,32	9,03	-70,22		-0,88
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	19,70	63,68	38,25	-69,06		-1,15
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	3,85	10,48	6,51	-63,25		-1,02
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	7,69	8,14	1,84	-5,53		-0,24
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	18,78	17,85	4,63	5,17		0,20
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	7,14	15,47	11,39	-53,84		-0,73
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	34,81	36,56	8,56	-4,77		-0,20
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	31,73	23,47	10,65	35,18		0,78
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	11,19	11,95	5,28	-6,34		-0,14
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	4,58	5,43	2,48	-15,65		-0,34
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	90,90	88,95	8,51	2,19		0,23

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

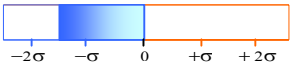
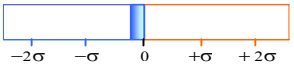
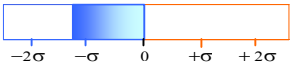
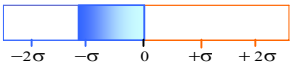
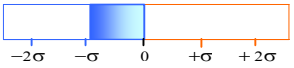
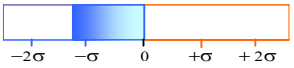
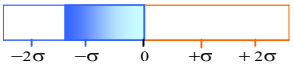
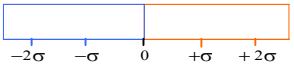
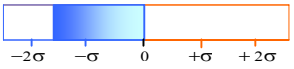
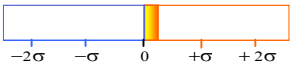
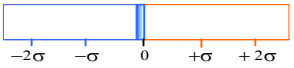
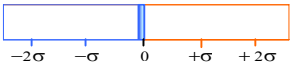
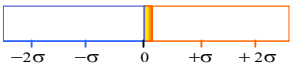
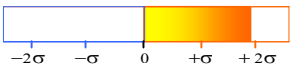
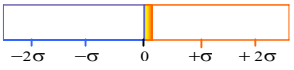
V.2.1.8 Regione Liguria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	997.859	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.734	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	8.003	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,74	0,95	0,33	83,31	2,41
Tasso totale utenti per 1.000 res.	8,02	4,71	1,14	70,23	2,89
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	78,93	57,52	13,12	37,22	1,63
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	101,61	82,27	8,87	23,51	2,18
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,82	8,93	3,67	-12,48	-0,30
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	81,76	74,25	7,26	10,10	1,03
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	9,48	12,89	5,35	-26,45	-0,64
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	81,01	66,19	14,81	22,39	1,00
Prevalenza utenti positivi a test HIV	20,87	10,46	8,93	99,57	1,17
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	84,48	70,06	14,03	20,59	1,03
Percentuale utenti positivi al test HBV	46,15	35,64	14,44	29,47	0,73
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	83,86	72,89	13,20	15,05	0,83
Percentuale utenti positivi a test HCV	73,57	59,42	17,02	23,81	0,83

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	7,61	10,78	2,02	-29,48		-1,57
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,90	1,15	1,01	-21,57		-0,25
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	18,54	86,62	52,30	-78,60		-1,30
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	2,31	20,16	14,74	-88,53		-1,21
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	2,51	11,32	9,03	-77,87		-0,98
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	14,33	63,68	38,25	-77,49		-1,29
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	1,10	10,48	6,51	-89,48		-1,44
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,12	8,14	1,84	-0,28		-0,01
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	10,12	17,85	4,63	-43,31		-1,67
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	18,34	15,47	11,39	18,52		0,25
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	35,38	36,56	8,56	-3,23		-0,14
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	22,35	23,47	10,65	-4,80		-0,11
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	12,66	11,95	5,28	5,94		0,13
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	10,15	5,43	2,48	86,82		1,91
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	90,23	88,95	8,51	1,43		0,15

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

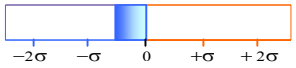
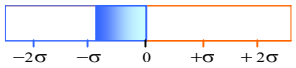
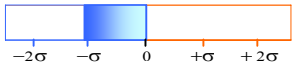
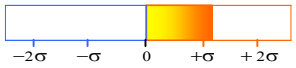
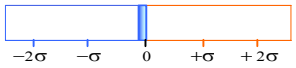
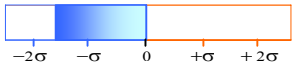
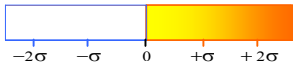
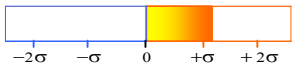
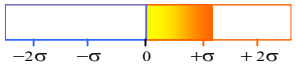
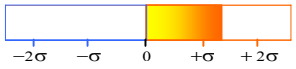
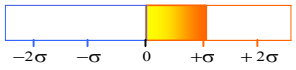
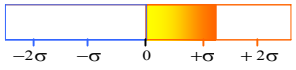
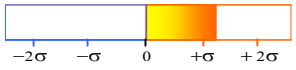
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

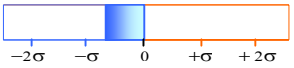
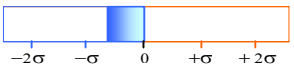
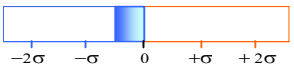
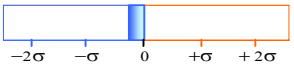
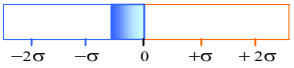
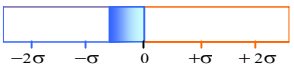
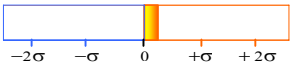
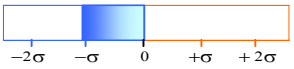
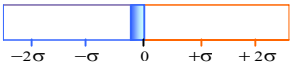
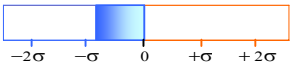
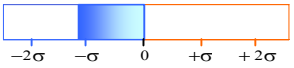
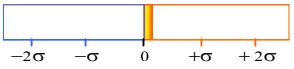
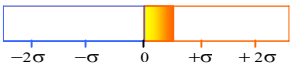
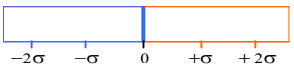
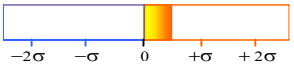
V.2.1.9 Regione Lombardia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	6.465.359	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	4.939	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	23.563	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,76	0,95	0,33	-19,42		-0,56
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,64	4,71	1,14	-22,65		-0,93
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	42,46	57,52	13,12	-26,19		-1,15
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	85,84	82,27	8,87	4,34		0,40
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,41	8,93	3,67	-5,81		-0,14
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	62,27	74,25	7,26	-16,14		-1,65
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	27,88	12,89	5,35	116,35		2,80
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	86,86	66,19	14,81	31,24		1,40
Prevalenza utenti positivi a test HIV	36,42	10,46	8,93	248,29		2,91
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	88,84	70,06	14,03	26,81		1,34
Percentuale utenti positivi al test HBV	50,81	35,64	14,44	42,56		1,05
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	89,44	72,89	13,20	22,71		1,25
Percentuale utenti positivi a test HCV	80,53	59,42	17,02	35,53		1,24

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,37	10,78	2,02	-13,11		-0,70
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,48	1,15	1,01	-58,31		-0,67
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	58,48	86,62	52,30	-32,49		-0,54
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	16,05	20,16	14,74	-20,41		-0,28
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	5,95	11,32	9,03	-47,41		-0,59
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	39,77	63,68	38,25	-37,55		-0,63
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	12,14	10,48	6,51	15,88		0,26
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	6,08	8,14	1,84	-25,29		-1,12
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	16,69	17,85	4,63	-6,53		-0,25
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	5,60	15,47	11,39	-63,82		-0,87
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	26,19	36,56	8,56	-28,37		-1,21
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	24,92	23,47	10,65	6,15		0,14
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	14,68	11,95	5,28	22,90		0,52
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	5,35	5,43	2,48	-1,51		-0,03
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	93,12	88,95	8,51	4,68		0,49

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

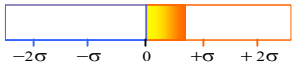
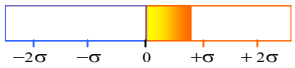
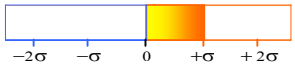
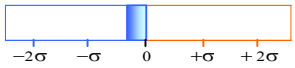
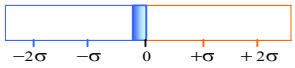
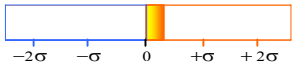
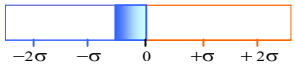
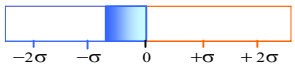
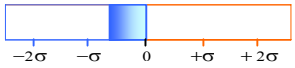
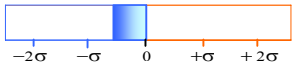
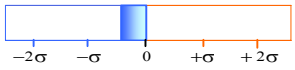
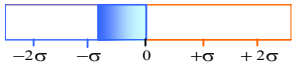
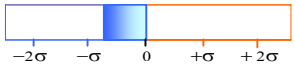
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

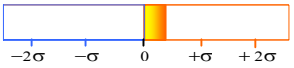
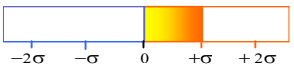
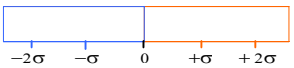
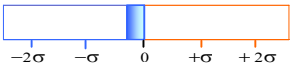
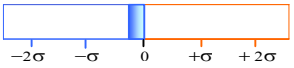
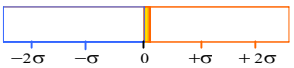
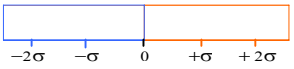
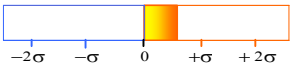
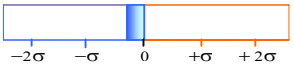
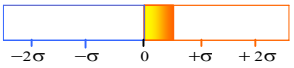
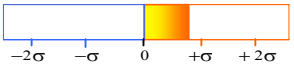
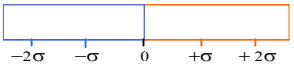
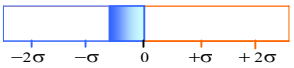
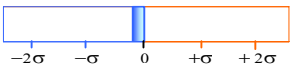
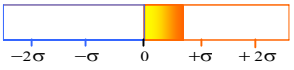
V.2.1.10 Regione Marche

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	1.002.083	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.180	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	5.642	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,18	0,95	0,33	24,22		0,70
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,63	4,71	1,14	19,50		0,80
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	71,26	57,52	13,12	23,89		1,05
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	79,01	82,27	8,87	-3,96		-0,37
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,09	8,93	3,67	-9,48		-0,23
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,59	74,25	7,26	3,15		0,32
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	9,89	12,89	5,35	-23,28		-0,56
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	55,22	66,19	14,81	-16,57		-0,74
Prevalenza utenti positivi a test HIV	4,37	10,46	8,93	-58,17		-0,68
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	61,41	70,06	14,03	-12,35		-0,62
Percentuale utenti positivi al test HBV	28,84	35,64	14,44	-19,09		-0,47
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	61,05	72,89	13,20	-16,25		-0,90
Percentuale utenti positivi a test HCV	46,32	59,42	17,02	-22,04		-0,77

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,58	10,78	2,02	7,42		0,40
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	2,20	1,15	1,01	90,91		1,04
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	87,62	86,62	52,30	1,15		0,02
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	15,56	20,16	14,74	-22,81		-0,31
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	8,88	11,32	9,03	-21,56		-0,27
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	67,56	63,68	38,25	6,10		0,10
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	10,48	10,48	6,51	0,01		0,00
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	9,20	8,14	1,84	13,03		0,58
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	16,34	17,85	4,63	-8,46		-0,33
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	21,26	15,47	11,39	37,36		0,51
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	43,31	36,56	8,56	18,48		0,79
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	23,85	23,47	10,65	1,60		0,04
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	8,67	11,95	5,28	-27,46		-0,62
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	4,88	5,43	2,48	-10,20		-0,22
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	94,68	88,95	8,51	6,44		0,67

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

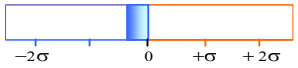
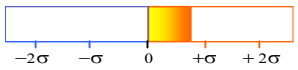
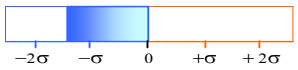
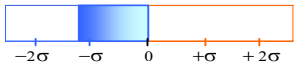
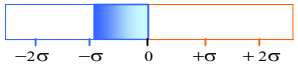
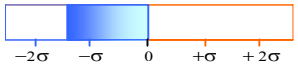
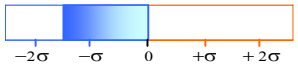
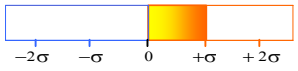
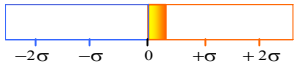
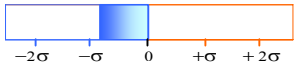
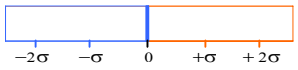
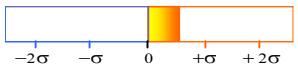
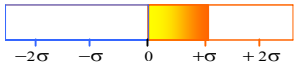
V.2.1.11 Regione Molise

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	209.812	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	313	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.202	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,49	0,95	0,33	57,37	1,66
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,73	4,71	1,14	21,59	0,89
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	65,96	57,52	13,12	14,68	0,64
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	86,85	82,27	8,87	5,57	0,52
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,31	8,93	3,67	-6,96	-0,17
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,52	74,25	7,26	3,05	0,31
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,65	12,89	5,35	-9,56	-0,23
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	54,33	66,19	14,81	-17,92	-0,80
Prevalenza utenti positivi a test HIV	2,23	10,46	8,93	-78,66	-0,92
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	45,20	70,06	14,03	-35,48	-1,77
Percentuale utenti positivi al test HBV	22,11	35,64	14,44	-37,97	-0,94
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	55,86	72,89	13,20	-23,37	-1,29
Percentuale utenti positivi a test HCV	63,43	59,42	17,02	6,74	0,24

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,01	10,78	2,02	-7,19		-0,38
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,91	1,15	1,01	65,78		0,75
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	10,01	86,62	52,30	-88,45		-1,46
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	1,75	20,16	14,74	-91,33		-1,25
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	2,38	11,32	9,03	-78,95		-0,99
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	7,15	63,68	38,25	-88,77		-1,48
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	0,48	10,48	6,51	-95,45		-1,54
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	10,01	8,14	1,84	22,96		1,01
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	17,47	17,85	4,63	-2,14		-0,08
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	43,85	15,47	11,39	183,37		2,49
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	39,08	36,56	8,56	6,91		0,30
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	14,30	23,47	10,65	-39,09		-0,86
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	11,81	11,95	5,28	-1,13		-0,03
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	6,77	5,43	2,48	24,55		0,54
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	97,89	88,95	8,51	10,04		1,05

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

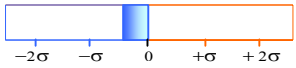
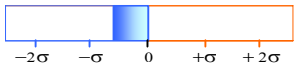
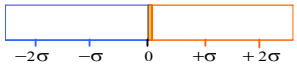
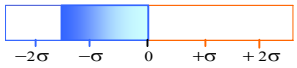
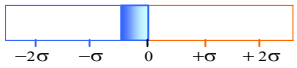
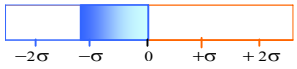
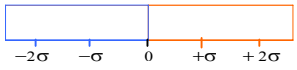
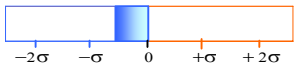
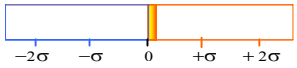
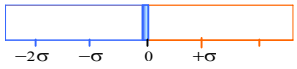
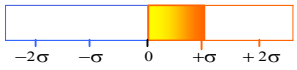
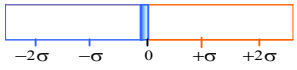
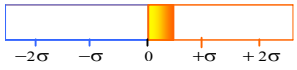
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

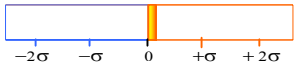
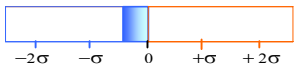
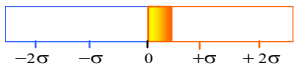
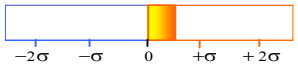
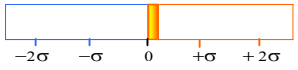
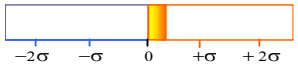
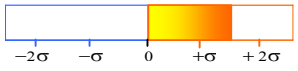
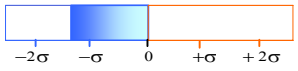
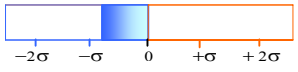
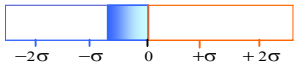
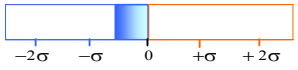
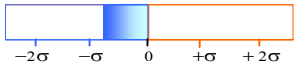
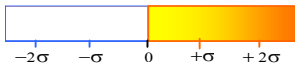
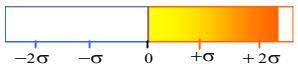
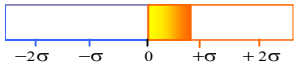
V.2.1.12 Regione Piemonte

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	2.861.803	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.298	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	11.462	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,80	0,95	0,33	-15,29		-0,44
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,01	4,71	1,14	-14,99		-0,62
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	58,49	57,52	13,12	1,68		0,07
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	68,48	82,27	8,87	-16,76		-1,55
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,19	8,93	3,67	-19,53		-0,48
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	65,47	74,25	7,26	-11,83		-1,21
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	13,05	12,89	5,35	1,29		0,03
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	57,32	66,19	14,81	-13,40		-0,60
Prevalenza utenti positivi a test HIV	11,84	10,46	8,93	13,20		0,15
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	68,61	70,06	14,03	-2,07		-0,10
Percentuale utenti positivi al test HBV	50,22	35,64	14,44	40,90		1,01
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	71,24	72,89	13,20	-2,27		-0,13
Percentuale utenti positivi a test HCV	66,98	59,42	17,02	12,73		0,44

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,07	10,78	2,02	2,67		0,14
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,70	1,15	1,01	-39,23		-0,45
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	108,99	86,62	52,30	25,82		0,43
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	27,21	20,16	14,74	34,97		0,48
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	12,75	11,32	9,03	12,64		0,16
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	75,23	63,68	38,25	18,15		0,30
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	20,20	10,48	6,51	92,76		1,49
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	5,58	8,14	1,84	-31,40		-1,39
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	13,94	17,85	4,63	-21,91		-0,84
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	7,27	15,47	11,39	-53,03		-0,72
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	31,38	36,56	8,56	-14,16		-0,60
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	14,82	23,47	10,65	-36,88		-0,81
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	27,87	11,95	5,28	133,29		3,02
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	11,16	5,43	2,48	105,46		2,31
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	95,52	88,95	8,51	7,39		0,77

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

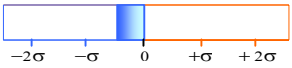
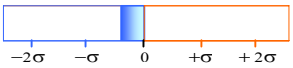
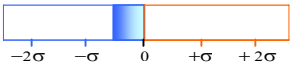
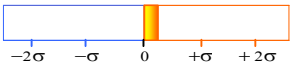
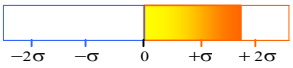
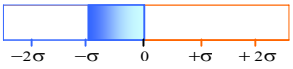
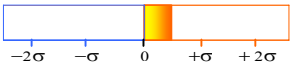
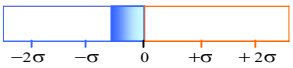
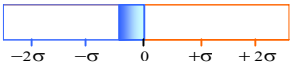
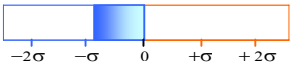
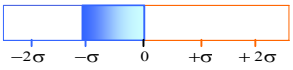
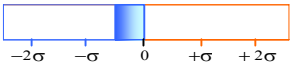
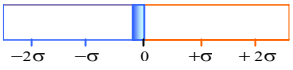
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

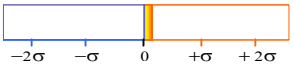
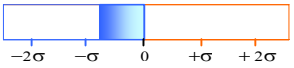
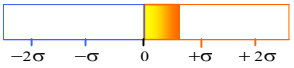
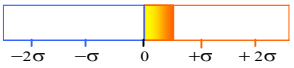
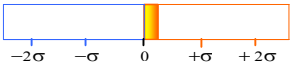
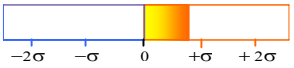
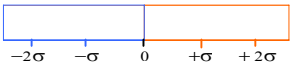
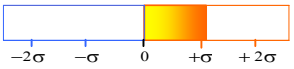
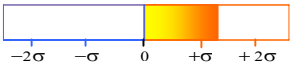
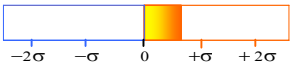
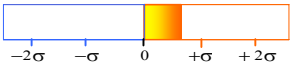
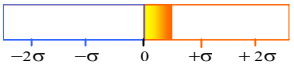
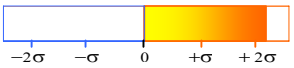
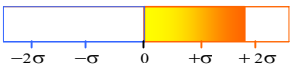
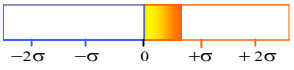
V.2.1.13 Regione Puglia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	2.729.041	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.149	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	11.545	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,79	0,95	0,33	-16,93		-0,49
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,23	4,71	1,14	-10,21		-0,42
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	50,13	57,52	13,12	-12,84		-0,56
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	84,38	82,27	8,87	2,57		0,24
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	15,27	8,93	3,67	70,87		1,73
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	66,78	74,25	7,26	-10,07		-1,03
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	15,45	12,89	5,35	19,87		0,48
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	57,50	66,19	14,81	-13,13		-0,59
Prevalenza utenti positivi a test HIV	6,32	10,46	8,93	-39,58		-0,46
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	57,41	70,06	14,03	-18,06		-0,90
Percentuale utenti positivi al test HBV	19,51	35,64	14,44	-45,26		-1,12
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	66,08	72,89	13,20	-9,35		-0,52
Percentuale utenti positivi a test HCV	55,51	59,42	17,02	-6,57		-0,23

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,03	10,78	2,02	2,28		0,12
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,33	1,15	1,01	-71,32		-0,81
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	118,21	86,62	52,30	36,46		0,60
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	27,94	20,16	14,74	38,59		0,53
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	13,48	11,32	9,03	19,09		0,24
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	93,73	63,68	38,25	47,20		0,79
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	10,41	10,48	6,51	-0,68		-0,01
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	10,14	8,14	1,84	24,55		1,09
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	23,97	17,85	4,63	34,25		1,32
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	22,94	15,47	11,39	48,24		0,66
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	42,03	36,56	8,56	14,98		0,64
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	28,51	23,47	10,65	21,44		0,47
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	23,38	11,95	5,28	95,66		2,16
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	9,89	5,43	2,48	82,01		1,80
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	94,44	88,95	8,51	6,17		0,64

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

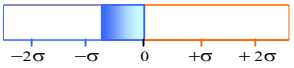
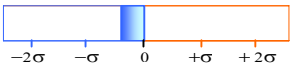
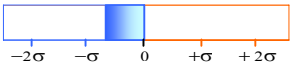
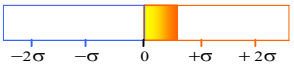
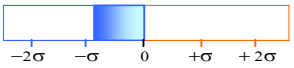
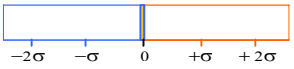
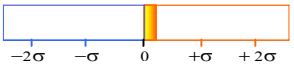
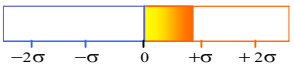
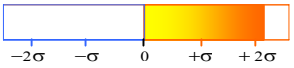
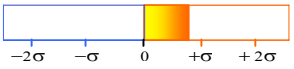
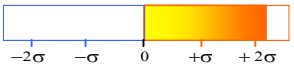
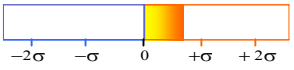
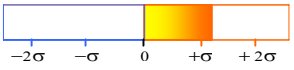
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

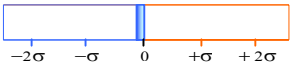
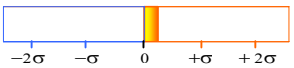
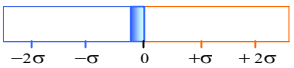
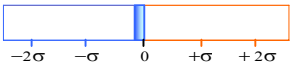
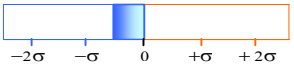
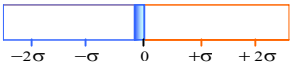
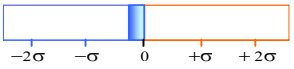
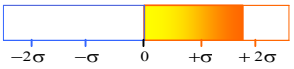
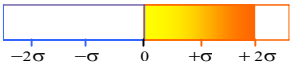
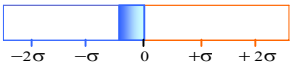
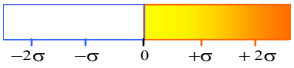
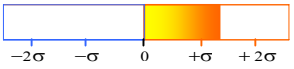
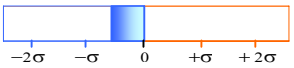
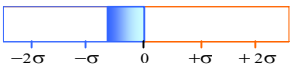
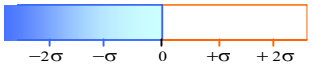
V.2.1.14 Regione Sardegna

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	1.147.171	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	792	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	4.835	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,69	0,95	0,33	-27,17		-0,79
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,21	4,71	1,14	-10,54		-0,43
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	48,21	57,52	13,12	-16,20		-0,71
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	87,43	82,27	8,87	6,28		0,58
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,56	8,93	3,67	-37,73		-0,92
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	73,72	74,25	7,26	-0,72		-0,07
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	13,97	12,89	5,35	8,45		0,20
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	78,93	66,19	14,81	19,25		0,86
Prevalenza utenti positivi a test HIV	29,39	10,46	8,93	181,03		2,12
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	81,39	70,06	14,03	16,18		0,81
Percentuale utenti positivi al test HBV	67,02	35,64	14,44	88,03		2,17
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	82,01	72,89	13,20	12,51		0,69
Percentuale utenti positivi a test HCV	79,77	59,42	17,02	34,25		1,20

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,51	10,78	2,02	-2,53		-0,13
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,39	1,15	1,01	21,28		0,24
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	73,05	86,62	52,30	-15,67		-0,26
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	17,33	20,16	14,74	-14,04		-0,19
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	6,28	11,32	9,03	-44,57		-0,56
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	57,45	63,68	38,25	-9,79		-0,16
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	8,72	10,48	6,51	-16,80		-0,27
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	11,35	8,14	1,84	39,43		1,74
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	26,93	17,85	4,63	50,84		1,96
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	10,11	15,47	11,39	-34,65		-0,47
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	61,02	36,56	8,56	66,92		2,86
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	37,75	23,47	10,65	60,79		1,34
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	8,85	11,95	5,28	-25,91		-0,59
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,73	5,43	2,48	-31,34		-0,69
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	60,75	88,95	8,51	-31,71		-3,31

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

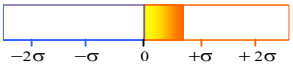
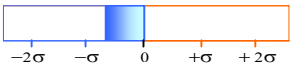
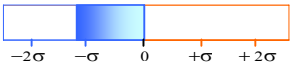
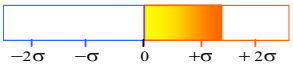
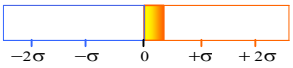
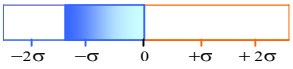
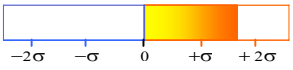
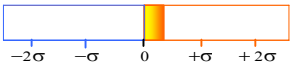
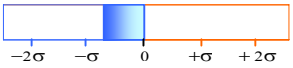
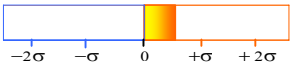
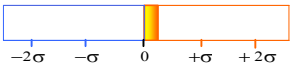
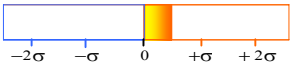
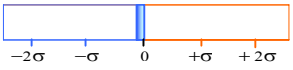
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

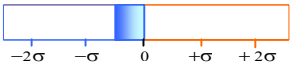
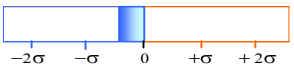
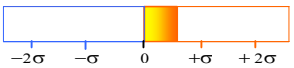
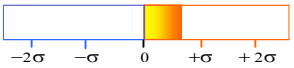
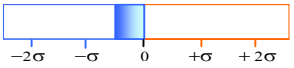
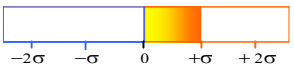
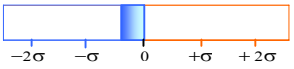
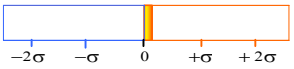
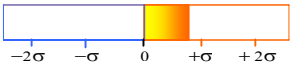
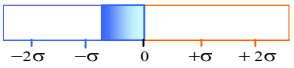
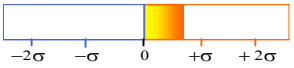
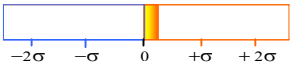
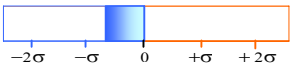
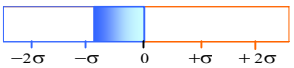
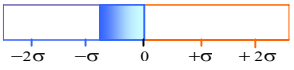
V.2.1.15 Regione Sicilia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	3.342.440	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.939	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	13.067	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,18	0,95	0,33	24,32		0,70
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,91	4,71	1,14	-17,02		-0,70
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	41,42	57,52	13,12	-28,00		-1,23
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	94,39	82,27	8,87	14,74		1,37
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,13	8,93	3,67	13,42		0,33
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	63,69	74,25	7,26	-14,23		-1,45
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	21,80	12,89	5,35	69,19		1,67
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	71,39	66,19	14,81	7,86		0,35
Prevalenza utenti positivi a test HIV	3,97	10,46	8,93	-62,00		-0,73
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	77,69	70,06	14,03	10,90		0,54
Percentuale utenti positivi al test HBV	39,05	35,64	14,44	9,56		0,24
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	79,41	72,89	13,20	8,94		0,49
Percentuale utenti positivi a test HCV	56,92	59,42	17,02	-4,21		-0,15

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,74	10,78	2,02	-9,70		-0,52
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,69	1,15	1,01	-40,16		-0,46
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	116,65	86,62	52,30	34,66		0,57
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	29,84	20,16	14,74	48,00		0,66
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	6,40	11,32	9,03	-43,45		-0,54
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	101,99	63,68	38,25	60,17		1,00
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	7,78	10,48	6,51	-25,76		-0,41
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	8,40	8,14	1,84	3,17		0,14
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	21,48	17,85	4,63	20,33		0,78
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	6,82	15,47	11,39	-55,92		-0,76
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	42,45	36,56	8,56	16,14		0,69
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	26,15	23,47	10,65	11,39		0,25
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	8,17	11,95	5,28	-31,60		-0,71
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,20	5,43	2,48	-41,20		-0,90
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	82,02	88,95	8,51	-7,79		-0,81

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

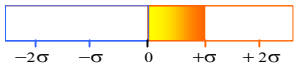
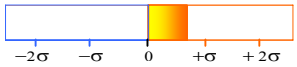
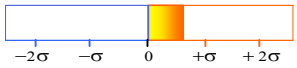
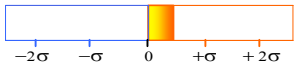
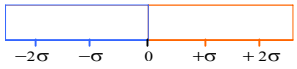
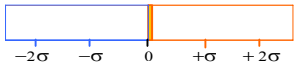
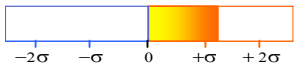
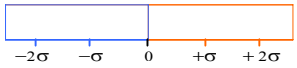
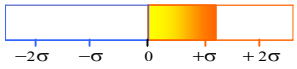
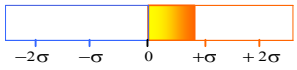
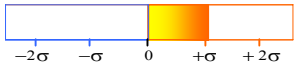
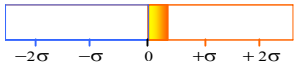
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

