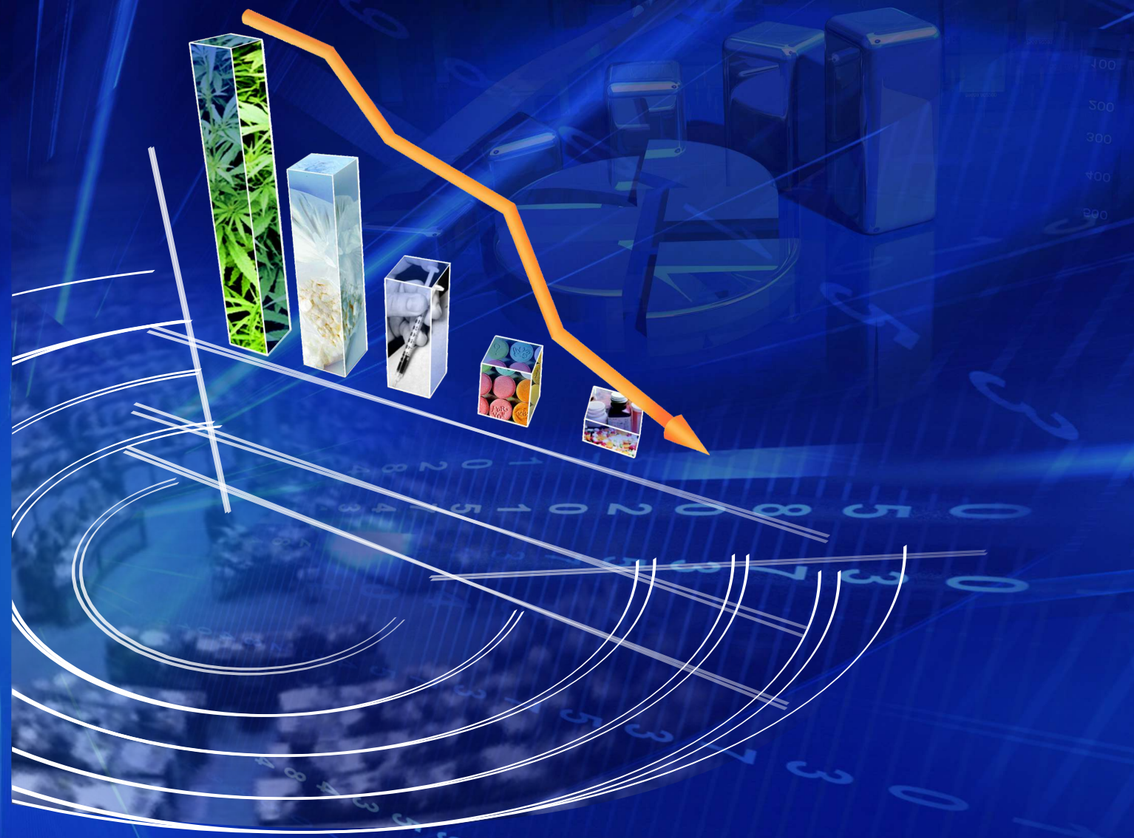
PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

2012

RELAZIONE ANNUALE AL PARLAMENTO 2012

Sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia

Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012 – elaborazioni 2012



Roma, agosto 2012

Report Annuale al Parlamento sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in italia

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI
Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione
Dipartimento Politiche Antidroga

Via Po, 16/A - 00198 - Roma
Tel. 06/67796350 - Fax 06/67796843
e-mail: **dipartimentoantidroga@governo.it**

Siti istituzionali:

http://www.politicheantidroga.it
http://www.allertadroga.it
http://www.droganograzie.it
http://cocaina.dronet.org
http://drugsonstreet.it
http://www.drogaedu.it
http://italianjournalonaddiction.it
http://cannabis.dronet.org
http://www.dpaschool.it
http://www.dronet.org
http://www.droganews.it
http://www.drugfreedu.org
http://www.neuroscienzedipendenze.it
http://alcol.dronet.org
http://www.dreamonshow.it
http://www.dpascientificcommunity.it
http://www.drogaprevenzione.it
http://www.conferenzadroga.it

Introduzione alla Relazione annuale al Parlamento 2012
Sull'uso di sostanze stupefacenti e sulle tossicodipendenze in Italia
Dati relativi all'anno 2011 e primo semestre 2012 – elaborazioni 2012

del Ministro per la Cooperazione internazionale e l'Integrazione
Prof. Andrea Riccardi
con delega alle politiche per prevenire, monitorare e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcoldipendenze correlate

Il Dipartimento per le Politiche Antidroga ha curato, come ogni anno, la Relazione sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, che, ai sensi dell'art.131 del D.P.R n.309/1990, trasmetto al Parlamento in qualità di Ministro per la Cooperazione internazionale e l'Integrazione delegato, anche, all'esercizio delle funzioni relative alla promozione e all'indirizzo delle politiche per prevenire, monitorare, contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e alcoldipendenze correlate.

La Relazione descrive l'attività, riconducibile per oltre dieci mesi alla responsabilità politica del precedente Governo, svolta dal Dipartimento nel corso dell'anno 2011. Il documento contiene una grande massa di dati – per i quali ringrazio quanti hanno contribuito a renderli disponibili - ulteriormente arricchita da rilevazioni che, per alcuni profili, si estendono fino alla data del 15 maggio 2012, nonché da studi condotti da altri enti e istituti scientifici.

Auspico che il prezioso patrimonio informativo, in tal modo offerto, con impegno costante e altamente qualificato, possa costituire occasione per nuove riflessioni sul tema delle droghe e più in generale, delle dipendenze, riflessioni che non coinvolgono soltanto quanti, a vario titolo, sono titolari di competenze nella materia, ma la società civile tutta. Il tema in argomento, infatti, porta a ragionare sulle urgenti sfide umane, sanitarie e sociali che la collettività è chiamata ad affrontare.

Per quanto concerne la lettura dei dati, sono consapevole dei pericoli insiti nelle generalizzazioni. E' vero che il dato sui consumi di sostanze stupefacenti indica che la tendenza alla contrazione, in atto ormai da alcuni anni, può ritenersi sostanzialmente confermata. E' altrettanto vero, però, che questa tendenza, oltre a presentare, in generale, un'intensità minore rispetto a quella riscontrata nel 2010, si manifesta in modo differente in relazione al tipo di sostanza e alle diverse aree del territorio nazionale.

Per la cannabis, ad esempio, si riscontra una lieve tendenza all'aumento tra la popolazione studentesca; sempre tra i giovani, si assiste ad una ripresa dei consumi di stimolanti, mentre i consumi di cocaina e allucinogeni presentano un trend in diminuzione.

Per l'eroina si nota, in generale, una diminuzione dei consumi; tuttavia preoccupa la stabilità dell'assunzione di tale micidiale droga da parte degli studenti dell'Italia meridionale e insulare e della popolazione femminile. La contrazione dei consumi, inoltre, sembra essere accompagnata da un aumento della frequenza di assunzione tra gli studenti che hanno provato eroina negli ultimi trenta giorni.

Analogo discorso si può fare per la cocaina, tenuto conto che in una parte della popolazione giovanile, 16-17enni, non si è potuto registrare alcun decremento.

Per non cadere, appunto, in pericolose generalizzazioni, ritengo di sottolineare alcune situazioni che emergono dai dati e che appaiono di sicuro interesse al fine di orientare l'azione futura e di stabilirne le priorità: l'età media dei nuovi utenti (di coloro cioè che per la prima volta si rivolgono ai servizi) è di 31,6 anni, con un incremento del periodo di tempo fuori trattamento – e dei rischi che ne conseguono – e un arrivo sempre più tardivo alle strutture socio-sanitarie; rispetto al 2010, si registra la chiusura di 26 strutture socio-riabilitative; si assiste ad una tendenza, ormai pluriennale, a non sottoporre gli utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze (SERT) ai test per le principali patologie

infettive correlate (AIDS ed epatiti B e C); si riscontra un bassissimo utilizzo della possibilità, prevista dall'art.94 del D.P.R.n. 309/1990, di affidamento in prova dei detenuti tossicodipendenti al servizio sociale, per proseguire o intraprendere attività terapeutica; si stanno diffondendo forme di dipendenza legate al gioco d'azzardo, anche tra la popolazione studentesca; il consumo dell'alcol e gli episodi di ubriachezza tra gli studenti, anche se in flessione, meritano comunque particolare attenzione.

In materia di "carcere e droga" e in tema di ludopatia ho già intrapreso iniziative e ribadisco in questa sede il mio impegno .

Credo sia possibile, pur nel rispetto di un contesto di legalità e sicurezza, intervenire sulla popolazione carceraria tossicodipendente, sia in attesa di giudizio, sia in fase di espiazione della pena, individuando misure alternative che possano da un lato alleggerire la già pesantissima situazione carceraria, dall'altro creare un concreto percorso di recupero.

In relazione alla ludopatia, l'iniziativa tende a tutelare, in particolar modo, i soggetti più deboli -come gli anziani e gli adolescenti - attraverso l'introduzione di una rigorosa disciplina sulla pubblicità e sulla conoscenza dell'alea connessa al singolo gioco.

Per le altre situazioni che ho ritenuto di evidenziare, ruolo fondamentale è svolto dalle risorse finanziarie a disposizione. Nella Relazione si dà conto delle difficoltà economiche in cui si trovano, in modo non omogeneo su tutto il territorio nazionale, le strutture pubbliche e del privato sociale. E' evidente il danno che ne deriva all'intero sistema dei servizi per le dipendenze, che merita di essere sostenuto e rilanciato nella sua articolazione tra pubblico e privato, quale garanzia di offerta di interventi diversificati, volti ad accompagnare l'utente verso tutto il percorso di cura e riabilitazione.

Sotto il profilo della prevenzione, intesa nella sua accezione più ampia, pur nella consapevolezza che il problema delle dipendenze non riguarda solo i giovani,

voglio sottolineare la valenza particolare che assume per le nuove generazioni. Anche in virtù della delega a me conferita in materia di politiche giovanili, ritengo imprescindibile che siano implementate le attività di formazione e di educazione alla salute, attraverso la trasmissione di regole e stili di vita sani in relazione all'uso di tutte le sostanze stupefacenti, all'abuso alcolico, al tabagismo e al consumo di farmaci non prescritti. E' necessario che le iniziative coinvolgano direttamente i giovani che devono essere soggetti attivi e consapevoli protagonisti della propria formazione.

Da ultimo, ritengo doveroso precisare che non intendo sottrarmi al dibattito sulla legalizzazione delle droghe leggere, che si è riavviato proprio in questi giorni sulla stampa, coinvolgendo anche ambiti qualificati dell'opinione pubblica. L'argomento, per la sua estrema delicatezza e le sue molteplici e rilevantissime implicazioni, richiede di essere affrontato nelle competenti sedi istituzionali, con i tempi necessari ad un confronto ricco ed articolato che certo non può realizzarsi nel breve periodo di governo che mi è stato affidato.

Andrea Riccardi

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:
Alessandra Andreotti, Nadia Balestra, Ilaria Bulla, Iulia Alexandra Carpignano, Giorgia Costa, Veronica D'Ambrosio, Carlo De Luca, Angelina De Simone, Giada Dionisi, Danila Facchini, Anna Maria Fanfarillo, Sara Fanfarillo, Daniele Fassinato, Alessandra Fraschini, Maurizio Gomma, Sabrina Liberatori, Carlo Locatelli, Teodora Macchia, Francesca Marazzi, Giulia Marino, Andrea Martena, Daniela Morrone, Sonia Principe, Claudia Rimondo, Catia Seri, Milena Sperotto, Roberta Tito, Lorenzo Tomasini, Maria Alessandra Tullio, Eugenio Valenzi, Luisa Vecchiocattivi, Fabio Vittadello, Silvia Zanone, Monica Zermiani.

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 della sanità pubblica e dell'innovazione – Direzione Generale Prevenzione – Ufficio II e VII
- Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale Programmazione Sanitaria – Ufficio VI
- Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale Sistema Informativo Statistico Sanitario – Ufficio III
- Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure

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

Ministero degli Affari Esteri
- Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza
- Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo
- Direzione Generale per l'Unione europea

Ministero della Difesa – Direzione Generale Sanità Militare

Assessorati Sanità e Servizi Sociali delle Regioni e Province Autonome

Istituto Superiore Sanità:
- Dipartimento del Farmaco – Sostanze Stupefacenti e Psicotrope
- Osservatorio nazionale Alcol CNEPS

Istat: Direzione centrale per le statistiche socio-demografiche e ambientali Servizio Sanità, salute e assistenza

Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale

Sistema Nazionale di Allerta Precoce e Risposta Rapida per le Droghe

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato

International Training Centre of the International Labour Organization

United Nations Interregional Crime and Justice Research Institute

Gruppo di lavoro DTLR (Rete Ferroviaria Italiana , ASSTRA – ASSociazione TRAsporti - , SIMLII - Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale -, ANMA – Associazione Nazionale Medici d'Azienda – ENAV S.p.A , Laboratorio di Sanità Pubblica di Trento)

Associazione Comunitalia

ASAPS – Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale

Si ringraziano Maria Caprara e Fabrizio Nurra per la revisione delle bozze

Agosto 2012

Grafica di copertina e styling: Riccardo de Conciliis

Indice

SINTESI I

PARTE PRIMA: DIMENSIONE DEL FENOMENO

I.1. CONSUMO DI DROGA 5

I.1.1. Survey 2012 GPS popolazione generale 18-64 anni 6
I.1.2. Survey 2012 SPS popolazione scolastica 15-19 anni 37
I.1.3. Consumo di droga nelle popolazioni speciali (DTLR) 75
I.1.4. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue 86

I.2. SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO 101

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie 102
I.2.2. Prevalenza da fonti non sanitarie 106

I.3. SOGGETTI IN TRATTAMENTO 113

I.3.1 Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND) 113
I.3.2 Caratteristiche degli utenti in trattamento 115

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE 139

I.4.1. Malattie infettive droga-correlate 139
I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga-correlate (ricoveri ed altre comorbilità SDO) 168
I.4.3. Incidenti stradali droga-correlati 182
I.4.4. Mortalità acuta droga-correlata (dati DCSA) 197
I.4.5. Mortalità tra i consumatori di droga 203

I.5. GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO 209

I.5.1. Introduzione 209
I.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia 211
I.5.3. Le indagini SPS-DPA e GPS-DPA 2012 213
I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011 214
I.5.5 Usura e dati finanziari 217
I.5.6 Considerazioni conclusive e raccomandazioni 221

PARTE SECONDA: PROGRAMMAZIONE ED ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO

II.1. NORMATIVE SULLE DROGHE 227

II.1.1. Normative nazionale ed internazionali emanate nell'anno 2011 227
II.1.2. Normative regionali approvate nell'anno 2011 230
II.1.3. Sintesi dell'attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale 231
II.1.4. Attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga con l'Osservatorio Europeo di Lisbona (OEDT) 235

II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA 239

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga: organizzazione e attività 2011 239
II.2.2 La rete degli osservatori regionali: Progetto NIOD 244
II.2.3. Amministrazioni Centrali 247
II.2.4. Amministrazioni Regionali 249
II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario 250
II.2.6. Analisi dei costi/benefici 260

PARTE TERZA: INTERVENTI DI RISPOSTA AI BISOGNI SOCIO-SANITARI

III.1. PREVENZIONE PRIMARIA 277

III.1.1. Campagne informative di prevenzione 278
III.1.2. Prevenzione universale 280
III.1.3. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio 291

III.2. TRATTAMENTI SOCIO SANITARI 299

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni 299
III.2.2. Trattamenti erogati dai Sert 304
III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione 313
III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME) 324
III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga-correlati 341

III.3. REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE 353

III.3.1. Progetto di reinserimento sociale 353
III.3.2. Misure alternative alla detenzione 358

PARTE QUARTA: INTERVENTI DI CONTRASTO ALL'OFFERTA DI DROGA

IV.1. SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE 375

IV.1.1. Attività 2011 del Sistema di Allerta 375
IV.1.2. Vendita di sostanze sul web. Risultati del monitoraggio della rete italiana 390
IV.1.3. Prevenzione dei Rave party illegali 394
IV.1.4. Metodi congiunti di controllo e contrasto 403

IV.2. MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO 409

IV.2.1. Produzione, offerta e traffico di droga 409
IV.2.2. Prezzo e purezza 412
IV.2.3. Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti 415
IV.2.4. Interventi delle Forze dell'Ordine 419
IV.2.5. Interventi della Giustizia 434
IV.2.6. Criminalità droga-correlata 443

PARTE QUINTA: APPROFONDIMENTI

V.1. SINTESI DEI RISULTATI DEL PROGETTO TOX-TEST 451

V.2. PROGETTI, CENTRI COLLABORATIVI E NETWORK NAZIONALI DEL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA 459

V.2.1 Progetti e Centri Collaborativi 459
V.2.2 Quote di investimento progetti 459
V.2.3 Master Plan Progetti 460
V.2.4 Network Centri Collaborativi 465

V.3. TECNICHE INNOVATIVE DI ANALISI RAPIDA DELLE NUOVE SOSTANZE "CANNABINOIDI DI SINTESI" 475

V.3.1. Tecniche innovative di analisi rapida delle nuove sostanze "Cannabinoidi di sintesi" 475
V.3.2. Determinazione di cannabinoidi naturali e sintetici in matrice cheratinica. Validazione del metodo e applicazione a casi reali 479

V.4. DROGA E DOPING. PREVALENZA DI POSITIVITA' PER DROGHE D'ABUSO TRA GLI SPORTIVI DAL 2000 AL 2010 485

V.5. ATTIVITA' DI FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI 489

V.5.1. La Comunità Scientifica del DPA 491
V.5.2. Italian Journal on Addiction 492
V.5.3. Droganews 493
V.5.4. Statistiche accesso siti 494
V.5.5. Scuola Nazionale sulle dipendenze 495
V.5.6. Collaborazioni internazionali 497

V.6. PROGETTO "DIAGNOSI PRECOCE DELL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI PER L'INTERVENTO PRECOCE NEI BAMBINI (EARLY DETECTION OF DRUG USE FOR EARLY INTERVENTION IN CHILDREN)" 503

PARTE SESTA: SCHEDE AMMINISTRAZIONI

VI.1. AMMINISTRAZIONI CENTRALI 513

VI.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri 513
VI.1.2. Ministero della Salute 513
VI.1.3. Ministero della Giustizia 519
VI.1.4. Ministero dell'Interno 530
VI.1.5. Ministero degli Affari Esteri 534
VI.1.6. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca 537
VI.1.7. Ministero della Difesa 539
VI.1.8 Comando Generale della Guardia di Finanza 545

VI.2. REGIONI E PROVINCE AUTONOME 553

VI.2.1. Indicatori di sintesi 553
VI.2.2. Comparazione dei dati delle Regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dal valore nazionale 597
VI.2.3. Relazioni conclusive 605

PARTE SETTIMA: INDICAZIONI GENERALI

VII.1. PIANO DI AZIONE 651

VII.1.1. Valutazione del piano d'azione nazionale 651

VII.2. RASSEGNA ICONOGRAFICA DEI MATERIALI PRODOTTI DAL DPA E ATTIVITÀ COLLEGATE 665

VII.2.1. Campagne informative 665
VII.2.2. Pubblicazioni DPA 2008-2012 672

Parte Prima

Dimensione del fenomeno

CAPITOLO I.1.