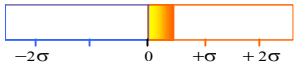
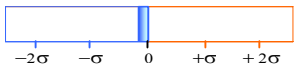
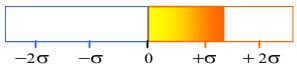
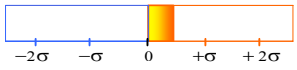
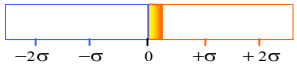
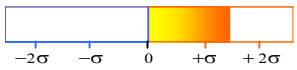
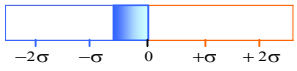
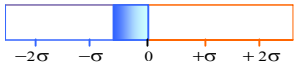
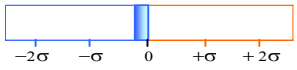
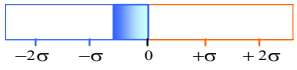
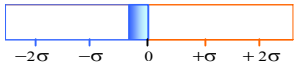
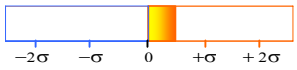
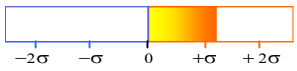
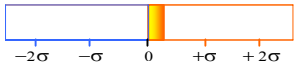
V.2.1.16 Regione Toscana

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	2.392.092	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.263	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	13.965	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,95	0,95	0,33	-0,20		-0,01
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,84	4,71	1,14	23,91		0,98
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	66,41	57,52	13,12	15,45		0,68
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	87,91	82,27	8,87	6,85		0,64
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,56	8,93	3,67	18,18		0,44
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	74,23	74,25	7,26	-0,03		0,00
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	13,16	12,89	5,35	2,15		0,05
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	84,29	66,19	14,81	27,36		1,22
Prevalenza utenti positivi a test HIV	10,69	10,46	8,93	2,22		0,03
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	87,11	70,06	14,03	24,35		1,22
Percentuale utenti positivi al test HBV	47,63	35,64	14,44	33,63		0,83
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	87,17	72,89	13,20	19,59		1,08
Percentuale utenti positivi a test HCV	65,05	59,42	17,02	9,48		0,33

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,72	10,78	2,02	8,65		0,46
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,96	1,15	1,01	-16,39		-0,19
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	157,35	86,62	52,30	81,65		1,35
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	26,95	20,16	14,74	33,68		0,46
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	13,42	11,32	9,03	18,51		0,23
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	119,44	63,68	38,25	87,56		1,46
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	22,74	10,48	6,51	117,05		1,88
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	6,97	8,14	1,84	-14,39		-0,64
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	11,94	17,85	4,63	-33,14		-1,28
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	12,88	15,47	11,39	-16,79		-0,23
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	31,65	36,56	8,56	-13,43		-0,57
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	19,94	23,47	10,65	-15,05		-0,33
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	14,47	11,95	5,28	21,12		0,48
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	8,45	5,43	2,48	55,48		1,22
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	91,19	88,95	8,51	2,52		0,26

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

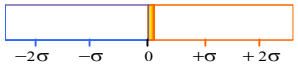
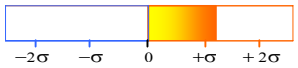
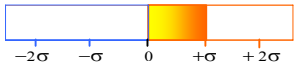
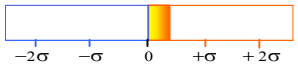
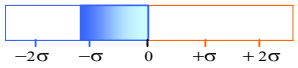
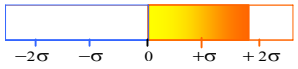
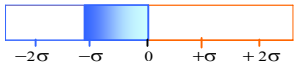
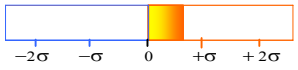
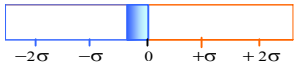
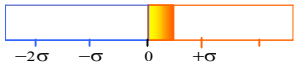
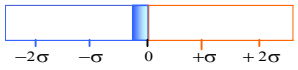
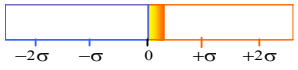
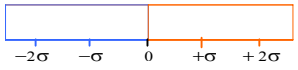
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

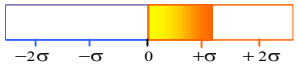
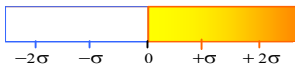
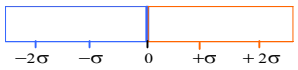
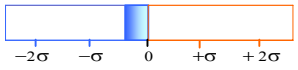
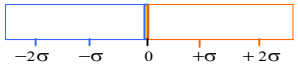
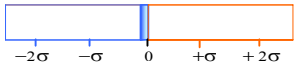
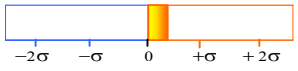
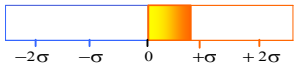
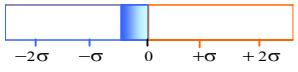
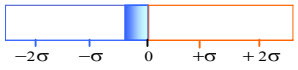
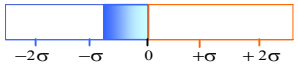
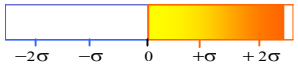
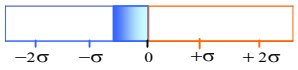
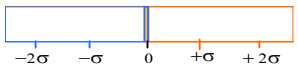
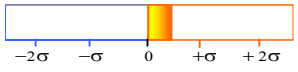
V.2.1.17 Regione Umbria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	576.742	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	567	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.516	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,98	0,95	0,33	3,71		0,11
Tasso totale utenti per 1.000 res.	6,10	4,71	1,14	29,39		1,21
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	71,19	57,52	13,12	23,77		1,04
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	85,63	82,27	8,87	4,09		0,38
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	4,48	8,93	3,67	-49,84		-1,21
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	87,28	74,25	7,26	17,54		1,79
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	6,82	12,89	5,35	-47,07		-1,13
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	75,25	66,19	14,81	13,70		0,61
Prevalenza utenti positivi a test HIV	7,00	10,46	8,93	-33,04		-0,39
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	76,27	70,06	14,03	8,87		0,44
Percentuale utenti positivi al test HBV	31,51	35,64	14,44	-11,59		-0,29
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	76,75	72,89	13,20	5,29		0,29
Percentuale utenti positivi a test HCV	59,94	59,42	17,02	0,88		0,03

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	13,08	10,78	2,02	21,32		1,14
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	4,68	1,15	1,01	307,09		3,50
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	84,09	86,62	52,30	-2,92		-0,05
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	13,79	20,16	14,74	-31,58		-0,43
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	10,58	11,32	9,03	-6,59		-0,08
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	58,61	63,68	38,25	-7,96		-0,13
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	12,66	10,48	6,51	20,80		0,33
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	9,54	8,14	1,84	17,15		0,76
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	15,64	17,85	4,63	-12,38		-0,48
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	10,58	15,47	11,39	-31,65		-0,43
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	29,82	36,56	8,56	-18,42		-0,79
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	49,07	23,47	10,65	109,03		2,40
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	8,67	11,95	5,28	-27,40		-0,62
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	5,29	5,43	2,48	-2,68		-0,06
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	92,46	88,95	8,51	3,94		0,41

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

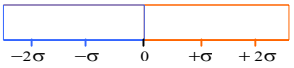
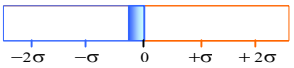
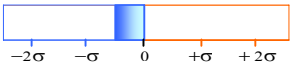
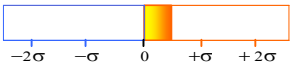
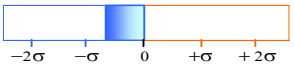
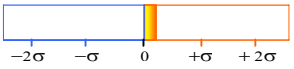
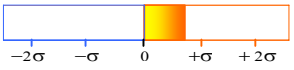
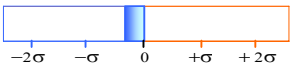
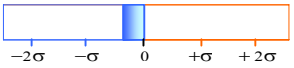
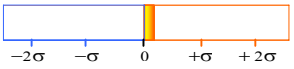
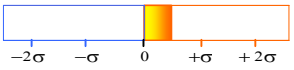
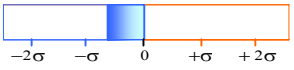
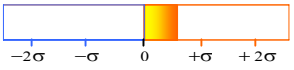
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

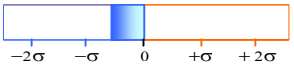
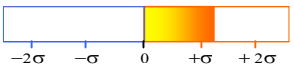
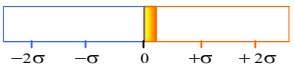
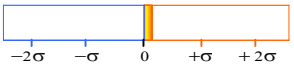
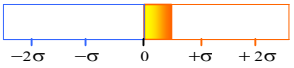
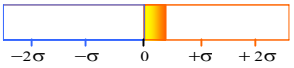
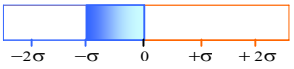
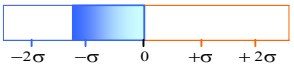
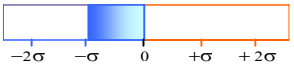
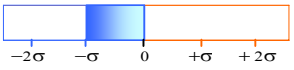
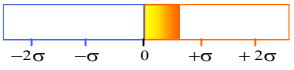
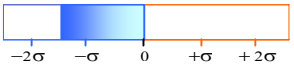
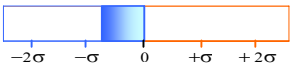
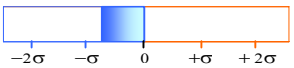
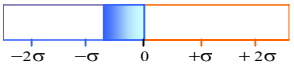
V.2.1.18 Regione Valle d'Aosta

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	83.473	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	79	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	366	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,95	0,95	0,33	-0,16		0,00
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,38	4,71	1,14	-6,94		-0,29
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	50,68	57,52	13,12	-11,90		-0,52
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	86,52	82,27	8,87	5,17		0,48
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	6,39	8,93	3,67	-28,48		-0,69
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	75,83	74,25	7,26	2,13		0,22
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	16,67	12,89	5,35	29,34		0,71
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	61,14	66,19	14,81	-7,62		-0,34
Prevalenza utenti positivi a test HIV	6,85	10,46	8,93	-34,51		-0,40
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	72,24	70,06	14,03	3,12		0,16
Percentuale utenti positivi al test HBV	42,36	35,64	14,44	18,84		0,47
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	64,04	72,89	13,20	-12,14		-0,67
Percentuale utenti positivi a test HCV	69,13	59,42	17,02	16,34		0,57

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,60	10,78	2,02	-10,95		-0,58
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	2,40	1,15	1,01	108,35		1,24
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	98,24	86,62	52,30	13,40		0,22
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	22,40	20,16	14,74	11,12		0,15
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	15,57	11,32	9,03	37,54		0,47
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	77,87	63,68	38,25	22,29		0,37
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	3,59	10,48	6,51	-65,70		-1,06
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	5,75	8,14	1,84	-29,36		-1,30
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	13,11	17,85	4,63	-26,54		-1,02
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	3,59	15,47	11,39	-76,77		-1,04
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	41,93	36,56	8,56	14,70		0,63
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	7,19	23,47	10,65	-69,38		-1,53
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	7,92	11,95	5,28	-33,69		-0,76
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,47	5,43	2,48	-36,06		-0,79
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	82,76	88,95	8,51	-6,96		-0,73

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

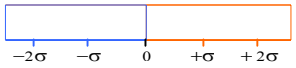
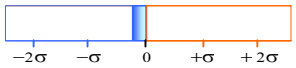
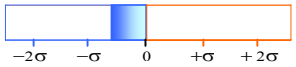
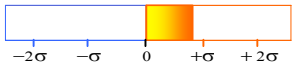
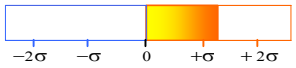
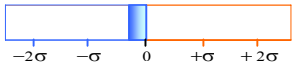
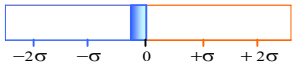
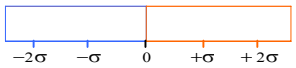
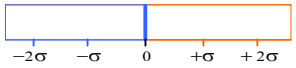
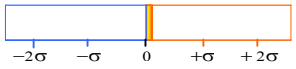
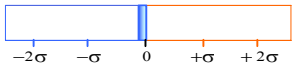
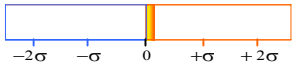
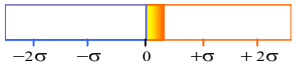
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

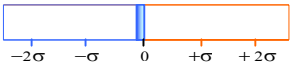
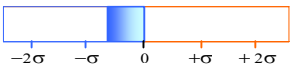
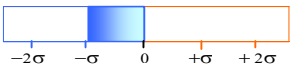
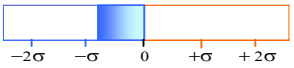
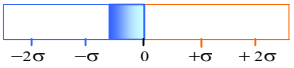
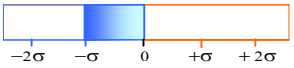
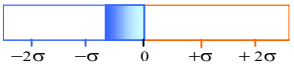
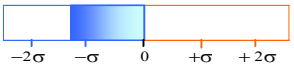
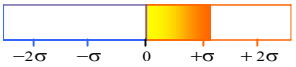
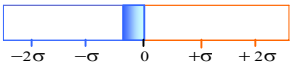
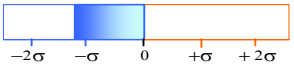
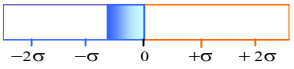
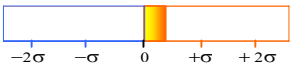
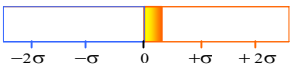
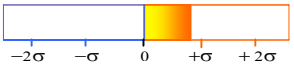
V.2.1.19 Regione Veneto

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	3.239.148	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.101	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	14.333	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,96	0,95	0,33	0,99		0,03
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,42	4,71	1,14	-6,08		-0,25
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	49,31	57,52	13,12	-14,27		-0,63
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	89,73	82,27	8,87	9,07		0,84
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	13,63	8,93	3,67	52,61		1,28
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	71,86	74,25	7,26	-3,22		-0,33
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,42	12,89	5,35	-11,41		-0,27
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	66,36	66,19	14,81	0,26		0,01
Prevalenza utenti positivi a test HIV	10,00	10,46	8,93	-4,38		-0,05
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	71,52	70,06	14,03	2,09		0,10
Percentuale utenti positivi al test HBV	33,35	35,64	14,44	-6,44		-0,16
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	74,54	72,89	13,20	2,26		0,12
Percentuale utenti positivi a test HCV	64,54	59,42	17,02	8,62		0,30

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,48	10,78	2,02	-2,82		-0,15
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,46	1,15	1,01	-59,73		-0,68
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	33,56	86,62	52,30	-61,26		-1,01
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	7,58	20,16	14,74	-62,38		-0,85
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	5,62	11,32	9,03	-50,38		-0,63
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	21,46	63,68	38,25	-66,30		-1,10
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	5,96	10,48	6,51	-43,13		-0,69
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	5,66	8,14	1,84	-30,48		-1,35
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	23,11	17,85	4,63	29,47		1,14
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	11,08	15,47	11,39	-28,38		-0,39
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	25,69	36,56	8,56	-29,73		-1,27
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	16,39	23,47	10,65	-30,16		-0,66
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	13,99	11,95	5,28	17,08		0,39
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	6,19	5,43	2,48	13,91		0,31
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	96,01	88,95	8,51	7,93		0,83

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

V.2.1.20 Provincia Autonoma di Bolzano

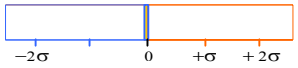
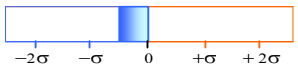
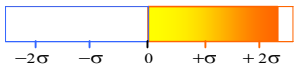
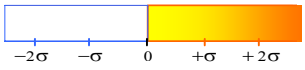
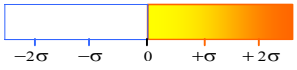
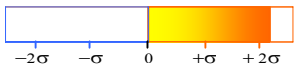
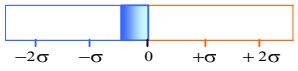
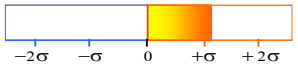
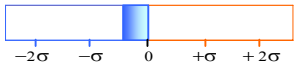
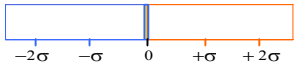
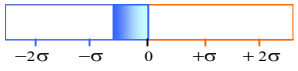
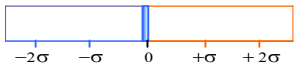
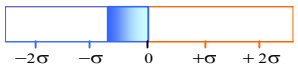
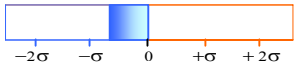
Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	330.039	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	143	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.034	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,43	0,95	0,33	-54,29	-1,57
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,13	4,71	1,14	-33,50	-1,38
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	36,12	57,52	13,12	-37,21	-1,63
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	86,74	82,27	8,87	5,44	0,50
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	18,51	8,93	3,67	107,17	2,61
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	74,52	74,25	7,26	0,35	0,04
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	5,91	12,89	5,35	-54,13	-1,30
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	95,35	66,19	14,81	44,06	1,97
Prevalenza utenti positivi a test HIV	4,00	10,46	8,93	-61,75	-0,72
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	96,48	70,06	14,03	37,72	1,88
Percentuale utenti positivi al test HBV	21,74	35,64	14,44	-39,01	-0,96
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV[1]					
Percentuale utenti positivi a test HCV[1]					

[1] Dato non pervenuto

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,67	10,79	2,04	-1,08		-0,06
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,61	1,15	1,01	-47,30		-0,54
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	207,85	86,62	52,30	139,95		2,32
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	66,34	20,16	14,74	229,06		3,13
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	34,54	11,32	9,03	205,06		2,57
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	146,95	63,68	38,25	130,78		2,18
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	22,12	10,48	6,51	111,10		1,79
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	7,24	8,14	1,84	-11,04		-0,49
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	23,11	17,85	4,63	29,47		1,14
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	10,30	15,47	11,39	-33,43		-0,45
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	36,06	36,56	8,56	-1,36		-0,06
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	16,97	23,47	10,65	-27,72		-0,61
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	11,34	11,95	5,28	-5,11		-0,12
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,64	5,43	2,48	-33,02		-0,72
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	83,08	88,95	8,51	-6,61		-0,69

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

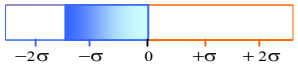
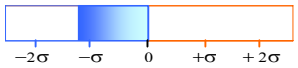
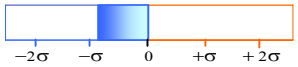
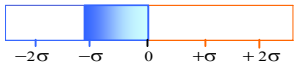
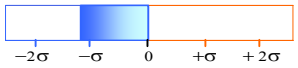
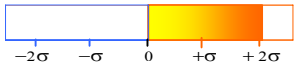
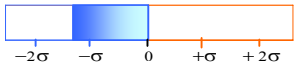
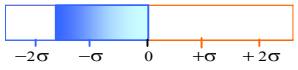
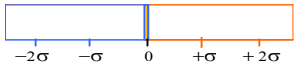
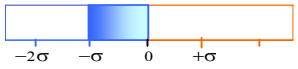
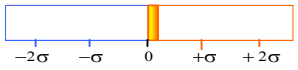
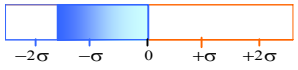
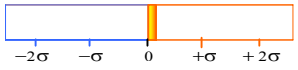
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

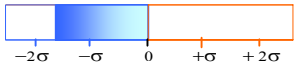
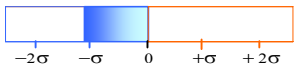
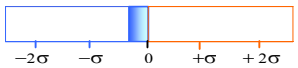
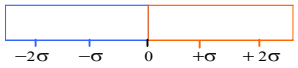
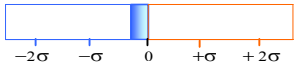
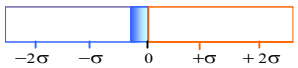
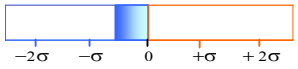
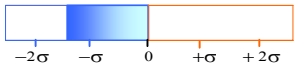
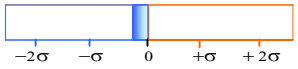
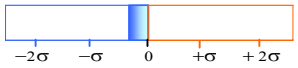
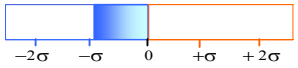
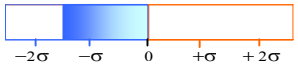
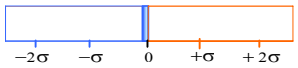
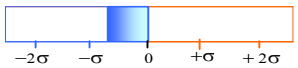
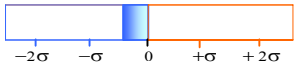
V.2.1.21 Provincia Autonoma di Trento

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2010	343.110	39.655.921
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	157	35.597
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.127	176.430

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori medi nazionali e scostamento standardizzato**(*) dalla media

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,46	0,95	0,33	-51,73		-1,50
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,28	4,71	1,14	-30,28		-1,25
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	45,67	57,52	13,12	-20,60		-0,90
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	71,92	82,27	8,87	-12,58		-1,17
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	4,40	8,93	3,67	-50,73		-1,24
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	89,00	74,25	7,26	19,85		2,03
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	5,55	12,89	5,35	-56,96		-1,37
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	41,42	66,19	14,81	-37,43		-1,67
Prevalenza utenti positivi a test HIV	9,87	10,46	8,93	-5,63		-0,07
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	55,04	70,06	14,03	-21,44		-1,07
Percentuale utenti positivi al test HBV [1]	38,29	35,64	14,44	7,43		0,18
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	51,44	72,89	13,20	-29,43		-1,62
Percentuale utenti positivi a test HCV	61,94	59,42	17,02	4,24		0,15

Indicatori	Val. Regio--nale	Val. medio naz.le	Dev std dalla media naz.le	Δ %	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	7,34	10,79	2,04	-31,94		-1,69
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,00	1,15	1,01	-100,00		-1,14
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	67,91	86,62	52,30	-21,61		-0,36
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	20,67	20,16	14,74	2,54		0,03
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	8,45	11,32	9,03	-25,35		-0,32
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res	51,30	63,68	38,25	-19,44		-0,32
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res	6,70	10,48	6,51	-36,02		-0,58
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res	5,45	8,14	1,84	-33,05		-1,46
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	16,59	17,85	4,63	-7,06		-0,27
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	11,66	15,47	11,39	-24,66		-0,34
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	28,27	36,56	8,56	-22,66		-0,97
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	7,29	23,47	10,65	-68,96		-1,52
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	11,34	11,95	5,28	-5,11		-0,12
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,64	5,43	2,48	-33,02		-0,72
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	85,22	88,95	8,51	-4,20		-0,44

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore medio nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

[1] Dati ACI riferiti all'anno 2009

V.2.1.22 Performance e Criticità

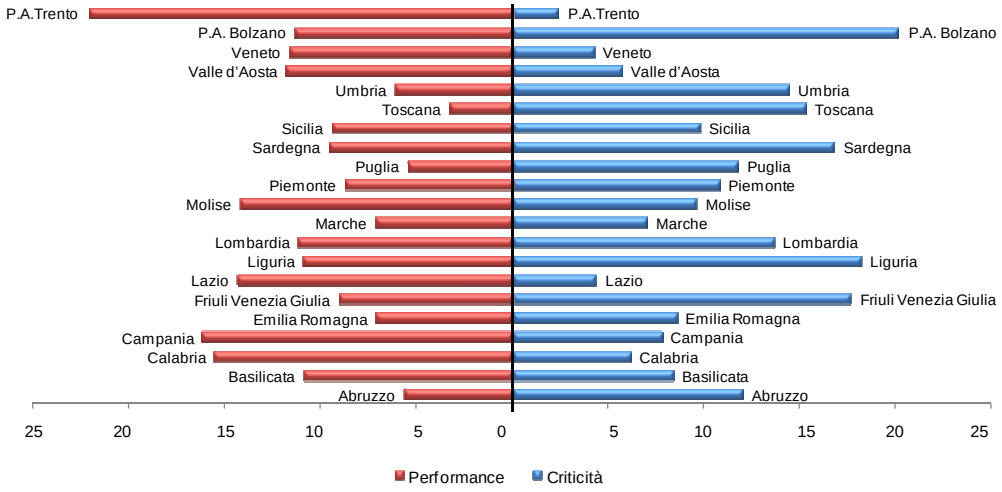
In questo paragrafo vengono presentati i risultati degli indicatori di sintesi sulle "Performance" e sulle "Criticità" per le Regioni e Province Autonome.
Partendo dagli indicatori relativi ai dati forniti dalle amministrazioni centrali e regionali, è stato calcolato il valore medio nazionale e la deviazione 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 V.2.1: Somma degli scostamenti standardizzati per regione. Anno 2010

Regioni	Somma degli scostamenti standardizzati – Performance	Somma degli scostamenti standardizzati – Criticità
Abruzzo	5,62	11,98
Basilicata	10,85	8,38
Calabria	15,49	6,18
Campania	16,17	7,78
Emilia Romagna	7,09	8,60
Friuli Venezia Giulia	9,03	17,63
Lazio	14,33	4,34
Liguria	10,88	18,16
Lombardia	11,18	13,65
Marche	7,09	7,00
Molise	14,19	9,57
Piemonte	8,74	10,81
Puglia	5,42	11,77
Sardegna	9,56	16,77
Sicilia	9,38	9,79
Toscana	3,21	15,27
Umbria	6,09	14,44
Valle d'Aosta	11,73	5,67
Veneto	11,58	4,21
P.A. Bolzano	11,31	20,12
P.A.Trento	22,10	2,36

Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

Figura V.2.1: Indice Globale: somma degli scostamenti standardizzati **Performance** e **Criticità** per regione. Anno 2010



Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

V.2.2. Comparazione dei dati delle regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dalla media nazionale

Confrontare gli scostamenti delle singole regioni dalla media Nazionale sulle 3 dimensioni:
1.Gravità del fenomeno
2.Risposta assistenziale
3.Risposta di contrasto

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. 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.
La dimensione relativa alla gravità del fenomeno è rappresentata dal Dominio Logico G. contente dagli indicatori sul bisogno di trattamento, prevalenza utenti positivi al test sulle malattie infettive (HIV, HBV, HCV), sulla mortalità negli incidenti stradali e la mortalità droga correlata.
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), utenza non sottoposta al test di screening delle malattie infettive (HIV, HBV, HCV), all'utenza assistita dai Ser.T e detenuta negli istituti penitenziari e agli affidi di tossicodipendenti ai servizi sociali (art. 94 DPR 309/90).
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.

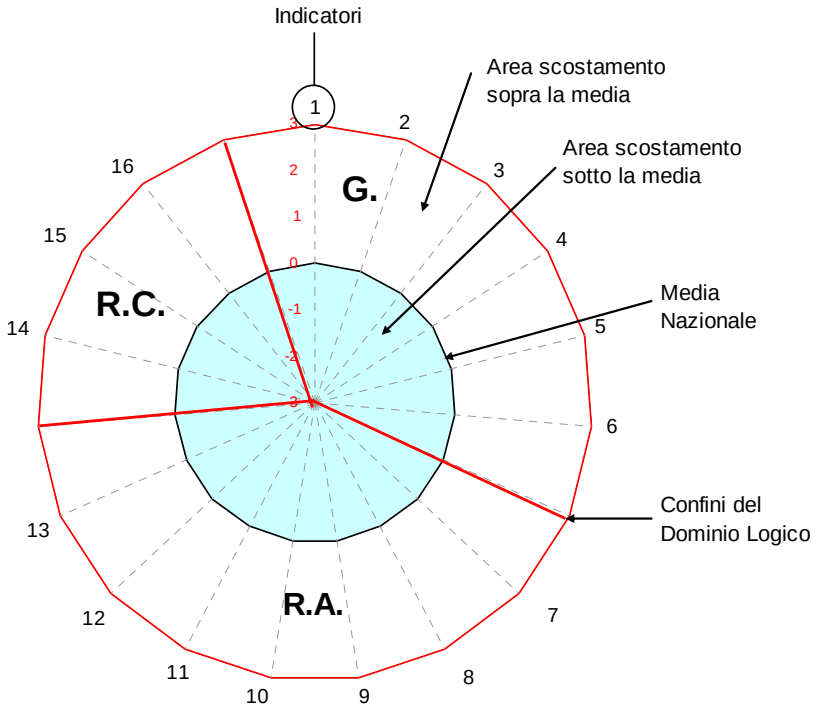
Osservare gli scostamenti standardizzati dalla media nazionale

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.

Evidenziazione degli scostamenti dalla media nazionale:
cerchio superiore= sopra media
cerchio inferiore= sotto media

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).

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.

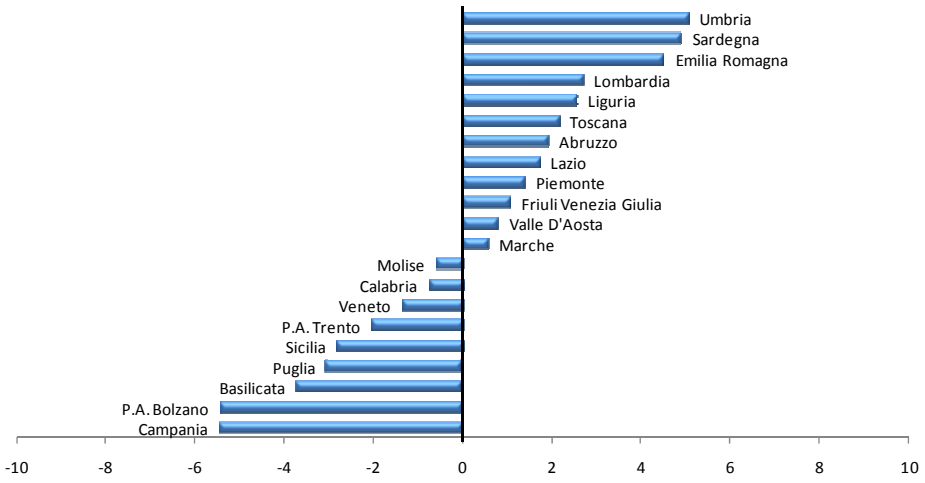
	Scostamento in σ composito da		
Regione	**Gravità**	**Risposta assistenziale**	**Risposta di contrasto**
Abruzzo	1,90	-1,43	0,89
Basilicata	-3,72	-1,21	0,17
Calabria	-0,77	0,68	-1,70
Campania	-5,46	5,56	1,06
Emilia Romagna	4,48	-1,58	-1,19
Friuli Venezia Giulia	1,05	0,84	1,31
Lazio	1,72	1,50	-1,72
Liguria	2,54	2,73	0,59
Lombardia	2,68	-4,48	-1,69
Marche	0,56	3,81	0,37
Molise	-0,61	7,44	0,09
P.A. Bolzano	-5,28(*)	-7,61(*)	1,11
P.A. Trento	-3,33	1,07	-2,54
Piemonte	1,38	3,55	1,35
Puglia	-3,07	3,90	3,49
Sardegna	4,89	-7,48	0,80
Sicilia	-2,84	-2,91	-0,19
Toscana	2,14	-1,80	1,93
Umbria	5,04	-0,24	0,65
Valle D'Aosta	0,76	-0,93	-1,87
Veneto	-1,37	0,75	-2,06

**Dato non pervenuto per la malattia infettiva da HCV*

Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

Nella figura in seguito si osserva che le regioni con indice di gravità più elevato sono, l'Umbria (5,0), la Sardegna (4,9), l'Emilia – Romagna (4,5) e la Lombardia (2,7), invece, le regioni con un indice di gravità molto basso sono la Campania (-5,5), la Provincia Autonoma di Bolzano (-5,4), la Basilicata (-3,7) ed infine la Puglia (-3,1) (Figura V.2.2) .

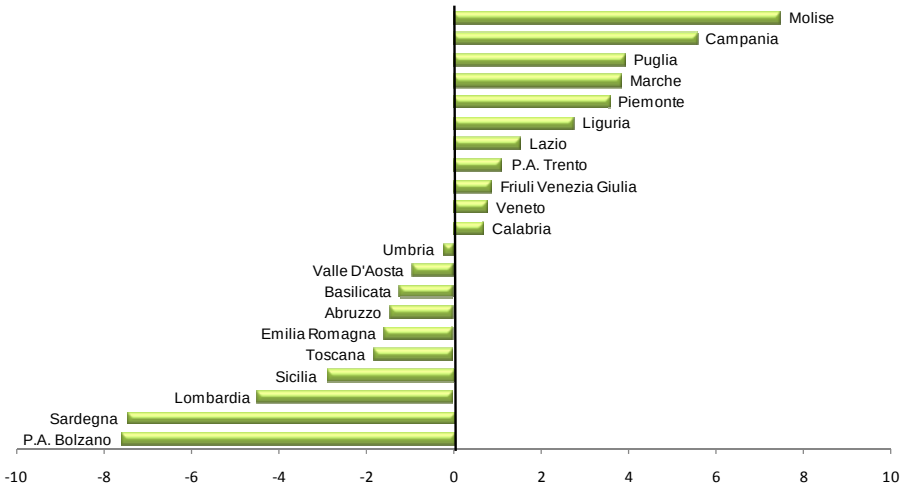
Figura V.2.2: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito di **Gravità.**



Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

Per l'indicatore composito di risposta assistenziale si nota che la regione con più assistenza risulta essere il Molise (7,4), la Campania (5,5) e la Puglia (3,9). Invece, la Provincia Autonoma di Bolzano risulta avere meno assistenza (-7,6) (Figura V.2.3) .

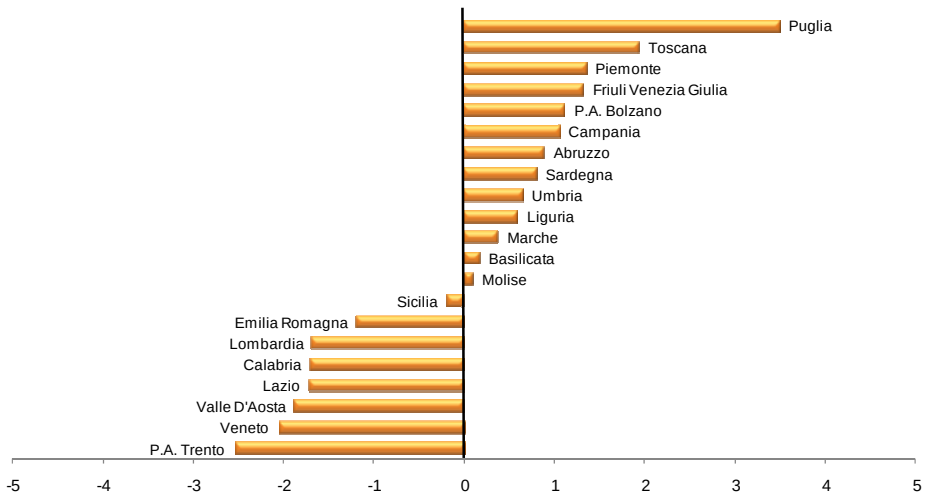
Figura V.2.3: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito di **Risposta Assistenziale**.



Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

Infine, per l'indicatore di composito di risposta di Contrasto, si nota che la regione con più risposta di Contrasto è la Puglia (3,5), la Toscana (1,9) e a seguire il Piemonte (1,3); invece, le regioni con un indice di Contrasto molto basso sono la Provincia Autonoma di Trento (-2,5), il Veneto (-2,0) e la Valle d'Aosta (-1,8) (Figura V.2.4).

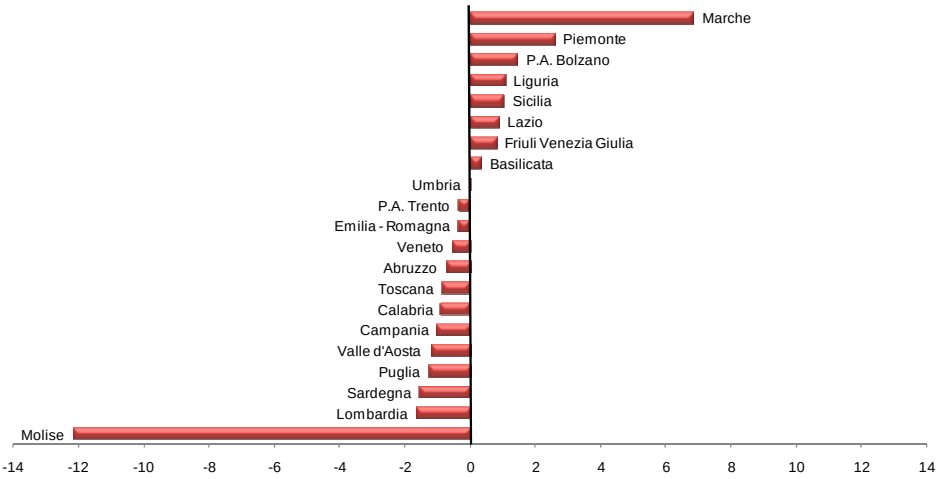
Figura V.2.4: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito **Risposta di Contrasto.**



Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

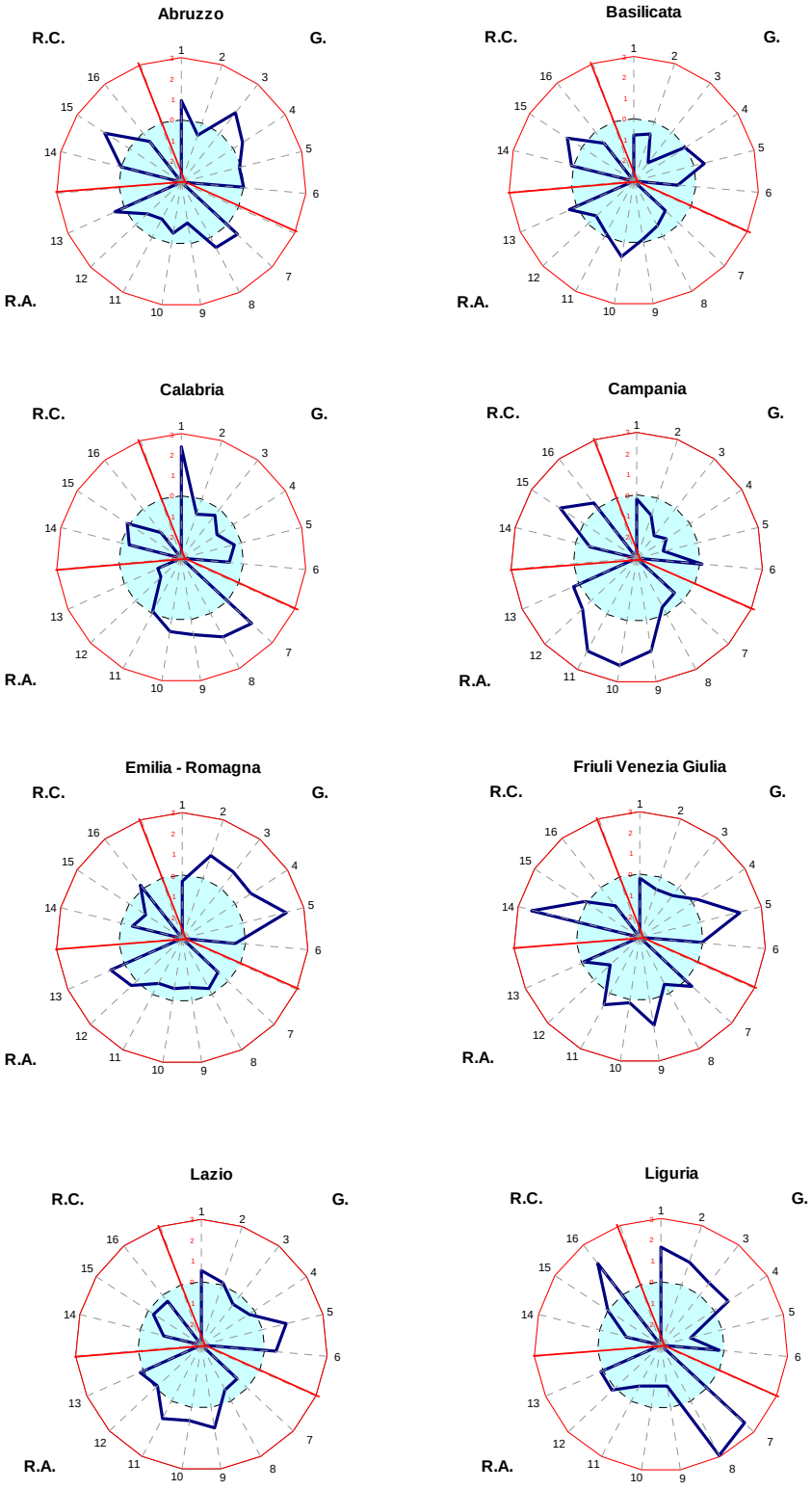
Calcolando il rapporto tra l'indicatore composito di risposta assistenziale e l'indicatore di gravità si osserva che le regioni con più alto rapporto risultano essere le Marche (6,9), il Piemonte (2,6) e la Liguria (1,7). Mentre le regioni con il più basso rapporto sono il Molise (-12,8), la Lombardia (-1,6) e la Sardegna (-1,5) (Figura V.2.5).

Figura V.2.5: Rapporto tra risposta l'indicatore composito di risposta assistenziale e gravità (Indice tra risposta al fenomeno e bisogno)



Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

Figura V.2.6: Sistema Delta Drugs 3D per regione. Anno 2010



Gli indicatori G., R.A. e R.C. sono calcolati mediante lo scostamento standardizzato (σ)

Gravità:
1. Persone con Bisogno di trattamento
2. % positivi HIV
3. % positivi HBV
4. % positivi HCV
5. Mortalità incidenti
6. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

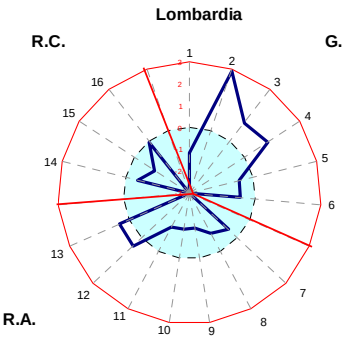
7. Nuovi utenti
8. Totale utenti in carico
9. % non sottoposti al test HIV
10. % non sottoposti al test HBV
11. % non sottoposti al test HCV
12. Detenuti in carico ai SerT
13. Affido tossicodipendenti

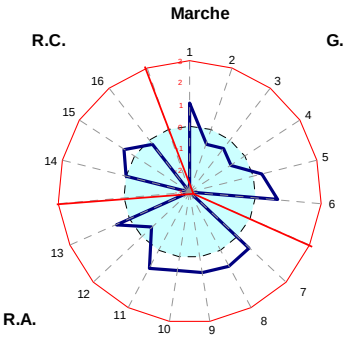
Risposta di contrasto:
14.Segnalazioni art. 75
15. Denunciati art.73
16. Detenuti tossicodipendenti

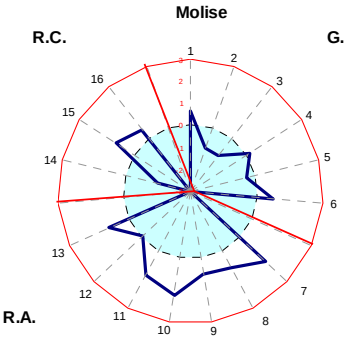
continua

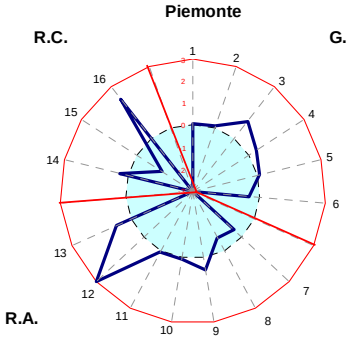
Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

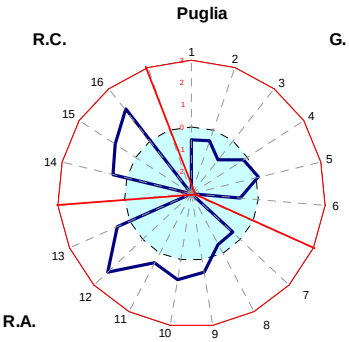
continua

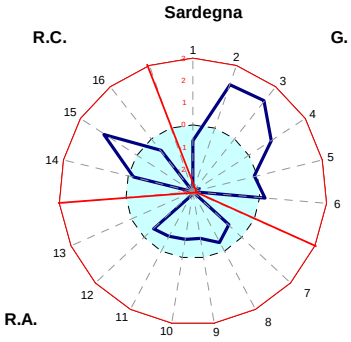


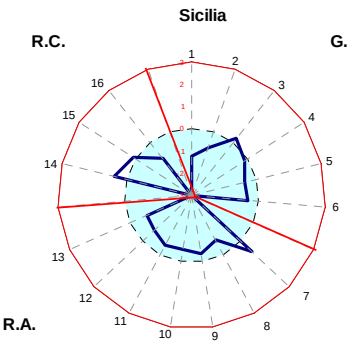


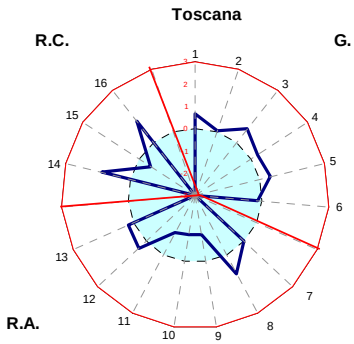












Gravità:
1. Persone con Bisogno di trattamento
2. % positivi HIV
3. % positivi HBV
4. % positivi HCV
5. Mortalità incidenti
6. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

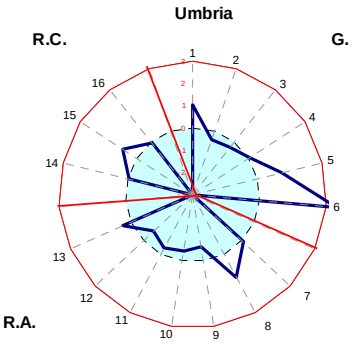
7. Nuovi utenti
8. Totale utenti in carico
9. % sottoposti al test HIV
10. % sottoposti al test HBV
11. % sottoposti al test HCV
12. Detenuti in carico ai SerT
13. Affido tossicodipendenti

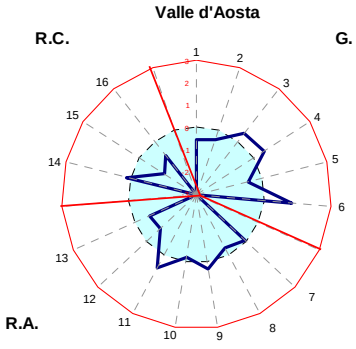
Risposta di contrasto:
14.Segnalazioni art. 75
15. Denunciati art.73
16. Detenuti tossicodipendent

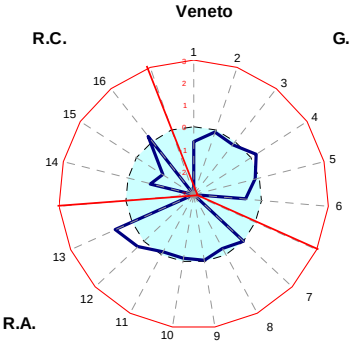
continua

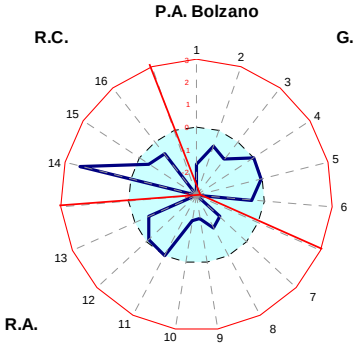
Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

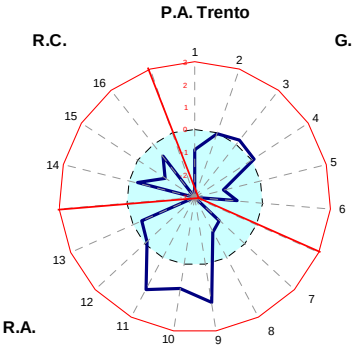
continua











Gravità:
1. Persone con Bisogno di trattamento
2. % positivi HIV
3. % positivi HBV
4. % positivi HCV
5. Mortalità incidenti
6. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

7. Nuovi utenti
8. Totale utenti in carico
9. % sottoposti al test HIV
10. % sottoposti al test HBV
11. % sottoposti al test HCV
12. Detenuti in carico ai SerT
13. Affido tossicodipendenti

Risposta di contrasto:
14.Segnalazioni art. 75
15. Denunciati art.73
16. Detenuti tossicodipendent

Fonte: Elaborazione dati DPA 2010

V.2.3. Relazioni conclusive

V.2.3.1 Regione Abruzzo

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Promozione attività progettuali

- Attuazione progetti regionali derivanti dall'accordo di collaborazione tra l'ex Ministero della Solidarietà Sociale e le Regioni e province Autonome, sancito in data 14 dicembre 2006
    - *"A bordo campo – Fuori gioco"* Referente ASL di Pescara
    - *"Notti sicure"* Referente ASL di Lanciano-Vasto
- Attuazione progetto "Ricostruire" - Interventi per il ripristino della rete dei servizi per le tossicodipendenze in seguito al sisma del 6 aprile 2009 e per attività sperimentali di cura con il coinvolgimento del pubblico-privato"
- Adesione e avvio progetti nazionali DPA
    - *Progetto SIND – Sistema Informativo Nazionale Dipendenze* (Ministero della Salute)
    - Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze (Ministero della Salute)

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Progetti

Progetti previsti dall'Accordo: nel corso del 2010 sono stati realizzati e conclusi entrambi i progetti previsti dal Protocollo d'Intesa siglato nel 2008 tra la Regione Abruzzo e l'ex Ministero della Solidarietà Sociale

Progetto Ricostruire

Progetto Ricostruire: è stato sottoscritto l'Accordo di Collaborazione 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*".
Il progetto ha previsto due sottoprogetti affidati, per la gestione, al SerT di L'Aquila e al SerT di Pescara. I medesimi SerT e le ASL di riferimento sono state sollecitate a presentare i progetti esecutivi, per quanto di loro competenza, secondo il FORM inviato del Dipartimento Politiche Antidroghe. La relativa documentazione è stata quindi trasmessa al Dipartimento Politiche Antidroga per il vaglio e la conseguente approvazione. Solo il progetto del SerT di L'Aquila ha avuto l'approvazione del DPA, mentre la ASL di Pescara ha comunicato l'indisponibilità a portare avanti l'azione progettuale inizialmente programmata.

SIND/NIOD

Progetti SIND Support e NIOD: a maggio 2010 la Regione Abruzzo ha espresso vivo apprezzamento per i progetti proposti dal Dipartimento Politiche Antidroga e, tramite i suoi referenti, ha partecipato agli incontri convocati in merito dal medesimo DPA.
In sede regionale si sono svolti diversi incontri con i responsabili dei Servizi per le Tossicodipendenze.
Nel mese di novembre sono stati trasmessi al DPA i progetti esecutivi regionali SIND e NIOD e nel mese di dicembre i referenti per la Regione Abruzzo hanno partecipato al Meeting formativo di Lisbona, presso l'Osservatorio Europeo delle Dipendenze.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Anche nel corso dell'anno 2010 la Regione Abruzzo è stata sottoposta al piano di rientro dal disavanzo del SSR- Tale condizione non ha consentito la messa a punto di azioni di programmazione per il rilancio del sistema dei servizi per le dipendenze

V.2.3.2 Regione Basilicata

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Con D.G.R. n 2222 del 29/2010 la Giunta Regionale ha approvato la proposta di "Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2011 - 2014".

Piano Regionale della salute e dei servizi alla Persona 2011-2014

Tale proposta, al fine di contrastare il rischio della frammentazione degli investimenti e della parcellizzazione delle risorse, ha introdotto una serie di elementi innovativi nel piano strategico, operativo, progettuale e organizzativo, promuovendo la logica del lavoro in "rete" e l'interpretazione socio-sanitario.

Per la realizzazione dell'obiettivo strategico sono state indicate alcune azioni quali:

- Promozione dell'interazione socio sanitaria, attraverso il raccordo con i servizi e gli interventi di natura socio-assistenziale e d'inclusione previsti nei piani territoriali di lotta alla droga;
- Promozione di rapporti di collaborazione tra soggetti diversi delle istituzioni politiche e del privato sociale;
- Definizione di un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento (prevenzione, cura, rieducazione e riduzione del danno;
- Territorializzazione dell'assistenza ed integrazione con gli altri servizi distrettuali anche attraverso l'ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali e la promozione di rapporti convenzionali con i soggetti privati;
- Sostegno al processo di riqualificazione dei servizi e degli interventi in ambito penitenziario, promuovendo il rafforzamento della rete assistenziale esterna al carcere, per favorire le misure alternative ed un pieno reinserimento sociale dei detenuti.

Su indicazioni date dal Piano Italiano d'Azione sulle droghe è stato approvato un provvedimento (DGR 1866/2009) con il quale sono stati approvati i requisiti, le modalità e i criteri per la costruzione in via sperimentale di Piani Territoriali di Intervento per la lotta alla droga, mettendo a disposizione anche risorse economiche (€ 1.414.080,00) per le attività di prevenzione, recupero e inserimento sociale di soggetti tossicodipendenti.

Con l'approvazione di tale provvedimento la Giunta Regionale ha inteso potenziare e qualificare la rete territoriale di offerta dei servizi con particolare riferimento a quelli sanitari, socio-assistenziali, socio-educativi, culturali, sportivi e per il tempo libero.

Il modello organizzativo proposto risponde alle esigenze di superare, come sopra richiamato, l'approccio settoriale, la logica dell'intervento occasionale e di contrastare il rischio delle frammentazioni degli interventi e della parcellizzazione delle risorse e, pertanto, introduce una serie di elementi innovativi sul piano operativo, progettuale e organizzativo.

Infatti, sia nella fase di elaborazione che gestionale dei piani territoriali "per le tossicodipendenze" è prevista la partecipazione e il coinvolgimento di partnership istituzionali facenti parte degli ambiti territoriali di riferimento (Provincia, Azienda Sanitaria, Comuni, Ufficio Esecuzione Penale Esterno, Casa Circondariale, Ufficio Scolastico Provinciale, Cooperative Sociali, Volontariato).

In tal senso si è voluto favorire un dialogo operativo tra soggetti pubblici e del privato sociale e l'integrazione tra sanitario e sociale.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Potenziamento della Rete territoriale di offerta dei servizi e

La Regione Basilicata ha attivato un sistema territoriale di servizi sanitari, socio-sanitari, socio-penitenziali nel settore delle tossicodipendenze costituito dai Ser.T., dalle comunità terapeutiche accreditate e dai piani sociali di zona che

attività specialistiche ad alta integrazione

svolgono attività di prevenzione e primo intervento a bassa soglia e reinserimento socio lavorativo.
Alcuni Ser.T. includono anche il servizio di alcologia (un servizio di tipo ambulatoriale terapeutico/riabilitativo) e servizi sperimentali quali nicotica, gambling, videogiochi, shopping convulsivo e disturbi del comportamento alimentare.
Le attività del servizio per le tossicodipendenze si sviluppano trasversalmente anche a livello distrettuale, e si configurano come attività specialistiche ad elevata integrazione socio-sanitaria finalizzata alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
I Ser.T. nell'ottica del lavoro di "rete" hanno svolto anche per il 2010 l'attività in stretta collaborazione con i diversi soggetti istituzionali:

- Con le Prefetture, per quando riguarda l'applicazione delle misure alternative alle sanzioni amministrative previste dal DPR 309/90;
- Con gli Istituti Scolastici per quando attiene l'educazione alla salute e l'attività formativa a gruppi d'insegnanti, alunni e genitori;
- Con il Tribunale di Sorveglianza, il Tribunale per i Minorenni e il Centro di Giustizia Minorile;
- Con i Servizi Sociali dei Comuni, Province e Associazioni di Volontariato;
- Con gli Istituti di Pena e l'Ufficio Esecuzione Penale esterna per l'affidamento in prova nei casi specifici che prevedono l'alternativa alla detenzione (Art. 94 DPR 309/90).

Per quanto riguarda la specificità alcologica, i Ser.T, e gli Ambulatori Alcologici Ospedalieri assicurano l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie alcol correlate.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Distrettualizzazione dei servizi e lavoro di rete. Collaborazione tra settore pubblico e privato sociale

Come già rilevato le attività del servizio tossicodipendenze si sono sviluppate trasversalmente in tutte le aree distrettuali delle aziende, configurandosi nel contempo come attività specifiche ad elevata integrazione socio-sanitario: prevenzione primaria, secondaria e terziaria, accoglienza e diagnosi, cura e riabilitazione, rilevazione statistica, lavoro di rete.
Ciò in linea con la politica socio-sanitaria Regionale che si è posta come obbiettivo prioritario la distrettualizzazione dei servizi e il lavoro di rete, convalidando, altresì, la forte collaborazione tra pubblico e privato sociale.
In virtù dei risultati ottenuti e anche delle difficoltà emerse dallo svolgimento delle attività , sono stati posti alcuni obiettivi operativi nella proposta di "Piano Regionale della Salute e dei Servizi alla Persona 2011-2014" delineati secondo il seguente schema:

- Coordinare e raccordare le risorse dei diversi punti;
- Nel rafforzare l'integrazione e i rapporti di collaborazione tra i vari soggetti delle istituzioni pubbliche e del privato sociale;
- Favorire l'integrazione tra i Dipartimenti di Salute Mentale e si Ser.T., ai fini di una effettiva presa in carico di persone con problemi di dipendenze e comorbilità psichiatriche, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi;
- Definire un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree d'intervento;
- Rafforzare la territorializzazione dell'assistenza ed integrazione tra i vari servizi a livello distrettuale;
- Ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali e promozione di rapporti convenzionali con il Piano Sociale;
- Riqualificazione dei servizi e degli interventi in ambito penitenziario e

rafforzamento della rete esterna al carcere;
- Adeguamento del sistema informativo alle indicazioni nazionali ed europee;
- Interventi su tutte le sostanze di abuso, comprese quelle legali e nelle dipendenze senza sostanze in sintonia con i Piani Nazionali "Alcol e Salute" e "Guadagnare Salute";
- Formazione, riqualificazione e sviluppo della ricerca nel settore;
- Potenziamento dei Ser.T.;
- Costituzione dell'Osservatorio Regionale sulle Dipendenze.

V.2.3.3 Regione Calabria

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Competenze e linee programmatiche 2010 del Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie

Il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria, nello specifico, Settore Area LEA – Servizio 9, Salute Mentale – Tossicodipendenze – Area del disagio, ha il compito di:

- Monitorare e stimare l'applicazione delle linee di indirizzo nazionali e regionali previsti dai LEA e dalle normative vigenti;
- Realizzare le politiche e le strategie sanitarie implementando la rete dei servizi e potenziando le performance attraverso la sistematizzazione degli stessi in materia di prevenzione e cura dell'uso e abuso di droga;
- Strutturare e qualificare programmi socio-sanitari di prevenzione, cura e riabilitazione per potenziare l'offerta dei servizi a contrasto delle dipendenze riducendone l'*intensità* e la *portata fenomenica*;
- Costruire sinergie con il Settore delle Politiche Sociali del Dipartimento Regionale per la condivisione e l'attuazione di strategie, strumenti e atti volti all'integrazione delle politiche socio-sanitarie;
- Attivare processi e programmi di controllo, monitoraggio e valutazione degli ***outcome*** ottenuti dal settore pubblico e privato delle Dipendenze, al fine di *ricalibrare* e/o rafforzare le politiche socio-sanitarie a contrasto;
- Disporre l'applicazione degli adempimenti della legge 45/99 e degli adempimenti normativi per le problematiche di alcool dipendenza contenute nella legge n. 125/2001;
- Implementare programmi formativi sulle nuove dipendenze patologiche per *dotare* i servizi pubblici e privati delle dipendenze di strumenti e tecniche di prevenzione e cura *ad hoc* e flessibili rispetto alla *matrice camaleontica* del mercato e del fenomeno droga.

Nel corso dell'anno 2010 il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, nell'ambito delle proprie competenze, ha individuato le seguenti linee programmatiche:

- Adeguamento e specializzazione delle professionalità operanti nei Servizi delle Dipendenze e nei settori *cuscinetto* (ad esempio: scuole, famiglie) in risposta alle nuove esigenze di prevenzione e cura misurandone la congruenza rispetto alla domanda di cura e l'efficienza in termini di risorse impiegate;
- Rafforzamento degli interventi sociali e sanitari attraverso il raccordo tra programmi dei Comuni e delle ASP;
- Elaborazione di protocolli operativi del pubblico e del privato accreditato per accrescere, nel rispetto delle reciproche funzioni, l'efficacia diagnostica e prognostica delle fasi di cura e riabilitazione di soggetti con dipendenza patologica;
- Disseminazione e incremento, in termini di efficacia e efficienza, delle azioni di sensibilizzazione e salutotrope a contrasto della diffusione di

droghe, valutandone la ricaduta sul territorio;
- Favorire lo *start up* (sancito da atti di programmazione) di azioni sinergiche assieme agli Uffici territoriali di Governo e alle Forze dell'ordine;
- Definizione di pacchetti di prevenzione primaria finalizzati al rafforzamento dei fattori protettivi, delle base e life skills, di minori in sinergia con le altre istituzioni.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Attività e progetti. Piano regionale per le Dipendenze patologiche. 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 2010:
- Ha istruito con Decreto Dirigenziale n. 10329 del 14 luglio 2010 il rinnovo attività Servizio Telefonico Regionale "Linea Verde Droga" Erogazione fondi;
- Con Decreto Dirigenziale n. 7885 del 17 maggio 2010 ha erogato 2° tranche all'ASP di Crotone – Progetto "Macramè"e all'ASP di Catanzaro progetto"All Night Long";
- Con Decreto Dirigenziale n. 216 del 15 Marzo 2010 "Progetto Campagna informativa sulle droghe CUEIM" ha formalizzato la presa d'atto;
- Ha istituito la Commissione Regionale di Valutazione "Disposizioni per l'assegnazione del Fondo Nazionale di Intervento per la lotta alla droga";
- Ha elaborato, dopo un'attenta analisi reale dei bisogni del territorio, il *Piano Regionale per le Dipendenze Patologiche*, che si dota di n. 4 macro aree: 1) Prevenzione; 2) Il sistema dei servizi; 3) Cura e trattamenti riabilitativi; 4) Informazione, ricerca, monitoraggio e valutazione;
- Ha aderito alla *Campagna informativa Nazionale* sugli effetti negativi per la salute derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, finanziata dal Ministero della Solidarietà Sociale, predisponendo, nel rispetto delle linee guide nazionali, il progetto "Campagna informativa sulle droghe";
- Ha avviato la seconda annualità del progetto "Macramè", volto alla realizzazione di un *Piano di intervento* per migliorare l'accesso ai servizi di persone migranti con problemi di dipendenza da alcool e da sostanze stupefacenti. Per l'attuazione è stata individuata l'ASP di Crotone quale ente gestore;
- Ha realizzato la seconda annualità del progetto "All night long" – Giovani e nuove sostanze", progetto di prevenzione primaria e di ricerca sul campo specificatamente indirizzata all'universo giovanile calabrese nei contesti di aggregazione diurni e notturni dei cinque capoluoghi calabresi;
- Ha messo in atto il procedimento di verifica del recepimento da parte delle Aziende Sanitarie del Piano Regionale Tabagismo al fine di creare nelle stesse,Gruppi Operativi Interdipartimentali per il Tabagismo. In alcune ASP sono stati istituiti Centri Antifumo;

Il Settore ha attivato a livello regionale i seguenti progetti:
- CCM2 "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale";
- CCM4 "Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: consolidamento degli interventi di rete nella pianificazione aziendale";
- Servizio Regionale d'Accoglienza "Linea Verde Droga".