CONSUMO DI DROGA

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

I.1.1.1. Sintesi sui consumi

I.1.1.2. Consumi di eroina

I.1.1.3. Consumi di cocaina

I.1.1.4. Consumi di cannabis

I.1.1.5. Consumi di stimolanti

I.1.1.6. Consumi di allucinogeni

I.1.1.7. Consumo di alcol

I.1.1.8. Policonsumo

I.1.1.9. Metodologia

I.1.2. Survey 2012 SPS popolazione scolastica 15-19 anni

I.1.2.1. Sintesi sui consumi

I.1.2.2. Consumi di eroina

I.1.2.3. Consumi di cocaina

I.1.2.4. Consumi di cannabis

I.1.2.5. Consumi di stimolanti

I.1.2.6. Consumi di allucinogeni

I.1.2.7. Consumo di alcol

I.1.2.8. Policonsumo

I.1.2.9. Metodologia

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

I.1.3.1 Introduzione

I.1.3.2 Risultati preliminari

I.1.3.3 Dati delle Forze Armate

I.1.3.4 I costi del Drug Test

I.1.4. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue

I.1.4.1 Progetto AquaDrugs

I.1. CONSUMO DI DROGA

Criticità nella conduzione degli studi epidemiologici tradizionali

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

Studi indispensabili per la valutazione dell'andamento del fenomeno

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

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

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

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

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

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

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

Attivazione di nuove metodologie multi osservazionali e complementari

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

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

Indagine di popolazione 18-64 anni

I dati relativi alla diffusione dei consumi di sostanze psicoattive in Italia, sono stati estratti dall'indagine campionaria nazionale GPS-DPA 2012 (General Population Survey) promossa e diretta dal Dipartimento Politiche Antidroga e realizzata nel 2012 in collaborazione con il Ministero della Salute ed il Consorzio Universitario di Economia Industriale e Manageriale (CUEIM), nella popolazione generale 18-64 anni.
Al fine di poter operare confronti con le indagini svolte in passato, i dati elaborati per la popolazione generale 18-64 anni sono stati integrati con i risultati dell'indagine scolastica per le età 15-17 anni, che può ritenersi una stima rappresentativa della popolazione residente 15-17 anni.

Integrazione con indagine popolazione studentesca

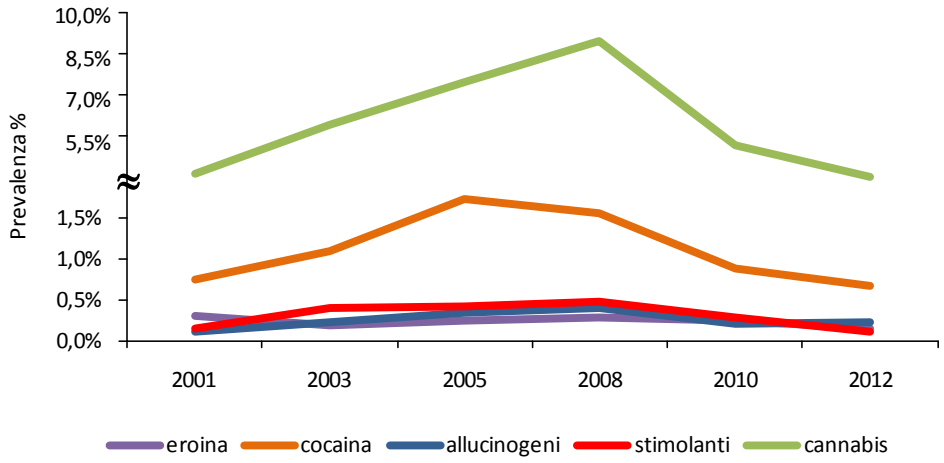
Di seguito, quindi, sono riportati i risultati dell'indagine sulla popolazione nazionale 15-64 anni ottenuti dalle analisi condotte sui questionari raccolti alla data del 15 maggio 2012 attraverso l'indagine GPS-DPA (18-64 anni), e dalle risposte fornite alla stessa data dal campione di studenti intervistati attraverso l'indagine SPS-DPA per la fascia d'età rimanente (15-17 anni).

I.1.1.1 Sintesi sui consumi

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

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

Tendenza alla diminuzione globale dei consumatori nella popolazione generale



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

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

Focalizzando l'attenzione anche sul consumo di sostanze nel breve periodo, ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista (Last Mounth Prevalence-LMP), il confronto tra le prevalenze di consumatori negli ultimi due anni d'indagine conferma una propensione alla contrazione generale (Tabella I.1.1).

Tabella I.1.1: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2010 e 2012

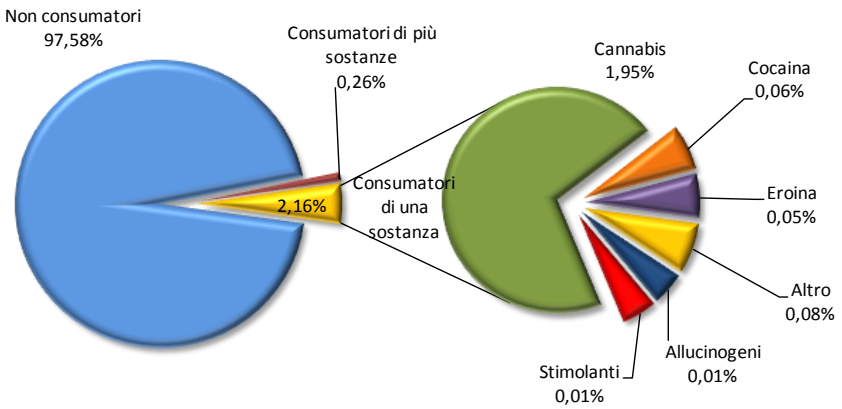
Propensione alla diminuzione dei consumatori negli ultimi 30 giorni tra 2010 e 2012

Sostanza	Prevalenza 2010	Prevalenza 2012	Differenza 2010-2012
Eroina	0,17	0,08	-0,09
Cocaina	0,43	0,29	-0,14
Cannabis	3,00	1,82	-1,18
Stimolanti	0,15	0,04	-0,11
Allucinogeni	0,10	0,05	-0,05

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

Figura I.1.2: Distribuzione della popolazione generale 15-64 anni, secondo il consumo negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

Il 97,58% della popolazione 15-64 anni non ha assunto alcuna sostanza stupefacente negli ultimi 30 giorni



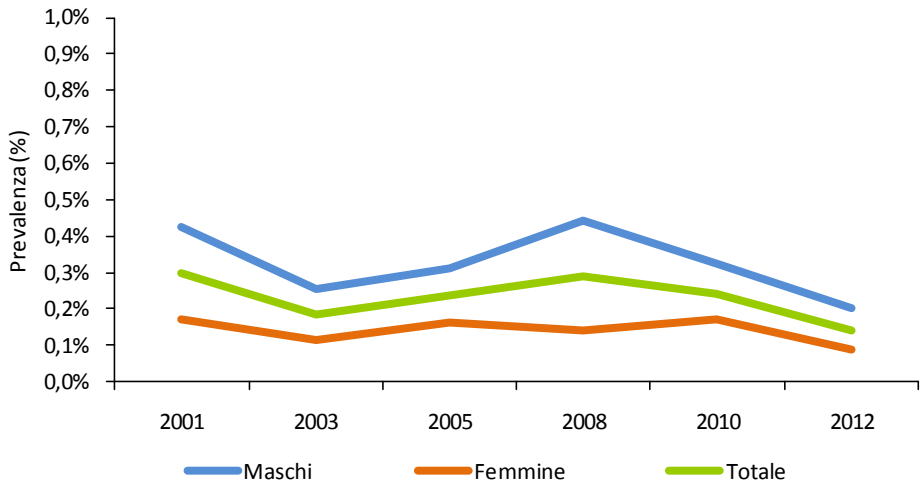
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.2 Consumi di eroina

Secondo i risultati delle indagini di popolazione generale condotte dal 2001 al 2012, la percentuale di soggetti che ha assunto eroina o altri oppiacei (codeina, mescalina, metadone, ecc) una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra seguire un andamento piuttosto variabile fino al 2008.

Figura I.1.3: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

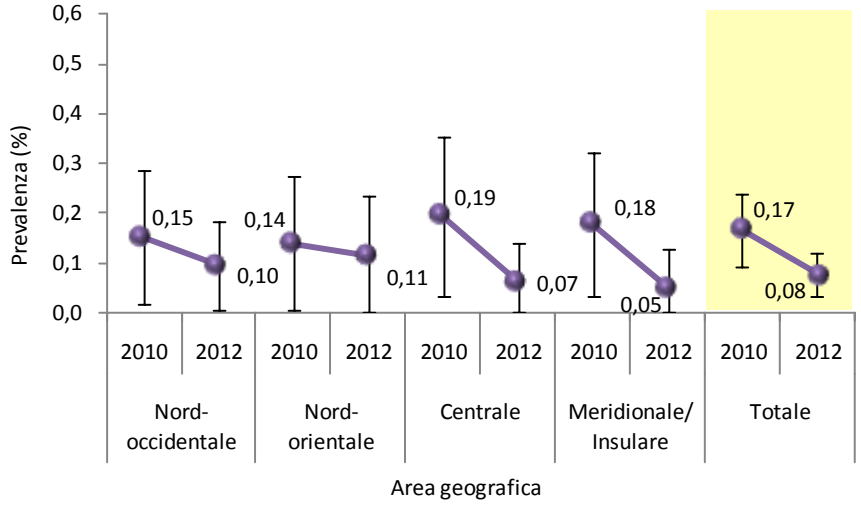
Trend dei consumatori di eroina in diminuzione dal 2008



Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Osservando, invece, le indagini più recenti, dal 2008 in poi i consumatori di oppiacei sembrano in continua diminuzione, con una propensione alla contrazione più marcata per il genere maschile (Figura I.1.3).
Analizzando il consumo di eroina negli ultimi 30 giorni secondo la ripartizione geografica di residenza dei rispondenti e l'anno di indagine, nel 2012 rispetto al 2010 si evidenziano consumi più contenuti in tutte le aree, con una diminuzione dei consumi di oppiacei nell'Italia centrale e nell'Italia meridionale/insulare (Figura I.1.4).

Figura I.1.4: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

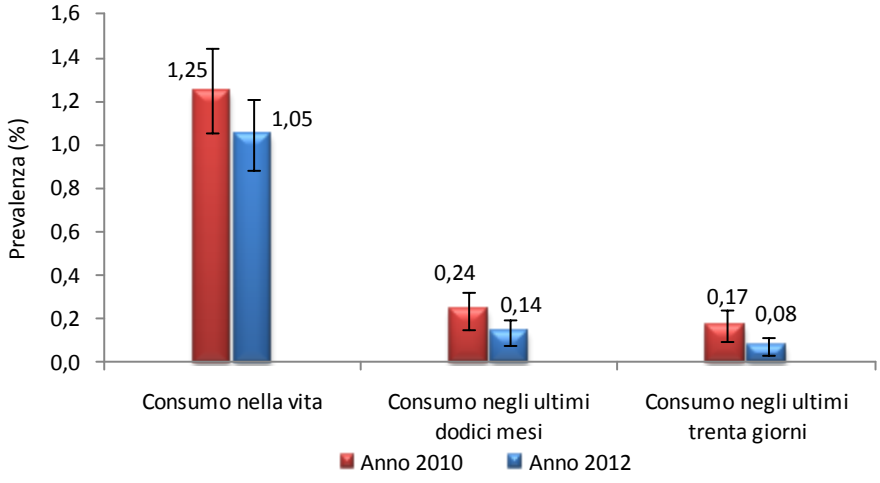


Tendenza alla contrazione dei consumi in tutte le aree geografiche (non statisticamente significativa)

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

La stima del numero di consumatori di eroina o altri oppiacei almeno una volta nella vita è risultata pari all'1,0%, mentre lo 0,1% della popolazione si stima l'abbia utilizzata nel corso dell'ultimo anno. La stima di assuntori di eroina nei 30 giorni antecedenti l'intervista è pari allo 0,08% (Figura I.1.5).
Rispetto alla rilevazione del 2010, tutti i valori relativi ai consumatori di oppiacei stimati nella popolazione italiana nei tre periodi di riferimento tendono a diminuire, sebbene le contrazioni non siano statisticamente significative.

Figura I.1.5: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



Tendenza alla diminuzione dei consumatori di oppiacei

Il 98,95% della popolazione non ha mai assunto eroina nella vita

Solo lo 0,08% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

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

Concentrando l'attenzione sul consumo di oppiacei nell'ultimo mese, si stima una contrazione del numero dei consumatori per entrambi i generi, leggermente più marcata per i maschi rispetto alle femmine (Tabella I.1.2). Tuttavia, gli esigui valori delle prevalenze non consentono di individuare differenze statisticamente significative tra il 2010 e il 2012.

Tabella I.1.2: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

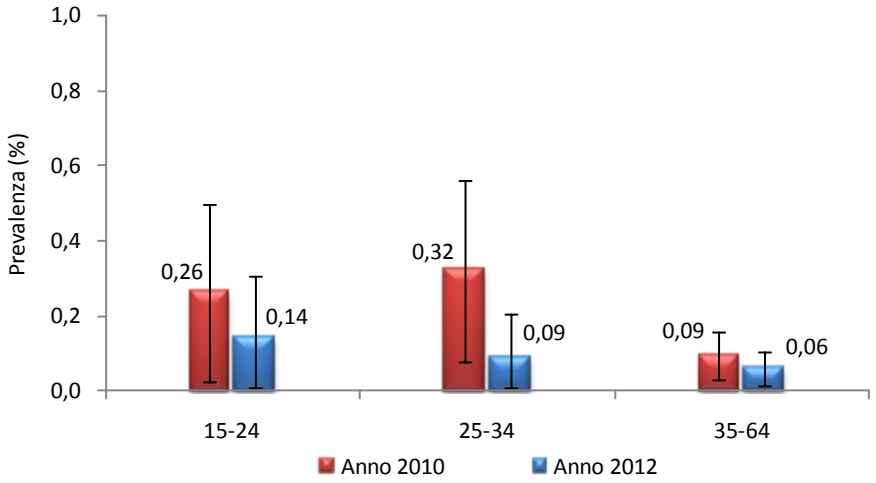
Propensione alla contrazione dei consumatori di oppiacei negli ultimi 30 giorni per entrambi i generi

Eroina	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	**2010**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,22	0,09	-0,13	-59,09
Femmine	0,13	0,06	-0,07	-53,85
Totale	**0,17**	**0,08**	**-0,09**	**-52,94**

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

La distribuzione per fascia d'età dei consumatori negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista**,** rispetto alla precedente indagine, evidenzia una diminuzione dei consumi in tutte le fasce di età, non statisticamente significativa, inclusa la fascia di età 25-34 anni in cui si osserva la contrazione maggiore (Figura I.1.6).

Figura I.1.6: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



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

Le femmine hanno tendenzialmente consumi inferiori rispetto ai maschi (Tabella I.1.3).

Prevalente il consumo occasionale nei maschi

Tra i consumatori che hanno indicato l'uso di eroina negli ultimi 30 giorni, il consumo occasionale (1-5 volte) è riferito dal 75% dei maschi e dal 41,5% delle femmine; consumi più frequenti, da 6 volte in su, sembrano riguardare maggiormente le femmine rispetto ai maschi. Di rilievo il dato sull'assunzione di oppiacei ogni giorno o quasi nell'ultimo mese per le femmine (58,5%), riferito a pazienti assistiti dalle strutture del servizio sanitario.

Tabella I.1.3: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di eroina o altri oppiacei (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	1,38	0,77	1,05
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,20	0,09	0,14
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,09	0,06	0,08
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	0,25	0,05	0,14
25-34 anni	0,12	0,07	0,09
35-64 anni	0,05	0,06	0,06
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	75,05	41,50	59,78
6-20 volte	24,95	-	13,59
Ogni giorno o quasi	-	58,50	26,64

* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

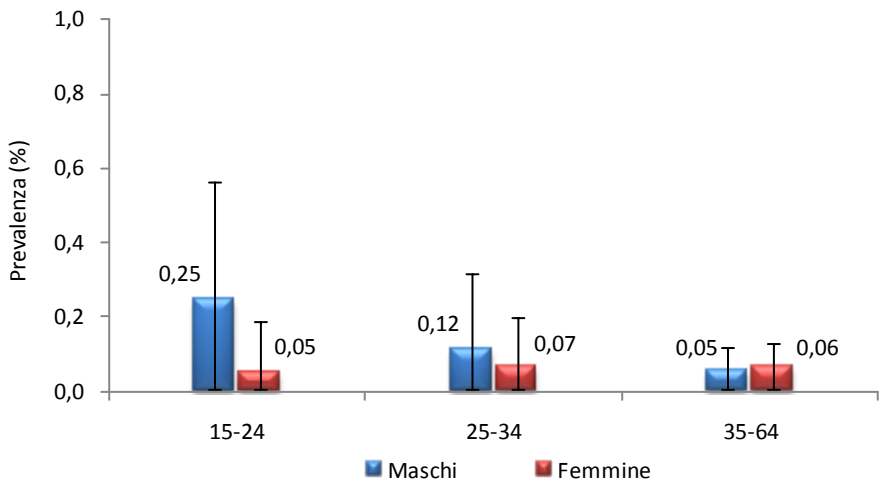
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Consumatori negli ultimi 30 giorni: maggior interessamento dei maschi 15-34 anni e delle femmine nella fascia 35-64 anni

Percentuale elevata di femmine che hanno consumato eroina più di 20 volte negli ultimi 30 giorni

Analizzando il consumo di eroina negli ultimi 30 giorni per genere e fascia d'età si osserva una marcata differenza tra maschi e femmine nella fascia d'età più giovane (0,25% nei maschi vs 0,05% nelle femmine), una discrepanza meno evidente nella fascia 25-34 anni (0,12% vs 0,07%), ed una stima di consumo di oppiacei senza differenze significative nei due generi nella fascia d'età 35-64 anni (0,05% vs 0,06%).