Ha inoltre aderito ai seguenti progetti nazionali:
- Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND);
- Progetto "Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze" – Italian

Network of addiction observatories (NIOD)

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Gruppo tecnico di coordinamento regionale sulle dipendenze

Il lavoro svolto dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria nel corso dell'anno 2010 se da un lato ha messo in evidenza la positività, in termini di risultati, di politiche e strategie attuate e condivise dal Settore pubblico e dal Privato accreditato (rendendo più incisive le azioni radicandole ai veri bisogni del territorio), dall'altro ha indicato, probabilmente, la giusta via da perseguire per fornire risposte di prevenzione e cura delle tossicodipendenze, in stretta relazione alle caratteristiche fenomeniche del territorio calabrese.

La frammentarietà degli interventi a contrasto delle tossicodipendenze, emersa come punto di massima criticità nella relazione 2009, pare aver ridotto sensibilmente la sua *portata* in virtù della *metodologia di lavoro* (per progetti e di rete) con la quale il Gruppo tecnico di coordinamento regionale sulle dipendenze**,** formalmente attivo da novembre 2009,ha portato a termine l'ideazione e la stesura del Piano d'Azione Regionale sulle dipendenze, e grazie alla sistematicità e standardizzazione di alcuni processi di valutazione dell'outcome attraverso i quali, il Dipartimento stesso, è in grado di stabilire le best practices fuoriuscite dai progetti e dalle attività del 2010 e, in tal senso, rinnovarne la linea o riprogrammarne l'assetto.

Piano organico per le dipendenze patologiche

Il Gruppo, stimolato anche dalla presenza in esso di diversi attori accreditati sul territorio regionale in materia di tossicodipendenza, ha definito, sulla scorta della valutazione degli esiti progettuali del 2010, le aree sulle quali intervenire nel prossimo triennio.

E partendo dalle seguenti premesse, cioè che:

- considera quale presupposto irrinunciabile l'integrazione delle professionalità nel tentativo di lavorare con la complessità del fenomeno delle dipendenze e delle patologie correlate, non semplificabile con un approccio unico né con un unico servizio;
- riconosce la necessità di una negoziazione tra bisogni, processi e posizioni diverse e di una conseguente progettazione del sistema coniugando servizi, professionalità e competenze diverse;
- ribadisce l'importanza dell'aspetto sanitario dell'intervento (aspetto centrale ma non esclusivo), per una diagnosi sociale ed una effettiva interazione socio-sanitaria;
- conferisce la giusta importanza alla rete territoriale (servizi sociali, famiglia, gruppo di amici e/o di pari, associazioni, ecc.) come supporto all'intervento di presa in carico,

intende:

- Sviluppare una strategia di prevenzione volta non solo a comprendere le cause che favoriscono l'insorgenza di comportamenti devianti e tossicofilici ma, prevenendoli, a favorire ***e*** incrementare lo sviluppo dei fattori protettivi personali e sociali depotenziando i fattori di rischio;
- Favorire la specializzazione delle risorse umane in carico ai Servizi pubblici e privati delle tossicodipendenze per potenziare e qualificare la rete e l'offerta di cura e trattamento dei Servizi presenti sul territorio regionale;
- Stimolare la nascita di procedure di valutazione scientificamente validate per la sistematizzazione dei dati e che risultano funzionali alla programmazione regionale;
- Definire, in accordo con i Servizi di Salute Mentale, procedure d'accoglienza, presa in carico, cura e trattamento per soggetti che sviluppano dipendenze dalle nuove droghe e da quelle ascrivibili ai disturbi patologici (gambling, oniomania, internet, videogiochi);

- Attrezzare il territorio di reti per l'inserimento socio-lavorativo di soggetti tossicodipendenti e alcol dipendenti, formate anche da servizi pubblici e privati che si occupano di orientamento, formazione, lavoro etc.;
- Sviluppare programmi di allerta precoce per intercettare eventuali tendenze/comportamenti d'uso e abuso di droghe da parte degli adolescenti nel territorio regionale.

V.2.3.4 Regione Campania

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Attività dell'osservatorio regionale

L'Osservatorio regionale per le dipendenze evidenzia, nel consueto annuale rapporto sulla popolazione assistita dai SerT della Campania alcune tendenze significative .

I Ser.T. dislocati nel territorio regionale sono 46 ed hanno in carico circa 24.000 utenti (di cui 1.700 donne). Nel 2010 ai giovani già seguiti dai servizi si sono aggiunti poco più di 4.200 nuovi "iscritti" di cui il 50% ha una età compresa tra i 25 e i 34 anni.

La sostanza stupefacente maggiormente utilizzata (sostanza primaria) rimane l'eroina (per 15.000 utenti), ma la cocaina inizia ad interessare circa 4.000 persone tra gli assistiti dai servizi. A tale proposito va ricordato che, per quei soggetti che si caratterizzano per i nuovi stili di consumo (tra cui quelli relativi ai consumi di cocaina) esiste una considerevole parte di popolazione (il c.d."sommerso") che, non rivolgendosi ai Servizi, rimane in un cono d'ombra epidemiologico.

Per quanto riguarda i trattamenti attivati, prevalgono quelli di tipo farmacologico, il più delle volte integrati con interventi psicologici di supporto. I trattamenti con metadone sono stati 16.473 mentre quelli con buprenorfina 3.062. Gli interventi di tipo riabilitativo, svolti nelle Comunità Terapeutiche residenziali, hanno interessato circa 2.000 giovani.

Insomma, sebbene la popolazione di giovani (e meno giovani ormai) assistita dai servizi rimanga pressoché stabile (o poco superiore) alle 23.000 unità si registra la diminuzione degli utenti delle fasce d'età più giovani e la conseguente crescita delle fasce d'età più anziane. Tali dati pongono necessariamente interrogativi sulla efficacia delle azioni, sulla efficienza della rete e sulla reale adeguatezza della progettazione di politica sociale e sanitaria.

In particolare l'intero sistema di offerta di prestazioni deve prevedere l'implementazione dei cosiddetti servizi specialistici *(es.doppia diagnosi, alcool, tabagismo, gioco d'azzardo, etc.),* dei progetti ad alta specificità territoriale, delle azioni preventive dedicate ai diversi target *(giovani, lavoratori, patologie correlate, cronici, etc.).* Va inoltre risolta la carenza, nel territorio regionale, di servizi e programmi terapeutici, soprattutto residenziali, rivolti a particolari problematiche *(madri tossicodipendenti, senza fissa dimora, minori di area penale, etc)* la cui difficoltà di collocazione nelle strutture degli Enti Ausiliari Campani sta determinando un inappropriato ricorso a ricoveri extraregionali. Va poi ricordata la necessità di adempiere alle competenze attribuite al SSN in ordine all'assistenza dei tossicodipendenti di area penale prevedendo interventi che garantiscano una concreta continuità assistenziale per il soggetto tossicodipendente anche in caso di restrizione della libertà personale, ad oggi assistiti nelle comunità operanti ma che rischiano di occupare la massima parte dei posti letto dedicati. Inoltre una particolare attenzione è stata posta nella messa a regime in termini di servizio stabile , su tutto il territorio regionale, degli interventi espressi attraverso le Unità Mobili.- Queste rientrano nell'Area Programmi che la Regione Campania ha individuato per il contrasto alle dipendenze. Va potenziato il loro collegamento con il Ser.T per rendere completa

l'offerta e i livelli di presa in carico globale della persona tossicodipendente. Tali unità si configurano come strutture flessibili in grado di essere presenti tra la gente sia per attivare i servizi di prossimità, sia per animare comunità di un territorio o di un comune.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Il sistema dei Dipartimenti per le Dipendenze patologiche

La Regione Campania ha adottato linee guida che disegnano un modello organizzativo finalizzato a ridefinire lo scenario dei servizi secondo una logica dipartimentale che tiene conto delle citate nuove espressioni del fenomeno .

Nelle sette AASSLL regionali sono operativi 46 Servizi per le tossicodipendenze i quali, per natura organizzativa e caratteristiche operative, hanno funzione sovra distrettuale e sono incardinata nel sistema dei Dipartimenti per le dipendenze patologiche.

Il trattamento e la riabilitazione della dipendenza da sostanze legali ed illegali è assicurato dal Servizio Sanitario Regionale non solo attraverso i competenti servizi delle AASSLL (SerT) ma anche attraverso le strutture accreditate gestite dagli Enti del privato sociale (Enti Ausiliari).

Il Dipartimento delle Dipendenze costituisce in ogni azienda, l'organo di indirizzo, controllo e governo del sistema integrato di servizi pubblici e del privato sociale. In tal senso programma, promuove, attua, coordina e verifica le attività di prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei pazienti dipendenti. Assicura i livelli essenziali di assistenza nell'ambito delle dipendenze, garantendo l'integrazione con i livelli essenziali di natura sanitaria e con le prestazioni integrative erogate dagli enti locali e da altri soggetti titolati. Tutte le problematiche delle Dipendenze, compreso l'alcolismo ed il tabagismo vanno organicamente affrontate all'interno del dipartimento stesso.

Le AASSLL, sulla scorta della specificità territoriale e dei bisogni espressi dalla popolazione,

organizzano ogni Dipartimento come cabina di regia e direzione di quella rete di Servizi, Unità Operative, Strutture Intermedie, Progetti, Programmi ed Azioni che, nell'insieme

Tra le principali attività poste in essere meritano menzione particolare :

Attività progettuali promosse

- Progetto CAMPO, progetto di formazione attivato in collaborazione con la Università - dipartimento di scienze mediche e preventive rivolto a tutti gli operatori delle dipendenze (SerT, Comunità, volontariato, etc.)
- "SEGNALI DALLE SCUOLE" , progetto di prevenzione universale a cui hanno aderito circa 30 scuole con circa 2500 giovani
- "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"
- TASK FORCE : rivolto alla popolazione immigrata con l'intento di sensibilizzare e realizzare concrete azioni di supporto per persone già afflitte da grave disagio, quale lo stato di indigenza.
- "DROGHE SENZA VOLTO" - affidato alle Aziende Sanitarie, propone eventi di formazione per gli utenti della popolazione giovanile
- "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

Non vanno trascurate nella menzione delle principali azioni le attività di prevenzione e contrasto della diffusione del tabagismo, rappresentata dai 14 Centri Antifumo, gli interventi di prevenzione alcologica nei luoghi del divertimento notturno, gli interventi di sostegno e reinserimento per la popolazione tossicodipendente detenuta.

Particolare attenzione poi è rivolta alla prevenzione delle malattie infettive, delle

patologie croniche correlate all'abuso di sostanze, alla qualità della vita e all'integrazione sociale della persona.
Inoltre l'attività dei SerT sul territorio prevede interventi di prossimità, realizzati anche con il supporto di operatori di strada e unità mobili, in collaborazione con gli Enti Locali, il privato sociale e le associazioni. Le funzioni di prossimità comprendono interventi di prevenzione e promozione della salute dei giovani, nelle scuole e nei luoghi di ritrovo (concerti, rave, etc.) e servizi di riduzione del danno per i soggetti dipendenti da sostanze, a rischio di marginalità sociale, che non si rivolgono direttamente al servizio.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Area prioritarie di intervento

Per quanto riportato nelle sezioni precedenti del rapporto e alla luce delle criticità emerse è obiettivo della Regione investire in particolare sulle seguenti aree :

- Attivazione e miglioramento dei sistemi di sorveglianza epidemiologica sui principali fenomeni legati all'uso ed abuso di sostanze illegali (oppiacei, cocaina ecc.) e legali (alcol, tabacco ecc.);
- Diminuzione dei tempi di latenza tra la realizzazione dei comportamenti di abuso e la richiesta di presa in carico ai servizi con una efficace azione di prevenzione precoce e selettiva;
- Riduzione della prevalenza di adolescenti che consumano bevande alcoliche e sostanze;
- Riduzione della prevalenza di fumatori tra gli adolescenti e abolizione del fumo tra le donne gravide;
- Diminuzione del rischio di incidenti in particolare nei giorni e nei luoghi della movida;
- Diminuzione dei ricoveri per patologie correlate ed incremento dell'attenzione a tali patologie nei servizi territoriali.

Ulteriori aree su cui si intende intervenire riguardano: i tossicodipendenti in stato di detenzione e i lavoratori con mansioni a rischio che fanno uso di sostanze, il potenziamento gli interventi delle unità di strada, e dei servizi di doppia diagnosi
In particolare si considera prioritario l'implementazione delle seguenti sezioni :

Unità mobili

Unità Mobili

In ogni ASL – secondo l'estensione del territorio – dovranno essere attivate Unità Mobili, almeno una per azienda . Queste dovranno rappresentare nel sistema di offerta aziendale una specifica offerta di servizio secondo quanto previsto nell'area programmi . Le unità mobili rappresentano uno degli strumenti attraverso cui "agganciare" l'utente anche della fascia adolescenziale che notoriamente non si rivolge ai servizi strutturati . Offrono opportunità di informazione e prima accoglienza, ma soprattutto intercettano nei luoghi di aggregazione.

Accertamento di uso di sostanze nei lavoratori

Accertamento uso sostanze tossicodipendenza nei lavoratori

Un nuovo fronte di impegno per la rete dei servizi per le dipendenze è rappresentato dalle procedure formalizzate di Accertamento della tossicodipendenza nei lavoratori : un programma operativo rivolto alle professioni a rischio e che prevede il potenziamento delle attività dell'attività dei laboratori di tossicologia.

Servizi di doppia diagnosi

Servizi di doppia diagnosi

Negli ultimi 10 anni le patologie correlate alla dipendenza sono aumentate per caratteristiche e complessità. In particolare si è notato un aumento di utenti che presentano problematiche psichiatriche che hanno imposto una riorganizzazione dei servizi con la conseguente necessità di individuare progetti terapeutici

specifici e rafforzare il dialogo con i dipartimenti di salute mentale.

V.2.3.5 Regione Emilia - Romagna

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Attività normativa

Nel corso del 2010 è proseguita l'attività normativa e regolatoria della Regione nel settore, con l'emanazione dei seguenti atti:

Approvazione dell'Accordo generale per il triennio 2010 - 2012 tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti Ausiliari in materia di prestazioni erogate a favore delle persone dipendenti da sostanze d'abuso (Deliberazione di Giunta regionale n. 246 dell'8 febbraio 2010). L'accordo, sottoscritto per la terza triennalità, disciplina i rapporti reciproci e definisce le tariffe, con un incremento complessivo nel triennio attorno al 7% e con un incremento della spesa programmata regionale di oltre un milione di euro nel triennio.

Accordo tra la Regione Emilia-Romagna e la Magistratura del Tribunale di Sorveglianza di Bologna in merito alla procedura di collaborazione nell'esecuzione penale esterna nei confronti di tossicodipendenti ed alcoldipendenti (Deliberazione di Giunta regionale n. 771 del 14 giugno 2010).L'accordo, fortemente innovativo nei contenuti, delinea le modalità di relazione tra Magistratura di sorveglianza, Ufficio esecuzione penale esterna e Sert. Sono stati affrontati e risolti alcuni problemi procedurali che a volte pregiudicavano l'accesso alle misure alternative dei tossicodipendenti. –

Programma regionale per la salute negli Istituti penitenziari: prime indicazioni alle Aziende USL per la redazione dei programmi aziendali (Deliberazione di Giunta regionale n. 2, 11 gennaio 2010) A seguito del passaggio di competenze della sanità penitenziaria al SSR, sono stati definiti gli obiettivi di salute anche relativamente ai tossicoalcoldipendenti detenuti.

Linee di indirizzo alle Aziende Sanitarie della Regione Emilia-Romagna per la valutazione di idoneità alla guida dei soggetti segnalati per guida in stato di ebbrezza alcolica DGR 1423/2004 (Circolare regionale integrativa n. 1/2010) Il documento definisce il ruolo delle Commissioni mediche locali e le modalità di organizzazione dei corsi infoeducativi a cura delle AUSL, definendone anche la tariffazione.

Percorso di accreditamento delle strutture private territoriali eroganti assistenza per la psichiatria adulti, le dipendenze patologiche, la neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza a seguito degli adempimenti di cui alla legge 296/06 - Fabbisogno anno 2010 (Deliberazione di Giunta regionale n. 1891 del 6 dicembre 2010) Viene definito il fabbisogno delle strutture private per dipendenti da sostanze per l'anno 2010

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Attività, interventi, progettualità.

Oltre all'attività programmatoria sancita con atti formali sopra citati, l'attività del 2010 ha riguardato:

- sistema informativo: avvio del flusso informativo SISTER (record individuale), consolidamento flusso Unità di strada, avvio flusso etilometri
- programma regionale dipendenze: monitoraggio delle previsioni del Programma 2008 - 2010(DGR 698/2008) , che ha evidenziato un buon grado di raggiungimento degli obiettivi, e stesura di bozza del programma

2011 – 2013

- accordo Regione – Coordinamento enti ausiliari 2008-2010: monitoraggio del triennio, con evidenza di ottimo grado di raggiungimento degli obiettivi, e approvazione del nuovo accordo triennale sopra citato
- accordo Regione – Prefettura di Bologna sugli accertamenti ex art. 187 codice della strada e sistema di sorveglianza sulle sostanze psicoattive: inizio del monitoraggio attraverso l'individuazione di idonei indicatori
- strutture di ricovero ospedaliero e residenze per alcol dipendenti: monitoraggio dell'esistente e lettura critica dei bisogni insoddisfatti
- alcol e gli ambienti di lavoro: elaborazione di un documento contenente gli orientamenti regionali per Medici Competenti in applicazione del Decreto Lgs 81/08
- interventi sugli adolescenti: istituzione di gruppo di lavoro che definisca azioni di prossimità, di facilitazione all'accesso ai servizi, di presa in cura di adolescenti con consumo/dipendenza da sostanze
- interventi sulla popolazione straniera immigrata: istituzione di gruppo di lavoro che definisca azioni di prossimità, di facilitazione all'accesso ai servizi, di presa in cura di persone immigrate con consumo/dipendenza da sostanze
- interventi di tutela della salute: il gruppo di lavoro ha completato le raccomandazioni per incrementare il n. di persone in carico ai servizi che si sottopongono allo screening HIV, HCV, HBV
- coordinamento del progetto nazionale CCM "nuovi comportamenti di consumo: prevenzione e riduzione dei rischi: conclusione del progetto
- accreditamento: avvio delle attività per il rinnovo dell'accreditamento per i Sert e le strutture del privato sociale
- progetti innovativi gestiti dal privato sociale: nelle previsioni dell'accordo Regione- CEA si sono finanziati progetti innovativi presentati dal privato sociale, precedentemente concordati nelle Commissioni locali di monitoraggio dell'Accordo.
- Coordinamento del progetto nazionale "Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione al consumo di alcol…" prosecuzione del progetto
- percorso formativo sulla gestione del rischio clinico nei percorsi di cura dei pazienti dei Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche.
- corso sulla terapia dialettico comportamentale nel trattamento integrato del disturbo borderline di personalità. Entrambe le proposte formative aperte alle strutture private accreditate.
- Progetto regionale REX per la verifica dell'appropriatezza dei percorsi terapeutici nelle strutture residenziali accreditate per le dipendenze.
- Progetto regionale documentaRER dipendenze : consultazione documenti e banche dati specializzate, reference bibliografico
- Centro di riferimento regionale "Luoghi di prevenzione" (Reggio Emilia): monitoraggio dei corsi di promozione di stili di vita sani e di prevenzione della dipendenza da alcol e da tabacco.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Le prospettive future sono in linea con la programmazione precedente. I temi da presidiare sono i seguenti:

Priorità della programmazione 2011 in linea con la programmazione

- Programma regionale dipendenze patologiche: va definito il nuovo programma 2001-2013
- Tutela della salute: diffusione delle raccomandazioni e monitoraggio della

2010

loro applicazione
- Accreditamento e qualità dei servizi: valutare i primi risultati del progetto REX, che definisce le interfacce Sert – strutture accreditate, e inserire gli indicatori e gli standard nei percorsi di accreditamento
- Sviluppo delle attività di comunicazione e raccolta di consenso informato presso i Sert e le strutture del privato sociale
- Sviluppo delle interfacce all'interno del Dipartimento salute mentale e dipendenze patologiche (con Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza per gli adolescenti multiproblematici; con Centri di Salute mentale per la doppia diagnosi; con l'emergenza-urgenza psichiatrica per i casi di psicosi acuta legata all'intossicazione da sostanze ecc…)
- Progetti innovativi enti privati accreditati: valutare l'esperienza del 1° anno e replicarla per il 2011
- Definizione di un percorso di accesso ai servizi per gli adolescenti
- Definizione di un percorso di presa in carico integrato sociosanitario per tossicoalcoldipendenti anziani e/o con deterioramento mentale: estensione dei lavori dell'Unità di valutazione multidisciplinare, già attiva per i pazienti psichiatrici anziani per la valutazione di accesso a residenzialità sociosanitaria o socio assistenziale, anche ai tossicoalcoldipendenti anziani e/o con deterioramento mentale.
- Definizione dei requisiti di accreditamento per le tipologie di offerta sociosanitaria "comunità alloggio" e "gruppi appartamento"

V.2.3.6 Regione Friuli Venezia Giulia

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Attività e progetti ASS1 Triestina

ASS1 Triestina

Tutte le attività multidisciplinari di presa in carico, sette giorni su sette, delle due strutture complesse;
- attività di riabilitazione e reinserimento socio-lavorativo (20 soggetti in borsa di studio e 93 soggetti in borsa di lavoro, con 15 assunzioni);
- attività di tipo semiresidenziale presso i due centri diurni e il centro di promozione della salute;
- attività di presa in carico congiunta con i medici di medicina generale per il trattamento farmacologici di circa 170 pazienti con dipendenza da eroina;
- attività di presa in carico congiunta con numerosi specialisti (dei distretti, infettivologi, ginecologi, stomatologi), per la cura delle patologie correlate alla dipendenza;
- attività di screening e prevenzione delle patologie correlate;
- attività di accompagnamento e assistenza domiciliare a utenti con gravi patologie croniche invalidanti e con AIDS;
- attività di continuità terapeutica e di prescrizione/somministrazione terapie farmacologiche in carcere;
- progetto di riduzione dei rischi "Overnight", rivolto ai giovani che frequentano luoghi di aggregazione e locali notturni;
- prevenzione nelle scuole medie inferiori e superiori;
- attività di riduzione del danno, anche con unità di strada, rivolta a soggetti con problematiche di marginalità sociale e/o di assunzione a rischio di sostanze psicoattive;
- presa in carico congiunta con comunità terapeutiche regionali ed extraregionali;
- collaborazione con la Commissione locale patenti;
- attività in collaborazione con i servizi del Ministero di Giustizia;

- collaborazione con le associazioni di volontariato di settore.
- attività di cura e supporto educativo rivolto alla fascia di utenza in età adolescenziale;
- attività di informazione e supporto rivolta a gruppi di familiari di giovanissimi (età sotto i 23 anni);
- trattamento ambulatoriale delle ulcere cutanee gravi da autoinoculo nei soggetti tossicodipendenti in carico;
- attività di informazione rivolta a lavoratori addetti a mansioni a rischio presso i luoghi di lavoro;
- accertamenti clinici per la valutazione di dipendenza in ottemperanza alle nuove disposizioni legislative in materia di sicurezza.

ASS2 Isontina

Attività e progetti ASS2 Isontina

- attività di diagnosi, cura e riabilitazione (droghe legali e illegali) sul territorio (ospedale, carcere, enti);
- attività di riabilitazione e reinserimento lavorativo (17 soggetti in Borsa Lavoro);
- attività certificative in collaborazione con la Commissione Locale Patenti;
- progetto “scuole per genitori”, con il coinvolgimento di vari Comuni dell’Isontino e con le Istituzioni scolastiche;
- attività di auto-aiuto in collaborazione con il Ser.T. di Trieste, l’associazione ALT, con lo scopo di promuovere occasioni di incontro tra familiari di utenti dei Ser.T. di Trieste, Gorizia e Udine;
- progetto “Liberi dalle dipendenze! Una sfida possibile attraverso il percorso “life skills”;
- progetto “Overnight” in collaborazione con la Provincia;
- progetto in collaborazione con la Questura per la promozione di un opuscolo sull'uso di sostanze;
- progetto “Smoking free class” rivolto alle scuole primarie della provincia;
- progetto “Dipendenze legali e illegali” in collaborazione con la Polizia di Stato;
- partecipazione alle attività di gruppo aziendale di educazione e promozione della salute;

ASS3 Alto Friuli

Attività e progetti ASS3 Alto Friuli

- gestione C.I.C. (Centro Informazione e Consulenza), da parte delle psicologhe del Dipartimento, in quasi tutti gli Istituti Superiori dell’Azienda (a Gemona, Tolmezzo e Tarvisio).
- attività di diagnosi, cura e riabilitazione, rivolte a consumatori di droghe illegali, di alcolici e di tabacco (sul territorio, nei due ospedali e in carcere)
- attività certificative (patenti, idoneità al lavoro, porto d’armi, soggetti detenuti)
- attività di contrasto dell’uso di alcol e droghe nel mondo del lavoro in collaborazione con il Dipartimento della Prevenzione.
- coordinamento progetto "migranti tossicodipendenti e carcere", purtroppo prematuramente concluso per non concessione del terzo anno di attività.

ASS 4 Medio Friuli

Attività e progetti ASS4 Medio Friuli

Educazione al benessere e acquisizione di stili di vita sani nelle scuole:

- -Progetto sulle dipendenze:
- -"Libera-mente".Sono stati coinvolti 6 Istituti per un numero complessivo di 32 classi per un totale di 704 ragazzi e 18 insegnanti(scuole superiori),gli incontri sono stati 132 di due ore

ciascuno(l'attività si svolge con il supporto di una cooperativa).

- "Gruppo Giovani"partecipano 35 persone,incontri bimensili di due ore ciascuno per un totale di 24 incontri;
- -"Gruppo Genitori"partecipano 52 persone,incontri bimensili,totale 24 incontri di due ore ciascuno;--"Gruppo Teatro"partecipano20 persone,un incontro alla settimana della durata di due ore ,totale 48 incontri. I tre gruppi sono condotti da due psicologi del SerT.
- -"Gruppo di sostegno per ex fumatori",partecipano 20 persone,incontri bimensili,totale 24 incontri,è condotto da due operatori del SerT (un medico e un ASV)

Attività e progetti ASS5 Bassa Friulana

ASS5 Bassa Friulana

- progetto per la presa in carico di pazienti con problemi di dipendenza patologica e con comorbilità psichiatrica (cosiddetta "doppia o tripla diagnosi") per un numero complessivo di 39 persone;
- corso di formazione per il personale di tutte le Stazioni dei Carabinieri del nostro territorio;
- corso di formazione e costituzione del gruppo di auto aiuto per i familiari delle persone affette da dipendenza da sostanze;
- incontro di formazione con i medici di medicina generale di entrambi i distretti sanitari della Bassa Friulana;
- incontri di formazione con gli operatori del Progetto Giovani dell'ambito ovest; - - incontri di formazione nelle scuole superiori.

Attività e progetti ASS6 Friuli Occidentale

ASS6 Friuli Occidentale

- realizzazione a Pordenone del Convegno sulle Dipendenze Patologiche per i trent'anni del Dipartimento per le Dipendenze (marzo 2010). Diffusione dell'evento attraverso i media nell'area Provinciale, Regionale e Nazionale.
- coinvolgimento delle Amministrazioni Pubbliche e Private, del terzo settore, del volontariato, dell'associazionismo, dei medici di base, del mondo dello Sport, delle dirigenze scolastiche e di tutte le scuole provinciali di secondo grado.
- - adesione al tavolo tecnico proposto dalla Prefettura per la realizzazione di un progetto di prevenzione delle tossicodipendenze rivolto alle scuole di secondo grado della provincia di Pordenone. Definizioni di procedure, modelli e obiettivi per riorientare lo stile di vita dei giovani verso comportamenti salutogenici

B) *Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)*

Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e alcolismo

La Regione FVG ha ricostituito con deliberazione di giunta regionale n. 241 del 05.02.2009 il "Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e alcolismo" e un "Tavolo tecnico" che affronta con gli operatori dei dipartimenti delle dipendenze e della prevenzione il tema delle dipendenze, anche alla luce delle numerose situazioni di bisogno e di emergenza che si verificano sul territorio regionale. Per la Regione Friuli Venezia Giulia vi è un unico referente per alcol e tossicodipendenze.

Dipartimento delle Dipendenze ASS1

Le Aziende per i servi sanitari sono così strutturati:

Il Dipartimento delle Dipendenze della ASS1 ha due sedi a Trieste, una ospita il SerT, l'altra il Servizio di Alcologia. Nella sede che ospita il SerT, vengono offerti i seguenti servizi: accoglienza, stanze per effettuare i colloqui, una farmacia, ambulatorio per screening per patologie infettive, la segreteria, un centro diurno, uffici.

In particolare, il servizio semiresidenziale consta di 2 Centri Diurni, e di un

Centro di promozione della salute; quello residenziale si avvale di comunità terapeutiche convenzionate, e di unità di strada. Il Ser.T. è articolato nelle seguenti U.O.:
U.O. distrettuale per la dipendenza da sostanze illegali Distretto n.1
U.O. distrettuale per la dipendenza da sostanze illegali Distretto n.2
U.O. distrettuale per la dipendenza da sostanze illegali Distretto n.3
U.O. distrettuale per la dipendenza da sostanze illegali Distretto n.4
U.O. per l'AIDS e la riduzione del danno (IAR)

Dipartimento delle Dipendenze ASS2

Il Dipartimento delle Dipendenze della ASS2 comprende al suo interno una SOS (Struttura Operativa Semplice) che opera nel Basso Isontino (B.I.) ed ha sede a Monfalcone che opera principalmente nell'ambito delle tossicodipendenze. Per questa SOS è attiva anche una sede distaccata a Grado (apertura 2 giorni alla settimana per attività medico-infermieristiche, compresa la somministrazione di terapie sostitutive, e sociali con la presenza di un'assistente sociale per attività legate alle dipendenze legali e illegali). A Monfalcone si trova un ambulatorio per lo screening per patologie infettive e, presso la stessa sede è previsto anche un trattamento per il "tabagismo" (accoglienza, diagnosi ed intervento di gruppo).
La seconda sede del Dipartimento è sita a Gorizia. Qui operano per l'Alto Isontino (A.I.) due equipe, una per le dipendenze patologiche illegali ed una per quelle legali (alcol, gioco d'azzardo).

Dipartimento delle Dipendenze ASS3

Il Dipartimento delle Dipendenze della ASS3 ha due sedi, una a Gemona e una a Tolmezzo.
Nella sede di Gemona vi sono i Servizi alle tossicodipendenze, il Servizio di Alcologia e il trattamento del tabagismo. Nella sede di Tolmezzo, risiede un Servizio di Alcologia.

Dipartimento delle Dipendenze ASS4

Sotto il profilo organizzativo, il Dipartimento delle Dipendenze della ASS n. 4 comprende:
la S.O.C. Sert.T. (Servizio Tossicodipendenze), con due Unità Operative : "Equipe Territorio - Carcere" e la "Comunità Diurna"; La Comunità terapeutica Diurna è mista e può accogliere un massimo di 15 persone. Si rivolge a utenti con problematiche di tossicodipendenza e alcoolismo che necessitano di una struttura semi protetta, secondo un programma semi-residenziale.

Dipartimento di Salute mentale ASS5

I Servizi alle Dipendenze dell'ASS n. 5 afferiscono al Dipartimento di Salute Mentale di Palmanova e dispongono di due sedi, una a Palmanova e una a Latisana.La struttura offre servizi rivolti alla tossicodipendenza, all'alcolismo, ambulatori, uffici, e uno sportello infofumo.
Servizi offerti per la tossicodipendenza:

- programmi (di trattamento individuale; di trattamento familiare; di inserimento in Comunità Terapeutiche Residenziali; di formazione professionale ed inserimento lavorativo; di programmi di disintossicazione ambulatoriale da alcool, oppiacei ed altre sostanze psicoattive; di prevenzione ed educazione alla salute in collaborazione con le scuole e le altre agenzie del territorio; di sorveglianza e screening H.I.V. ed epatiti)
- colloqui di sostegno motivazionale per la predisposizione di programmi alternativi alla carcerazione presso la Casa Circondariale; per le certificazioni relative alla revisione di patenti di guida, porto d'armi, ecc.; ex art. 121 e 75 del D.P.R. 309/90; per smettere di fumare
- consulenza ai reparti ospedalieri (Palmanova e Latisana)
- attività di monitoraggio delle attività svolte sull'utente

Dipartimento delle Dipendenze ASS6

Il Dipartimento delle Dipendenze della ASS6 ha 6 sedi:
- Pordenone (SerT)
- Pordenone (distribuzione farmacologica)
- Pordenone (Alcologia)
- Sacile (SerT)

- Maniago (SerT)
- San Vito al Tagliamento (SerT)

Il Dipartimento offre servizi per la Tossicodipendenza e di Alcologia.
Le principali prestazioni offerte comprendono: accertamenti clinici e di laboratorio, consulenze a reparti e servizi, interventi di prevenzione e informazione, elaborazione, attuazione e verifica del programma terapeutico, analisi utente e rapporti famigliari, somministrazione farmaci (ad eccezione dei sostitutivi degli oppiacei), controllo e consegna delle urine, vaccinazioni antiepatite - educazione sanitaria, rapporti con Centro Sociale per Adulti e Magistratura per misure alternative alla detenzione, psicoterapia, inserimenti lavorativi e borse di formazione lavoro, inserimenti in Comunità Terapeutiche Residenziali, gruppo dispensariali per alcolismo, collaborazione con A.C.A.T.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Programmazione della spesa e attività normativa

Si è provveduto ad una puntuale ricognizione dei servizi, dei volumi di attività, della spesa che le ASS regionali sostengono in questo settore, e una fotografia della situazione esistente circa le comunità terapeutiche. Ciò sarà oggetto di una prima riflessione e della predisposizione di interventi urgenti ed indifferibili.
Sono state garantite la continuità dei lavori del tavolo stabile per le dipendenze presso la Regione .
Si è proceduto all' approvazione della deliberazione n. 1486 del 28/07/2010 avente il seguente oggetto :
" Recepimento dell'Intesa n. 99/CU del 30/10/2007 sancita in Conferenza Unificata e dell'Accordo Stato-Regioni rep. Atti n. 178/CSR del 18/09/2008 e approvazione delle procedure adottate dalla Regione Friuli Venezia Giulia per gli "Accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.

V.2.3.7 Regione Lazio

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Competenze dell'Assessorato alla Sanità e dell'Assessorato alle Politiche Sociali

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 2010 obiettivi centrali della programmazione sanitaria sono stati:

- Garantire una maggiore omogeneità nell'offerta dei servizi e nell'integrazione tra servizi pubblici e del privato sociale;
- Garantire la condivisione delle strategie regionali tra gli attori del sistema;
- Garantire l'appropriatezza di interventi di prevenzione e di cura delle dipendenze;
- Garantire servizi specialistici su target mirati.

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 nella

programmazione/supporto ad azioni di sistema e nella programmazione di azioni territoriali. Per quanto concerne il primo punto, azioni di sistema, l'Area Regionale preposta ha sostenuto azioni di formazione sul campo e di definizione di procedure e di metodologie condivise tra servizi pubblici e privati, finalizzate al miglioramento della qualità dei servizi, all'integrazione, al monitoraggio e alla garanzia di appropriatezza dell'offerta di trattamento. Parallelamente 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. Si è provveduto a continuare l'implementazione del sistema di sorveglianza sanitaria per le dipendenze (sistema informatico regionale), con supporto al sistema centrale e ai sistemi periferici territoriali. Nel 2010, inoltre, è stato effettuata una puntuale ricognizione della domanda e dell'offerta finalizzata alla programmazione del Fondo regionale Lotta alla Droga, deliberato nel mese di dicembre, che ha individuato le azioni da realizzare per il biennio 2011-2012.
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.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Prospettive

Le prospettive emerse nel 2010 in ambito di politiche sanitarie hanno determinato la base della programmazione regionale dichiarata nel Bando per il Fondo Regionale Lotta alla Droga 2011-2012. In sintesi è stata ravvisata la necessità di continuare a sostenere ed ampliare azioni relative al governo del sistema per le dipendenze e alla diretta offerta di servizi non garantiti con quanto già erogato dai SerT o dai servizi provvisoriamente accreditati del Privato Sociale. Pertanto si amplia il sostegno regionale alle azioni formative e di intercambio tra servizi, finalizzate al miglioramento della qualità, al monitoraggio del sistema (sistema informativo e monitoraggio progetti), alla verifica della qualità degli accertamenti tossicologici su campioni biologici. Sul versante dell'offerta dei servizi si garantiscono una pluralità di servizi specialistici, anche di nuova istituzione, rivolti a target mirati, in regime ambulatoriale, semiresidenziale e residenziale. Si garantisce inoltre il sostegno alle azioni di Prevenzione del Rischio e Prevenzione Patologie Correlate, con servizi di Prima Accoglienza e con Unità di Strada, articolate in modo differenziato in relazione ai destinatari (giovani consumatori, tossicodipendenti).
Ulteriore prospettiva di riordino complessivo del sistema è dato dall'imminente riorganizzazione delle ASL, in procinto di emanare i nuovi Atti Aziendali e dall'avanzamento delle procedure di accreditamento definitivo dei servizi regionali.

V.2.3.8 Regione Liguria

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Unificazione dei Dipartimenti per le Dipendenze e Dipartimenti di Salute mentale

Programmazione attività di prevenzione al consumo di tabacco e di strategie di lotta alla dipendenza da fumo.
Unificazione dei Dipartimenti per le Dipendenze e Dipartimenti di Salute Mentale in Dipartimenti di Salute Mentale e Dipendenze
Premesso l'interesse della Regione Liguria a sviluppare studi, ricerca e attività a carattere sperimentale nel campo delle dipendenze e della salute mentale,

nel'ambito delle attività previste dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Tossicodipendenze e dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale di Salute Mentale, si è scelto di investire in corsi di formazione rivolti agli operatori del Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze.

B) *Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)*

Dipendenza da tabacco

Tra le attività previste nel 2010, particolare attenzione è stata rivolta alla dipendenza da tabacco. In particolare è stata predisposta una campagna di prevenzione contro il tabagismo, voluta dall'Assessorato alla Salute, Dipartimento Salute e Politiche Sociali in collaborazione con la ASL3 Genovese, l'AMT di Genova e con il patrocinio del Comune di Genova. Nelle 5 giornate della campagna, l'Autobus Antifumo, attraverso il personale medico dei Centri Antitabacco ha raggiunto i principali luoghi di aggregazione e messo a disposizione informazioni e competenze.
Inoltre, con l' "Istituzione della rete ligure dei Centri per lo studio ed il trattamento del tabagismo", la Regione ha dato risposta alla dipendenza da tabacco, sia in termini di trattamento sia in termini di prevenzione, impulso allo sviluppo di nuovi centri antitabacco e si è dotata di uno strumento di regolazione dell'attività degli stessi.
Ai centri antitabacco si sono rivolti soprattutto fumatori con dipendenza elevata e frequentemente portatori di altre comorbilità (codipendenze, malattie croniche fumo-correlate), pertanto 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.
E' stato predisposto un progetto di trattamento in cui i fumatori vengono coinvolti proattivamente e in modo opportunistico, per esempio sul loro luogo di lavoro ed è stato predisposto il programma di disassuefazione dal fumo di sigaretta a favore dei dipendenti della Regione.

Attività di formazione promosse dall'osservatorio Epidemiologico regionale delle Tossicodipendenze

Nell'ambito delle attività previste dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale delle Tossicodipendenze, nel 2010 si è svolto il corso di formazione "Elementi metodologici per la costruzione di un progetto di ricerca", organizzato e nato dalla volontà degli operatori che a vario titolo si occupano di dipendenze e che fanno parte dell'Osservatorio sopra citato, di investire le competenze epidemiologiche acquisite durante i precedenti eventi formativi nell'indagine di fenomeni specifici.
Durante l'evento formativo, sono stati predisposti quattro protocolli di ricerca che costituiranno parte delle attività del 2011.
In seguito all'unificazione del Dipartimento Salute Mentale con quello delle Dipendenze e tenuto conto dell'elevato numero di pazienti con comorbilità, si è dato avvio ad una collaborazione tra gli operatori dei due dipartimenti, finalizzata al monitoraggio del fenomeno del consumo di sostanze legali e psicotrope unite al consumo di psicofarmaci.
Nell'ambito delle attività previste dall'Osservatorio Epidemiologico Regionale di Salute Mentale, si è svolto il corso di formazione "Sorveglianza e Monitoraggio Epidemiologico". Il corso è nato dall'esigenza di fornire agli operatori gli strumenti per leggere, interpretare e utilizzare i dati relativi ai servizi nei quali lavorano. Inoltre l'obiettivo è quello di consolidare un gruppo di lavoro che ha manifestato l'esigenza di affrontare anche da un punto di vista analitico un fenomeno complesso e in evoluzione come quello della salute mentale.
Parte del corso sono state prese in esame la qualità dell'informazione, gli errori di codifica, la trascrizione dei dati e gli elementi di base per la ricerca statistica ed epidemiologica.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 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.
Interesse della Regione Liguria a incrementare le attività di studio e ricerca inerenti le caratteristiche dei consumatori di sostanze e i nuovi stili di consumo alla luce dell'emersa necessità di mirate campagne di prevenzione e approfondimenti qualitativi.

V.2.3.9 Regione Lombardia

A) Strategie e programmazione attività 2009 (o orientamenti generali)

Il sistema di intervento regionale

Il sistema d'intervento regionale
La strategia di fondo prevede un sistema integrato tra servizi pubblici e privati accreditati all'interno di ognuno dei 15 Dipartimenti delle Dipendenze territoriali.
La rete dei servizi ambulatoriali, sia pubblici (Servizi Tossicodipendenze – SerT) che privati no profit (Servizi Multidisciplinari Integrati – SMI), assicura la disponibilità dei principali trattamenti relativi alla prevenzione, cura e riabilitazione dall'uso di sostanze, nonché lo screening delle patologie correlate.
La rete delle strutture residenziali (Comunità terapeutiche) e semi residenziali (Centri diurni) offre percorsi di cura e riabilitazione differenziati, sia nelle modalità di intervento, sia nei tempi dell'iter di cura; a conclusione del percorso sono spesso previste attività di reinserimento sociale.
Ad integrazione del sistema di cura, sono presenti i servizi di accoglienza e i cosiddetti servizi di prossimità o di bassa soglia che garantiscono un accesso immediato e non selezionato, un aggancio precoce e una riduzione dei rischi connessi all'uso di sostanze.

Le peculiarità del sistema di intervento lombardo
Nel panorama italiano, il sistema di intervento lombardo si pone come un sistema diffuso di servizi, con Ambulatori e Comunità a libero accesso e gratuite, ma anche specializzato perché presenta diverse tipologie di Comunità rispondenti a diversi bisogni di cura e unità specializzate ambulatoriali (cocaina, alcologia, doppia diagnosi). L'accesso al sistema di intervento è libero perché i cittadini lombardi hanno accesso diretto alle Comunità e ai servizi, previa certificazione di stato di dipendenza da parte di un servizio ambulatoriale. La qualità dei servizi è adeguata perché tutti i servizi pubblici e privati sono accreditati. E' stato introdotto nel 2008 il sistema Budget nel finanziamento delle Comunità e dal 2010 anche per gli SMI.

Interventi di prevenzione

Gli interventi di prevenzione
Bisogna contrastare il contatto dei più giovani con le sostanze, la cui diffusione è quasi ubiquitaria. Regione Lombardia si è dotata (2007 e 2009) di strumenti idonei, come le Linee guida in ambito preventivo, sulla base delle linee guida del National Institute on Drug Abuse statunitense, adattate alla realtà lombarda. Questa azione è particolarmente innovativa perché uniforma e rende disponibili i finanziamenti per gli interventi di prevenzione unicamente a chi utilizza interventi
L'attività della Rete regionale di prevenzione**:**delle Asl ha consentito di applicare le linee regionali in tutti i distretti del territorio, in modo collaborativo tra Enti Locali ed ASL, all'interno dei Piani di Zona, che anche nel 2010 hanno visto il 100% di collaborazioni avviate.
Nel corso del 2010 si è dato particolare priorità all'area preventiva specifica, sia con finanziamento regionale alle Asl, sia con l'acquisizione di programmi di intervento validati dal punto di vista scientifico

Tavolo tecnico degli Osservatori territoriali ASL

Conoscere meglio il fenomeno

L'Osservatorio Regionale Dipendenze**,** ha visto nel 2010 la sua piena operatività. Compito dell'Osservatorio è quello di analizzare il fenomeno "Droga" nelle sue molteplici espressioni, di coordinare la rete degli osservatori territoriali, di monitorare i cambiamenti e di comprendere le possibili evoluzioni, al fine di adeguare per tempo la risposta del sistema di intervento. A fine anno è stato formalizzata la costituzione del Tavolo Tecnico degli Osservatori Territoriali ASL (TTRO), con compiti consultivi e operativi.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Programma life skills Training

Interventi di prevenzione

Nel corso del 2010 si è dato un particolare impulso alle attività di prevenzione.

E' stata acquisita da Regione Lombardia la licenza d'uso in ambito nazionale del programma LifeSkills Training (LST**)**. Questo progetto, sviluppato negli Stati Uniti, viene promosso ormai da diversi anni dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e ha ricevuto riconoscimenti da numerosi enti ed istituzioni del settore.

Anche in Italia il LifeSkills Training program è conosciuto da tempo come uno dei modelli di intervento maggiormente validati ed efficaci nel prevenire l'uso di sostanze negli adolescenti e preadolescenti. E' stata sviluppata la versione italiana, adattata alla nostra cultura e al nostro contesto, ed è iniziata l' attività di "formazione dei formatori" all'uso di questo particolare intervento preventivo. A fine anno si è svolto un convegno dedicato alla presentazione di LST e dei risultati preliminari della sperimentazione avviata nel 2009, a cui ha partecipato J. Botvin, ideatore del programma.

E' previsto, nel 2011, l'utilizzo del programma in un centinaio di scuole lombarde, nelle classi secondarie di 1° grado, ovviamente in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale. Oltre a LST vengono proposti ed utilizzati programmi preventivi di provata efficacia quali EU-DAP (Unplugged) – programma mirato alla popolazione preadolescenziale e adolescenziale in ambito scolastico eStrenghtening family program – programma mirato alle famiglie vulnerabili e alle fasce di popolazione infantile e preadolescenziale.

OReD, Osservatorio Regionale Dipendenze

L'Osservatorio Regionale Dipendenze

Oltre alle attività di tipo osservazionale, ORED ha sviluppato il proprio sito internet (www.ored-lombardia.org) all'interno di una filosofia di comunicazione che prevede che ad ogni attività corrisponda un "prodotto" direttamente usufruibile del tecnici di settore e/o dai cittadini.

Il sito internet, oltre che rappresentare l'essenza di OReD, permettendo di conoscerne struttura e organizzazione interna, consente di fruire direttamente e immediatamente dei contenuti delle ricerche e delle elaborazioni realizzate nell'ambito dell'attività scientifica dell'osservatorio.

Accanto a questo, il sito di OReD si configura come una sorta di "portale" del sistema di intervento regionale nel campo delle dipendenze, prevedendo: 1) la "collezione" e la sistematizzazione delle informazioni e dei dati raccolti a livello regionale (in primis dagli Osservatori Territoriali dipendenze); 2) la conoscenza delle caratteristiche e le possibilità di accesso alla rete dei servizi accreditati di cura presenti in Lombardia; 3) la conoscenza e l'accesso ai siti tematici di maggiore interesse istituzionali e non a livello regionale, nazionale e internazionale; 4) la produzione e la diffusione di contenuti e di aggiornamento tematico (attraverso la pubblicazione quotidiana di notizie di interesse, la pubblicazione di newsletter indirizzate a specifici target ecc).

Anche tutte le attività di ricerca di OReD troveranno nel sito il luogo della pubblicazione e della divulgazione dei loro contenuti.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Riqualificazione dei servizi

La riqualificazione del sistema di intervento regionale. Regione Lombardia, nell'intento di stabilizzare e rafforzare il proprio sistema di intervento, così da evolvere verso una maggiore appropriatezza degli interventi, ha avviato un percorso di riqualificazione dei servizi ambulatoriali e residenziali volto a determinare modalità e prassi organizzative che consentano una presa in carico effettiva ed efficace.
A fronte delle criticità emerse (prima tra tutte la necessità di passare dall'offerta alla domanda, ovvero di rispondere in modo più adeguato ai bisogni effettivi dei cittadini), è necessario introdurre delle azioni adeguate per ottenere una appropriatezza ancora più precisa degli interventi, sia relativamente alle funzioni di definizione dei percorsi terapeutici, sia per ampliare le possibilità di ascolto del bisogno, sia, infine, per ampliare le possibilità di intervento in tutte quelle situazioni con necessità prevalentemente di tipo sociale, ma con correlati anche sociosanitari. Un gruppo di lavoro misto pubblico – privato accreditato ha iniziato i lavori di revisione dell'attuale stato del sistema per giungere, nel corso del 2011, a proposte di modifica degli attuali criteri di funzionamento e di accreditamento sia dell'area ambulatoriale che residenziale .
Le conoscenze della rete degli Osservatori L'Osservatorio Regionale (OReD) nasce come strumento strategico per la lettura e l'interpretazione dei dati e delle informazioni sui fenomeni di abuso e dipendenza (da sostanze – legali e illegali - ma anche da comportamenti additivi) in modo da supportare l'elaborazione delle politiche di intervento regionali e da fornire elementi di conoscenza utili a orientare al meglio e tempestivamente gli interventi sociali, sanitari, educativi messi in campo in Lombardia.

Riorganizzazione dei Consultori familiari

La famiglia come risorsa. Prosegue lo sviluppo di una forte azione preventiva di contrasto che vede un sempre più stretto rapporto tra SerT/SMI, Comunità Terapeutiche, Consultori, Famiglie e scuola, così da offrire un sostegno concreto ad un bisogno familiare sempre più presente. In questa direzione si pone l'attuazione dei "Progetti sperimentali innovativi per la riorganizzazione dei Consultori familiari al fine di ampliare e potenziare gli interventi sociali a favore delle famiglie". Sono previste 3 modalità di attuazione (3 "misure") che prevedono, in ogni territorio regionale, lo sviluppo e il potenziamento di un sempre più stretto coordinamento tra soggetti pubblici e del Terzo settore per gli interventi a favore della famiglia, nello specifico della droga. In considerazione del costante aumento del contatto tra giovanissimi e droga nel corso degli ultimi anni (ad esempio, tra i 13 e i 15 anni, l'uso di cannabis passa dal 3% al 24%) l'obiettivo di contenere - entro il 2015 - l'aumento del consumo di droghe tra i giovanissimi è una sfida difficile, ma che si deve assolutamente accettare. Anche del corso del 2010, come già nell'anno precedente, vi è stato un finanziamento regionale per la prosecuzione delle attività (750.000,00 € per la misura 2)

V.2.3.10 Regione Marche

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Strategie adottate

La Regione ha definito la programmazione individuando le priorità e destinando le risorse per l'anno 2010.

Le principali strategie adottate sono le seguenti:

- garantire la continuità ad alcuni servizi residenziali specialistici, semiresidenziali e di strada;
- individuare le priorità per i Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche (DDP) (consolidamento dell'organizzazione dei DDP, riqualificazione del sistema di offerta articolato in macrosettori e livelli d'intervento, così come previsto dall'atto di riordino del sistema integrato dei servizi,

consolidamento di servizi di counseling e di trattamento delle dipendenze da alcol, da tabacco, e da gioco d'azzardo patologico);

- indirizzare le attività nelle seguenti aree d'intervento: organizzazione dei servizi, integrazione socio-sanitaria, integrazione pubblico-privato sociale e trattamenti; - - definire le linee d'indirizzo per i percorsi assistenziali ed organizzativi dei DDP;
- programmare un percorso formativo per gli operatori sui percorsi assistenziali e sul modello integrato pubblico-privato sociale di presa in carico degli utenti; -
- programmare una campagna informativa regionale sull'uso di sostanze, destinata al target genitoriale;
- aumentare le rette per i trattamenti residenziali e semiresidenziali;
- avviare lo studio della ridefinizione del sistema di offerta residenziale e semiresidenziale (posti letto e moduli), sulla base del fabbisogno;
- avviare le procedure per la realizzazione del Sistema Informativo regionale sulle Dipendenze;
- - organizzare interventi per l'inclusione socio-lavorativa dei tossicodipendenti.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

E' stata garantita la continuità annuale con un fondo per l'integrazione socio-sanitaria (circa € 1.400.000,00) che integra il sistema tariffario dei servizi residenziali specialistici, dei centri diurni e degli interventi non residenziali (unità di strada, inclusione socio-lavorativa).

Programma annuale degli interventi e Piani operativi

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) ha presentato il programma annuale degli interventi sulla base degli indirizzi e delle priorità regionali, articolato in Piani attuativi elaborati da ciascuno dei 9 Dipartimenti per le Dipendenze. Il Programma ed i Piani sono stati valutati e finanziati dalla Regione con un budget specifico (€ 1.000.000,00).

L'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) ha presentato il programma annuale degli interventi sulla base degli indirizzi e delle priorità regionali, articolato in Piani attuativi elaborati da ciascuno dei 9 Dipartimenti per le Dipendenze. Il Programma ed i Piani sono stati valutati e finanziati dalla Regione con un budget specifico (€ 1.000.000,00).

La Giunta Regionale ha deliberato le linee guida per i percorsi assistenziali ed organizzativi dei Dipartimenti Dipendenze Patologiche. Ciascun Dipartimento ha tradotto in Procedure operative le linee guida regionali. Tale percorso è stato accompagnato e sostenuto con un intervento di formazione e supervisione capillare che ha preso in esame le specificità di ciascuna sede dipartimentale

Ciascun Dipartimento ha quindi strutturato le modalità di valutazione e presa in carico integrata attraverso una equipe mista pubblico-privato sociale accreditato.

Campagna informativa

Nel mese di ottobre 2010 è stata avviata la campagna informativa regionale "Chi ama chiama" destinata ai genitori di giovani e adolescenti. Il progetto prevede l'accesso al sistema di counseling tramite un numero verde regionale, i cui operatori dopo una prima valutazione della richiesta orientano le famiglie verso i servi territoriali, ove vengono accolti da operatori formati per la eventuale presa in carico.

Sono state aumentate le rette dal 01/01/10, rispettivamente del 13% per le strutture residenziali terapeutico-riabilitative, e del 24% per le strutture per utenti con doppia diagnosi.

E' stata effettuata la ricognizione dei posti letto esistenti ed è stato approvato il relativo Atto di fabbisogno di posti letto/moduli che include nuove e più adeguate tipologie di strutture/moduli.

Adesione ai progetti SIND support e NIOD

La Regione ha aderito ai progetti NIOD e SIND Support.

La Giunta Regionale ha deliberato gli indirizzi di progettazione ed i criteri per il

finanziamento di interventi di inclusione socio-lavorativa per tossicodipendenti (€ 241.000,00).

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

La declinazione delle linee guida per la realizzazione dei percorsi assistenziali ed organizzativi dei DDP in procedure operative ha fatto emergere una certa eterogeneità territoriale delle prassi consolidate; il percorso di accompagnamento si è rivelato determinante per il superamento di tale criticità.

Il modello di presa in carico integrata pubblico-privato sociale accreditato dell'utente ha fatto emergere alcune criticità in materia di tutela della privacy, ma allo stesso tempo ha consentito di attivare un gruppo di lavoro specifico per definire le procedure adeguate alla soluzione del problema.

L'adesione ai progetti nazionali SIND Support e NIOD consentirà di affrontare in modo più efficace i temi del Sistema Informativo regionale e dell'Osservatorio regionale.

V.2.3.11 Regione Molise

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Vincoli del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

La Regione, impegnata nel Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, ha dovuto tener conto delle criticità economiche esistenti ed attuare interventi soprattutto volti ad una progressiva crescita di una sensibilità territoriale che, nel corso del tempo, possa divenire terreno fertile per stili di vita più sani.

Interventi di prevenzione primaria

Nel complesso gli interventi tendono a sviluppare attività di promozione della salute e di prevenzione primaria in linea con il Programma del Ministero della Salute *Guadagnare Salute – Rendere facili le scelte salutari* volte a osteggiare la diffusione di stili di vita insani e a ridurre i rischi correlati. Inoltre, la Regione nel corso degli anni ha avviato collaborazioni con Istituzioni territoriali che, a vario titolo, si occupano di prevenzione e che si sta rivelando una scelta positiva che consente di mantenere continuità sulle iniziative progettuali proprio con tali soggetti, quali l'Università degli Studi del Molise, l'Ufficio scolastico regionale, gli Istituti scolastici e la Lega italiana per la lotta contro i tumori. Tali rapporti di cooperazione riescono a rendere più stabile l'attività preventiva annuale tentando, poi, di rendere più partecipativi sia le varie istituzioni che i giovani, i destinatari privilegiati delle attività preventive a lungo termine. D'altra parte, la rete dei Servizi pubblici garantisce sia la disponibilità dei principali trattamenti preventivi, di cura e riabilitazione dall'uso di sostanze, che lo screening delle patologie correlate, quali misure ed azioni di contatto precoce per i possibili interventi di prevenzione dei rischi, di riduzione dei danni derivanti dall'uso di alcol e di sostanze stupefacenti/psicoattive, dalle patologie e dalle condotte devianti. Invece le Strutture residenziali, sostanzialmente di tipo pedagogico - riabilitativo offrono percorsi di cura e riabilitazione differenti per modalità di intervento e, a volte, sono previste attività di reinserimento sociale a conclusione del percorso riabilitativo.

Adesione ai progetti SIND supprt e NIOD

Riguardo alla presenza di una rete informativa e informatizzata, che a livello regionale risulta carente, è risultato evidente la necessità di realizzazione dei progetti *SIND SUPPORT* e *NIOD*, ed è stato essenziale seguire le fasi propedeutiche per l'attuazione delle citate iniziative progettuali.

Nel processo di applicazione del Provvedimento CU n. 99 del 30.12.2007 e l'Accordo Stato-Regioni del 18.09.2008, la Regione, con l'adozione delle *Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi sulla sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi*, tra l'altro, ha fornito le indicazioni per la predisposizione del documento tecnico-operativo per le necessarie disposizioni organizzative e procedurali di competenza dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise.

Attività normativa

Con l'applicazione della L.R. n. 18/2008 *Autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie - Accreditamento istituzionale – Accord contrattuali delle strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private – Disciplina* e il *Manuale dei requisiti per l'autorizzazione e l'accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie* si sono avviate le procedure per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e del privato sociale, accreditati provvisoriamente.

Lotta al tabagismo

Infine, in relazione al consumo di tabacco, che negli ultimi anni è divenuto sempre più un fattore di rischio per la salute, gli interventi realizzati hanno innanzitutto finalità di sensibilizzazione della popolazione verso una vita libera dal fumo e in secondo luogo scopi di prevenzione e di trattamento per i fumatori unitamente alla tutela della salute dei non fumatori. Su tale base si continuano le attività in collaborazione con i soggetti sopra citati

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Organizzazione e attività dei SerT

Nella regione Molise operano 5 Servizi per le Tossicodipendenze (Campobasso, Isernia-Venafro, Termoli, Larino e Agnone) e n. 3 Comunità pedagogico-riabilitative (Associazione Fa.C.E.D. onlus – Comunità *Il Noce* con sede in Termoli, Comunità Terapeutica Molise *La Valle* con sede in Toro e Associazione R.E.D. onlus *RED-Il Trigno* con sede in Montenero di Bisaccia).
I Ser.T. assicurano le attività nei settori della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza ed in particolare i Ser.T. di Campobasso, Isernia e Larino svolgono anche attività di diagnosi e cura destinata ai detenuti tossicodipendenti e alcolisti presso gli Istituti penitenziari territoriali; al Ser.T. di Agnone è presente un Laboratorio antitabagismo.
I Ser.T. sono presenti presso gli Istituti scolastici attraverso Centri di informazione e consulenza; operano, tra l'altro, anche in collaborazione con il Club alcolisti in trattamento e con l'Associazione degli Alcolisti Anonimi e svolgono attività di sensibilizzazione anche attraverso materiale divulgativo.
Riguardo all'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e del privato sociale sopra menzionate e accreditate provvisoriamente, si è proceduto alla disamina della documentazione richiesta ai fini dell'accreditamento e si sono effettuate le verifiche dei requisiti in loco.
In collaborazione con la Lega italiana per la lotta contro i tumori continuano le attività di informazione e prevenzione, anche attraverso la realizzazione della *Giornata mondiale senza Tabacco* durante la quale si è tenuta altresì la premiazione del Concorso europeo *Smoke free class*, al quale hanno partecipato alcuni Istituti scolastici regionali.

Prevenzione del tabagismo

Con le attività relative al progetto *Sostegno alle iniziative di controllo del tabagismo: dalla pianificazione regionale alla pianificazione aziendale*, inerente la definizione e l'implementazione di un sistema di monitoraggio del rispetto della normativa sul fumo in Italia, tra l'altro, si è realizzato in collaborazione con l'Università degli Studi del Molise e presso la Facoltà di Giurisprudenza il laboratorio *Le vie del fumo*. L'allestimento e la preparazione di tale percorso laboratoriale di prevenzione del tabagismo per ragazzi delle scuole secondarie è stato effettuato in riferimento al modello realizzato presso Luoghi di prevenzione del Centro regionale di didattica multimediale coordinato dalla LILT di Reggio

Emilia.
Proseguono altresì le attività relative al progetto *Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcol-correlati per la costruzione di nuovi modelli d'intervento che utilizzino i giovani come risorsa,* in collaborazione con i Luoghi di prevenzione del Centro regionale di didattica multimediale di Reggio Emilia, con l'Ufficio scolastico regionale e alcuni Istituti scolastici regionali. La formazione residenziale realizzata è stata rivolta agli operatori coinvolti nell'iniziativa progettuale ed ha riguardato la fase sperimentale del modello d'intervento.

Prevenzione dell'abuso di alcool

La Regione con l'adozione delle *Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi sulla sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi* e in seguito al documento tecnico-operativo dell'Azienda Sanitaria Regionale del Molise, ha operato un'azione di monitoraggio relativamente all'applicazione delle citate procedure.
In merito all'iter per la realizzazione del Sistema informativo e informatizzato sulle dipendenze e del Network italiano degli osservatori sulle dipendenze, sono continuate le attività di approfondimento e organizzazione per progetti *SIND SUPPORT e NIOD,* anche grazie alla partecipazione al corso di alta formazione dedicato alla *Creazione di un una rete di Osservatori Regionali sulle Droghe* svoltosi presso la sede dell'EMCDDA di Lisbona.

Adesione e partecipazione ai progetti SIND Support e NIOD

Nel complesso l'attività di prevenzione primaria in materia di dipendenze patologiche si avvale, tra l'altro, della collaborazione dell'Ufficio scolastico regionale, la Lega italiana contro i tumori, l'Università degli Studi del Molise e il mondo dell'Associazionismo.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Le principali iniziative in evidenza nell'anno precedente e da sviluppare durante l'anno in corso possono riassumersi come di seguito:

Implementazione delle attività di collaborazione territoriale

- Continuità e implementazione delle collaborazioni con i Servizi territoriali, l'Ufficio scolastico regionale, l'Università degli Studi del Molise e le Associazioni che si occupano di prevenzione attraverso iniziative progettuali comuni. Il consolidamento di rapporti già costruiti, oltre a poterne costruire nuovi, costituisce una piattaforma nodale per la concretizzazione di azioni realmente preventive sul territorio; ciò contribuirà a dare un corpo più organico all'insieme delle iniziative.