Figura I.1.7: Consumo di eroina nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

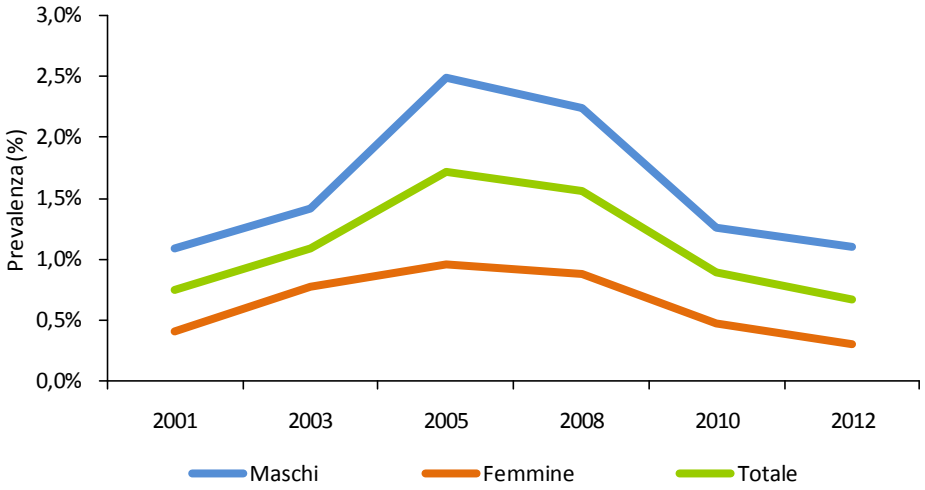
Differenze non statisticamente significative tra i maschi e le femmine

I.1.1.3 Consumi di cocaina

L'andamento del numero dei consumatori di cocaina o crack, una o più volte negli ultimi 12 mesi, rilevato nell'ambito delle indagini di popolazione condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2005, dopo un periodo iniziale caratterizzato da un aumento dei consumi (Figura I.1.8). Nell'ultimo anno di osservazione la propensione alla contrazione sembra essersi stabilizzata unitamente alla differenza tra il consumo nei due generi.

Figura I.1.8: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

Riduzione dei consumatori di cocaina o crack dal 2005

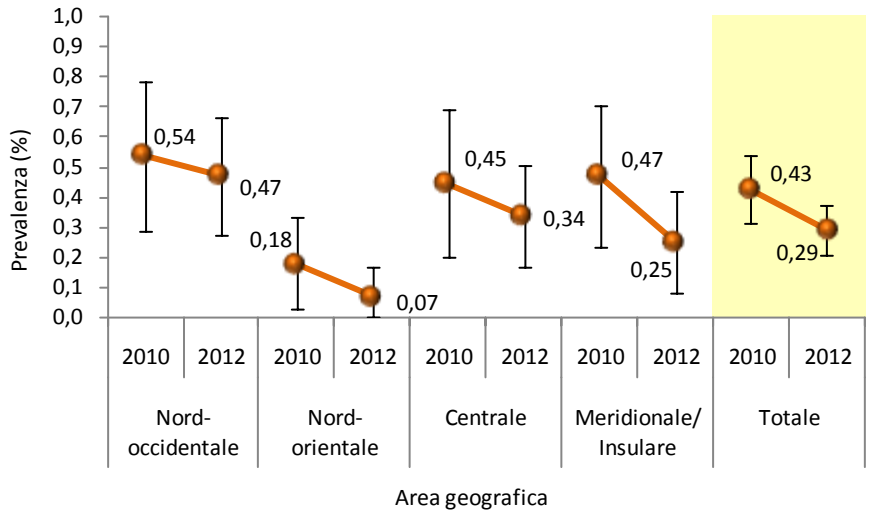


Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il consumo di cocaina o crack nella popolazione italiana sembra essere maggiormente diffuso nell'Italia nord-occidentale, seguita dall'Italia centrale, mentre consumi più bassi si osservano nel nord-est (Figura I.1.9). Rispetto alla precedente indagine, la tendenza alla contrazione dei consumatori sembra interessare tutte le aree geografiche del territorio nazionale.

Figura I.1.9: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

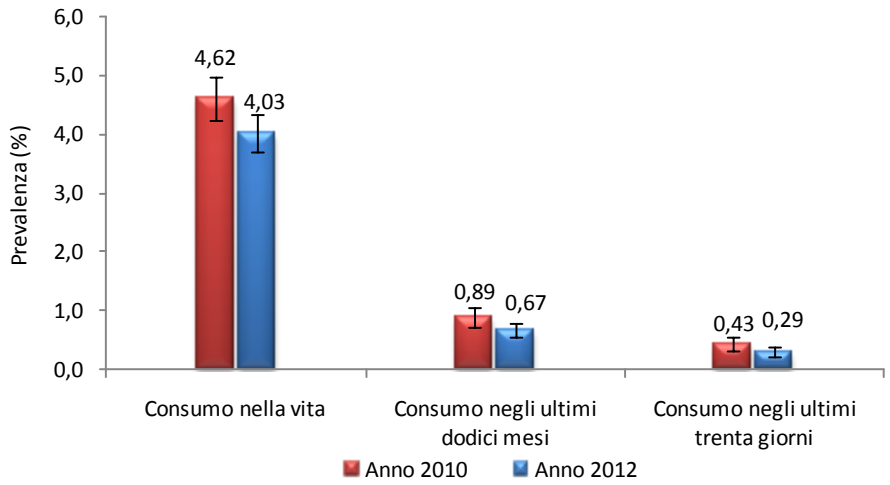
Tendenza alla contrazione dei consumatori in tutte le aree geografiche



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

La propensione alla contrazione del numero dei consumatori di cocaina o crack evidenziata in precedenza, si osserva per tutti e tre i periodi temporali di riferimento (consumo nella vita, nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni) (Figura I.1.10).

Figura I.1.10: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



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

Propensione alla contrazione dei consumatori di cocaina o crack

Il 95,97% della popolazione si stima non abbia mai assunto cocaina o crack nella vita

Solo lo 0,3% sembra abbia assunto cocaina o crack negli ultimi 30 giorni

La riduzione dei consumi di cocaina o crack sembra interessare maggiormente la popolazione femminile (-42,11%) rispetto a quella maschile (-27,54%), se si considera il consumo della sostanza nei 30 giorni antecedenti la rilevazione (Tabella I.1.4).

Tabella I.1.4: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

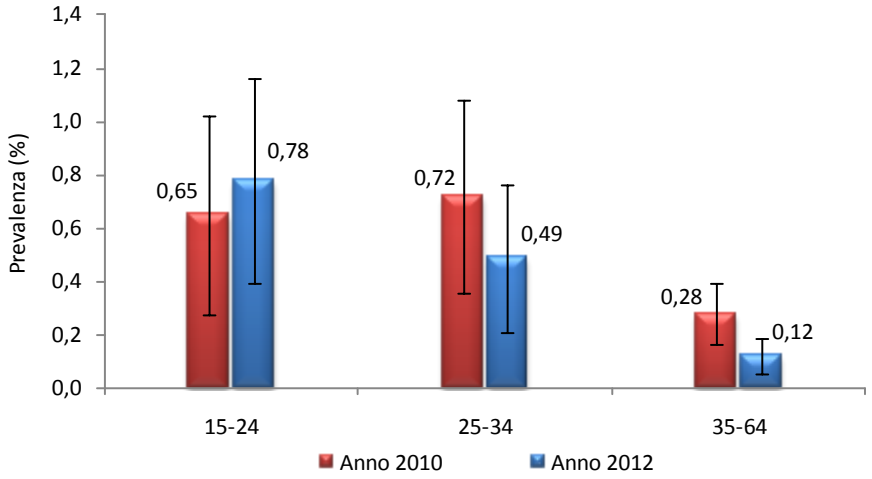
Cocaina	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	**2010**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,69	0,50	-0,19	-27,54
Femmine	0,19	0,11	-0,08	-42,11
Totale	**0,43**	**0,29**	**-0,14**	**-32,56**

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

Maggior prevalenza di consumo nei maschi negli ultimi 30 giorni, anno 2012

La distribuzione per fascia d'età dei consumi negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista rispetto alla precedente indagine, evidenzia un leggero aumento di consumo nella fascia d'età più giovane, e una diminuzione dei consumi nelle altre due fasce d'età, in particolar modo nella popolazione di 35-64 anni.

Figura I.1.11: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



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

Nel 2012 si stima una prevalenza dei consumatori di cocaina o crack di circa il 4% almeno una volta nella vita, che scende allo 0,7% se si considera l'ultimo anno e allo 0,3% in riferimento ai 30 giorni precedenti l'intervista (Tabella I.1.5). Confrontando queste prevalenze per genere si osservano notevoli differenze tra maschi e femmine, specialmente in riferimento al consumo almeno una volta nella vita (5,7% per i maschi vs 2,6% per le femmine).
Osservando la frequenza di assunzione di cocaina o crack, tra coloro che hanno assunto la sostanza negli ultimi 30 giorni, sembra essere prevalente il consumo occasionale, sia tra i maschi che tra le femmine.

Tabella I.1.5: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di cocaina (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	5,69	2,63	4,03
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,10	0,30	0,67
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,50	0,11	0,29
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	1,37	0,28	0,78
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
25-34 anni	0,73	0,31	0,49
35-64 anni	0,24	0,01	0,12
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	95,97	91,05	95,07
6-20 volte	1,52	-	1,24
Ogni giorno o quasi	2,51	8,95	3,69

* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

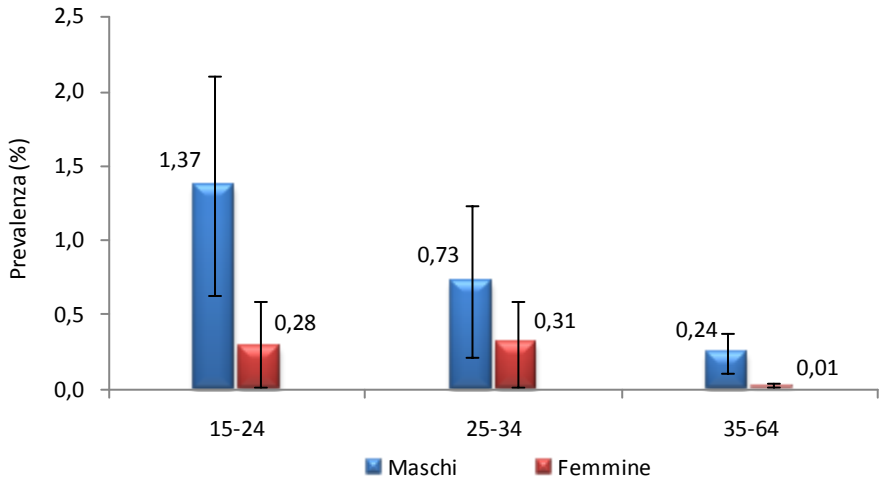
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior consumo di cocaina o crack tra i maschi in tutte le fasce d'età

Tra i consumatori, maggiore frequenza di consumo occasionale

Analizzando la distribuzione dei consumatori di cocaina negli ultimi 30 giorni per genere e fascia d'età**,** si osserva una marcata differenza tra maschi e femmine per le fasce di età più giovani e più adulte: 1,4% per i maschi contro 0,3% per le femmine nella fascia 15-24 anni, 0,7% contro 0,3% nella fascia 25-34 anni, e 0,24% contro 0,01% nella fascia di età 35-64 anni (Figura I.1.12).

Figura I.1.12: Consumo di cocaina nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012



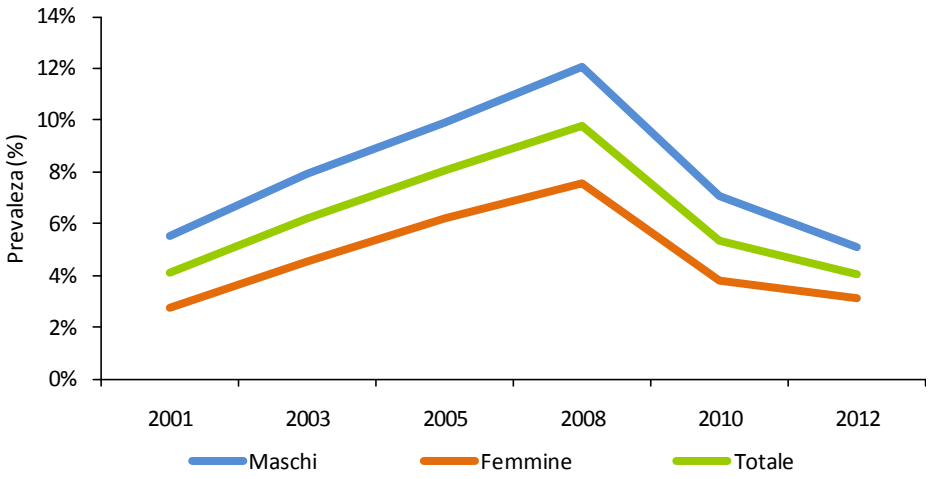
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.4 Consumi di cannabis

Nell'ultimo decennio, fra le sostanze illecite, quella maggiormente assunta dalla popolazione italiana risulta essere la cannabis; il trend dei consumatori di tale sostanza, almeno una volta negli ultimi 12 mesi, indica un aumento degli assuntori fino al 2008, seguito da una contrazione nel periodo successivo (2008-2012), più marcata nel biennio 2008-2010 (Figura I.1.13).

Figura I.1.13: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

Aumento dei consumi di cannabis fino al 2008, marcata contrazione nel periodo successivo

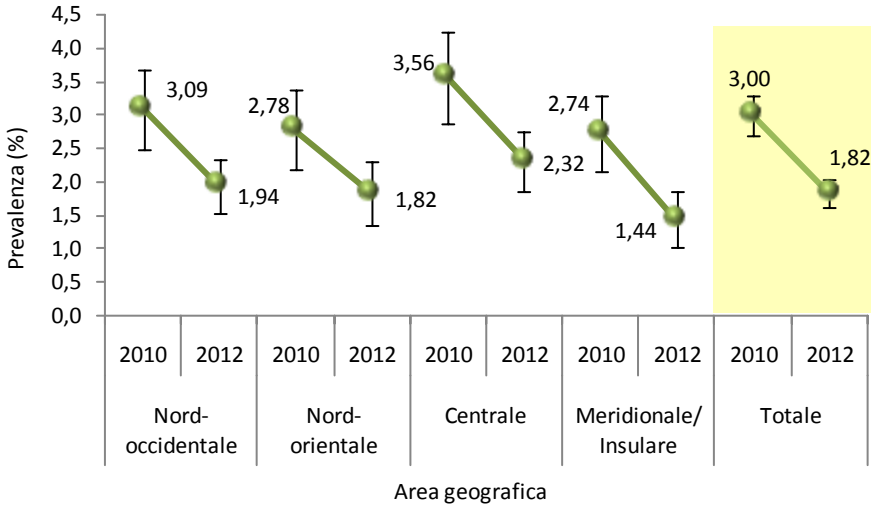


Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando il consumo di cannabis negli ultimi 30 giorni secondo l'area geografica di residenza e l'anno di indagine, si evidenziano prevalenze di consumatori più contenute in tutte le aree, con intensità maggiore nell'Italia meridionale/insulare (Figura I.1.14).

Figura I.1.14: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

Riduzione dei consumi più marcata nell'Italia meridionale/insulare



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

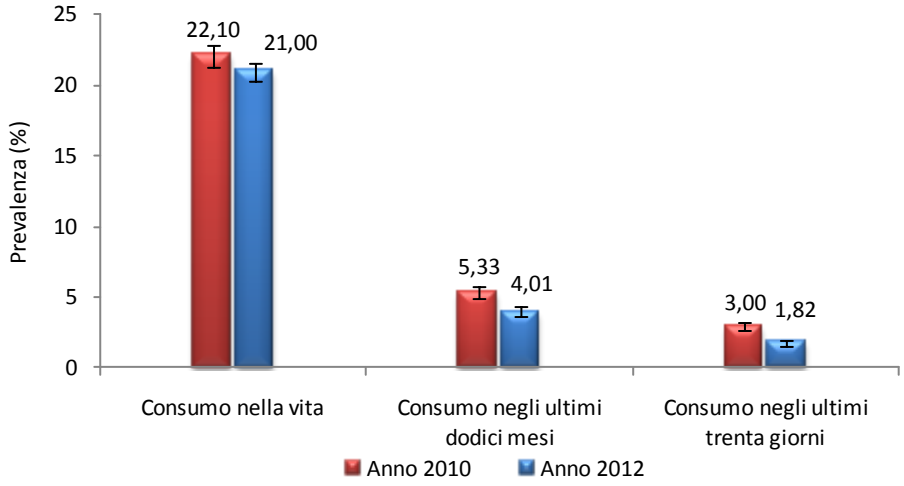
Nel complesso, la prevalenza di consumatori di cannabis almeno una volta nella vita con riferimento all'anno 2012 è stimata al 21,0%, con una tendenza alla diminuzione rispetto al 2010; tale percentuale raggiunge il 4% se si considera il consumo annuale e l'1,8% nei 30 giorni precedenti l'intervista (Figura I.1.15). La contrazione più marcata nel consumo rispetto all'indagine precedente si osserva in relazione all'ultimo mese (-40%).

Figura I.1.15: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

Contrazione dei consumi di cannabis

Il 79% della popolazione si stima non abbia mai assunto cannabis nella vita

Solo l'1,8% sembra abbia assunto cannabis negli ultimi 30 giorni



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

Concentrando l'attenzione sul consumo di cannabis nell'ultimo mese, si stima una contrazione del numero dei consumatori per entrambi i generi, leggermente più marcata per le femmine rispetto ai maschi (-41% vs -39%).

Tabella I.1.6: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

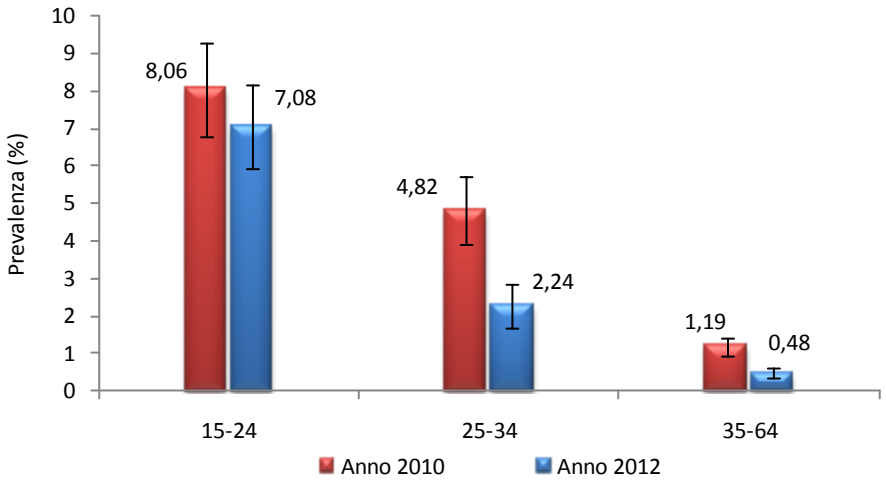
Cannabis	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	**2010**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	4,13	2,52	-1,61	-38,98
Femmine	2,10	1,24	-0,86	-40,95
Totale	**3,00**	**1,82**	**-1,18**	**-39,33**

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

Diminuzione dei consumatori di cannabis negli ultimi 30 giorni per entrambi i generi

La distribuzione per fascia d'età dei consumatori di cannabis nei 30 giorni antecedenti l'intervista, rispetto alla precedente indagine, evidenzia una diminuzione statisticamente significativa dei consumatori per le fasce di popolazione 25-34 anni e 35-64 anni (-53,5% e -59,7%).

Figura I.1.16: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



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

Diminuzione statisticamente significativa dei consumatori di cannabis per le fasce d'età 25-34 anni e 35-64 anni

Nel 2012 il consumo di cannabis per genere evidenzia un'assunzione minore per le femmine rispetto ai maschi in tutte le fasce temporali considerate (Tabella I.1.7). Il 26,02% dei maschi dichiara di aver assunto cannabis almeno una volta nella vita contro il 16,76% delle femmine.
Tra coloro che hanno indicato il consumo della sostanza negli ultimi 30 giorni, il consumo occasionale (da 1 a 5 volte) è riferito dal 66,3% dei maschi e dall'82,7% per le femmine; consumi più frequenti, da 6 volte in su, sembrano riguardare maggiormente i maschi rispetto alle femmine.

Focalizzando l'attenzione sempre sul consumo di cannabis nei 30 giorni antecedenti l'indagine, distintamente per genere e fascia d'età si osservano differenze tra maschi e femmine in tutte le fasce d'età, in particolar modo nella fascia d'età più giovane (9,7% nei maschi vs 4,9% nelle femmine) e nella popolazione di 35-64 anni (0,8% nei maschi vs 0,2% nelle femmine).

Consumo di cannabis minore nelle femmine

Tabella I.1.7: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Maggior consumo di cannabis tra i maschi in tutte le fasce d'età

Consumo di cannabis (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	26,02	16,76	21,00
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	5,08	3,11	4,01
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	2,52	1,24	1,82
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	9,72	4,86	7,08
25-34 anni	2,85	1,80	2,24
35-64 anni	0,79	0,21	0,48
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	66,30	82,67	72,26
6-20 volte	13,45	10,12	12,23
Ogni giorno o quasi	20,25	7,21	15,51

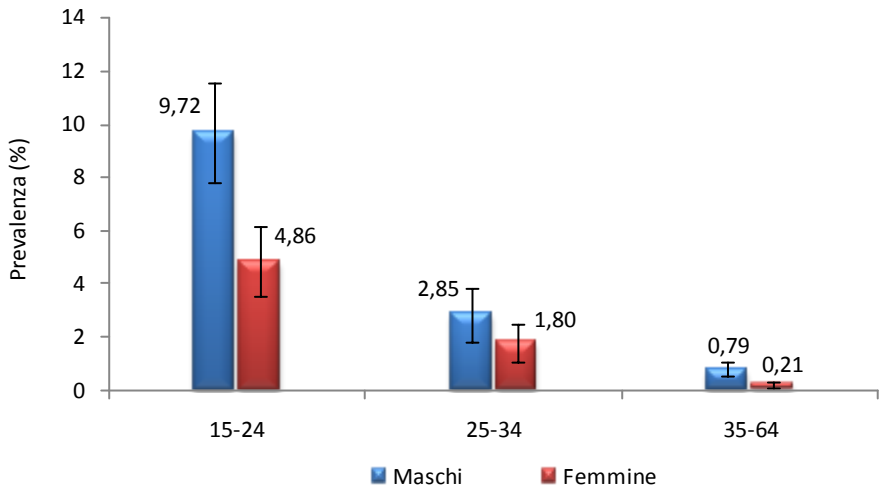
Tra i consumatori, maggiore frequenza di consumo occasionale

* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.17: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012

Maggiore differenza di consumo nell'ultimo mese tra i generi per le fasce di età più giovani e più adulte



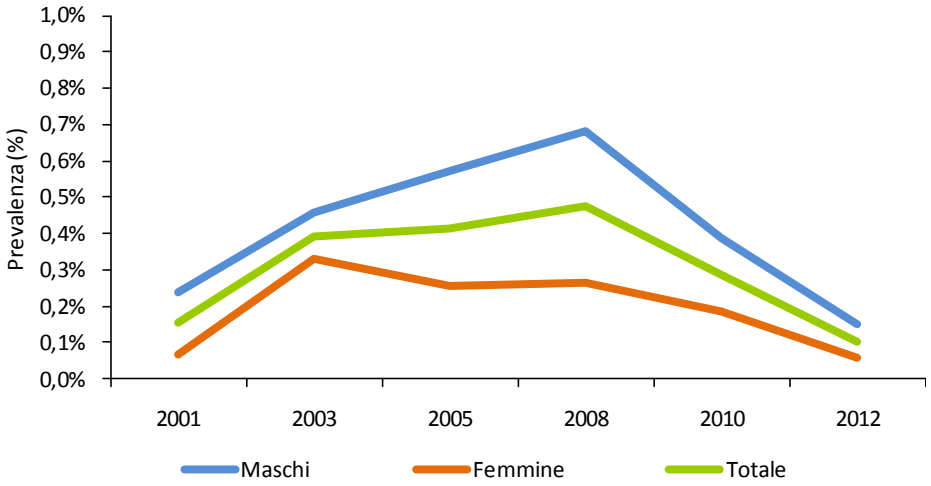
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.5 Consumi di stimolanti

L'andamento della prevalenza dei consumatori di sostanze stimolanti, una o più volte negli ultimi 12 mesi, rilevato nell'ambito delle indagini di popolazione condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2008, dopo un periodo iniziale con tendenza all'aumento, più marcato per il genere maschile (Figura I.1.18).

Figura I.1.18: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012

Aumento dei consumatori di stimolanti fino al 2008, marcata contrazione negli anni successivi

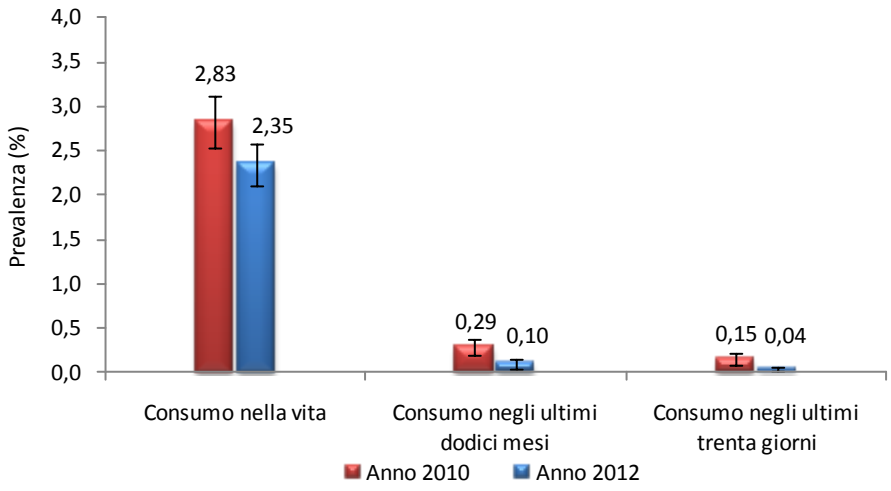


Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS – DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La contrazione del numero dei consumatori di sostanze stimolanti evidenziata negli ultimi 4 anni, si osserva per tutti e tre i periodi temporali di riferimento (consumo nella vita, nell'ultimo anno e negli ultimi 30 giorni), con decremento statisticamente significativo per il consumo negli ultimi 12 mesi (-65%) e nei 30 giorni antecedenti l'intervista (-73%).

Figura I.1.19: Consumo di stimolanti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

Diminuzione dei consumatori di stimolanti negli ultimi 12 mesi e nell'ultimo mese



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

Approfondendo l'analisi dei consumatori di stimolanti negli ultimi 30 giorni, si osserva che la diminuzione nei consumi di queste sostanze, rispetto all'anno 2010, è più marcata nelle femmine che nei maschi (-61,9% nei maschi vs -77,8% nella femmine).

Tabella I.1.8: Consumo di stimolanti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

Stimolanti	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	**2010**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,21	0,08	-0,13	-61,90
Femmine	0,09	0,02	-0,07	-77,78
Totale	**0,15**	**0,04**	**-0,11**	**-73,33**

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

Maggior prevalenza di consumatori di sostanze stimolanti nei maschi

Nella popolazione di 15-24 anni la prevalenza di consumatori di sostanze stimolanti sembra essere maggiore tra i maschi, stabilizzandosi nella fascia d'età 25-34 anni, mentre risulta maggiore per le femmine nella fascia d'età più avanzata (Tabella I.1.9).
Tra i consumatori che hanno riferito il consumo di stimolanti nell'ultimo mese, decisamente più frequente è il consumo occasionale di queste sostanze, specialmente per il genere maschile.

Tabella I.1.9: Consumo di stimolanti (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di stimolanti (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,28	1,55	2,35
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,15	0,06	0,10
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,08	0,02	0,04
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	0,468	0,076	0,256
25-34 anni	0,001	0,001	0,001
35-64 anni	0,006	0,010	0,008
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	100,00	98,18	99,75
6-20 volte	-	1,33	0,18
Ogni giorno o quasi	-	0,49	0,07

* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

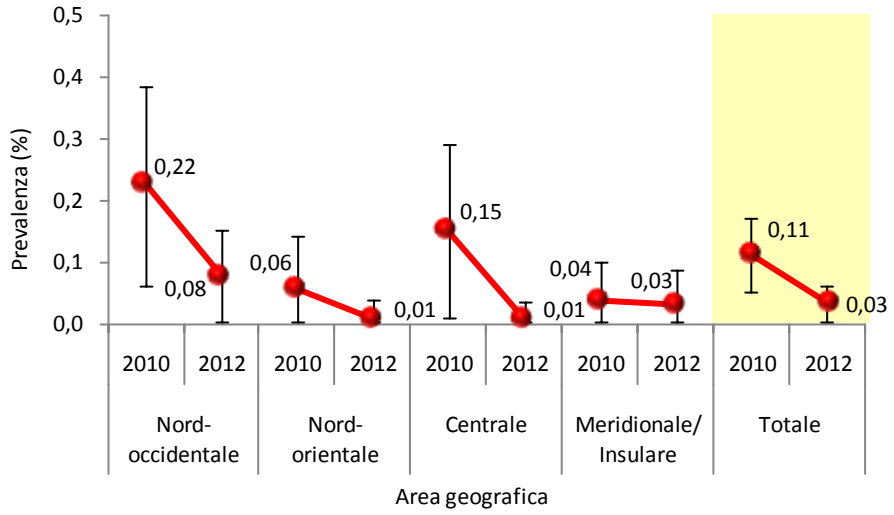
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior consumo di sostanze stimolanti tra i maschi in tutte le fasce d'età

Maggiore frequenza di consumo occasionale

Analizzando nel dettaglio le sostanze stimolanti (ecstasy e amfetamine) per area geografica di residenza e anno di rilevazione, si osserva una generale tendenza alla contrazione del numero dei consumatori di ecstasy in tutte le aree, anche se non supportata da riduzioni statisticamente significative, più consistenti per la popolazione dell'Italia centrale (-93,3%) e dell'Italia nord-orientale (-83,3%) (Figura I.1.20).
Il consumo di amfetamine, al contrario, subisce una forte contrazione pressoché in tutte le aree geografiche. (Figura I.1.21).

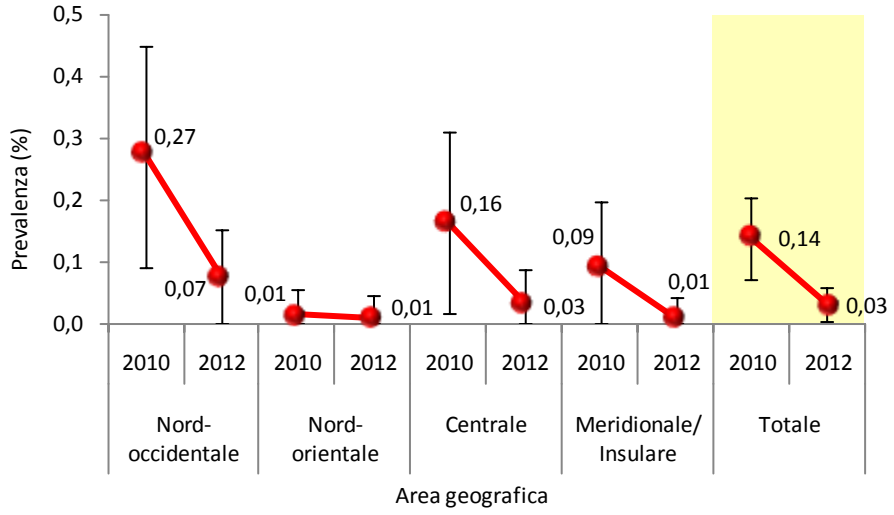
Figura I.1.20: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



Tendenza alla diminuzione dei consumatori di ecstasy in tutte le aree tranne che nell'Italia meridionale/insulare, dove la prevalenza è comunque molto bassa

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

Figura I.1.21: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



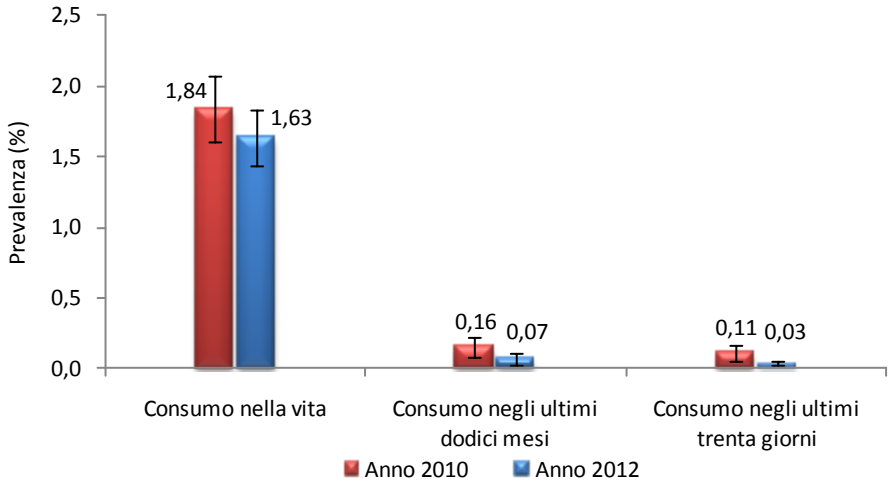
Diminuzione dei consumatori di amfetamine in Italia ad eccezione dell'area Nord-Orientale

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

La prevalenza di consumatori di ecstasy almeno una volta nella vita, nel 2012 è stimato pari a circa l'1,63%, in lieve diminuzione rispetto al 2010; tale percentuale raggiunge lo 0,07% se si considera il consumo annuale e lo 0,03% nei 30 giorni precedenti l'intervista (Figura I.1.22). La contrazione più marcata nel consumo rispetto all'indagine precedente si osserva in relazione all'ultimo mese (-72,7%).
Allo stesso modo, i consumatori di amfetamine che hanno sperimentato l'uso della sostanza almeno una volta nella vita, rilevati nel 2012 sono circa l'1,61% della popolazione generale, con tendenza alla diminuzione rispetto al 2010; tale percentuale scende allo 0,06% se si considera il consumo negli ultimi 12 mesi e allo 0,03% se si considerano i 30 giorni antecedenti l'intervista (Figura I.1.23). Anche in questo caso, la contrazione più marcata nel consumo di questa sostanza rispetto l'anno 2010 si osserva in relazione all'ultimo mese (-78,6%).

Figura I.1.22: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

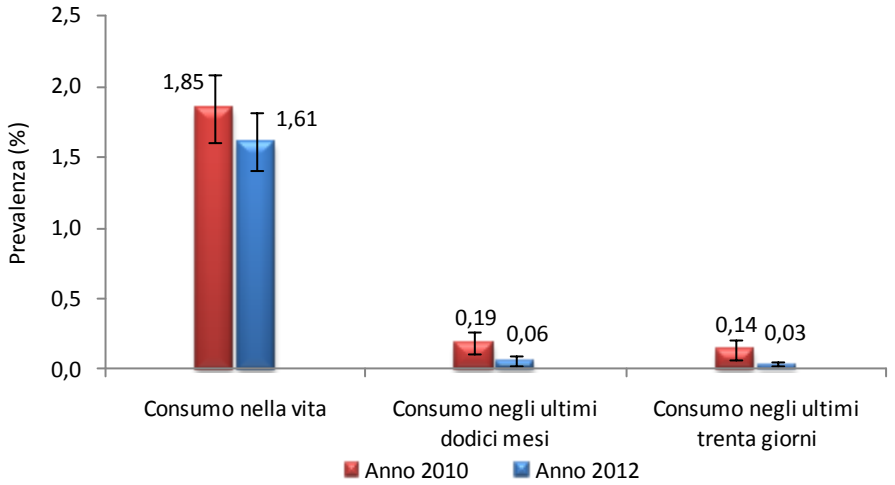
Propensione alla diminuzione dei consumatori di ecstasy in tutti i periodi di riferimento



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

Figura I.1.23: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

Propensione alla diminuzione dei consumatori di amfetamine in tutti i periodi di riferimento



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

Focalizzando l'attenzione sul consumo di ecstasy nel mese antecedente l'intervista, si stima una forte contrazione dei consumatori per entrambi i generi, leggermente più marcata per le femmine rispetto ai maschi (-72,7% vs -80%).
Analogamente, il consumo di amfetamine negli ultimi 30 giorni si stima in diminuzione, più evidente per il genere femminile rispetto a quello maschile (-90,9% vs -77,3%).

Tabella I.1.10: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

Maggior prevalenza di consumatori di ecstasy nei maschi

Ecstasy	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	**2010**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,22	0,06	-0,16	-72,73
Femmine	0,05	0,01	-0,04	-80,00
Totale	**0,11**	**0,03**	**-0,08**	**-72,73**

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

Tabella I.1.11: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

Amfetamine	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	**2010**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,22	0,05	-0,17	-77,27
Femmine	0,11	0,01	-0,10	-90,91
Totale	**0,14**	**0,03**	**-0,11**	**-78,57**

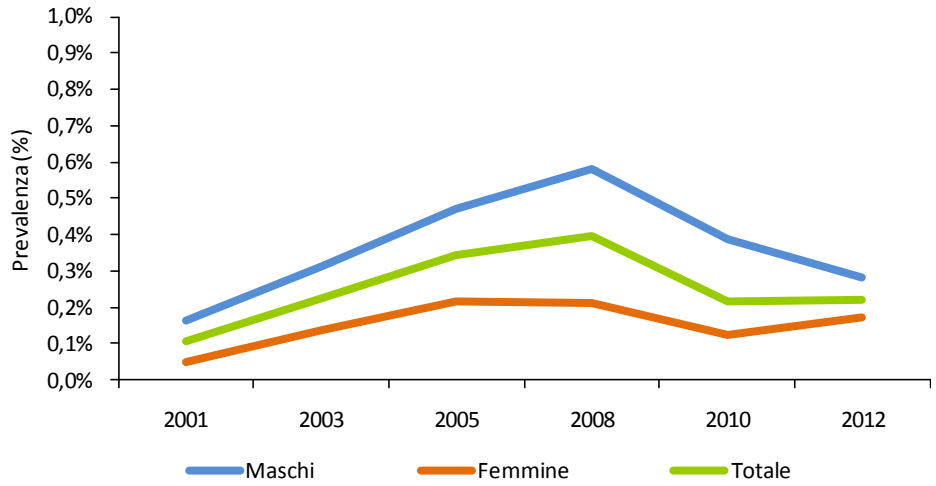
Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza di consumatori di amfetamine nei maschi

I.1.1.6 Consumi di allucinogeni

L'andamento del numero dei consumatori di allucinogeni, una o più volte negli ultimi 12 mesi, rilevato nell'ambito delle indagini di popolazione condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2008, dopo un periodo iniziale con tendenza all'aumento (Figura I.1.24). Nell'ultimo anno di osservazione la propensione alla contrazione di consumo di queste sostanze nei maschi sembra essere diminuita, accompagnata da un lieve aumento per il genere femminile, con una sostanziale stabilità del trend totale.