Attivazione dei Progetti SIND Support e NIOD

- Attivazione dei progetti *SIND SUPPORT* e *NIOD* che consentiranno di colmare le carenze dovute all'assenza di una rete informativa e informatizzata per l'alcoldipendenza e la tossicodipendenza ed inoltre potranno fornire una banca dati come base per future azioni di progettazione.
- Proseguimento del monitoraggio delle attività relative alle *Procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi sulla sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi* avviate.
- Proseguimento dell'iter per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e del privato sociale, accreditati provvisoriamente.
- Conclusione del progetto *Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol e dei rischi alcol-correlati per la costruzione di nuovi modelli d'intervento che utilizzino i giovani come risorsa* le cui risultanze produrranno le Linee guida da proporre a livello nazionale in materia di alcolismo.

V.2.3.12 Regione Piemonte

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Attività normativa

Recepimento Accordo Generale Regione CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari

del Piemonte) in data 30.11.2009 e revisione del sistema tariffario delle strutture accreditate (l'Accordo è stato recepito con la D.G.R. n. 4-13454 del 8.03.2010)

Approvazione delle strutture accreditate del Piemonte (D.G.R. n. 13-629 del 20.09.2010)

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Programmazione del budget di spesa e revisione delle rette giornaliere

Con l'Accordo generale del 30.11.2009, stipulato tra la Regione (Assessorato Sanità) e il CEAPI (Coordinamento Enti Ausiliari del Piemonte), si individua un budget complessivo di spesa regionale da destinare alle attività residenziali e semiresidenziali per l'anno 2010 per complessivi 30.500.000 euro. Tale budget è stato accertato previa analisi dei costi storicamente sostenuti dalla Regione negli anni 2005-2008 per le attività residenziali e semiresidenziali delle strutture terapeutiche private accreditate, incrementati dai costi della revisione delle rette giornaliere a seguito dell'approvazione dei nuovi standard approvati con la D.G.R. 61/2009. Le nuove rette giornaliere riconoscono la valorizzazione della qualità dei servizi (dal punto di vista strutturale, della professionalità dei loro operatori e del migliorato rapporto operatori/utenti). Inoltre viene dato mandato di istituire un Gruppo regionale di monitoraggio dell'Accordo. Nel corso del 2010 è stato istituito il Gruppo di Monitoraggio regionale dell'Accordo.
Gli obiettivi del Gruppo Tale Gruppo regionale prende in esame l'applicazione dell'accordo nelle diverse realtà territoriali, con particolare attenzione:

- all'andamento degli inserimenti fuori Regione,
- all'andamento degli inserimenti nelle strutture pubbliche e private,
- all'effettivo rispetto dei debiti informativi degli Enti nei confronti della Regione,
- al monitoraggio della domanda di interventi sul piano quali/quantitativo e tenendo conto dei bisogni territoriali e valutando le iniziative formative messe in atto.

Nel 2010, con l'accreditamento istituzionale, si è definitivamente consolidata la rete delle strutture terapeutico-riabilitative del Piemonte, comprendente tutte le tipologie di servizio offerte ai pazienti con patologie da dipendenze, con o senza l'uso di sostanze

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Sistemi di controllo/monitoraggio/valutazione dei risultati

Il recepimento dell'Accordo Regione - CEAPI ha avviato una modalità diversa rispetto al periodo precedente. Di fatto, detto Accordo pone prospettive diverse in relazione al fatto di avviare sistemi di controllo/monitoraggio/valutazione dei risultati efficaci ed efficienti rispetto alla programmazione sanitaria regionale.

Il budget regionale che, di volta in volta sarà concordato porrà, pertanto, tutte quelle attività succitate come vincolanti da parte di tutti gli attori del sistema.

V.2.3.13 Regione Puglia

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Il Piano sanitario regionale 2008 – 2010, prendendo atto dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche in questi ultimi anni, evidenzia i seguenti punti critici su cui si ritiene prioritario intervenire:

Criticità evidenziate dal Piano sanitario regionale 2008-2010

- garantire la continuità terapeutica e riabilitativa nel proprio territorio;
- incrementare le conoscenze scientifiche evidence based, sui protocolli terapeutici relativi ai consumi di cannabis, cocaina e metamfetamine, nonché alle forme di dipendenza legate a comportamenti compulsavi, in costante aumento tra la popolazione;
- creare strutture idonee ad affrontare la comorbilità psichiatrica;
- mettere in atto percorsi diagnostico-terapeutici e riabilitativi efficaci nei tossicodipendenti detenuti, anche alla luce del trasferimento delle competenze realizzato nella sanità penitenziaria;
- attuare una revisione dei flussi informativi nazionali e regionali a fini epidemiologici e programmatici.
- fornire linee guida omogenee per gli accertamenti medico legali relativi alle diagnosi di assenza di tossicodipendenza.

Priorità evidenziate dal Piano regionale delle Politiche Sociali 2009-2011

Il Piano Regionale delle Politiche sociali 2009 – 2011 mette l'accento sulla necessità di favorire, nel quadro dei Piani sociali di zona, il collegamento trasversale, programmatico, gestionale e operativo, tra le molteplici politiche che influenzano la promozione di stili di vita positivi, la prevenzione delle dipendenze, nonché l'inclusione sociale e lavorativa delle persone con dipendenze.

Dall'analisi prospettata nei due documenti è emersa, pertanto, la necessità di riorganizzare il sistema di offerta dei servizi, prevedendo:

- la regolamentazione del funzionamento dei Dipartimenti delle Dipendenze Patologiche, previsti dalla Legge Regionale n°27/1999;
- il pieno recepimento dell'accordo stato – regioni dell'agosto 1999, per quanto concerne l'accreditamento delle strutture riabilitative ed educativo-assistenziali per i tossicodipendenti, al fine di garantire la territorializzazione e la flessibilità dei servizi e degli interventi
- la predisposizione di un Osservatorio regionale, che sia in grado di monitorare l'andamento del fenomeno (domanda e offerta), nonché di rispondere ai debiti informativi nazionale ed europei;
- la definizione di linee guida per l'applicazione regionale delle norme sugli accertamenti medico-legali relativi alla diagnosi di assenza di tossicodipendenza.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Interventi previsti nel Documento regionale di programmazione economico finanziaria

Nel documento regionale di programmazione economico finanziaria del 2010 (DIEF), e nell'art. 6 della legge regionale n. 4/2010 (accreditamento delle strutture di riabilitazione e strutture educativo assistenziali per i tossicodipendenti) sono individuati, nello specifico, alcuni interventi che questa amministrazione regionale ha messo in cantiere per il 2010:

- definizione di un regolamento di funzionamento dei Dipartimenti delle Dipendenze in attuazione della L.R n. 27/1999 e dell'art. 6, L.R. n. 6/2006 (istituzione dell'Unità Operativa "Doppia diagnosi"), che tenga conto della recente riorganizzazione del Servizio sanitario regionale con la riduzione delle ASL da 12 a 6 (una per provincia). Esiste attualmente una bozza di regolamento che deve essere rivista sia in funzione della riorganizzazione di cui sopra, sia della riallocazione delle risorse del sistema sanitario regionale

prevista nel Piano di rientro concordato con il Governo;

- definizione di un regolamento per le procedure accreditamento del settore privato sociale, che recepisca l'accordo Stato regioni del 1999, adattandolo al contesto attuale e ai cambiamenti normativi regionali; è in corso di elaborazione, da parte di un apposito gruppo tecnico regionale, una proposta, da sottoporre all'approvazione della Giunta regionale, che consenta di organizzare le offerte di servizio (residenzialità, semiresidenzialità, specifici moduli organizzativi, gruppi progetto, nonché unità di strada ed eventuali altri moduli) che si rendessero necessarie e utili per rispondere al meglio e con flessibilità ai nuovi bisogni emergenti;
- realizzazione, in attuazione dell'art. 6 della L.R. n. 26/2006, dell'Osservatorio regionale delle Dipendenze, in collaborazione con l'Osservatorio Epidemiologico regionale, a cui afferisce il sistema di rilevazione dati informatizzato della Regione Puglia, che deve essere adeguato alle specifiche funzionali stabilite nel SIND. In questo senso la Regione ha aderito ai due progetti nazionali del DPA, SIND support e NIOD.

Inoltre, sono state approvate dalla Giunta regionale con Delibere n 1101 e 1102 del 26 aprile 2010 le procedure per gli accertamenti medico-legali relativi alla diagnosi di assenza di tossicodipendenza per lavoratori soggetti al mansioni a rischio.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Contenimento della spesa nei limiti posti dal Piano di rientro finanziario

Per la sanità pugliese il 2010 è stato un anno segnato dalla contrazione delle risorse, determinata dalla necessità di mantenere le spese entro i limiti posti dal Piano di rientro finanziario concordato con il Governo. Pertanto l'azione nel campo delle dipendenze patologiche è stata orientata a porre le basi per una ridefinizione degli assetti organizzativi del settore, che dovranno andare a regime nel corso del 2011. 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.

V.2.3.14 Regione Sardegna

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Adesione ai progetti SIND e NIOD e attivazione dell'Osservatorio Regionale delle Dipendenze

La Regione Sardegna ha aderito ai Progetti SIND e NIOD attivando un Osservatorio Regionale delle Dipendenze istituito all'interno dell'Assessorato dell'Igiene, Sanità e dell'Assistenza Sociale, che ha la finalità di definire le indicazioni strategiche e il coordinamento con le attività di programmazione e organizzazione regionale.

L'Osservatorio provvederà all'attivazione e al mantenimento dei corretti flussi informativi dei Ser.D. regionali, con compiti e funzioni previste dai progetti SIND e NIOD, attraverso il monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento.

Si è tenuto conto che il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze offre sia servizi per lo scambio di dati tra il livello regionale e nazionale, sia gli strumenti dedicati all'analisi dei dati, resi disponibili a livello nazionale e regionale, costituiti da dati personali non identificativi relativi alle attività svolte dai Ser.D., raccolte a livello regionale e da elaborazioni predisposte e pubblicate a livello nazionale;

Si è, inoltre, tenuto conto che si rende necessario implementare una nuova struttura operativa regionale che si occupi del coordinamento della raccolta di tutte le informazioni, da trasmettere al Dipartimento Politiche Antidroga, sulle strutture eroganti servizi per le dipendenze patologiche, sulla consistenza e tipologia delle figure professionali in servizio presso le suddette strutture, sulle attività svolte presso i Ser.D.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Obiettivi prioritari

L'Assessorato, attraverso il supporto del sistema informativo, ha quali obiettivi principali:

- Monitoraggio delle attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- Supporto ai servizi pubblici e privati per la costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- Adeguamento della raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze;
- Monitoraggio relativo alle attività di prevenzione e all'esecuzione di test sierologici per malattie infettive

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Organizzazione territoriale degli interventi e integrazione pubblico-privato

I SerD presenti in tutte le ASL della Sardegna, hanno provveduto all'organizzazione territoriale degli interventi di prevenzione, cura, riabilitazione ed inclusione sociale nel campo delle dipendenze patologiche, garantendo la continuità della presa in carico delle persone con disturbo da uso di sostanze o dipendenze di tipo comportamentale.
E' stata prevista l'istituzione di un Tavolo di concertazione tra i Servizi pubblici e privati.
Le strutture socio-riabilitative (Comunità Terapeutiche) infatti sono presenti su tutto il territorio regionale. Esse assicurano interventi di primo ascolto e pronta accoglienza, interventi residenziali di carattere educativo, terapeutico-riabilitativo e interventi di inclusione sociale

V.2.3.15 Regione Sicilia

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze

Nell'anno 2010 si è avviato un processo di riflessione e discussione propedeutico alla definizione delle strategie di intervento nell'ambito delle Dipendenze Patologiche per la stesura del nuovo P.S.R. avvalendosi del contributo di un tavolo tecnico di esperti nel settore all'uopo costituito.
Il Sistema dei Servizi per le Dipendenze della **Regione Sicilia** si caratterizza per i seguenti elementi:

- Omogeneità di "mission".
- Alto grado di collaborazione e condivisione operativa.
- Solida strutturazione con spiccata capacità di lettura del territorio.
- Particolare attenzione al "total quality management" .
- Solida esperienza nel campo della prevenzione universale, selettiva ed indicata.

Caratteristiche queste che sono state costruite nel tempo partendo dal comune sentire che il paziente è "al centro" di un processo assistenziale e terapeutico a cui partecipano attivamente più attori, ognuno portatore di un proprio "sapere" e di una propria professionalità.
Il "Sistema dei servizi" della Regione Sicilia ha maturato finora esperienza e capacità per potersi porre obbiettivi in linea con le nuove sfide che il fenomeno

della diffusione e consumo di sostanze psicotrope ed alcool proponenti per fasce d'età (età a rischio 14-64) sempre più precoci ad ogni livello della scala sociale e professionale.

Criticità da affrontare prioritariamente

Criticità

- L'aumento notevole dell'uso di sostanze d'abuso psicostimolanti, soprattutto cocaina, LSD ed MDMA.
- La crescita della cultura della "normalizzazione dell'uso di droghe" diffusissima tra i giovani e gli adolescenti
- L'aumento del poliabuso e del consumo di alcool nelle fasce adolescenziali.
- L'ampliamento della fascia d'età dell'utenza, 14-64 anni.
- L'aumento della utenza femminile,nello specifico dipendenza da alcool, nicotina e cocaina con un notevole incremento delle patologie sessualmente trasmesse (HIV,HCV, herpes genitalis etc).
- L'aumento della utenza genitoriale che rappresenta in atto il 15% dell'utenza totale .
- L'aumento dell'incidenza del disturbo psichiatrico, delle patologie infettive (HIV, HCV,tubercolosi)nei consumatori di droghe..
- L'aumento dell'utenza con Dipendenze patologiche comportamentali (Gioco d'azzardo patologico, dipendenza sessuale, shopping compulsivo, dipendenza da internet)
- La carenza organizzativa e di personale: i Sert hanno un elevato numero di utenti con un incremento negli ultimi 6 anni del 100% dati DOE SICILIA rapporto Regionale 2008, ma operano spesso in condizioni di sottodimensionamento rispetto ai bisogni dell'utenza e del territorio di competenza, meno 30% del personale rispetto alla data di attivazione del 1992, mancata applicazione della legge Nazionale del 18febbraio del 1999 n.45 recante "Disposizioni per il fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei servizi per le tossicodipendenze".
- La mancata definizione dei requisiti specifici necessari per l'accreditamento per i servizi pubblici e privati per la cura e la riabilitazione delle Dipendenze patologiche.
- La difficoltà dei Sert a collegarsi con gli altri servizi territoriali e a diventare, oltre a punto di riferimento per l'assistenza sanitaria, anche centro di prevenzione e promozione attiva della salute per le aree fragili.
- Il passaggio al SSN dei Presidi per le Tossicodipendenze degli Istituti Penitenziari.
- Certificazione di assenza tossicodipendenza per i lavoratori a rischio, decreto assessorato sanità Sicilia 24 luglio 2009.

La complessità che emerge da questi nuovi indicatori rende necessaria una evoluzione dei servizi per le dipendenze da "sistema" erogatore di prestazioni a "sistema integrato di reti territoriali, relazionali, pensanti , progettuali ed operativi" per un intervento globale sui reali bisogni di salute nell'ambito delle dipendenze patologiche.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Le 9 Aree dipartimentali per le dipendenze all'interno del Dipartimento di salute mentale

In ciascuna delle 9 Aziende Sanitarie Provinciali della regione è presente all'interno del Dipartimento di salute mentale un'Area a valenza dipartimentale cui afferiscono i Sert. e gli Entri accreditati e contrattualizzati con le ASP che perseguono comuni finalità tra loro interconnesse. L'area dipartimentale provvede a:

- Coordinare l'attività delle UU.OO. e le strutture accreditate riabilitative;
- rilevare i bisogni assistenziali sulla base dei dati epidemiologici attraverso l'Osservatorio provinciale delle Dipendenze Patologiche;
- esercitare funzioni di valutazione dell'efficienza, dell'efficacia e della

qualità dell'assistenza erogata;
- promuovere la formazione continua e l'aggiornamento tecnico, scientifico e culturale delle risorse professionali assegnate al Dipartimento;
- predisporre il Piano qualità Dipartimentale annuale
- proporre alla Direzione aziendale, in base all'attività di valutazione , il budget necessario per la realizzazione delle attività previste dal Progetto Dipendenze Patologiche al fine di soddisfare le reali esigenze del territorio;
- stabilire protocolli di collaborazione con le altre strutture aziendali non facenti parte del Dipartimento (Dipartimento Prevenzione, D.S.M., N.P.I., Distretti sanitari, ecc.) e con altre amministrazioni (prefetture, scuole, carceri, comuni, ecc.) secondo un sistema di interventi a rete, definendo gli obiettivi prioritari e le competenze di ciascun componente la rete, al fine di evitare la dispersione e la sovrapposizione delle risorse e delle azioni.
- Riorganizzare l'attività dei SERT anche in funzione delle nuove forme di dipendenze.

I SERT costituiscono le strutture distrettuali dotate di responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie che operano nell'ottica del servizio territoriale con prestazioni socio-sanitarie, programmi integrati al fine di assicurare le risposte alle necessità rappresentate dall'utente e dalla sua famiglia garantendo la necessaria integrazione socio-sanitaria nei modi e nelle forme previste dalla vigente normativa.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

In considerazione delle criticità rilevate sono stati individuati i seguenti interventi prioritari da effettuare:

Attivazione dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche

- Rafforzare il Sistema dei Servizi per le dipendenze della Regione Sicilia con la attivazione dei Dipartimenti per le Dipendenze Patologiche;
- Mantenere e migliorare l'Osservatorio Epidemiologico Regionale per le Dipendenze per valutare in modo appropriato i bisogni di salute;
- Mettere a regime la manutenzione del sistema di gestione delle attività dei servizi denominato Osservatorio Provinciale Dipendenze (OEPD), parte costitutiva integrante del Nuovo Sistema Informativo Sanitario Regionale e Nazionale, in atto molte ASP Siciliane hanno un debito informativo con il Ministero del Wealfare e salute;
- Promuovere una efficace attività di prevenzione delle dipendenze patologiche;
- Incrementare il numero di soggetti consumatori e/o dipendenti in contatto con la rete dei servizi per ora collocati nel sommerso.
- Potenziare i programmi finalizzati al reinserimento familiare e lavorativo degli utenti, mirando al pieno recupero della persona.
- Attivare sistema di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe al fine di prevenire le morti per overdose e tagli pericolosi.

Decreto inter-assessoriale Famiglia-Salute

Si è provveduto a superare il vuoto normativo registrato a seguito del mancato recepimento dell'atto d'intesa stato-regioni del 5/8/99 procedendo con il decreto interassessoriale Famiglia –Salute del 7 luglio 2010 alla "Determinazione dei requisiti minimi standard per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento dei servizi privati per l'assistenza a persone dipendenti da sostanze d'abuso"

V.2.3.16 Regione Toscana

A) Strategie e programmazione attività 2010 (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

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.

Gli interventi di bassa soglia

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

La rete informativa e l'osservazione epidemiologica regionale

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.

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

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

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali
I posti in comunità residenziali e semiresidenziali autorizzati e convenzionati con le Aziende USL nell'anno 2010 sono 1109 di cui 950 gestiti da Enti Ausiliari e

159 a gestione diretta delle Aziende USL).

Le equipe alcologiche

Le equipe alcologiche
In ogni SERT è attiva una Equipe Alcologica.
Nell'anno 2010 risultano operative 40 equipe alcologiche.
A livello regionale è presente il Centro Alcologico Regionale

I Centri Antifumo

I Centri Antifumo

In ogni Azienda USL è attivo almeno un Centro Antifumo (nell'anno 2009 risultano operativi 27 Centri Antifumo ubicati sia in ambito ospedaliero che a livello territoriale presso i SERT).

Attività realizzate nel 2010

Nel corso dell'anno 2010 sono state realizzate le seguenti azioni/attività:

- Riunioni periodiche con il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze;
- Monitorato e governato il Protocollo di Intesa sottoscritto tra la Regione Toscana e il Coordinamento regionale degli Enti Ausiliari della Regione Toscana che innova il precedente Patto di collaborazione sottoscritto nel 1998 e che ha definito il sistema tariffario per le prestazioni residenziali e semiresidenziali per gli anni 2009 e 2010;
- Monitorato e governato il Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, il Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza, le Società della Salute di Pisa e Firenze, la Conferenza dei Sindaci di Livorno per attività e azioni sul versante della marginalità sociale e della riduzione del danno;
- Monitorato e governato il Protocollo di Intesa tra la Regione Toscana, l'Azienda Ospedaliero Universitaria di Careggi, l'Azienda USL 8 di Arezzo, l'Azienda USL 10 di Firenze, l'Azienda USL 7 di Siena e la Provincia di Lucca, per il rafforzamento dei Centri di Documentazione sulle Dipendenze (RETECEDRO);
- Approvate e finanziate le progettualità delle Aziende USL e del privato sociale sul GAP così come previsto dalle linee di indirizzo per la prevenzione e cura delle persone con problemi di Gioco d'Azzardo Patologico,
- 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 5 sperimentazioni regionali per la cura delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da cocaina;
- promossi e finanziati i master universitari di Firenze e Pisa sulle dipendenze;
- 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'approvazione della tabella di classificazione delle prestazioni del sistema integrato regionale delle dipendenze;
- 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 2010 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 Regione Toscana intende agire nel corso dell'anno 2011 traducendo nel nuovo Piano sociosanitario regionale 2012-2015, con la partecipazione e il confronto della società civile e dei professionisti le indicazione emerse nel corso degli ultimi anni di vigenza della programmazione sanitaria e sociale regionale.

V.2.3.17 Regione Umbria

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Programmazione regionale

L'Area di intervento sociosanitario nel campo dell'abuso di sostanze psicoattive e delle dipendenze è inserita, all'interno dell'organizzazione degli Uffici della Giunta regionale dell'Umbria, nella Direzione generale Salute, Coesione sociale e Società della conoscenza, e precisamente nell'ambito del Servizio di programmazione sociosanitaria dell'assistenza di base ed ospedaliera. La sezione specifica è strettamente interrelata con il Servizio della Prevenzione (per quanto concerne le attività di promozione della salute e prevenzione universale, in particolare nell'ambito del programma Guadagnare salute), con il Servizio Istruzione ed il Servizio di programmazione socio-assistenziale (per le attività di ambito sociale e quelle connesse ai contesti dell'istruzione e della formazione), afferenti alla medesima Direzione.
Le attività del periodo (anno 2010) sono inquadrate nelle strategie generali indicate dai Piani di programmazione regionale, cioè il Piano Sanitario 2009-2011 ed il Piano Sociale 2010-2012.
Il Piano sanitario regionale, in particolare, colloca le azioni riguardanti il campo delle dipendenze tra le aree di importanza strategica della programmazione regionale del periodo. Il capitolo relativo alle dipendenze fornisce indicazioni di massima circa:

- La riorganizzazione di tutto il sistema regionale di intervento, sul piano organizzativo e metodologico, in una duplice direzione:
    1. potenziare il livello di integrazione tra i servizi gestiti direttamente dal pubblico e quelli gestiti dal privato sociale accreditato,
    2. sviluppare maggiormente, accanto alle opzioni terapeutiche già in uso, le strategie della prossimità e dell'accompagnamento;
- Gli obiettivi di salute sui quali indirizzare prioritariamente l'intervento, sulla base dei bisogni emersi da una lettura approfondita del quadro regionale.

Inoltre, nell'ambito del capitolo riguardante la prevenzione, si pongono le linee fondamentali di una riorganizzazione degli interventi nel campo della promozione della salute e della prevenzione universale, al fine di garantire un efficace coordinamento delle azioni sia a livello regionale che locale; si fissano inoltre gli orientamenti generali per la pianificazione regionale delle attività in materia sia in termini di priorità di intervento sia sul piano metodologico.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Riorganizzazione del sistema regionale di intervento

Sulla base delle indicazioni generali fornite dal Piano Sanitario Regionale 2009-2011, nel corso dell'anno 2010 sono state realizzate le seguenti azioni principali:

- A partire dalla Deliberazione di Giunta regionale n. 284 del 23 febbraio 2010 - *"Riorganizzazione della rete di intervento nell'area delle dipendenze ai sensi della DCR 28 aprile 2009 n. 298 "Piano Sanitario Regionale 2009-2011" e dell'Accordo fra la Conferenza dei Presidenti delle Regioni e Province Autonome e la Federazione Italiana Comunità Terapeutiche (FICT) e il Coordinamento Nazionale Comunità di Accoglienza (CNCA), siglato in data 29 ottobre 2009"* - è stato dato avvio ad un percorso di confronto che, attraverso riunioni periodiche dei Direttori dei Dipartimenti per le dipendenze, dei Responsabili dei servizi, del Gruppo di coordinamento tecnico sulle dipendenze (allargato a comprendere i responsabili degli enti del privato sociale accreditato), ha prodotto una proposta condivisa di riorganizzazione del sistema regionale di intervento, che essenzialmente prevede:
    - La conferma e valorizzazione dell'organizzazione dipartimentale, adottando il modello del "dipartimento integrato" ed attribuendo pertanto al privato sociale accreditato un ruolo di maggiore partecipazione;
    - L'individuazione di "aree di intervento strategiche", corrispondenti ai bisogni di salute risultati maggiormente rilevanti in ambito regionale;
    - L'indicazione delle strategie di approccio da sviluppare maggiormente, individuate nella strategia dell'accompagnamento e nel lavoro di prossimità, in quanto maggiormente in grado di rispondere alla multiformità dei fenomeni rilevati e all'esigenza di effettiva personalizzazione degli interventi e dei trattamenti.
- A sostegno del percorso di riorganizzazione del sistema regionale di intervento, e al fine di definirne gli orientamenti sulla base della lettura dei bisogni effettivamente presenti in ambito regionale, è proseguito il lavoro di "messa a regime" del sistema informativo regionale sulle dipendenze.

  Nell'ambito di tale sistema di osservazione, è stato inoltre proseguito e messo a punto il sistema di rilevazione regionale sulla mortalità per overdose, con produzione del rapporto relativo all'anno 2009.

- Nell'area della Prevenzione, si è prevalentemente lavorato sul piano organizzativo, con l'obiettivo di strutturare un sistema di intervento coordinato, basato sulla interrelazione delle diverse istituzioni coinvolte nel campo.
  Sono quindi state costituite presso tutte le ASL regionali le Reti per la promozione della salute, ognuna delle quali ha adottato un proprio piano di azione, in linea con gli orientamenti stabiliti a livello regionale. Le Reti aziendali trovano il proprio momento di coordinamento nel Tavolo tecnico regionale appositamente costituito.
  E' stato siglato un Protocollo d'Intesa con l'Ufficio scolastico regionale per favorire iniziative volte a promuovere la salute nella popolazione giovanile.

E' stato inoltre approvato il primo Piano Regionale della Prevenzione.

V.2.3.18 Regione Veneto

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Strategie di integrazione tra politiche sanitarie e sociali

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.
Obiettivo generale è 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 renderlo 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.
VI è, pertanto, bisogno di una forte integrazione tra politiche sanitarie e sociali e quindi di costruire un'unica visione coordinata di approccio al problema che ricostruisca l'unitarietà della programmazione e delle azioni. Inoltre, in questi anni, i Dipartimenti per le Dipendenze hanno incrementato e diversificato la gamma delle persone assistite, considerando in tale gruppo anche persone che utilizzavano sostanze quali la cannabis, la cocaina, amfetamine, nonché policonsumatori. Ciò comporterà una necessaria rivisitazione anche dell'offerta di cura.

Istituzione di gruppi tecnici tematici

La Regione Veneto con DGR n. 866 del 31/03/2009, il Progetto Dipendenze 2009 e, in conformità con quanto previsto dal Progetto e con successivi decreti dirigenziali, sono stati nominati dei Gruppi Tecnici con l'obiettivo di rivisitare i punti qualificanti del Sistema delle Dipendenze. In particolare:

- Gruppo tecnico rivisitazione unita' di offerta e programmazione regionale con il compito di approfondire, studiare, elaborare una proposta di ridefinizione del panorama dell'offerta dei programmi terapeutico-riabilitativi.
- Gruppo tecnico revisione dipartimenti per le dipendenze con il compito di elaborare una proposta di riorganizzazione dei Dipartimenti stessi nell'ottica di gestione più efficace ed efficiente dei servizi.
- Gruppo tecnico minori ed adolescenti con il compito di elaborare linee guida per il trattamento terapeutico di minori/adolescenti tossicodipendenti;
- Gruppo tecnico Alcol con il compito di rivedere l'organizzazione della rete alcologica veneta.

Inoltre, la presenza di un numero rilevante di detenuti tossicodipendenti e di situazioni di marginalità sociale legate alla cronicità, con bisogni di tipo

assistenziale, hanno determinato l'attivazione di gruppi di lavoro tematici, con particolare attenzione all'Area Penale, con il compito di elaborare linee guida per interventi efficaci e volti a garantire la tutela della salute del detenuto ed il suo reinserimento nella vita sociale.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Le Risorse finanziarie e le aree di intervento prioritarie

Il finanziamento dell'assistenza residenziale e semi residenziale a soggetti dipendenti da sostanze d'abuso.
Nel merito si conferma la criticità relativa alla consistenza del budget 2010 rispetto alla dimensione della domanda; si ribadisce, tuttavia, lo stanziamento di euro 25.000.000,00; a tale scopo è stato attivato un gruppo di lavoro che ridefinisca i programmi terapeutici relativi a tale livello di assistenza anche con riguardo all'appropriatezza economica.
L'introduzione del concetto di "programma terapeutico individualizzato" che include le prestazioni ritenute necessarie e appropriate, collegato alla responsabilizzazione sulla gestione delle risorse economiche, dovrebbero consentire alle Aziende di salvaguardare sia il livello essenziale di assistenza di cui trattasi sia la programmazione degli interventi sulla base dei finanziamenti assentiti.
Con DGR 2569 del 4 agosto 2009 è stato approvato Il piano annuale di intervento 2009/2010 che si è articolato in progetti, di durata annuale, specificamente rivolti alla prevenzione, cura e riabilitazione delle persone dipendenti da sostanze stupefacenti e psicotrope, incluse quelle legali.
Le aree in ordine prioritario d'intervento, individuate dalla Regione Veneto per la realizzazione dei progetti 2009/2010– Area dipendenze, riguardano: prevenzione selettiva, trattamenti innovativi per vecchie e nuove dipendenze, con particolare attenzione agli adolescenti , reinserimento lavorativo e attività di informazione e sensibilizzazione.
Sono stati presentati dalle Aziende ULSS 21 Piani Annuali e 33 progetti Regionali , presentati da Aziende ULSS e dal Privato Sociale.
Alcuni dei Piani sopracitati e dei progetti Regionali si sono conclusi al 31.12.2010, ad altri su richiesta dei Responsabili dei Piani e/o Progetti è stata concessa la proroga al 30 giugno 2011.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Funzioni di indirizzo, coordinamento, controllo e supporto tecnico alle Aziende USSL

La Regione del Veneto ha adottato strategie di intervento efficaci per la realizzazione di azioni, quali: politiche sociali sempre più rispondenti alla crescente complessità sociale; politiche intersettoriali e programmi specifici in grado di promuovere la salute e, nel contempo, di agire attivamente contro l'uso incongruo di ogni tipo di sostanza stupefacente utilizzate a fini non terapeutici attività di indirizzo e coordinamento nel settore, anche attraverso la stipula di accordi e protocolli di intesa tra la Regione e i diversi soggetti pubblici e privati che a vario titolo interagiscono col settore in questione.
A tal fine la Regione intende rafforzare la sua funzione di indirizzo, coordinamento, controllo e supporto tecnico alle Aziende ULSS attraverso le seguenti azioni prioritarie:
Rivedere attualità e coerenza di risposta ai bisogni del dipartimento delle dipendenze e ipotizzarne evoluzioni:

- rivedere l'organizzazione, la dotazione organica ed il numero dei Sert
- definire i criteri di priorità per l'accesso ai servizi, nell'ottica della valutazione multidimensionale e multiprofessionale, in modo da garantire livelli di assistenza omogenei nel territorio regionale;

- realizzare Servizi per le dipendenze idonei a rispondere alle persone giovani/adolescenti ed alle cosiddette "nuove" dipendenze, sia da sostanze che comportamentali;
- aumentare e definire (UVMD) le sinergie con i Comuni nella gestione dei minori, della cronicità (prevedendo il coinvolgimento degli stessi nei percorsi che prevedono l'inserimento lavorativo, la riduzione del danno, ecc. ecc.) e di tutte quelle situazioni non precisamente classificabili nella nosografia sociale.