Figura I.1.24: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2001-2012



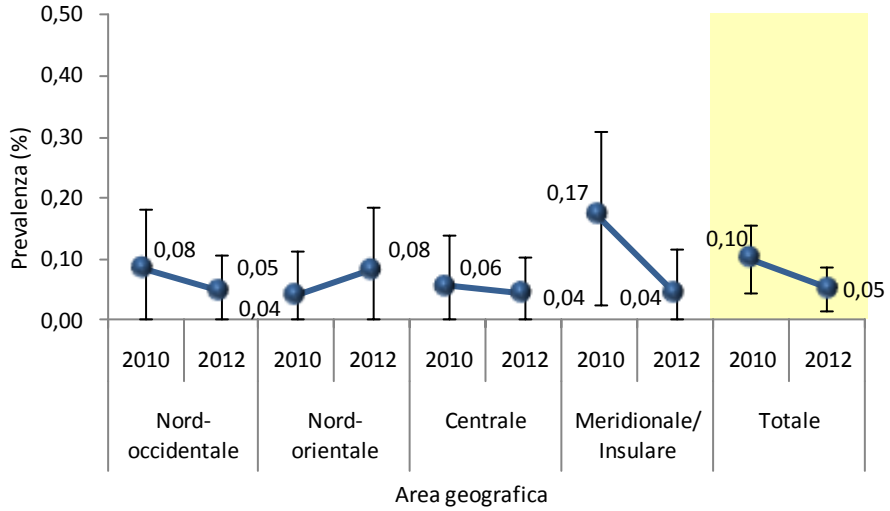
Fonte: IPSAD Italia 2001-2008 – Studi GPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Aumento dei consumatori di allucinogeni fino al 2008, marcata contrazione negli anni successivi

Nell'ultimo anno di rilevazione contrazione dei consumi per i maschi; stabilità per le femmine

Interessante la distribuzione dei consumi di allucinogeni per area geografica rispetto l'anno 2010, caratterizzati da una tendenziale contrazione dei consumatori per i residenti nell'area meridionale/insulare (-76,5%) e da una propensione all'aumento dei consumatori di queste sostanze nell'Italia nord orientale (+50%), tendenze non statisticamente significative. Nelle restanti due aree i consumi stimati subiscono una contrazione nel 2012 pari al 37,5% per l'Italia nord occidentale e al 33,3% per l'Italia centrale (Figura I.1.25).

Figura I.1.25: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



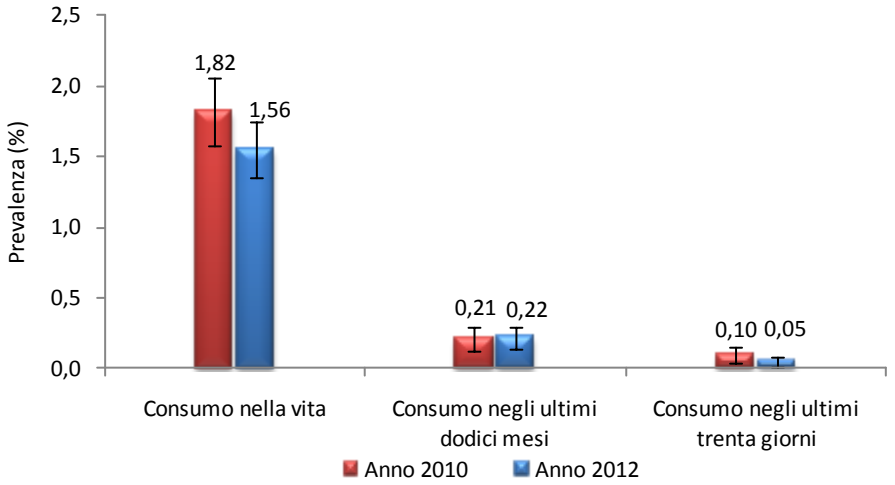
Tendenza alla diminuzione del numero dei consumatori di allucinogeni nell'Italia meridionale/insulare

Propensione all'aumento per l'Italia nord orientale

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

Nel complesso, la prevalenza del consumo di allucinogeni almeno una volta nella vita, riferita all'anno 2012 è stimato all'1,56%, in lieve diminuzione rispetto al 2010 (-14,3%); tale percentuale raggiunge lo 0,05% se si considerano i 30 giorni antecedenti l'intervista (Figura I.1.26).

Figura I.1.26: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



Prevalenza del numero dei consumatori di allucinogeni tendenzialmente stabile rispetto al 2010

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

Focalizzando l'attenzione al consumo di allucinogeni negli ultimi 30 giorni, nel 2012 si stima una diminuzione più marcata per il genere maschile (-61,9%) rispetto al genere femminile (-25%), anche se la stima di consumo nei maschi resta più elevata rispetto alle femmine (0,08% vs 0,03%).

Tabella I.1.12: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2010 e 2012

Allucinogeni	Anno		Variazione 2010 vs 2012	
Genere	**2010**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,21	0,08	-0,13	-61,90
Femmine	0,04	0,03	-0,01	-25,00
Totale	**0,10**	**0,05**	**-0,05**	**-50,00**

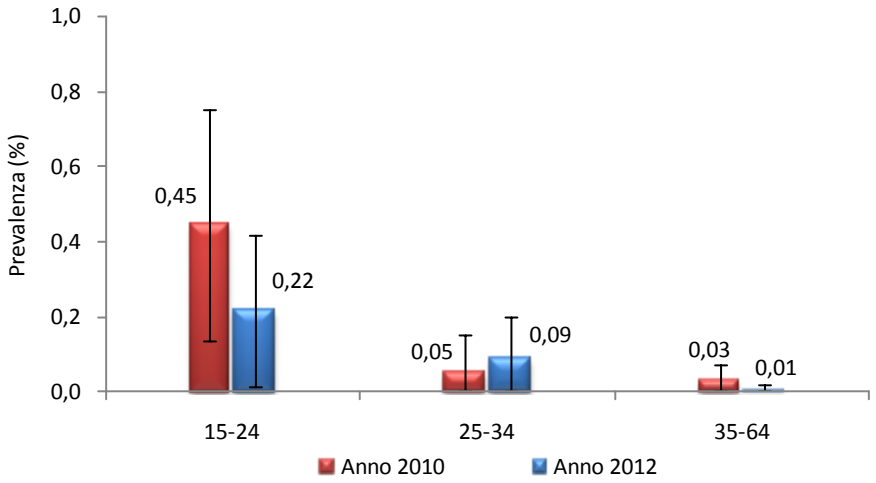
Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza di maschi consumatori di allucinogeni negli ultimi 30 giorni, in contrazione per entrambi i generi

Diversamente dalle altre sostanze per le quali era stata registrata una propensione alla contrazione dei consumatori per tutte le fasce d'età considerate, per gli allucinogeni emerge una variabilità maggiore, pur non registrandosi differenze statisticamente significative (Figura I.1.27).

Figura I.1.27: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

Tra 2010 e 2012 stima invariata per fascia d'età 25-34 anni



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

Nel 2012 la stima di consumatori di allucinogeni per genere evidenzia un'assunzione minore per le femmine rispetto ai maschi in tutte le fasce temporali considerate (Tabella I.1.13). Sembra che il 2,3% dei maschi abbia fatto uso almeno una volta nella vita di queste sostanze contro lo 0,9% delle femmine.
Tra i consumatori della sostanza che l'hanno assunta negli ultimi 30 giorni, sembra decisamente più frequente il consumo occasionale, senza differenze sostanziali tra i generi.

Concentrando l'analisi sul consumo di allucinogeni nei 30 giorni antecedenti l'indagine per genere e fascia d'età**,** si osservano differenze non statisticamente significative tra maschi e femmine in tutte le fasce d'età (Figura I.1.28).

Tabella I.1.13: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di allucinogeni (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,32	0,91	1,56
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,28	0,17	0,22
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,08	0,03	0,05
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	0,30	0,15	0,22
25-34 anni	0,15	0,04	0,09
35-64 anni	0,01	0,00	0,01
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-5 volte	100,00	99,68	99,83
6-20 volte	-	0,32	0,17
Ogni giorno o quasi	-	-	-

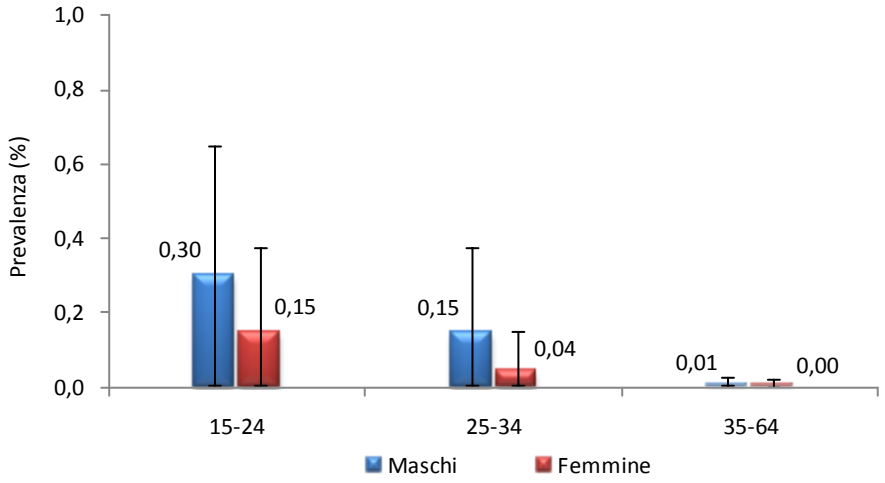
* Elaborazioni su fascia d'età 18-64

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior consumo di allucinogeni tra i maschi in tutte le fasce d'età

Tra i consumatori, maggiore frequenza di consumo occasionale

Figura I.1.28: Consumo di allucinogeni nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

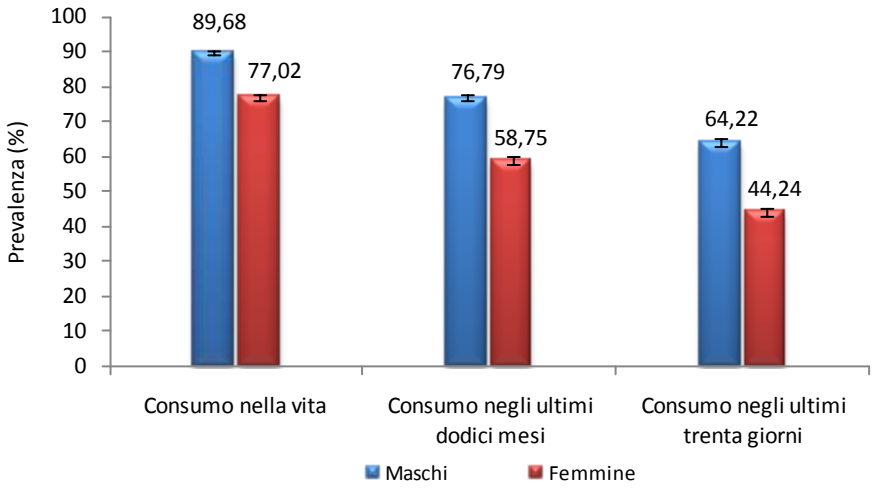
Differenze non statisticamente significative tra maschi e femmine nelle varie fasce di età

I.1.1.7 Consumo di alcol

Nell'indagine di popolazione generale 15-64 anni, condotta nel primo semestre 2012 sul consumo di sostanze psicoattive, la prevalenza di consumatori di bevande alcoliche, almeno una volta nella vita, è risultata pari all'82,8%; la prevalenza nell'ultimo anno è del 67,0% mentre quella del consumo nell'ultimo mese è pari al 53,4%. Per tutti i periodi di riferimento si osservano differenze statisticamente significative tra i consumatori di genere maschile e quelli di genere femminile, più numerosi nel primo gruppo rispetto al secondo (Figura I.1.29).

Figura I.1.29: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni, per sesso – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012

Il consumo di bevande alcoliche interessa più i maschi delle femmine, in ciascuna modalità di consumo osservata

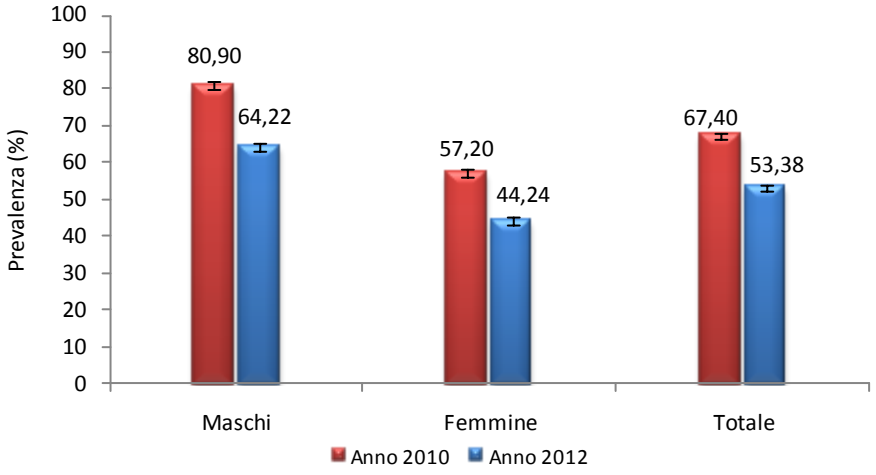


Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'analisi sulla prevalenza dei consumatori negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista e operando un confronto con i dati rilevati nello studio del 2010, si osservano contrazioni statisticamente significative della prevalenza dei consumatori sia tra il genere maschile sia tra le femmine (Figura I.1.30).

Figura I.1.30: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012

Calano sia i consumatori di bevande alcoliche maschi che le femmine

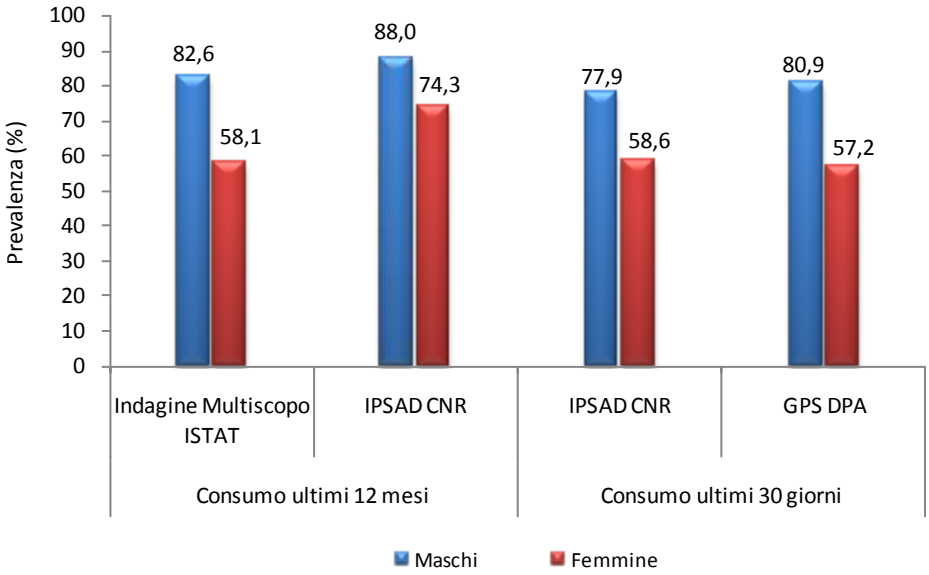


Fonte: Studi GPS-DPA 2010 e GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto con altre fonti informative che indagano il fenomeno del consumo di alcolici nella popolazione generale, evidenzia per il 2010 prevalenze di consumatori negli ultimi 12 mesi tendenzialmente superiori nello studio IPSAD condotto dal CNR, soprattutto per il genere femminile, se confrontate con i dati risultanti dall'indagine multiscopo condotta dall'ISTAT. Risultati tendenzialmente coerenti emergono, sia per i maschi che per le femmine, dal confronto sulla prevalenza di consumatori di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni, ottenute nell'ambito di due studi indipendenti condotti dal Consiglio Nazionale per la Ricerca e dal Dipartimento Politiche Antidroga (Figura I.1.31).

Coerenza dei risultati ottenuti nel 2010 da due indagini realizzate da due fonti indipendenti (CNR e DPA), consumo negli ultimi 30 giorni

Figura I.1.31: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni secondo differenti fonti. Anno 2010

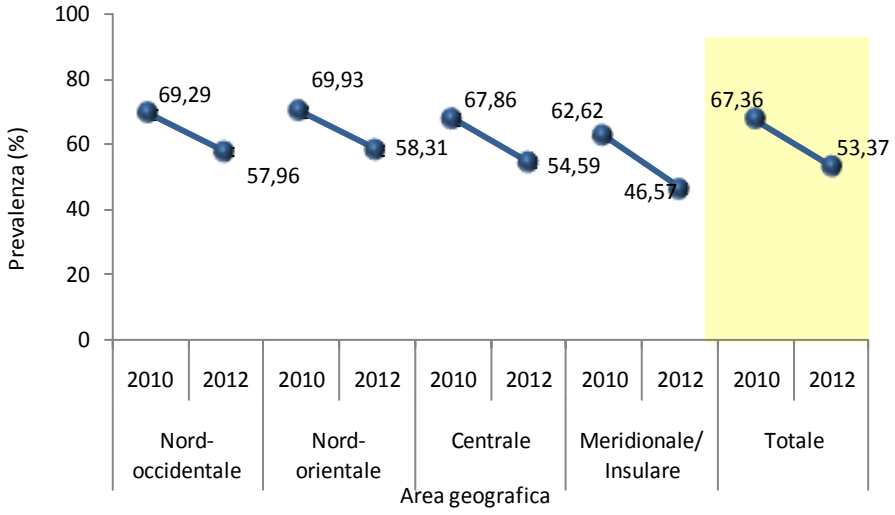


Prevalenze di consumatori di bevande alcoliche secondo fonti informative indipendenti

Fonte: Indagine Multiscopo ISTAT 2010, IPSAD CNR 2010, Studio GPS-DPA 2010 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sempre sulla prevalenza dei consumatori negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista e confrontando i risultati del 2012 con quelli del 2010 per area geografica, si osservano contrazioni statisticamente significative della prevalenza dei consumatori in tutte le aree del territorio nazionale (Figura I.1.32).

Figura I.1.32: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2010 e 2012



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

Restringendo sempre l'analisi ai consumatori di bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni, si osserva una netta differenza della distribuzione percentuale dei consumatori secondo la frequenza di assunzione, tra maschi e femmine. Mentre per i maschi la percentuale di soggetti che hanno bevuto alcolici 1-2 volte nel mese è molto vicina a quella dei soggetti che hanno bevuto alcolici ogni settimana del

mese (50,6% vs 49,4%), per le femmine la distribuzione è di circa due donne su tre per la prima modalità (68,0%) e una donna su tre per la seconda modalità (32,0%).

Tabella I.1.14: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

Consumo di alcol (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	89,68	77,02	82,81
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	76,79	58,75	67,01
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	64,22	44,24	53,38
Fascia età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	64,82	57,12	60,61
25-34 anni	69,74	51,05	58,97
35-64 anni	62,65	39,09	50,10
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)*			
1-2 volte	50,56	68,01	58,42
Ogni settimana	49,44	31,99	41,58

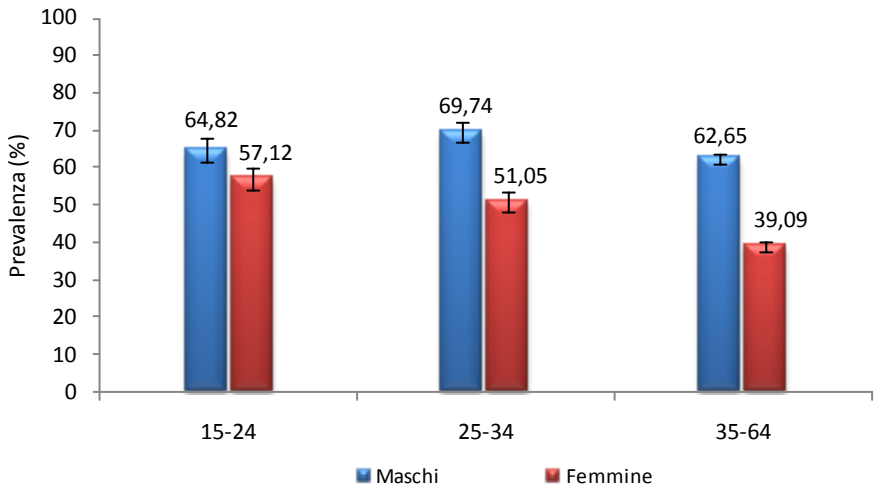
** Elaborazioni su fascia d'età 18-64*

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 17,2% della popolazione tra i 15 e i 64 anni non ha mai assunto bevande alcoliche nella vita

Anche l'analisi della prevalenza di consumo di bevande alcoliche negli ultimi trenta giorni ripartita per fascia d'età e sesso, mostra due tendenze differenti: le prevalenze dei maschi si presentano stazionarie, mentre quelle delle femmine diminuiscono con l'aumentare dell'età e risultano statisticamente inferiori rispetto ai consumatori maschi. Il divario tra i due sessi aumenta con l'età: nella prima fascia d'età la differenza è di 7,7 punti percentuali, nella seconda è di 18,7, mentre nella terza è di 23,6.

Figura I.1.33: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

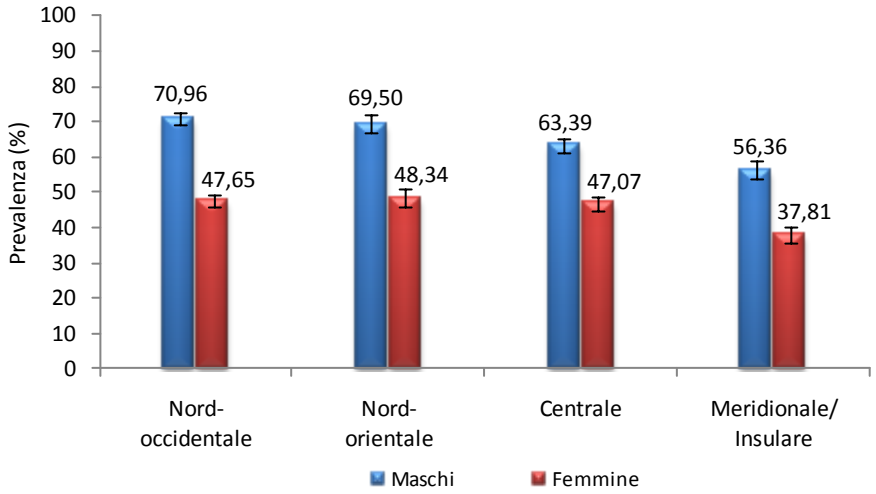
La prevalenza di consumatrici di alcol diminuiscono con l'aumentare dell'età

I confronti successivi mostrano le prevalenze di consumatori di alcolici (negli ultimi trenta giorni) ripartito nelle quattro aree geografiche. L'Italia settentrionale presenta i valori più alti, sia per i maschi (71,0% per il nord-ovest e 69,5% per il nord-est) che per le femmine (47,6% per il nord-ovest e 48,3% per il nord-est), a seguire l'Italia centrale (63,4% per i maschi e 47,1% per le femmine) ed infine l'Italia meridionale/insulare (56,4% per i maschi e 37,8% per le femmine). Per le regioni settentrionali, inoltre, è maggiore anche il divario tra consumatori e

consumatrici (circa 22,4 punti percentuali) rispetto alle regioni centrali (16,3 punti percentuali) e a quelle meridionali/insulari (18,6 punti percentuali).

Figura I.1.34: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche è maggiore nell'Italia settentrionale

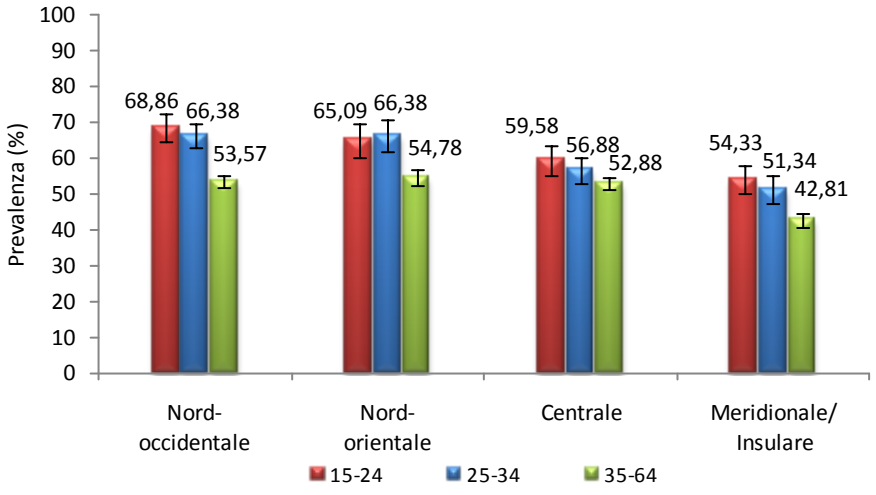


Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

In generale, con l'aumentare dell'età, le aree geografiche presentano il medesimo andamento decrescente della prevalenza di consumo di alcolici nei trenta giorni antecedenti l'intervista; solo per l'area nord-orientale, la prevalenza della fascia d'età compresa tra i 25 e i 34 anni (66,4%) è superiore alle altre due (65,1% e 54,8%) (Figura I.1.35).

Figura I.1.35: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età e area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012

La prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche tende a decrescere con l'aumentare dell'età in tutte le aree geografiche ad eccezione dell'Italia nord-orientale



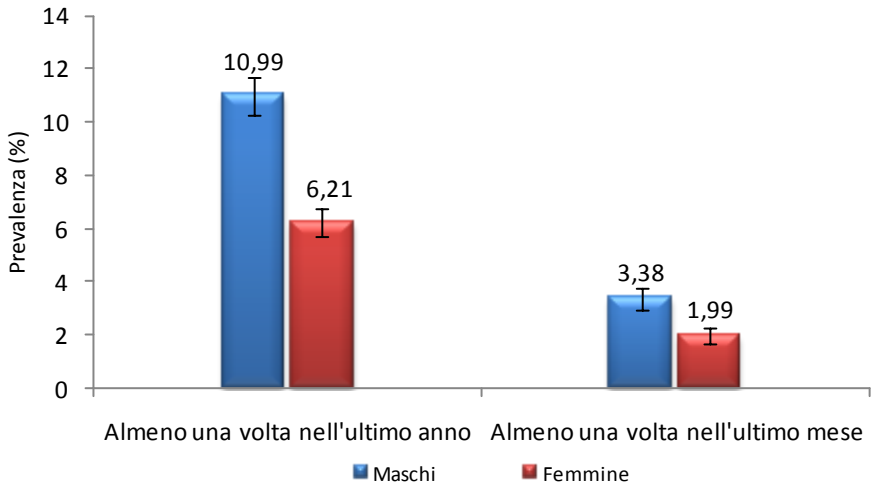
Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

In aggiunta all'analisi sul consumo delle sostanze alcoliche, è stato indagato anche il fenomeno delle ubriacature, limitatamente all'ultimo anno.
Per i maschi la prevalenza di soggetti che si sono ubriacati nell'ultimo anno è quasi il doppio rispetto a quella delle femmine (11,0% contro 6,2%), mentre passando alle ubriacature dell'ultimo mese il divario si restringe (3,4% contro 2,0%),

accompagnato anche da un abbassamento delle prevalenze.

Figura I.1.36: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni, per sesso – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012

L'8,4% della popolazione si è ubriacata nell'ultimo anno; il 2,6% si è ubriacata nell'ultimo mese



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'indagine multiscopo condotta dall'ISTAT nel 2010 ha indagato il consumo di oltre sei bicchieri di bevande alcoliche in un'unica occasione almeno una volta negli ultimi 12 mesi, osservando una prevalenza di consumatori pari al 10,3%, in linea con il dato sulle ubriacature della GPS 2012 (8,4%), con differenze significative tra maschi (16,2% vs 11,0% della GPS 2012) e femmine (4,5% vs 6,2% della GPS 2012).

Confronto con indagine multiscopo 2010

Tabella I.1.15: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni. Anno 2012

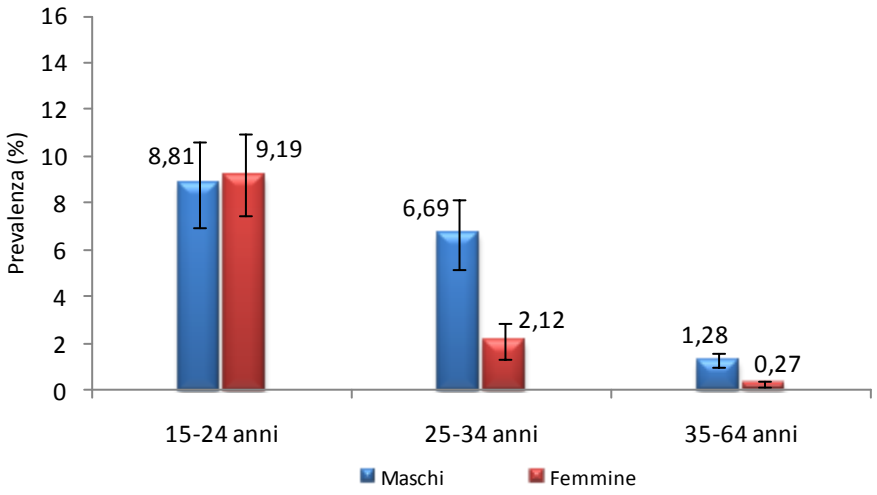
Episodi di ubriacatura (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nell'ultimo anno (LYP)	10,99	6,21	8,40
Almeno una volta nell'ultimo mese (LMP)	3,38	1,99	2,63
Fascia età (episodi negli ultimi 30 giorni) (%)			
15-24 anni	8,81	9,19	9,01
25-34 anni	6,69	2,12	4,06
35-64 anni	1,28	0,27	0,74

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Analizzando i fenomeni di ubriacatura per fascia d'età e genere, si osserva una maggiore prevalenza del fenomeno all'interno della classe d'età più giovane e un andamento decrescente con l'aumentare dell'età con intensità diversa nei due generi. Un'ultima osservazione viene fatta in merito alla differente prevalenza tra i generi: nella fascia d'età 15-24 anni, infatti, i valori per entrambi i generi si equivalgono, mentre nelle altre due classi d'età la prevalenza maschile è tre o quattro volte superiore il valore della prevalenza femminile (6,7% contro 2,1%, 1,3% contro 0,3%).

Figura I.1.37: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per sesso e fascia d'età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012

Nella prima fascia d'età le femmine si ubriacano al pari dei maschi (9,2% e 8,8%)

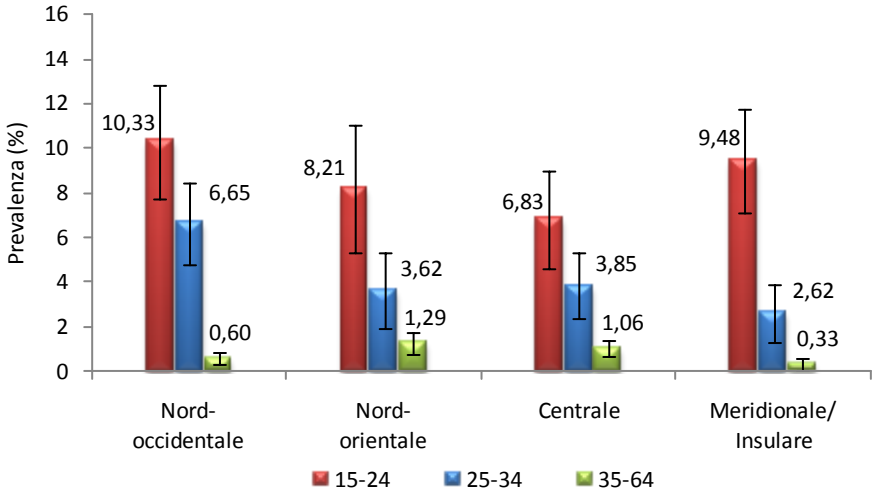


Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le prevalenze relative agli episodi di ubriacatura all'interno di ciascuna area geografica mostrano un rapporto non omogeneo tra i generi: al nord-ovest le femmine che si sono ubriacate nell'ultimo mese sono meno della metà dei maschi, al nord-est sono circa i due terzi, al centro sono meno di un terzo, mentre al sud e nelle isole le femmine si ubriacano in misura maggiore rispetto ai maschi (+0,3 punti percentuali).
In relazione alla fascia d'età in cui avvengono le ubriacature, vi è una maggiore propensione all'uso di bevande alcoliche nell'Italia nord-occidentale, anche se non supportata da differenze statisticamente significative tra le aree geografiche. In tutte le aree, si osserva il medesimo andamento decrescente con l'aumentare dell'età, seppur con intensità e significatività statistica differente tra le aree geografiche.

Figura I.1.38: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, per fascia d'età e area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anno 2012

Forte componente giovanile nelle ubriacature di ciascuna ripartizione geografica



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.8 Policonsumo

Nelle tabelle presentate di seguito viene analizzato il fenomeno del policonsumo, cioè del consumo di più sostanze psicoattive, legali ed illegali. Nello specifico vengono riportati i dati relativi ai poliassuntori che hanno assunto sostanze diverse negli ultimi 30 giorni.
I dati, riferiti al campione dei rispondenti e non a tutta la popolazione, mostrano che la combinazione alcol, tabacco e cannabis è la più diffusa, la quale rappresenta il 62,9% dei policonsumatori (62,3% per i maschi e 64,1% per le femmine).
Per quanto riguarda, invece, l'assunzione di alcol e cannabis e l'assunzione di tabacco e cannabis, le percentuali sono più basse e pari rispettivamente all'11,4% (12,3% per i maschi e 11,4% per le femmine) e al 7,4% (7,2% per i maschi e 7,6% per le femmine). Da sottolineare la percentuale di consumatori che consumano più di tre sostanze, la quale è pari al 10,1%.

Tabella I.1.16: Distribuzione delle persone che hanno assunto due o più sostanze psicotrope, legali o illegali, nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alcol+Cannabis	29	12,29	13	9,92	42	11,44
Tabacco+Cannabis	17	7,20	10	7,63	27	7,36
Consumo di 2 sostanze - altro	8	3,39	5	3,82	13	3,54
Alcol+Tabacco+Cannabis	147	62,29	84	64,12	231	62,94
Consumo di 3 sostanze - altro	10	4,24	7	5,35	17	4,64
Più di 3 sostanze	25	10,59	12	9,16	37	10,08
Totale	**236**	**100,00**	**131**	**100,00**	**367**	**100,00**

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 62,9% della popolazione tra i 15 e i 64 anni che ha riferito l'uso di 2 o più sostanze negli ultimi 30 giorni, ha assunto alcol, tabacco e cannabis

Confrontando ora i dati del policonsumo (negli ultimi trenta giorni) negli ultimi due anni di rilevazione, le variazioni che si possono osservare sono notevoli.
La differenza maggiore che si riscontra è nel consumo combinato di alcol, tabacco e cannabis: il valore del 35,4% osservato nel 2010, diventa 62,9% nel 2012, con un aumento del 77,7%. Anche la combinazione di alcol e cannabis aumenta, anche se con intensità minore, rispetto al 2010 (+9,8%).
Per le altre combinazioni, invece, la variazione ha segno negativo: la combinazione tabacco e cannabis, il consumo di altre due sostanze, e il consumo di altre tre sostanze presentano una diminuzione pari o maggiore del 60%. Per il consumo di più di tre sostanze, invece, la frequenza di consumo passa da 14,6% a 10,1%, registrando una variazione negativa del 30,9%.

Nei policonsumatori aumento della combinazione cannabis, alcol e tabacco dal 35% al 63%

Tabella I.1.17: Distribuzione delle persone che hanno assunto due o più sostanze illegali nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2010 e 2012

	Anno 2010		Anno 2012		Δ 2012-2011	
	N	%	N	%	Δ	Δ%
Alcol+Cannabis	40	10,42	42	11,44	1,0	9,79
Tabacco+Cannabis	69	17,97	27	7,36	-10,6	-59,04
Consumo di 2 sostanze - altro	33	8,59	13	3,54	-5,1	-58,79
Alcol+Tabacco+Cannabis	136	35,42	231	62,94	27,5	77,70
Consumo di 3 sostanze - altro	50	13,02	17	4,64	-8,4	-64,36
Più di 3 sostanze	56	14,58	37	10,08	-4,5	-30,86
Totale	**384**	**100,00**	**367**	**100,00**	**-**	**-**

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

Viene qui di seguito riportata la distribuzione di prevalenza condizionata (riportata alla popolazione di riferimento) d'uso di sostanze legali e illegali negli ultimi trenta giorni.