Rivisitazione delle tipologie d'offerta delle Comunità Terapeutiche**,**
con la conseguente ridefinizione di standard e requisiti, in modo da garantire sia percorsi riabilitativi standard, sia risposte a nuovi e più complessi bisogni. Per questi ultimi, la programmazione, dovrà prevedere:

- Comunità Terapeutiche per minori/adolescenti alcol e tossicodipendenti con percorsi definiti, e separati dalla cronicità.
- Comunità sperimentali per la gestione della cronicità di pazienti alcol e tossicodipendenti (modello comunità i accoglienza a lunga permanenza per soggetti che non sono in grado di accedere a percorsi riabilitativi e necessitano di supporto socio-assistenziale)

Per quanto attiene all'intervento riabilitativo standard, la ridefinizione della programmazione regionale dovrà orientarsi secondo le seguenti direttrici:

- rivisitazione delle tipologie d'offerta delle Comunità Terapeutiche e ridefinizione dei requisiti, in modo da riformulare standard organizzativi e strutturali maggiormente funzionali alla risposta da assicurare, oltre che alla razionalizzazione delle risorse.

V.2.3.19 Provincia Autonoma di Bolzano

A) Strategie e programmazione attività 2010 (o orientamenti generali)

Obiettivi e priorità 2010

Aggiornamento del documento "Linee d'indirizzo". Sviluppo del sistema informatico

- Ridefinizione della politica sulle dipendenze per i prossimi anni, attraverso l'aggiornamento dei contenuti nel documento "Linee d'indirizzo" in vigore dal 2003: prevenzione, cura e riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione del danno e sicurezza.
- Riorganizzazione delle prestazioni in relazione alla necessità di mantenere l'attuale qualità, tenendo conto delle risorse disponibili, con particolare attenzione a problematiche emergenti quali gioco d'azzardo e di larghissima diffusione come l'alcol e a target particolarmente vulnerabili (giovani, persone con doppia diagnosi).
- Sviluppo dell'informatizzazione di tutti i Servizi specialistici sanitari per le dipendenze e i servizi ad essi collegati, attraverso il sistema di rilevazione dati denominato "Ippocrate" per una raccolta di dati fra loro confrontabili e per una più efficace programmazione degli interventi di settore.

B) Presentazione(Organizzazione e consumo sintetico delle principali attività)

Prevenzione universale e selettiva

Prevenzione

- Conclusione dei seguenti progetti biennali avviati nel 2009:
  1) "La prevenzione primaria all'uso di droghe tra gli immigrati ed interventi di counseling a favore di tossicodipendenti stranieri"
  2) "PIT STOP", progetto di prevenzione selettiva nel mondo della notte e del divertimento".
  3) "Rilevamento precoce delle problematiche correlate all'alcol nelle consulenze di prevenzione selettiva negli accessi al Pronto soccorso

dell'ospedale di Bolzano, negli interventi di emergenza sanitaria da parte del 118" realizzato dal Servizio per le dipendenze di Bolzano. Il progetto è stato avviato per un anno anche dal Servizio per le dipendenze di Bressanone.

- Prosecuzione dei seguenti progetti pluriennali:
  1) Campagna pluriennale di prevenzione per un consumo consapevole dell'alcol
  2)"Interventi di prevenzione selettiva e mirata-Nucleo Operativo Tossicodipendenze del Commissariato del Governo e Servizio per le dipendenze del Comprensorio sanitario di Bolzano" in relazione agli interventi nei confronti delle persone segnalate per il possesso di sostanze stupefacenti o per guida in stato di ebbrezza.
- 3) Tavolo di confronto sulla prevenzione selettiva istituito con i Ser.D e la rete del privato sociale per il monitoraggio del fenomeno sul territorio provinciale.
- 4) "Valutazione dei servizi residenziali per le dipendenze" per la definizione di procedure appropriate e condivise tra Servizi per l'invio di utenti in strutture residenziali.
- 5) Applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari relativi all' assenza di assunzione di sostanze stupefacenti in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza di terzi ed avvio di una campagna di informazione sugli effetti e sui rischi derivanti dal consumo di dette sostanze da parte dei suddetti lavoratori.
- 6) Progetti di informazione, di promozione alla salute, di formazione e di consulenza da parte dei Servizi sociali delle Comunità comprensoriali e delle Associazioni convenzionate con la Provincia in diversi ambiti (scuola, famiglia, associazionismo, persone che usano sostanze ecc.) .

Cura e riabilitazione

Cura e riabilitazione

- I Servizi per le Dipendenze e le Associazioni convenzionate hanno potenziato i trattamenti ambulatoriali alle persone con problemi di dipendenza da sostanze legali ed illegali e da gioco d'azzardo ed hanno avviato la ridefinizione del fabbisogno di posti nelle comunità terapeutiche residenziali anche per utenti con doppia diagnosi.

Reinserimento sociale

Reinserimento sociale e lavorativo

- Attivazione di processi volti ad un chiarimento delle competenze dei vari servizi e delle modalità di collaborazione/lavoro in rete, specialmente tra servizi pubblici e privati.
- Ulteriore rafforzamento e diffusione del metodo del "*case management*".
- Creazione di reti e gruppi interdisciplinari specifici per lo sviluppo di strategie/forme di collaborazione utili alla promozione dell'inserimento lavorativo delle persone con problemi di dipendenza.
- Ulteriore sviluppo dei concetti relativi al lavoro di bassa soglia: rafforzamento dei contatti/scambio di esperienze fra le due strutture presenti sul territorio.

Integrazione sociosanitaria

In collaborazione con i Servizi specialistici pubblici e privati, sono stati elaborati i seguenti documenti di pianificazione degli interventi per i prossimi anni:

- Convenzione tra la Provincia Autonoma di Bolzano e il Ministero della Giustizia per disciplinare l'assistenza socio-sanitaria dei detenuti nel carcere di Bolzano come previsto dalle norme di attuazione di cui al decreto legislativo n. 230/99 e al DPCM 1. aprile 2008
- Piano di settore dipendenze del Servizio per le dipendenze di Merano

Aggiornamento del documento "Linee guida delle politiche sulle dipendenze in Alto Adige" elaborato nel 2003 .

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Implementare l'integrazione e la partecipazione al confronto fra servizi sanitari e sociali

Per quanto riguarda l'attività nel 2010, con la supervisione dell''Unità di coordinamento che opera all'interno dell'Assessorato alla Famiglia, sanità e politiche sociali il bilancio operativo può essere soddisfacente se rapportato:

- ad una migliore integrazione fra i competenti uffici provinciali che si sono confrontati collegialmente in diverse occasioni di programmazione del settore
- alla attivazione partecipata di tavoli di confronto fra servizi sanitari e sociali su tematiche di prevenzione e di trattamento (campagna alcol anche in raccordo con altri assessorati interessati e con istituzioni extraprovinciali, assistenza socio-sanitaria in carcere, riorganizzazione della riabilitazione residenziale, avvio dell'analisi flusso dati) che hanno permesso di coinvolgere il sistema dei servizi previsto dalla legge provinciale sulle dipendenze e di avere contatti e feed-back con il Dipartimento e la politica

al lavoro di contatto della coordinatrice delle dipendenze che, partecipando agli incontri di settore promossi dai servizi sanitari e da altre istituzioni, si è fatta portavoce di problematiche che si sono anche positivamente risolte o che hanno portato a nuove forme di collaborazione e di visibilità del settore.

V.2.3.20 Provincia Autonoma di Trento

A) Strategie e programmazione attività 2010 (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.
La stessa 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.

B) Presentazione(Organizzazione e consumo sintetico delle principali attività)

Organizzazione e competenze della rete assistenziale delle tossicodipendenze

La rete assistenziale dedicata alla diagnosi, cura e riabilitazione delle tossicodipendenze nella Provincia Autonoma di Trento è costruita intorno ad un unico SerT, 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 Anti Droga, Centro Trentino Solidarietà) e ad associazioni e cooperative del privato sociale.
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.
Il SerT ha come *mission* l'assistenza della popolazione di tossicodipendenti e delle loro famiglie, perseguendo il completo recupero dei soggetti alla società e attuando strategie di prevenzione del fenomeno. Nello specifico, gli interventi terapeutici che il Ser.T. garantisce (delineati dall'Accordo Stato Regioni del 21/01/1999) sono: pronta accoglienza e diagnosi; terapie farmacologiche specifiche, sostitutive e non, compreso il monitoraggio clinico e laboratoristico; attività di screening, prevenzione e partecipazione alla cura delle patologie correlate all'uso di sostanze; psicodiagnosi e attività di sostegno e di counseling; attività di riabilitazione; *focal point* della ricerca epidemiologica e sociale.
La *vision* che l'organizzazione ha del fenomeno si identifica con l'approccio bio-psico-sociale, secondo il quale la tossicodipendenza è una malattia cronica ad andamento recidivante e ad eziopatogenesi multi-assiale, in cui intervengono congiuntamente fattori di natura biologica, sociale e psicologica; in ogni paziente, dunque, deve essere ricercato quanto delle singole componenti partecipa alla

costituzione del sintomo tossicomanico.
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 possibile la realizzazione di molte attività specifiche del SerT.
Il processo di intervento sul paziente si struttura sulla base dell'assessment sanitario, psichico e sociale del soggetto e sulla conseguente predisposizione di un progetto terapeutico personalizzato sulla base dei bisogni del paziente individuato da obiettivi specifici e da indicatori di risultato.
La rete assistenziale delle tossicodipendenze in Trentino comprende tre comunità terapeutiche convenzionate con l'Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari: Voce Amica, Centro Anti Droga, Centro Trentino Solidarietà. È presente inoltre, con una sede, la Comunità Terapeutica di San Patrignano ed una comunità della rete "I nuovi Orizzonti" non convenzionate con l'APSS.

Comunità terapeutiche convenzionate

L'assetto organizzativo delle comunità terapeutiche convenzionate è regolato dalla deliberazione della Giunta Provinciale n. 1792 del 25/07/2003 che classifica le strutture presenti nel territorio sulla base di un duplice criterio: la specificità rispetto al grado di evolutività dell'utenza, ossia al grado di motivazione del soggetto a superare la condizione di tossicodipendenza, e la possibilità o meno di accogliere pazienti con comorbilità psichiatrica.

C) Principali prospettive emerse nel 2010 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

La necessità di adattare la rete dei servizi per le dipendenze non da sostanze (gambling, dipendenza da tecnologia, ecc.) . Le soluzioni possibili sono nella strutturazione di interventi terapeutici integrati fra il Ser.T. e le organizzazione del privato sociale (AMA)
La necessità di implementare gli interventi di prevenzione primaria nell'ambito delle dipendenze non da sostanze. Le soluzioni possibili sono nella strutturazione di progetti di prevenzione di comunità in alcune valli del Trentino.
Si evidenzia che è di recente approvazione (2011) il nuovo regolamento di organizzazione dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari il quale prevede l'istituzione di dipartimenti territoriali al fine di garantire omogeneità di offerta di assistenza per tutti i cittadini del territorio provinciale.
Tra i dipartimenti territoriali individuati figura il dipartimento delle dipendenze inter-distrettuale con compiti di coordinamento clinico-scientifico e di integrazione professionale.

Parte Sesta

Indicazioni generali

CAPITOLO VI.1.

PIANO DI AZIONE NAZIONALE E PIANI DI AZIONE REGIONALI

VI.1.1. Sintesi delle principali caratteristiche e contenuti del Piano d'Azione Nazionale Antidroga (approvato dal Consiglio dei Ministri nella seduta del 29 ottobre 2010)

Le quattro principali componenti del PAN

Il Piano d'Azione Nazionale Antidroga prevede lo sviluppo contemporaneo di quattro componenti:

1. il Piano di Azione Nazionale (PAN - indicazioni strategiche vere e proprie),
2. i singoli Programmi Regionali (PR) che dovranno essere realizzati dalle singole regioni e dalle province autonome in piena indipendenza,
3. le Linee di indirizzo metodologiche,
4. i Progetti Nazionali di supporto al Piano.

L'insieme di queste quattro componenti costituirà il piano complessivo di azione che necessariamente, per poter essere efficace, deve prevedere l'esplicitazione delle strategie generali mediante l'elencazione degli obiettivi, delle azioni, delle organizzazioni deputate alla realizzazione e degli indicatori di esito, ma nel contempo dovranno seguire i singoli piani regionali con, per quanto possibile, una quantificazione delle risorse dedicate. Oltre a ciò, sono previste delle linee di indirizzo per le principali aree ed una serie di progetti nazionali a supporto del PAN che coinvolgeranno numerose unità operative.

Figura VI.1.1: quattro componenti del Piano Nazionale Antidroga 2010-2013



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Piano di Azione: contiene tutte le indicazioni strategiche generali divise per aree di intervento corredate da obiettivi, azioni ed indicatori di valutazione. Questa parte tiene conto anche delle indicazioni europee, delle nazioni unite e della V Conferenza nazionale sulla droga, e ha come obiettivo principale quello di poter creare una serie di azioni coordinate su tutto il livello nazionale.

Singoli programmi regionali: sulla base del PAN le Regioni e le Province Autonome potranno definire singoli programmi regionali o riorientare gli attuali, tenendo conto delle indicazioni strategiche nazionali espresse e, contestualmente, delle proprie linee di programmazione. La predisposizione di questi programmi, la cui realizzazione è competenza delle singole Regioni e Province Autonome costituirà il completamento e la reale operazionalizzazione del PAN.

Linee di indirizzo tecnico scientifiche: è un insieme di pubblicazioni metodologiche che chiariscono ancora più nel dettaglio come poter realizzare gli interventi fornendo elementi tecnici per le varie aree sotto forma di indirizzi operativi. È stata messa a punto una prima raccolta di linee di indirizzo che verrà via via implementata e aggiornata sulla base delle nuove esigenze emergenti e dei nuovi aggiornamenti scientifici nei vari campi di intervento.

Progetti Nazionali di supporto al PAN: per sostenere concretamente il Piano sono stati attivati numerosi progetti nazionali nelle varie aree di intervento considerate prioritarie, con un forte coordinamento centralizzato e tendenti alla creazione di reti di collaborazione e cooperazione sia tra realtà nazionali che internazionali. Questo piano progetti è già attivo e coerente con il PAN, coprirà le attività 2010-2011 e potrà essere rinnovato ed implementato, sulla base delle disponibilità finanziarie annualmente definite.

Le cinque aree di intervento

Il nuovo Piano di Azione Nazionale è logicamente suddiviso in 5 principali aree di intervento:

1. **La prevenzione** - informazione precoce a partire dalle scuole elementari e con il sostegno alle famiglie e alla scuola. Continuare l'opera di prevenzione universale ma concentrare gli interventi soprattutto sulle persone con disturbi comportamentali (prevenzione selettiva). Attivare interventi finalizzati alla scoperta precoce dell'uso di sostanze stupefacenti e dell'abuso alcolico (Non è mai troppo presto); incentivare l'approccio educativo al problema
2. **La cura e diagnosi delle tossicodipendenze** – incentivare gli interventi di contatto precoce con le persone tossicodipendenti non ancora in trattamento. Aumentare gli accessi alle comunità terapeutiche e l'uso più corretto e razionale dei farmaci sostitutivi presso i Sert. Mantenere gli interventi per la prevenzione delle patologie correlate (infezione da HIV, epatiti TBC);
3. **La riabilitazione ed il reinserimento** – Puntare molto di più sull'incrementare gli interventi di reinserimento sociale e lavorativo, incentivando forme di autofinanziamento delle comunità terapeutiche che siano in grado di dare alle persone tossicodipendenti una formazione professionale e inserirli in percorsi concreti e reali di reinserimento lavorativo;
4. **Il monitoraggio e la valutazione** – rendere i sistemi informativi più tempestivi ed efficienti al fine di cogliere più precocemente le variazioni del fenomeno e poter in questo modo programmare più velocemente i necessari interventi. Contestualmente introdurre sistemi che permettano una valutazione dei reali risultati ottenuti dalle varie terapie (ambulatoriali e residenziali) ritenendo la presenza di tali sistemi un "criterio di finanziabilità" delle strutture;
5. **La legislazione, le attività di contrasto e la giustizia minorile** – iniziare un percorso di novellazione della norma primaria sulle tossicodipendenze al fine di renderla più corrispondente alle variate esigenze. Mantenere alte le attività di contrasto e di lotta alla criminalità organizzata sia sul territorio ma anche sulla rete Internet.

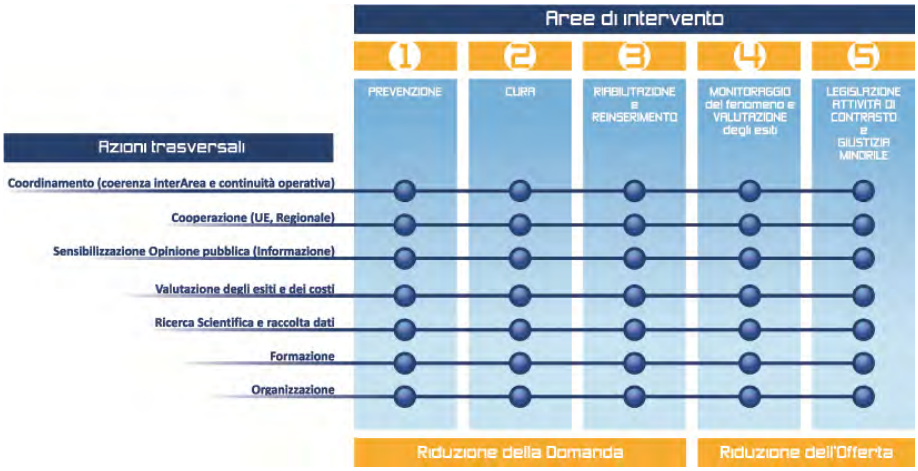
Figura VI.1.2: le cinque aree di intervento del Piano Nazionale Antidroga 2010-2013



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Così come contenuto nelle indicazioni europee, per ciascuna delle cinque aree sono previste una serie di **azioni trasversali** relative al coordinamento, alla cooperazione, alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, alla valutazione degli esiti e dei costi, alla ricerca scientifica e raccolta dei dati, alla formazione e all'organizzazione. Ognuna delle cinque aree di intervento prevede una serie di azioni trasversali relative al coordinamento, alla cooperazione, alla sensibilizzazione dell'opinione pubblica, alla valutazione degli esiti e dei costi, alla ricerca scientifica e raccolta dei dati, alla formazione e all'organizzazione, secondo lo schema seguente. Queste azioni trasversali rappresentano delle indicazioni di azione che andrebbero perseguite per ognuna delle aree di intervento al fine di migliorare l'efficacia generale del piano.

Figura VI.1.2: le azioni trasversali alle cinque aree



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Principi generali del PAN

Al pari e concordemente con tutti i paesi Europei, la stesura di un piano di azione nazionale nasce dall'imperativa necessità di avere indicazioni per la definizione degli interventi antidroga al fine di proteggere le future generazioni dalla tragedia della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza derivante dall'uso di sostanze stupefacenti e abuso alcolico, riconoscendo che questo, anche nel nostro Paese così come in tutti gli altri Stati europei, è fondamentale per affrontare in modo coordinato ed efficace il problema della diffusione e dell'uso delle droghe e dell'abuso alcolico.

Il nostro Paese si impegna, al pari degli altri Paesi Europei, a rispondere al problema della droga attraverso un approccio integrato tra la riduzione della domanda e dell'offerta di droga sulla base dei principi di responsabilità condivisa e di proporzionalità, in piena coerenza con i principi fondamentali della dignità di tutti coloro che sono toccati dal problema globale della droga, compresi i tossicodipendenti, e nel pieno rispetto delle libertà fondamentali e dei diritti umani. A questo proposito, però, si ribadisce che la legislazione italiana, ma ancora prima i principi etici che sottendono le azioni di prevenzione, cura e riabilitazione, non riconoscono come diritto della persona il "diritto a drogarsi" sia per gli inequivocabili danni alla salute che questo può provocare sia per le conseguenze negative verso terze persone in contatto con chi usa queste sostanze, sia per le gravissime perdite sociali che questo comporta.
Seguendo le indicazioni provenienti dall'Unione Europea, l'approccio che si vuole dare è, quindi, di tipo integrato e multidisciplinare e si concentra su due principali settori di intervento: la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta.
La strategia italiana punta quindi a ridurre il consumo di droga nel Paese soprattutto attraverso le attività di prevenzione e, allo stesso tempo, a creare e mantenere migliori condizioni di trattamento e riabilitazione dei soggetti con dipendenza. Per questo è necessario aumentare l'impegno nel più breve tempo possibile nella riduzione della domanda e contemporaneamente, mantenere alto il livello di contrasto dell'offerta attraverso la lotta alle organizzazioni criminali dedite al traffico e allo spaccio di sostanze illecite e al riciclaggio del denaro proveniente da tali attività.
Si riconosce la necessità di investire in maniera bilanciata nella prevenzione, nel trattamento, nel recupero e contemporaneamente anche nel sistema delle sanzioni amministrative e della giustizia penale in relazione al traffico e lo spaccio di sostanze stupefacenti.
Questo approccio equilibrato richiede l'impegno coordinato e complementare delle attività di prevenzione, di trattamento, di reinserimento sociale e lavorativo, la contemporanea applicazione della normativa e delle azioni di contrasto.
La lotta alla droga deve trovare, dunque, il costante e globale coinvolgimento di tutte le componenti della società civile e delle Amministrazioni coinvolte e responsabili, a vario titolo, della salute dei cittadini.
In questa strategia generale si colloca il PAN, volendo sottolineare la necessità di basarsi su programmi scientificamente orientati, bilanciati e centrati sulla collaborazione di tutte le componenti pubbliche e private a vario titolo chiamate a dare una risposta al problema droga nel nostro Paese.

Verso i Piani d'Azione Regionali

Le linee strategiche del PAN orientano la politica nazionale in materia di tossicodipendenze: in tal senso ciascuna Regione e PA dovrà condividerle formalmente affinché si possano concertare azioni e progetti concreti al fine di rendere più incisiva la lotta alla droga.
A ciascun Presidente/Assessore regionale compente in materia di tossicodipendenza delle singole Regioni/PP.AA. nel mese di gennaio 2011 è stata trasmessa una lettera di presentazione del Piano di Azione Antidroga 2010-2013 e di richiesta di comunicare formalmente al Dipartimento Antidroga il recepimento del PAN, almeno nei suoi principi e linee strategiche generali.

CAPITOLO VI.2.

RASSEGNA ICONOGRAFICA DI MATERIALI PRODOTTI DAL DPA E ATTIVITA' COLLEGATE

VI.2.1. Masterplan progetti e network

VI.2.1.1 Master Plan 2010

VI.2.1.2 Master Plan 2011-2012

VI.2.1.3 Network DPA 2011-12

VI.2.2. Campagne informative di prevenzione

VI.2.2.1. Campagna Informativa Lampadine Su Mtv

VI.2.2.2. Giornata Mondiale contro la Droga - "No drugs, be free"

VI.2.2.3. Campagna Spiagge

VI.2.2.4. Campagna Cinema Estate 2010

VI.2.2.5. Dire Giovani Dire Futuro

VI.2.2.6. Tour IAD – Impariamo a divertirci

VI.2.2.7. Campagna Stazioni Sciistiche

VI.2.2.8. Sballati da Morire

VI.2.2.9. Campagna Informativa 2011

VI.2.3. Linee di indirizzo

VI.2.4. Pubblicazioni

VI.2.5. Siti e accessi

VI.2. RASSEGNA ICONOGRAFICA DI MATERIALI PRODOTTI DAL DPA E ATTIVITA' COLLEGATE

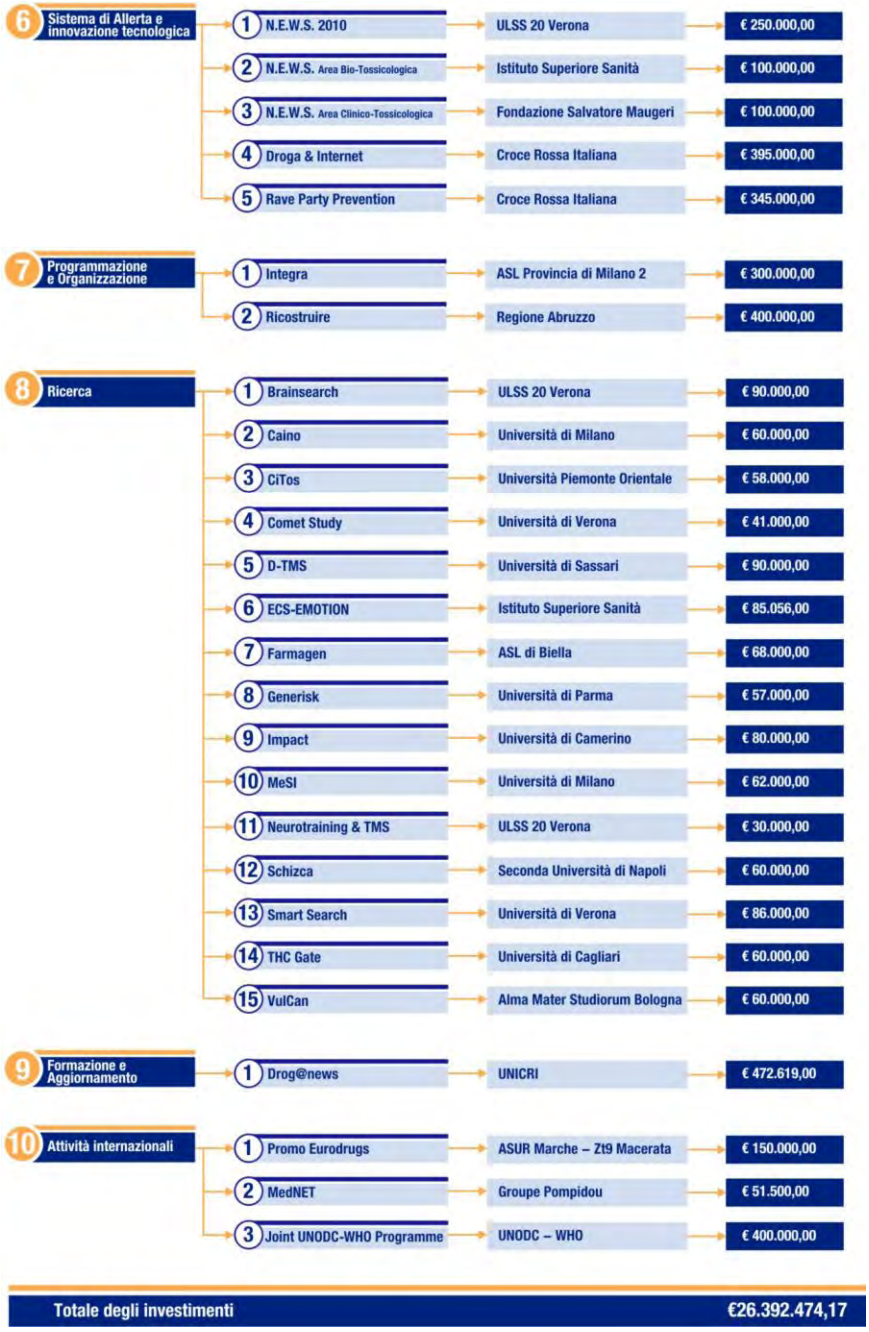
VI.2.1. Master Plan progetti e network

VI.2.1.1 Master Plan 2010

Aree d'intervento	Progetti	Ente affidatario	Budget
1 Prevenzione	1 Edu.Care	ITC-ILO	€ 2.500.000,00
	2 NNIDAC	30 Comuni Italiani	€ 800.000,00
	3 DAD.NET	UNICRI	€ 1.040.000,00
	4 EDU	ULSS 20 Verona	€ 437.000,00
	5 A.PR.I.	ASL Carbonia	€ 65.000,00
	6 DTLR	Rete Ferroviaria Italiana	€ 100.000,00
	7 SGS	CUEIM	€ 220.000,00
	8 Tox Test	Univ. Catt. Sacro Cuore Roma	€ 480.000,00
2 Prevenzione Patologie Correlate	1 PPC		€ 205.500,00
3 Trattamento supporto Ser.T e Comunità	1 Comorbidità-TS	Università Milano «Bicocca»	€ 115.000,00
	2 Comunitalia	Associazione Comunitalia CT	€ 2.500.000,00
	3 Zero Coca	ASL Varese	€ 350.000,00
4 Reinserimento	1 RELI	Regione Sardegna	€ 8.500.000,00
5 Epidemiologia e valutazione	1 GPS - ITA	ITC - ILO	€ 116.490,00
	2 SPS - ITA	Università di Tor Vergata	€ 115.500,00
	3 PDU	Università di Tor Vergata	€ 101.200,00
	4 Aquadrugs	Istituto Mario Negri	€ 130.000,00
	5 Ariadrugs	CNR - Ist. Indagini Atmosferiche	€ 238.980,00
	6 DRDS	Istituto Superiore Sanità	€ 370.000,00
	7 SIND Support	CUEIM	€ 1.000.000,00
	8 NIOD	ASL Lanciano – Vasto – Chieti	€ 1.600.000,00
	9 Monitoraggio PAN	ITC-ILO	€ 494.862,00
	10 Outcome	21 ASL Italiane	€ 961.767,17

Continua

Continua


6 Sistema di Allerta e innovazione tecnologica
1 N.E.W.S. 2010 — ULSS 20 Verona — € 250.000,00
2 N.E.W.S. Area Bio-Tossicologica — Istituto Superiore Sanità — € 100.000,00
3 N.E.W.S. Area Clinico-Tossicologica — Fondazione Salvatore Maugeri — € 100.000,00
4 Droga & Internet — Croce Rossa Italiana — € 395.000,00
5 Rave Party Prevention — Croce Rossa Italiana — € 345.000,00
7 Programmazione e Organizzazione
1 Integra — ASL Provincia di Milano 2 — € 300.000,00
2 Ricostruire — Regione Abruzzo — € 400.000,00
8 Ricerca
1 Brainsearch — ULSS 20 Verona — € 90.000,00
2 Caino — Università di Milano — € 60.000,00
3 CiTos — Università Piemonte Orientale — € 58.000,00
4 Comet Study — Università di Verona — € 41.000,00
5 D-TMS — Università di Sassari — € 90.000,00
6 ECS-EMOTION — Istituto Superiore Sanità — € 85.056,00
7 Farmagen — ASL di Biella — € 68.000,00
8 Generisk — Università di Parma — € 57.000,00
9 Impact — Università di Camerino — € 80.000,00
10 MeSI — Università di Milano — € 62.000,00
11 Neurotraining & TMS — ULSS 20 Verona — € 30.000,00
12 Schizca — Seconda Università di Napoli — € 60.000,00
13 Smart Search — Università di Verona — € 86.000,00
14 THC Gate — Università di Cagliari — € 60.000,00
15 VulCan — Alma Mater Studiorum Bologna — € 60.000,00
9 Formazione e Aggiornamento
1 Drog@news — UNICRI — € 472.619,00
10 Attività internazionali
1 Promo Eurodrugs — ASUR Marche – Zt9 Macerata — € 150.000,00
2 MedNET — Groupe Pompidou — € 51.500,00
3 Joint UNODC-WHO Programme — UNODC – WHO — € 400.000,00
Totale degli investimenti €26.392.474,17

VI.2.1.2 Master Plan 2011-2012

Aree d'intervento	Progetti	Ente affidatario	Budget
1 Prevenzione	1 Radici e Ali	ASL Avezzano-Sulmona-Chieti	€ 150.000,00
	2 Libera la scuola	Provincia di Trento	€ 50.000,00
	3 ECO	ACT di Roma	€ 150.000,00
	4 IPIB	Istituto Superiore Sanità	€ 150.000,00
	5 VARD	Univ.Catt. Sacro Cuore Roma	€ 150.000,00
	6 Vitadipendenti	Ist.Tecn.Economico «R.Valturio»	€ 150.000,00
	7 In marcia per la vita	Istituto per il Credito Sportivo	€ 180.000,00
	8 Sballati da morire	Provincia di Milano	€ 54.906,00
	9 NNIDAC 2011	CUEIM	€ 2.150.000,00
	10 SAFE Work Without Drug	ITC-ILO	€ 750.000,00
	11 Dream On Italia	ASUR Marche – ZT9 Macerata	€ 390.000,00
	12 Non è mai troppo presto	ULSS 20 Verona	€ 390.000,00
2 Prevenzione Patologie Correlate	1 DPTI	Istituto Superiore Sanità	€ 350.000,00
3 Trattamento e supporto Ser.T e Comunità	1 Ri.Abi.T.ia.Mo	Provincia di Modena	€ 100.849,96
4 Reinserimento	1 FUDOB – Fuori dall'Oblio	Comune di Longobardi	€ 80.000,00
5 Epidemiologia e valutazione	1 Aquadrugs 2011-2012	Istituto Mario Negri	€ 290.000,00
	2 Outcome Comunità	Università di Bologna	€ 950.000,00
	3 DB-I	CUEIM	€ 395.000,00
	4 SPS 2011	Università di Tor Vergata	€ 100.000,00
	5 Monit. incidenti stradali	ASAPS	€ 9.900,00
	6 PDU 2011	Università di Tor Vergata	€ 105.000,00
	7 Drug Prices	CUEIM	€ 395.000,00
6 Sistema di Allerta e innovazione tecnologica	1 Alert 2011	ULSS 20 Verona	€ 398.500,00
7 Programmazione e Organizzazione	1 PAN 2010-2013	ITC-ILO	€ 225.000,00
8 Ricerca	1 ADOCANNABIS	Università dell'Insubria	€ 150.000,00
	2 MIRNA	Istituto Nazionale Neuroscienze	€ 200.000,00
9 Formazione e Aggiornamento	1 Institute	ARS Liguria	€ 50.000,00
10 Attività internazionali	1 ISCA	UNICRI	€ 397.986,00
	2 Glok 32	UNODC–WHO	€ 250.000,00
	3 MedNET	Groupe Pompidou	€ 50.000,00
Totale degli investimenti			€ 9.212.141,96

VI.2.1.3 Network DPA 2011-12

Figura VI.2.1: Centri Collaborativi Progetto NNIDAC

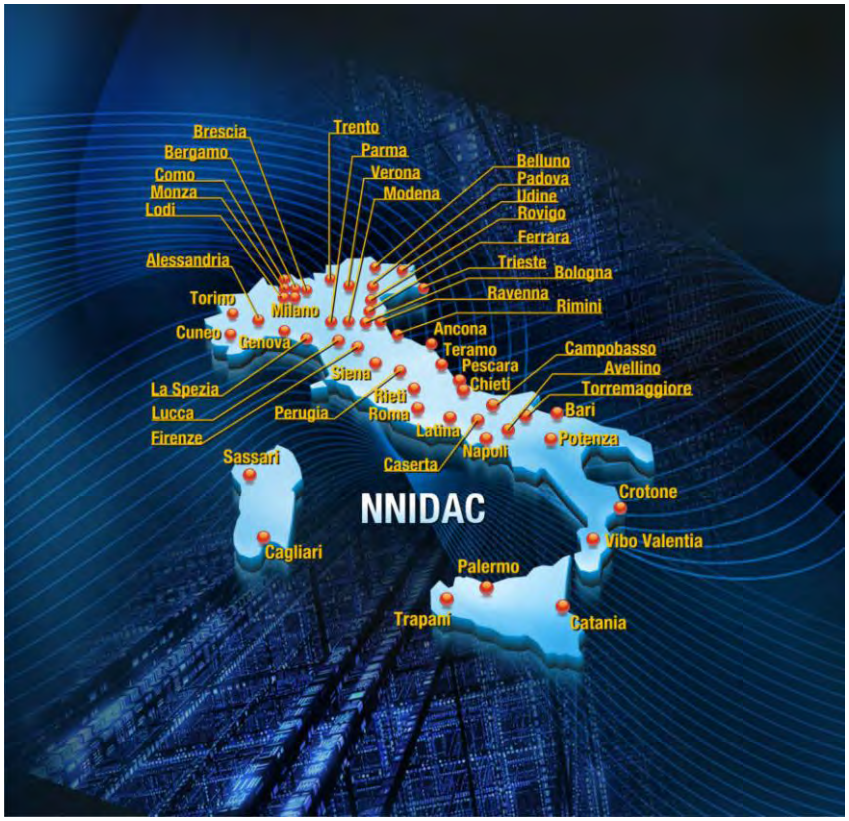


Figura VI.2.2: Centri Collaborativi Progetto VARD



Figura VI.2.3: Centri Collaborativi Progetto Non è mai troppo presto

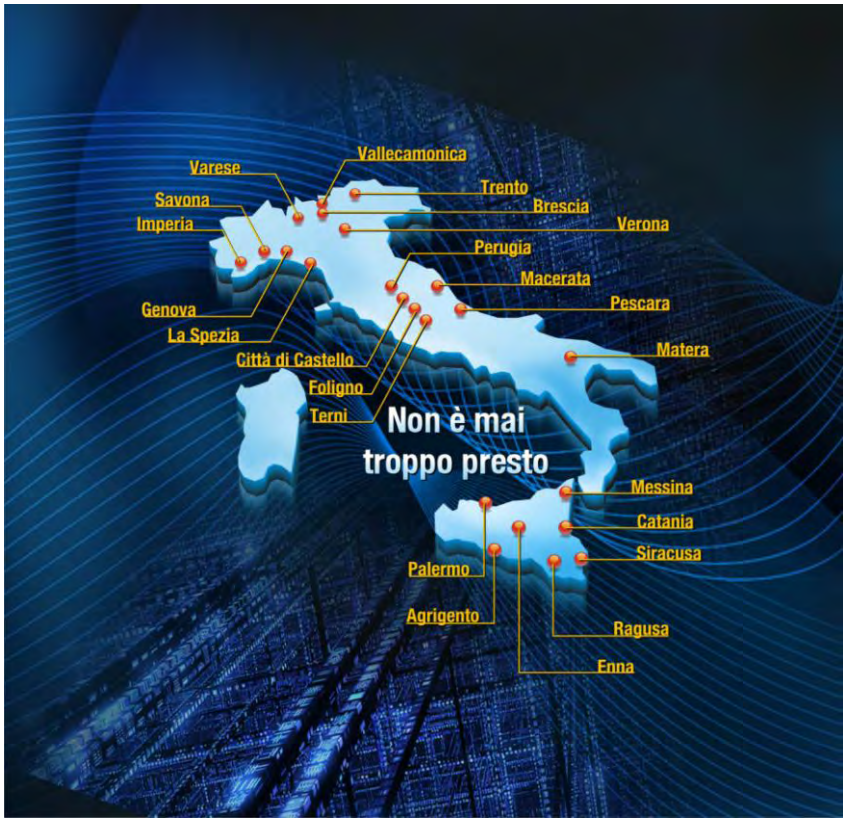


Figura VI.2.4: Centri Collaborativi Progetto Aquadrugs



Figura VI.2.5: Centri Collaborativi Progetto Radici e Ali

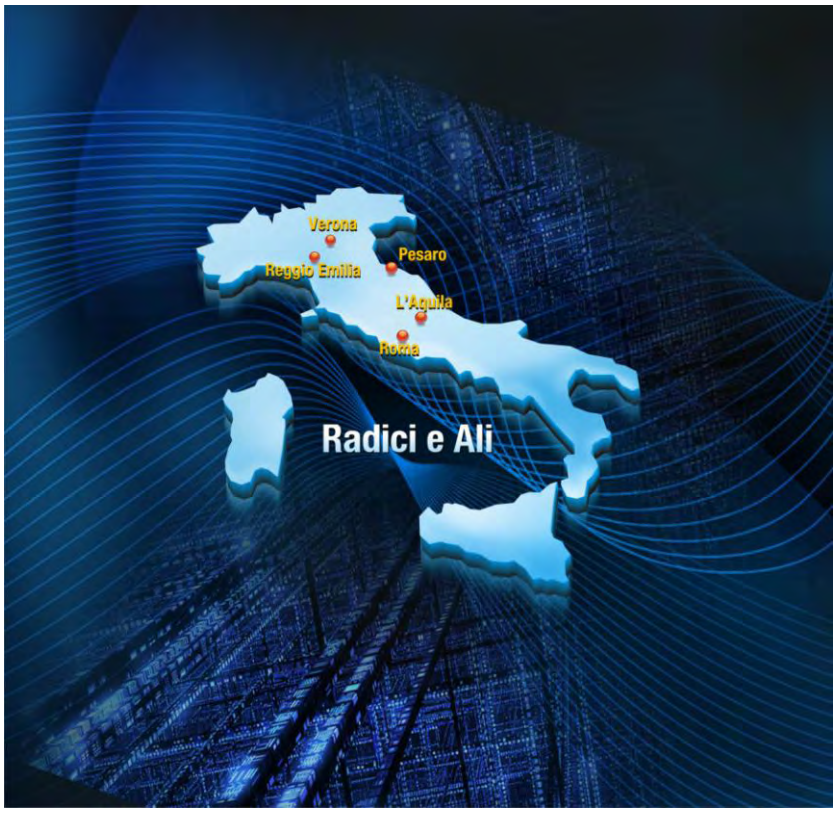


Figura VI.2.6: Centri Collaborativi Progetto Vitadipendenti



Figura VI.2.7: Centri Collaborativi Progetto DTPI



VI.2.2. Campagne informative di prevenzione

VI.2.2.1. Campagna Informativa Lampadine Su Mtv



Diffusione dello spot "Lampadine 2008" su MTV, canale musicale dedicato ad un pubblico giovane, per due settimane.

Periodo:
18-31 gennaio 2010

VI.2.2.2. Giornata Mondiale contro la Droga - "No drugs, be free"



Campagna su media nazionali, in collaborazione con il network MTV, per raggiungere tutti i target di riferimento: popolazione giovanile, genitori, educatori, operatori del settore, enti, associazioni, le maggiori testate giornalistiche nazionali. Il DPA, oltre alla diffusione di messaggi sui media nazionali, ha partecipato con uno spot veicolato direttamente durante l'evento "MTV Days" che si è tenuto a Torino nei giorni 24-25-26 di Giugno 2010 e con la diffusione di gadget durante lo stesso evento.

Periodo:
26 giugno 2010

VI.2.2.3. Campagna Spiagge



Il progetto ha previsto l'affissione di manifesti della Campagna antidroga sulle postazioni degli assistenti bagnanti delle spiagge e sulle postazioni ausiliarie spiaggia sicura (PASS), sono state previste in totale 240 torrette di salvataggio e 90 PASS.
La campagna ha coinvolto le spiagge di tutto il territorio nazionale, comprese le isole.

Periodo:
Seconda metà di luglio 2010 – seconda metà di settembre 2010

VI.2.2.4. Campagna Cinema Estate 2010



Diffusione dello spot video della Campagna informativa istituzionale "Fai goal nella vita, dai un calcio alla droga", 4 spot giornalieri in 500 sale del circuito cinematografico Moviemedia.

Periodo:
23 Luglio – 23 Settembre 2010

VI.2.2.5. Dire Giovani Dire Futuro



Diregiovani direfuturo è un festival organizzato dall'Istituto di Ortofonologia di Roma (Ido) e dal portale Diregiovani.it.

Al festival partecipano ogni anno i giovani provenienti dalle scuole elementari, medie e superiori di tutta Italia. Ogni istituto è protagonista con rappresentazioni artistiche di vario genere: concerti, videoart, danza, cori, musical, pièce teatrali, rappresentazioni sportive, reading, nella convinzione che queste attività inducano i giovani a comprendere la loro individualità e il loro mondo reale o virtuale; dimensione questa che porta a prevenire comportamenti a rischio e a canalizzare le loro energie in azioni positive.

Nel corso dell'edizione 2010 si sono svolti incontri formativi con il Senato della Repubblica, con il ministero dell'Istruzione e con le Forze armate che hanno presentato attività e progetti pensati per il futuro dei giovani. Gli studenti hanno, inoltre, partecipato attivamente ai forum con i personaggi della politica (Giorgia Meloni, Carlo Giovanardi, Gianfranco Fini).

Periodo:
7-10 ottobre 2010

VI.2.2.6. Tour IAD – Impariamo a divertirci





L'Associazione IAD ha realizzato un tour all'interno di alcune delle più rinomate e frequentate discoteche italiane allo scopo di affrontare direttamente con i ragazzi il tema della droga e dell'abuso alcolico e le conseguenze disastrose dell'uso di tali sostanze attraverso varie attività che saranno realizzate direttamente nei luoghi di divertimento dei giovani. Il tour IAD è stato realizzato in 4 Regioni (Lazio, Toscana, Emilia-Romagna e Campania). Per pubblicizzare ciascun evento è stata organizzata una diffusione sulle principali emittenti radiofoniche e televisive locali per facilitare l'accesso ed il contatto con i luoghi più amati e frequentati dai giovani.

Periodo:
Ottobre - Novembre 2010

VI.2.2.7. Campagna Stazioni Sciistiche



Il progetto ha previsto l'affissione di n. 60 manifesti in prossimità degli impianti di risalita ai campi da sci di 30 delle località sciistiche più frequentate per le vacanze invernali del Nord e del Centro Italia.

Periodo:
15 novembre 2010 – 31 dicembre 2010

VI.2.2.8. Sballati da Morire



Documentario educativo sui danni sul cervello derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti tra i giovani trasmesso su Rai Uno. Il documentario mostra storie reali girate nel mondo dei giovani adolescenti. Durante il documentario si alternano quadri di vita reale e quadri in cui si mostrano i dati scientifici relativi alle conseguenze fisiche e psichiche determinate dagli abusi di sostanze stupefacenti fatte dai protagonisti delle storie.
I personaggi principali delle storie sono i ragazzi per bene, di età compresa tra i 14 e i 20 anni, che vivono in 5 città in cui il consumo di droga è significativo: Milano, Roma, Bologna, Verona e Bari. Il documentario è suddiviso in 5 storie che trattano altrettanti temi relativi alla tossicodipendenza di cui sono protagonisti i ragazzi di oggi.

Periodo:
Novembre – Dicembre 2010

VI.2.2.9. Campagna Informativa 2011



Campagna informativa istituzionale contro l'uso delle droghe promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri per l'anno 2011 "Non ti fare, fatti la tua vita".

Protagonisti dello spot sono i giovani ai quali si vuole trasmettere il messaggio che l'uso di droga, qualsiasi droga, reca a chi ne fa uso un danno irreparabile, che la droga distrugge i rapporti interpersonali, e che fare uso di droghe distrugge il mondo dei giovani e quello di chi gli sta vicino.

La campagna ha previsto l'utilizzo sulle TV Nazionali e locali, sulle Radio Nazionali e Locali, nelle multisale cinematografiche, Metropolitane, Stazioni ferroviarie, stampa nazionale e periodica, siti istituzionali, social network e altri siti Internet dedicati ai ragazzi.

Periodo:
01 – 30 marzo 2011

VI.2.3. Linee di indirizzo

Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti

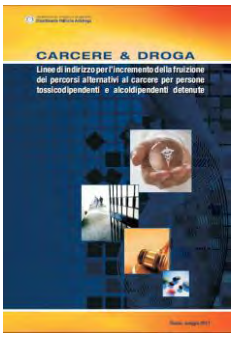
Gennaio 2011



Da diversi anni si è rilevato un notevole calo dell'offerta, da parte dei servizi per le tossicodipendenze, del test HIV e per le Epatiti B e C, decremento che potrebbe comportare un ragguardevole ritardo nella diagnosi precoce relativamente a tali infezioni, con una riduzione dell'accesso anche alle terapie antiretrovirali. Vi è la necessità, quindi, da più parti segnalata, di rilanciare l'offerta del test per queste importanti infezioni nella popolazione tossicodipendente, perseguendo così una strategia di "early detection" la quale, oltre ad assicurare una cura tempestiva per gli aventi bisogno, assicura anche un migliore contenimento della diffusione inconsapevole delle infezioni in questione. Queste linee di indirizzo pertanto riportano alcune linee di indirizzo tecnico che vengono fornite alle strutture competenti, sulla base di una serie di rilievi epidemiologici che hanno evidenziato la necessità di agire tempestivamente per incrementare opportunamente soprattutto l'accesso al test per HIV e per le epatiti. Tali Linee di indirizzo non devono intendersi prescrittive bensì hanno un mero carattere orientativo e, dunque, vogliono essere un valido contributo tecnico-scientifico del Dipartimento Politiche Antidroga (in collaborazione con il Ministero della Salute) finalizzato soprattutto al miglioramento dei vari sistemi assistenziali coinvolti, fermo restando le Autonomie Regionali di programmazione e organizzazione sanitaria.

Carcere e droga: linee di indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcoldipendenti detenute.

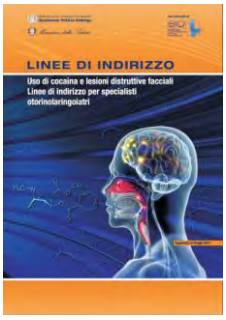
Maggio 2011



I principali problemi che si sono voluti affrontare con questa pubblicazione sono quelli della grande disomogeneità che attualmente esiste nella formulazione della diagnosi di "tossicodipendenza", delle farraginose procedure utilizzate per poter celermente inserire le persone nelle misure alternative, dello scarso coordinamento con la magistratura di sorveglianza ed in ultima analisi della bassa percentuale di persone aventi diritto che fruiscono ad oggi dei benefici previsti dall'art. 94. Ci auguriamo pertanto che queste linee di indirizzo possano contribuire a far aumentare il flusso delle persone tossicodipendenti e alcoldipendenti dal carcere verso percorsi di cura e riabilitazione, attraverso la partecipazione attiva di tutti gli attori coinvolti: i Sert, le Comunità terapeutiche, la Magistratura di sorveglianza, gli Uffici per l'esecuzione penale esterna, le Regioni e le Province Autonome che devono assumere come priorità l'uscita delle persone tossicodipendenti dal carcere. Questo Dipartimento sta inoltre studiando la possibilità, al fine di diminuire ancora di più il flusso in carcere di persone tossicodipendenti che commettono reati, di poter attivare procedure d'affidamento nell'immediatezza dell'arresto in modo tale che, chi presenta le condizioni di bisogno di trattamento, possa usufruire di tale percorso alternativo ancora prima di entrare in carcere. Infine va ricordato che l'effetto auspicato di far incrementare l'inserimento in percorsi alternativi al carcere mediante l'attivazione di percorsi di cura, sarà supportato e monitorato anche mediante l'attivazione di uno specifico progetto nazionale a supporto di questa iniziativa.

Uso di cocaina e lesioni distruttive facciali. Linee di indirizzo per specialisti otorinolaringoiatri.

Maggio 2011



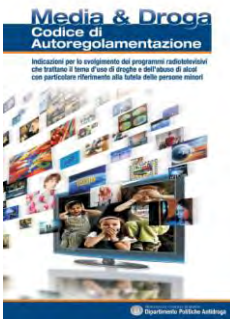
Nelle linee di indirizzo si mostrano le lesioni facciali gravissime, che possono comparire anche dopo poco tempo che il soggetto ha iniziato a fare uso di cocaina. Queste linee di indirizzo sono dirette agli specialisti ORL, ma anche ai medici di medicina generale ed ai genitori al fine di incrementare la rete di attenzione al problema, fornendo elementi tecnico-scientifici in ambito diagnostico specialistico ed orientamenti pratici per poter eseguire diagnosi differenziali più precoci e corrette. Tutto questo anche con la finalità di concorrere a prevenire una eventuale evoluzione da un uso occasionale di cocaina verso forme di dipendenza, e/o di far entrare in trattamento persone che hanno già sviluppato dipendenza ma che non hanno ancora maturato la consapevolezza della necessità del trattamento.

Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, in collaborazione con il Ministero della Salute e con la Società Italiana di Otorinolaringoiatria, ha messo a punto queste linee di indirizzo che vogliono essere anche un contributo ulteriore agli interventi contro l'uso di tutte le droghe, in questo caso, della cocaina.

VI.2.4 Pubblicazioni

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



Dal momento della sua costituzione, il Dipartimento Politiche Antidroga ha fortemente curato i rapporti con le scuole, gli insegnanti, i genitori, i parroci, le società sportive per diffondere in modo capillare informazioni e dati utili sulle droghe e gli effetti dannosi che esse hanno sull'organismo. Non soltanto, il DPA ha realizzato e diffuso campagne di comunicazione istituzionale contro l'uso di droga. La campagna diffusa nel mese di novembre 2009, ha visto come protagonisti diversi campioni di calcio, che hanno prestato gratuitamente la loro immagine per diffondere un messaggio positivo contro la droga; mentre quella del 2010-2011 ha visto la partecipazione attiva del cantante Nek, che ha concesso gratuitamente la sua canzone "E da qui"come colonna sonora dello spot.
Inoltre, per venire incontro ai giovani utilizzando media vicini a loro, è stato creato il sito web www.edu.dronet.org: un portale informativo per la prevenzione dell'uso di alcol, tabacco e droghe, che si rivolge a studenti, insegnanti, genitori in tutto il Paese e propone informazioni scientifiche e materiali interattivi per la conoscenza degli effetti nocivi delle sostanze stupefacenti, del fumo e dell'alcol.
Il Dipartimento, inoltre, ha ritenuto necessario dare impulso ad una ulteriore iniziativa di Governo per responsabilizzare i comunicatori della televisione e della radio, con il coinvolgimento della Consulta degli Esperti e degli Operatori Sociali sulle tossicodipendenze, al fine sia di diffondere informazioni corrette sulle sostanze e i loro effetti, sia di bloccare la diffusione di informazioni dannose ed

evitare che in TV o in radio passino messaggi positivi riguardo alla droga o ne vengano esaltate fantomatiche virtù benefiche, che le droghe non possiedono affatto. Dunque, il Codice è stato pensato e scritto proprio per questi motivi. Il Codice è stato poi trasmesso ai vertici di tutti gli enti e le organizzazioni che si occupano di comunicazione ed informazione in Italia (Dipartimento Informazione e Editoria della Presidenza del Consiglio dei Ministri, AGCOM, RAI, Mediaset, Comitato Media e Minori, Commissione Parlamentare per l'Infanzia, ecc.) ed ha ottenuto un parere favorevole da parte di molti.

Piano dei Progetti 2010. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga traccia un nuovo percorso per la lotta alle tossicodipendenze

Maggio 2010



Brochure illustrativa dei progetti attivati dal Dipartimento per le Politiche Antidroga. Il piano è organizzato per aree logiche (Prevenzione, Prevenzione delle Patologie Correlate, Trattamento e supporto Ser.T. e Comunità, Reinserimento, Epidemiologia e valutazione, Sistema di allerta e innovazione tecnologica, Programmazione e organizzazione, Ricerca, Formazione e aggiornamento, Attività internazionali) ed elenca i vari progetti attivati in base alle priorità di intervento emerse dalle indicazioni pervenute dalla V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga, quindi, rappresenta una risposta complessiva ed organica ai reali bisogni emergenti nel settore.

Elementi di Neuroscienze e Dipendenze – Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze

Giugno 2010 – Seconda Edizione



Questa pubblicazione è rivolta principalmente a tutti coloro che sono quotidianamente impegnati nella pratica clinica dei servizi per le tossicodipendenze per fornire uno sguardo d'insieme sui principali modelli di riferimento. Vengono approfonditi argomenti di neuroscienze di base, neuroscienze applicate alle dipendenze, neuroimmagine, neuropsicologia, neuroetica, stimolazione magnetica transcranica, neuroscienze sociali, genetica e dipendenza, neurobiologia, trattamento.
Sulla base delle nuove conoscenze, soprattutto relative alla maturazione cerebrale che si completa dopo i 20 anni, emerge la necessità di riconsiderare le politiche di prevenzione e la necessità di attivare specifici programmi di diagnosi precoce per identificare quanto prima possibile l'uso di sostanze negli adolescenti (12-20 anni). Ad oggi, tale aspetto viene quasi totalmente trascurato procurando gravi ritardi negli interventi e permettendo così che molti giovani restino sotto l'influsso neurotossico delle sostanze psicoattive prima di arrivare all'osservazione specialistica. E' chiaro che i danni ai sistemi neuropsichici di un cervello in piena evoluzione sono gravissimi e sicuramente proporzionali al tempo si esposizione e alla precocità dell'inizio d'uso.
Questo manuale, quindi, vuole essere un contributo per promuovere una riflessione in questo senso, soprattutto tra gli operatori delle dipendenze, affinché si possano cercare nuove strade e nuove strategie di azione nel contesto socio-sanitario.

Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013

Approvato in Consiglio dei Ministri il 29 ottobre 2010



Per l'elaborazione del nuovo Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe (che trae origine ed è ispirato al Piano di Azione dell'UE in materia di lotta contro la droga 2009-2012) ci si è riferiti soprattutto a quanto emerso e riportato nella "Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga", tenutasi a Trieste dal 12 al 14 marzo 2009. Il PAN deriva dalle indicazioni Europee e delle Nazioni Unite in materia, adattandole alla realtà Italiana e chiedendo ad ogni singola Regione e Provincia Autonoma di prendere in considerazione tali linee, declinandole (in piena e totale autonomia) al fine di renderle effettive e concrete.

Per una scuola senza droga – Strumenti informativi

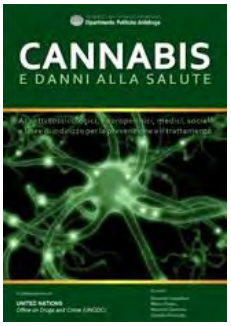
Novembre 2010



La brochure delinea i punti cardine sui i quali si sviluppa il Progetto EDU, promosso dal DPA in collaborazione con il MIUR e con l'UNODC. L'obiettivo principale del progetto è quello di aumentare all'interno delle scuole italiane le attività di prevenzione come strumento principale su cui investire in maniera permanente e continuativa. In tale ambito, è stato sviluppato un innovativo sistema di comunicazione basato sulla tecnologia della videoconferenza (Videoedu) e sono state studiate specifiche attività da svolgere in classe attraverso le quali un pool di esperti di fama internazionale, operanti nel settore delle tossicodipendenze, può essere messo direttamente in contatto con gli studenti, dando loro la possibilità di interagire, porgere quesiti e recepire informazioni scientifiche corrette. Gli insegnanti possono utilizzare i documenti caricati sulla piattaforma come supporto di lezioni da tenersi in classe durante le ore di didattica. Di rilevante importanza strategica è il network di siti web istituzionali, di cui il progetto EDU si è dotato, in grado di favorire la diffusione di notizie, corrette ed attendibili, basate sulla ricerca scientifica. È stato inoltre utilizzato lo strumento dei social network che, grazie al sistema peer-to-peer, diffondono le informazioni anche ai più giovani. Il Dipartimento Politiche Antidroga mette quindi a disposizione di tutte le scuole d'Italia queste importanti risorse, sperando si voglia cogliere l'occasione affinché, come auspicabile, ogni scuola strutturi un proprio piano informativo/educativo, contro l'uso delle sostanze stupefacenti e l'abuso alcolico, da proporre sistematicamente tutti gli anni ai propri studenti, al fine di mantenere sempre elevata l'attenzione su questi gravissimi problemi in grado di minacciare e minare le risorse più importanti della nostra società: i nostri figli ed i nostri giovani.

Cannabis e danni alla salute

Gennaio 2011



Il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri, il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e il Progetto E.D.U., presentano "Cannabis e danni alla salute". La pubblicazione è stata realizzata in collaborazione con l'UNODC e con il patrocinio di MOIGE, AGE, ANEP, Ordine Assistenti Sociali, IPASVI, FNOMCeO, FINP, Società Italiana di Neuroscienze. Nella pubblicazione si analizzano i principali effetti della cannabis sulla salute dell'uomo con particolare riferimento ai danni che si manifestano attraverso il consumo di questa sostanza, a partire da quelli che avvengono nella fase prenatale e che proseguono durante la fase adolescenziale di sviluppo celebrale. Nel documento vengono presi in considerazione il legame tra cannabis e disturbi psicotici e i danni derivanti dalla tossicità di questa sostanza su importanti funzioni quali quella sessuale e riproduttiva, finendo con il descrivere le conseguenze su organi e apparati. Si prende in esame poi come il consumo di cannabis influenzi anche la capacità di guida. E'stata evidenziata la potenzialità di danni evolutivi derivanti dall'uso precoce di questa sostanza nel momento in cui il cervello si trova nella delicata fase di sviluppo celebrale. Studi scientifici evidenziano conseguenze tanto più gravi quanto più precoce è la prima assunzione e quanto questa è più frequente e duratura. Inoltre, la gravità dei danni risente anche della sempre maggiore concentrazione di principio attivo presente nei prodotti e l'uso contemporaneo di altre droghe sinergizzanti e di alcol.

VI.2.5. Statistiche degli accessi ai siti istituzionali

Periodo di riferimento: 1 gennaio 2009 – 15 marzo 2011



www.politicheantidroga.it

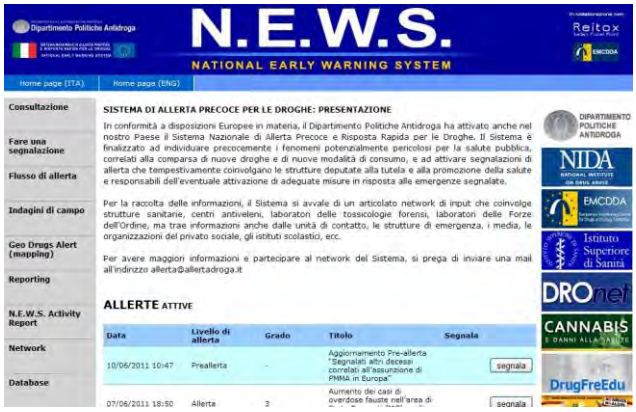
Contatti: 5.283.393
Accessi: 222.681



www.dronet.org
Contatti: 8.968.832
Accessi: 499.538



www.droganews.it
Contatti: 3.167.108
Accessi: 171.188
(dal 4 febbraio 2010
al 23 marzo 2011)

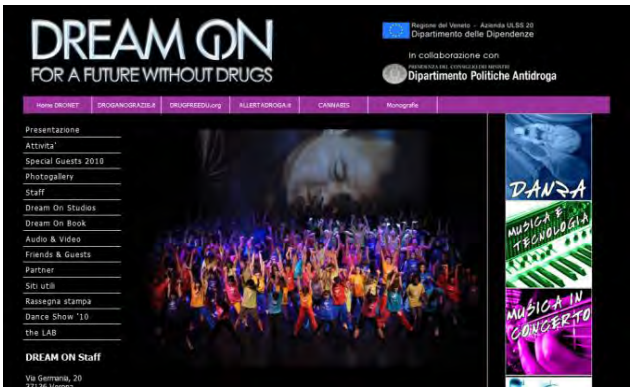


www.allertadroga.it e http://allerta.dronet.org
Contatti: 92.853
Accessi: 20.136



www.droganograzie.it

Contatti: 2.558.811
Accessi: 122.179



www.dreamon.it

Contatti: 942.215
Accessi: 101.036



http://alcol.dronet.org

Contatti: 1.181.373
Accessi: 92.989



www.drugfreedu.org

Contatti: 1.628.547
Accessi: 112.033



http://cocaina.dronet.org
Contatti: 1.976.349
Accessi: 130.896



www.conferenzadroga.it
Contatti: 2.543.485
Accessi: 71.087



www.drugsonstreet.it
Contatti: 172.937
Accessi: 10.986



www.neuroscienzedipendenze.it
Contatti: 205.528
Accessi: 31.928