Tabella I.1.18: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

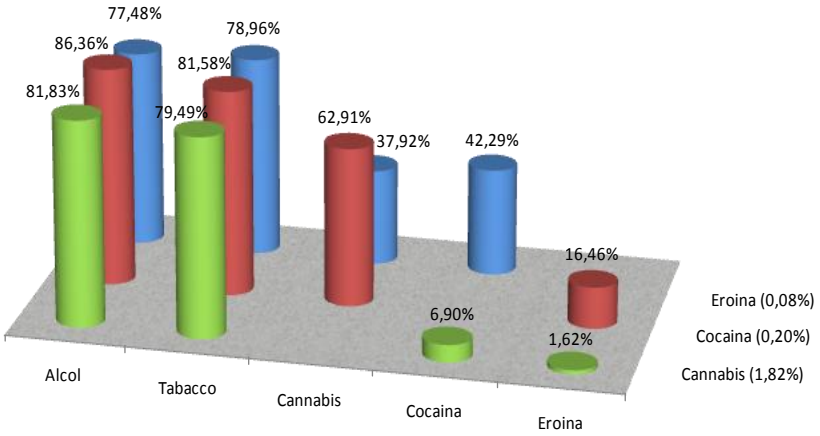
Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis (1,82%)	81,83%	79,49%		6,90%	1,62%
Cocaina (0,20%)	86,36%	81,58%	62,91%		16,46%
Eroina (0,08%)	77,48%	78,96%	37,92%	42,29%	

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

L'1,82% della popolazione tra i 15 e i 64 anni riferisce di aver consumato cannabis negli ultimi trenta giorni; tra questi, l'81,8% ha consumato bevande alcoliche, il 79,5% ha fumato negli ultimi trenta giorni, il 6,9% ha fatto uso di cocaina e l'1,6% ha fatto uso di eroina.
I consumatori di cocaina nell'ultimo mese, invece, si stimano pari allo 0,20% della popolazione generale e, di questi, l'86,4% ha bevuto alcolici, l'81,6% ha fumato nell'ultimo mese, il 62,9% ha consumato cannabis e il 16,5% ha fatto uso di eroina.
Infine, per l'eroina, i soggetti che ne hanno fatto uso negli ultimi trenta giorni si stimano essere lo 0,08% della popolazione generale. Il 77,5% di questi ha consumato alcolici, il 79,0% ha fumato, il 37,9% ha consumato cannabis almeno una volta nell'ultimo mese e il 42,3% ha fatto uso di cocaina. La figura sottostante riporta i valori sopra analizzati, mostrando graficamente il maggior consumo delle tre sostanze considerate (cannabis, cocaina ed eroina) abbinato al consumo di alcol e tabacco.

Figura I.1.39: Distribuzione condizionata del policonsumo nella popolazione generale 15-64 anni negli ultimi 30 giorni, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina. Anno 2012



Consumatori di cannabis:
6,9% anche cocaina
1,6% anche eroina

Consumatori di cocaina:
62,9% anche cannabis
16,5% anche eroina

Consumatori di eroina:
37,9% anche cannabis
42,3% anche cocaina

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.1.9 Metodologia

In questo paragrafo vengono riportati i criteri metodologici utilizzati nell'ambito della pianificazione e realizzazione dello studio di popolazione generale mediante

somministrazione di questionario cartaceo e sul livello di adesione dello stesso.

Disegno di campionamento

Campioni rappresentativi

Il piano di campionamento delle unità statistiche per l'indagine postale è stato definito considerando come variabili di stratificazione le fasce d'età 18-24 anni, 25-34 anni, 35-64 anni all'interno delle aree geografiche dell'Italia nord-occidentale, nord-orientale, centrale, meridionale/insulare. La dimensione campionaria è stata definita in modo tale da avere stime significative per ciascun strato definito in precedenza. Sulla base del modello di campionamento delle unità statistiche predisposto per l'indagine, sono state inizialmente selezionate le unità statistiche di primo stadio (comuni di residenza), distinguendo i comuni autorappresentativi (di grande dimensione, con una popolazione residente superiore ai 100.000 abitanti) dai comuni non-autorappresentativi (con 1.000 – 100.000 abitanti). Il piano di campionamento seguito è a due stadi, con due diversi livelli di stratificazione. Un primo strato era composto dai comuni auto-rappresentativi; gli altri strati erano formati dai comuni non auto-rappresentativi appartenenti alle diverse province (due comuni per provincia). Per ciascun comune estratto, si è proceduto alla selezione delle unità statistiche di secondo stadio (residenti).
La selezione dei nominativi dei soggetti da intervistare - per ciascun comune e stratificati per fascia d'età - è stata effettuata attraverso una procedura di campionamento casuale semplice, al fine di garantire la casualità delle unità statistiche individuate.

Tabella I.1.19: Distribuzione dei soggetti da intervistare nell'indagine di popolazione – GPS-DPA 2012 – secondo il piano di campionamento, per classi d'età e ripartizione geografica

Indagine su 60.000 italiani 18-64 anni

Ripartizione geografica	18-24	25-34	35-64	Totale
Italia nord-occidentale	1.628	3.566	11.767	**16.961**
Italia nord-orientale	928	1.968	6.467	**9.363**
Italia centrale	1.780	3.600	11.427	**16.807**
Italia meridionale	1.294	2.272	6.152	**9.718**
Italia insulare	952	1.657	4.544	**7.153**
Totale	**6.582**	**13.063**	**40.357**	**60.002**

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

In Tabella I.1.19 è rappresentata la distribuzione dei soggetti da intervistare – sulla base del piano di campionamento – secondo la classe d'età e l'area geografica di appartenenza.

Strumento di indagine

Questionario postale autocompilato

Per la raccolta dei dati necessari per rispondere agli obiettivi dell'indagine, è stato predisposto un questionario postale autocompilato totalmente anonimo, attraverso il quale si chiedeva all'intervistato di esprimersi, sia in termini di esperienza che in termini di opinione, in merito a quattro ambiti ben definiti:

a) lo stile di vita: attività fisica e tempo libero, stato di salute, uso di tabacco, di alcol, di energy drink e di farmaci (sedativi, tranquillanti, barbiturici, steroidi anabolizzanti, ecc.);
b) il consumo di sostanze psicoattive: Smart Drugs di origine naturale, hashish e/o marijuana, salvia divinorum, ecstasy, amfetamine, eroina e/o altri oppiacei, allucinogeni - funghi, mescalina, sintetici, ketamina -, LSD, LSA (semi hawaiani), cocaina e/o crack, sostanze inalanti (colle, solventi, popper),

kobret, con riferimento a diversi intervalli temporali, ovvero:
- almeno una volta nella vita
- almeno una volta negli ultimi 12 mesi
- almeno una volta negli ultimi 30 giorni

c) il gioco d'azzardo negli ultimi 12 mesi: lotterie istantanee, giochi a premi, scommesse, giochi da tavolo con denaro in palio, giochi on-line con denaro il palio, giochi al casinò;
d) la percezione del rischio di salute legato al consumo di sostanze psicoattive e la valutazione del rischio che le persone incorrono nell'assumere determinati comportamenti.

La sezione iniziale del questionario conteneva alcune domande sulle caratteristiche socio-anagrafiche del rispondente, che sono state considerate nelle analisi di approfondimento dei profili dei consumatori di sostanze psicoattive. Il rispondente poteva, inoltre, riportare eventuali note o osservazioni in un apposito spazio posto alla fine del questionario.
Quasi tutti i quesiti prevedevano risposte chiuse contrassegnate, ad eccezione delle domande che richiedevano l'indicazione di un valore numerico (ad esempio: anni di inizio assunzione) o di una stringa di caratteri (ad esempio: comune di residenza). Come riportato nel prospetto seguente, il numero di quesiti totali del questionario variava da un minimo di 80 ad un massimo di 169, a seconda del profilo che caratterizzava la persona intervistata (Tabella I.1.20).

Tabella I.1.20: Numero di quesiti utilizzati nel questionario, per ciascuna sezione

Sezione del questionario	Numero quesiti	
	Minimo	Massimo
Sezione A - Informazioni generali	9	9
Sezione B - Stili di vita	3	5
Sezione C - Tabacco	1	5
Sezione D - Alcol	1	10
Sezione E - Energy Drink	1	3
Sezione F - Farmaci	4	17
Sezione G - Altre sostanze	26	78
Sezione H - Gioco	11	11
Sezione I - Stato di salute	8	15
Sezione L - Opinioni	16	16
Totale	80	169

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Studi di popolazione generale negli altri Paesi Europei

Particolare attenzione è stata dedicata alla predisposizione del questionario, sotto l'aspetto dei contenuti e dal punto di vista grafico. Per valutarne la completezza e le sue eventuali differenze con altri strumenti già utilizzati in studi analoghi, è stata svolta una dettagliata ricerca bibliografica della letteratura scientifica in merito agli studi di popolazione generale sul consumo di sostanze psicotrope attuati dagli altri Paesi Europei.
La maggior parte degli Stati europei utilizza il metodo di indagine faccia-a-faccia, adottando il tradizionale questionario cartaceo o il metodo CAPI (Computer Assisted Personal Inteviewing). Soltanto 4 Paesi oltre all'Italia (Estonia, Svezia, Finlandia e Germania) utilizzano il questionario postale, con un tasso di risposta che varia da circa il 50% dell'Estonia (anno di riferimento 2003) al 60% della Svezia (anno di riferimento 2006). A questo proposito, è stata effettuata un'analisi delle possibili strategie da adottare per incrementare il tasso di risposta nelle

Strategie per l'aumento del tasso di risposta

indagini postali. In quest'analisi sono state poste a confronto alcune delle metodologie che influenzano il tasso di risposta in modo più significativo. In particolare, dallo studio risulta che l'invio di un incentivo monetario raddoppia la probabilità di risposta rispetto al non utilizzo; al contrario, adottare un questionario contenente domande sensibili concorre a far diminuire il tasso di risposta rispetto ad un questionario che non le contiene. Un'ulteriore strategia che potrebbe portare ad un tasso di risposta più elevato potrebbe essere quella di utilizzare un questionario più corto e più appetibile rispetto ad un questionario lungo ed in bianco e nero. Infine, l'invio del questionario cartaceo mediante raccomandata postale potrebbe raddoppiare la probabilità che un soggetto risponda, rispetto al suo invio mediante posta ordinaria.

Realizzazione dello studio

Alta percentuale di adesione al questionario postale

Lo studio di popolazione generale è stato condotto nel primo semestre 2012 mediante invio del questionario postale a 60.000 cittadini italiani. In totale i questionari compilati pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga ammontavano a 18.436, con una percentuale di adesione allo studio pari al 31,6%. I risultati presentati in questo documento fanno riferimento a 14.971 questionari compilati e pervenuti al Dipartimento per le Politiche Antidroga alla data del 15 maggio, di cui 280 inutilizzabili ai fini delle elaborazioni.

Tabella I.1.21: Distribuzione della percentuale di adesione all'indagine di popolazione – GPS-DPA 2012 – per ripartizione geografica

Ripartizione geografica	Questionari spediti	Questionari non recapitati	Questionari elaborati	% di adesione allo studio
Italia nord-occidentale	16.961	491	4.526	27,5
Italia nord-orientale	9.363	155	2.831	30,7
Italia centrale	16.807	399	4.297	26,2
Italia meridionale	9.718	359	1.825	19,5
Italia insulare	7.153	203	1.212	17,4
Totale	**60.002**	**1.607**	**14.691**	**25,2**

Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Osservando le percentuali di adesione preliminari (rispetto ai 14.971 questionari pervenuti nella prima fase di rilevazione - primo invio), i soggetti residenti al nord-est hanno un tasso di risposta maggiore (30,7%), mentre i rispondenti del sud Italia e delle isole hanno la percentuale di adesione minore (rispettivamente 19,5% e 17,4%).

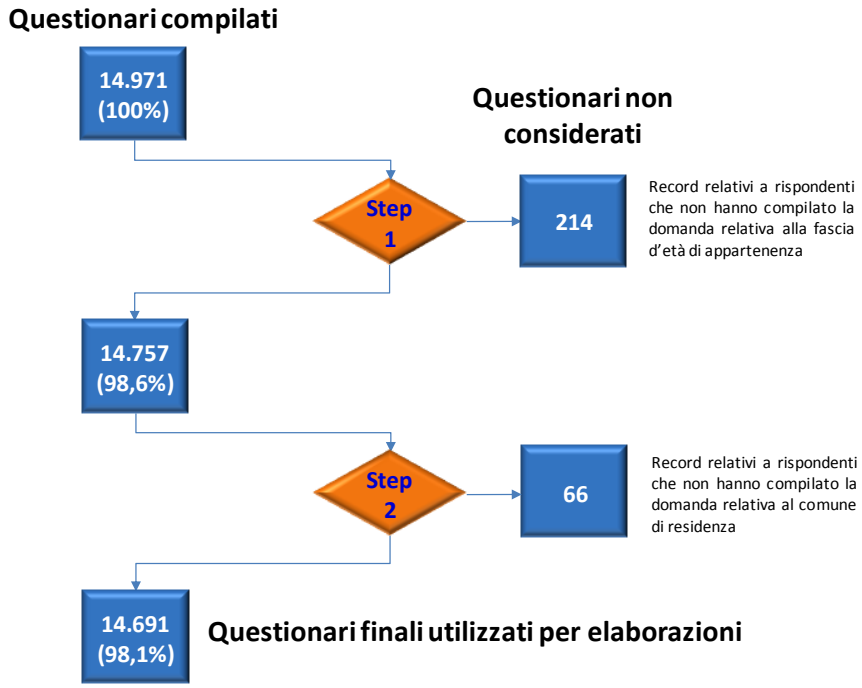
Tasso di risposta maggiore per il nord-est

L'analisi della qualità delle informazioni è stata effettuata applicando alcuni criteri per l'esclusione dei questionari "non utilizzabili" nelle successive elaborazioni dei dati. Nello schema riportato di seguito sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi.

I 280 questionari eliminati dalle analisi successive sono stati ritenuti "non utilizzabili" in quanto assente l'informazione sull'età del rispondente e sul comune di residenza, elementi indispensabili per il calcolo dei pesi campionari da utilizzare per la stima delle prevalenze di consumo nell'intera popolazione di riferimento.

Un ulteriore controllo di qualità è stato effettuato sui 14.691 questionari da elaborare, al fine di verificare e correggere eventuali inconsistenze interne dovute ad errori di compilazione da parte dei rispondenti.

Figura I.1.40: Procedura di controllo qualità dei dati



Fonte: Studio GPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Qualità dei dati: 98,1% di questionari validi per le elaborazioni

L'esperienza di tutta l'epidemiologia è che fra i rispondenti e i non rispondenti vi sia una forte differenza nella variabile oggetto di studio, che nel caso di quest'indagine si traduce nel fatto che la popolazione non rispondente potrebbe usare sostanze stupefacenti molto di più (in questo caso i dati stimati sottostimerebbero il fenomeno), oppure molto di meno (in questo caso si avrebbe una sovrastima del fenomeno). L'ipotesi più probabile e attendibile per l'indagine GPS è la prima, i profili e gli andamenti stimati da queste indagini andranno quindi confrontati ed analizzati nella loro coerenza generale con tutti gli altri provenienti da fonti diverse e rappresentativi di altri aspetti del fenomeno.

I.1.2. Survey 2012 SPS popolazione scolastica 15-19 anni

Indagine su 39.241 giovani studenti delle scuole secondarie di secondo grado

I risultati di seguito riportati emergono dalle analisi condotte sulle risposte fornite da un campione preliminare di 39.241 studenti delle scuole secondarie di secondo grado (alla data del 15 maggio 2012), nell'ambito dell'indagine sul consumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, nella popolazione studentesca nazionale 15-19 anni (SPS-DPA 2012). Lo studio è stato condotto nel primo semestre 2012 dal Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con il Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca e la partecipazione dei Referenti Regionali per l'Educazione alla Salute.
Attraverso l'auto-compilazione di un questionario anonimo, l'indagine campionaria aveva lo scopo di stimare la quota di studenti di 15-19 anni consumatori di sostanze psicoattive in specifici periodi di tempo (almeno una volta nella vita, nel corso dell'ultimo anno e nell'ultimo mese), individuandone anche il pattern dei consumi di sostanze al fine di monitorare l'evoluzione del fenomeno.
In seguito all'analisi della qualità dei dati (paragrafo I.1.2.9) sono stati considerati validi per l'analisi sui consumi di sostanze psicotrope 35.472 questionari, riferiti a soggetti con età 15-19 anni, che rappresentano il 2% del collettivo di studenti 15-

19 anni iscritti all'a.s. 2011-2012 della scuola secondaria di secondo grado. Nella Tabella I.1.22 viene riportata la distribuzione dei soggetti rispondenti per età ed area geografica.

Tabella I.1.22: Distribuzione degli studenti che hanno compilato il questionario, per area geografica ed età. Anno 2012

Area geografica	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale
Italia nord-occidentale	1.883	2.092	2.148	1.899	1.760	9.782
Italia nord-orientale	1.096	1.222	1.299	1.207	1.070	5.894
Italia centrale	1.049	1.195	1.280	1.280	1.171	5.975
Italia meridionale/insulare	2.592	2.812	2.865	2.824	2.728	13.821
Totale	**6.620**	**7.321**	**7.592**	**7.210**	**6.729**	**35.472**

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

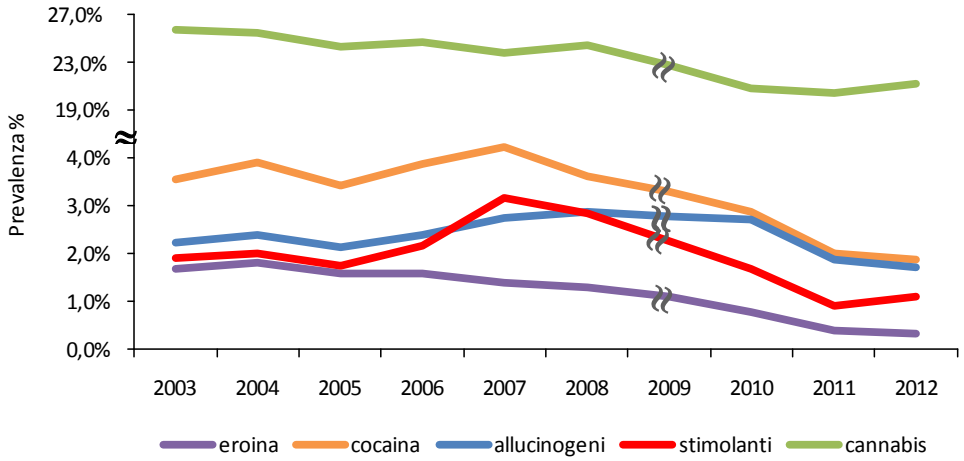
I.1.2.1 Sintesi sui consumi

Trend in diminuzione per cocaina, eroina e allucinogeni, lieve tendenza alla ripresa per l'uso di cannabis, in aumento l'uso di stimolanti

L'analisi generale dell'andamento dei consumi di sostanze stupefacenti negli ultimi 12 mesi , riferiti da studenti di età 15-19 anni rispondenti nel 2012, conferma la tendenza alla contrazione del numero dei consumatori già osservata nel 2011 per la cocaina, gli allucinogeni e l'eroina, una sostanziale stabilità nei consumatori di cannabis, con una lieve tendenza alla ripresa, ed un incremento dell'uso di stimolanti, ecstasy e amfetamine, che interessa però meno del 2% degli studenti coinvolti nello studio (Figura I.1.41).

Il confronto dei consumi di stupefacenti negli ultimi 10 anni, evidenzia una progressiva contrazione della prevalenza di consumatori di cannabis, caratterizzata da una certa variabilità fino al 2008, e da una sostanziale stabilità dal 2010 al 2012, con una lieve tendenza all'aumento in quest'ultimo anno. La cocaina, dopo un tendenziale aumento che caratterizza il primo periodo fino al 2007, segna una costante e continua contrazione della prevalenza di consumatori fino al 2012, con maggiore variabilità nell'ultimo biennio. I consumatori di sostanze stimolanti seguono l'andamento della cocaina fino al 2011, e nel 2012, contrariamente all'anno precedente, si osserva una ripresa dei consumi.
La prevalenza del consumo di allucinogeni ha seguito un trend in leggero aumento nel primo periodo di osservazione, fino al 2008, seguito da una situazione di stabilità nel biennio successivo, ed una contrazione dal 2010 al 2012.
In costante e continuo calo il consumo di eroina sin dal 2004, anno in cui è stata osservata la prevalenza di consumo più elevata nel periodo di riferimento, pur rimanendo a livelli inferiori del 2% degli studenti che hanno compilato il questionario.

Figura I.1.41: Consumo di sostanza stupefacenti nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012



Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Focalizzando l'attenzione al consumo di sostanze nel breve periodo, ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista, si osserva che il consumo di cannabis interessa meno del 13% degli studenti rispondenti, uno su otto, e che l'aumento rispetto al 2011 è pari a 0,29 punti.
La contrazione dei consumi di allucinogeni e di cocaina è più contenuta rispetto alla variazione del consumo di cannabis e rispettivamente pari a 0,16 punti e 0,11 punti. Più sensibile, invece, è la contrazione dei consumi di eroina pari a 0,06 punti, a fronte di un aumento dell'uso di stimolanti negli ultimi 30 giorni, ecstasy e amfetamine, che nel 2012 ha interessato uno studente ogni 166 mentre nel 2011 uno studente ogni 200 rispondenti (Tabella I.1.23).

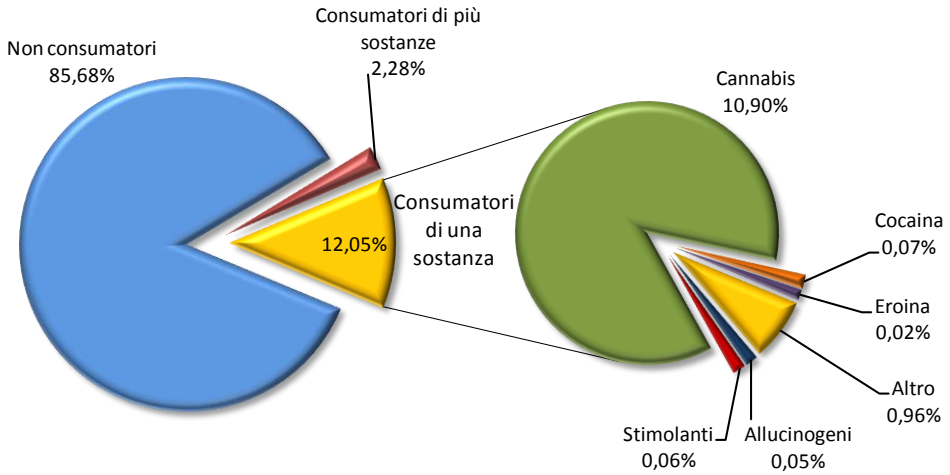
Tabella I.1.23: Consumo di sostanze stupefacenti (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012

Sostanza	Prevalenza 2011	Prevalenza 2012	Differenza 2011-2012
Eroina	0,29	0,23	-0,06
Cocaina	1,17	1,06	-0,11
Cannabis	12,65	12,94	0,29
Stimolanti	0,50	0,57	0,07
Allucinogeni	1,02	0,86	-0,16

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Consumatori ultimi 30 giorni:
- eroina: -0,06
- cocaina: -0,11
- cannabis: +0,29
- stimolanti: +0,07
- allucinogeni: -0,16

Figura I.1.42: Distribuzione degli studenti rispondenti 15-19 anni, secondo il consumo negli ultimi 30 giorni. Anno 2012



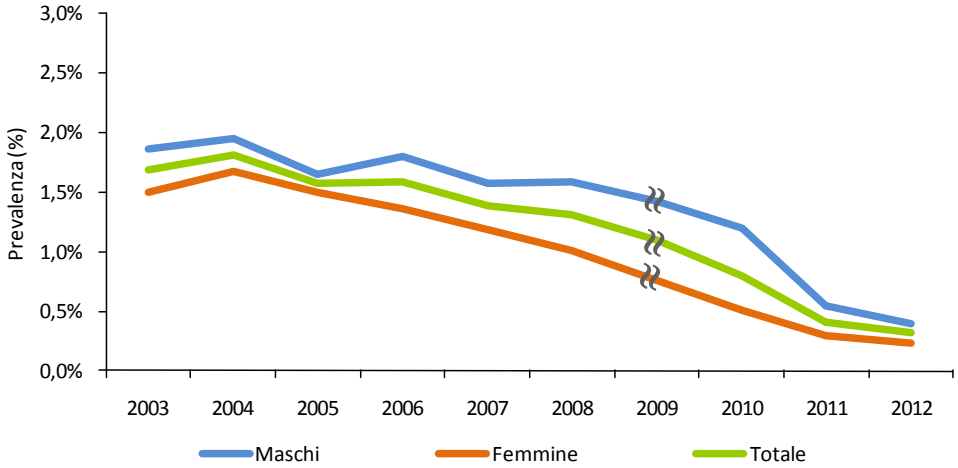
Fonte: Studi SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.2 Consumi di eroina

Trend in diminuzione dell'uso di eroina

Secondo le indicazioni riportate dagli studenti contattati negli studi condotti dal 2000 al 2012, la percentuale degli studenti che hanno assunto eroina una o più volte negli ultimi 12 mesi sembra in continua diminuzione dal 2004, con una propensione alla contrazione sia per le femmine che per i coetanei maschi; meno marcata, risulta la tendenza alla diminuzione per entrambi i generi, nel 2012 rispetto all'anno precedente.

Figura I.1.43: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012

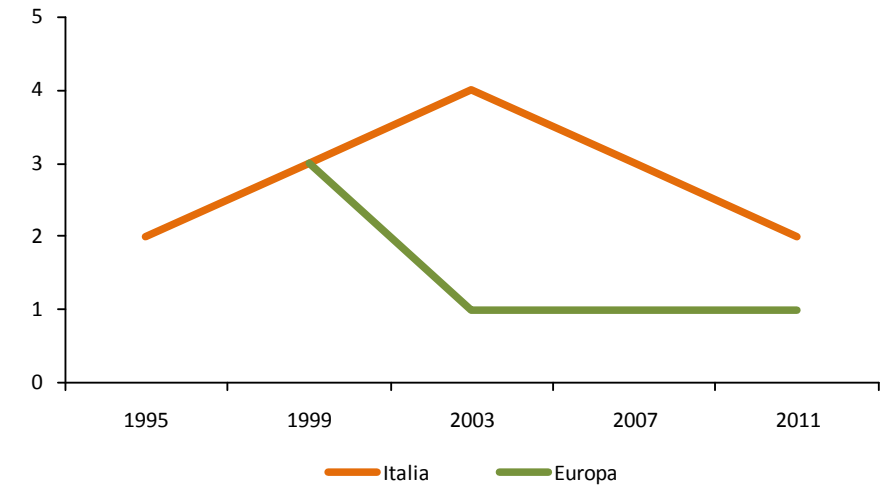


Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

Figura I.1.44: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica di 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

Stabile la prevalenza dei 16enni europei consumatori di eroina dal 2003

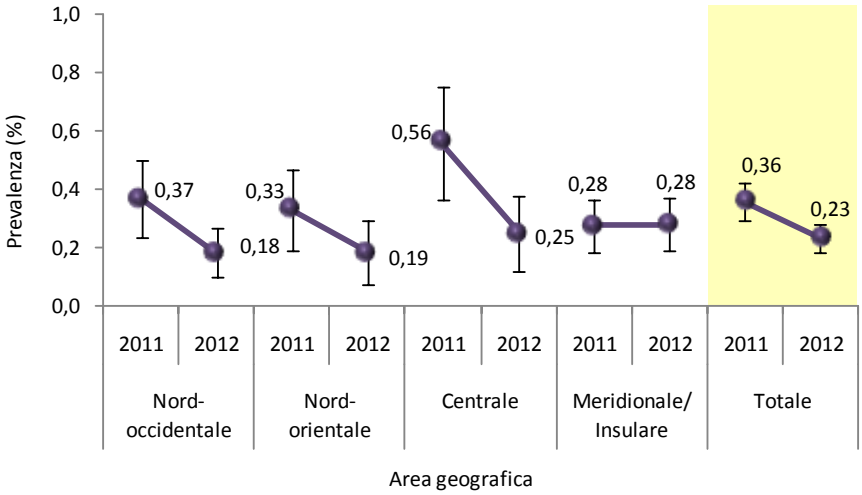


Fonte: ESPAD 1995-2011

L'elevata numerosità campionaria e la distribuzione omogenea sul territorio nazionale degli studenti rispondenti consentono anche l'elaborazione delle stime dei consumi con rappresentatività per area territoriale e nel contempo offrono l'opportunità di confrontare tali risultati con quelli ottenuti nel 2011. Tale confronto evidenzia, nel 2012, consumi più contenuti nell'Italia settentrionale rispetto al centro ed al meridione ed una tendenza alla contrazione, rispetto all'anno precedente, in tutte le aree ad eccezione dell'Italia meridionale/insulare, in cui la prevalenza di studenti assuntori di eroina è rimasta invariata.

Figura I.1.45: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Tendenza alla contrazione dei consumatori in tutte le aree geografiche ad eccezione dell'Italia meridionale/insulare

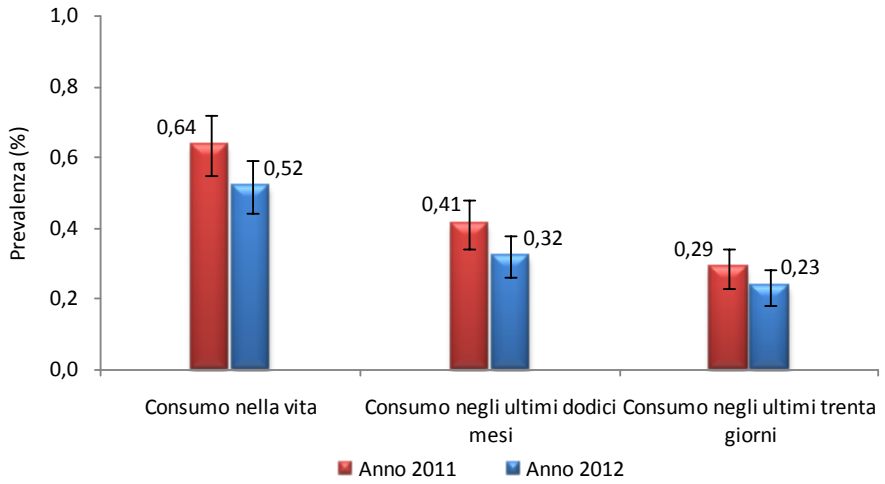


Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Secondo gli studenti che hanno compilato il questionario nel primo semestre 2012, l'eroina è stata consumata almeno una volta nella vita dallo 0,5% degli studenti italiani, mentre lo 0,3% riferisce di averne consumata nel corso dell'anno antecedente lo studio. Lo 0,2% degli studenti italiani sostiene di aver assunto eroina almeno una volta nei 30 giorni antecedenti la compilazione del

questionario.
Rispetto alla rilevazione del 2011, tutti i valori relativi ai consumi di eroina da parte degli studenti italiani, risultano in tendenziale diminuzione, sebbene non statisticamente significativa (Figura I.1.46).

Figura I.1.46: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tendenza alla diminuzione dei consumi di eroina

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

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

Concentrando l'attenzione sul consumo di eroina negli ultimi 30 giorni, si osserva una propensione alla contrazione nei consumi da parte degli studenti di genere maschile, a fronte di una prevalenza di consumo inalterata rispetto al 2011 riferita dalle coetanee femmine (Tabella I.1.24).

Tabella I.1.24: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

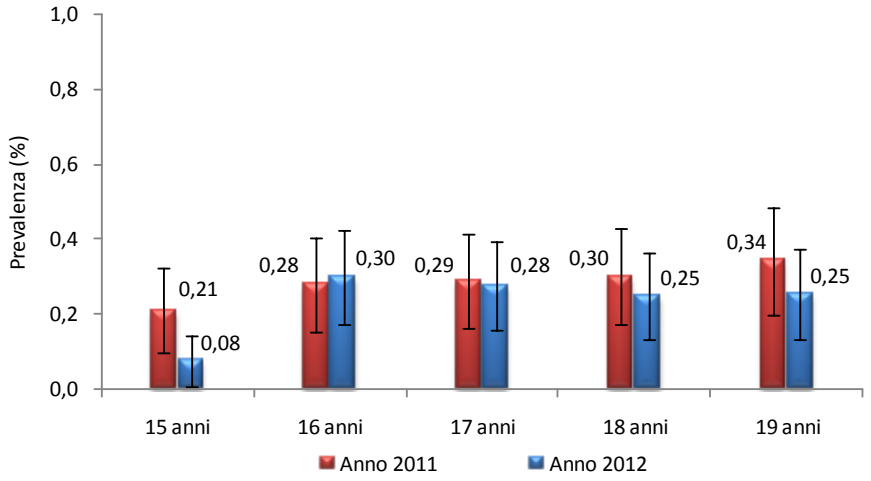
Eroina	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,42	0,30	-0,12	-28,57
Femmine	0,16	0,16	-	-
Totale	**0,29**	**0,23**	**-0,06**	**-20,69**

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La distribuzione per età dei consumi negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista, evidenzia una propensione alla riduzione dei consumatori più marcata nei quindicenni, accompagnata da una sostanziale stabilità dei consumatori 16enni e 17enni, e una tendenza alla contrazione anche tra i giovanissimi maggiorenni, più consistente tra i 19enni (Figura I.1.47).

Figura I.1.47: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Tendenza alla contrazione dei consumatori 15enni (-62%) e 19enni (-26,5%)

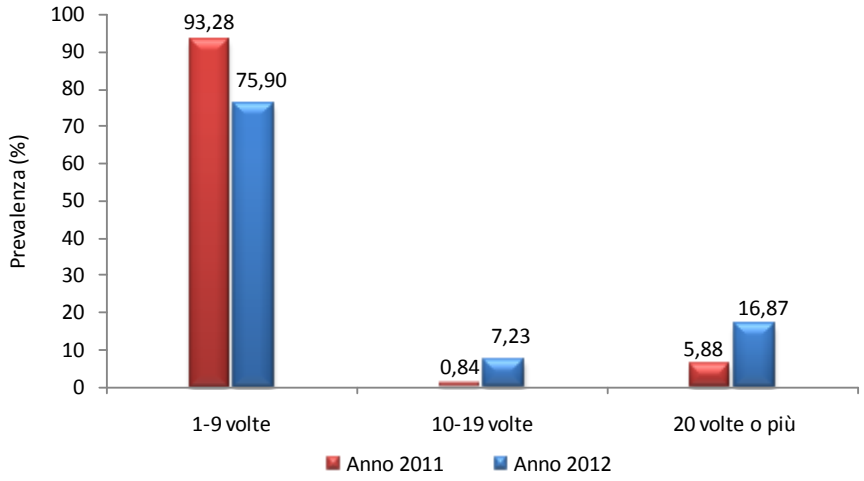


Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012 la contrazione dei consumi di eroina tra gli studenti sembra essere accompagnata da un aumento della frequenza di assunzione tra coloro che hanno sperimentato questo comportamento, ed in particolare l'uso regolare (20 volte o più negli ultimi 30 giorni).

Figura I.1.48: Frequenza di consumo (%) di eroina nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012

Tendono a diminuire i consumatori, ma aumenta la frequenza di consumo negli ultimi 30 giorni



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Risultati interessanti emergono anche dal confronto dei consumatori di eroina negli ultimi 30 giorni per genere ed età, in cui la tendenziale contrazione di consumatori 15enni nel 2012 è rappresentata in quota maggiore dalle studentesse, sebbene le stesse siano maggiormente coinvolte, in percentuale, rispetto ai coetanei maschi (0,09 % vs 0,06%).

Propensione al calo di consumatori più marcata nei 15enni

Tra gli studenti che hanno riferito il consumo di eroina negli ultimi 30 giorni, il 66,7% dei maschi ed il 58,6% delle ragazze, lo hanno sperimentato una o due volte nell'ultimo mese; consumi più frequenti, da 3 a 19 volte sembrano riguardare maggiormente le femmine rispetto ai coetanei maschi, mentre il consumo regolare (20 volte o più) interessa il 18,5% dei maschi ed il 13,8% delle femmine.

Prevalente il consumo occasionale

Tabella I.1.25: Consumo di eroina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di eroina (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	0,61	0,42	0,52
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	0,40	0,23	0,32
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,30	0,16	0,23
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	0,06	0,09	0,08
16 anni	0,38	0,22	0,30
17 anni	0,39	0,16	0,28
18 anni	0,33	0,17	0,25
19 anni	0,32	0,18	0,25
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	66,67	58,62	63,86
3-9 volte	9,26	17,24	12,05
10-19 volte	5,56	10,34	7,23
20 volte o più	18,52	13,79	16,87

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Studenti che consumano eroina negli ultimi 30 giorni: maggior interessamento delle femmine 15enni e dei maschi nelle altre fasce di età

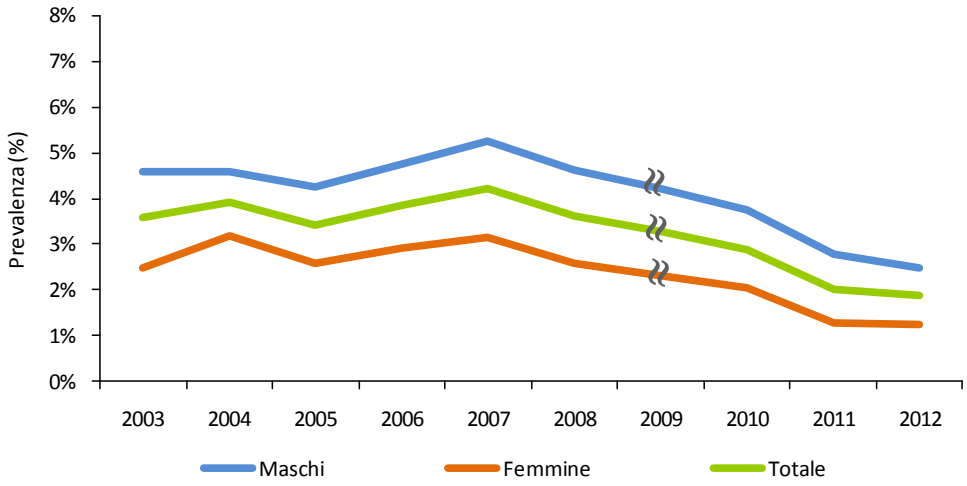
Più frequente il consumo di eroina tra le femmine

I.1.2.3 Consumi di cocaina

L'andamento del numero dei consumatori di cocaina, una o più volte negli ultimi 12 mesi, dichiarato dagli studenti coinvolti nell'ambito delle indagini condotte nell'ultimo decennio, evidenzia un trend al ribasso dal 2007, dopo un periodo iniziale, fino al 2005, sostanzialmente stazionario ed una tendenza all'aumento nel triennio successivo (2005-2007). Nell'ultimo anno di osservazione la propensione alla contrazione sembra essere stabilizzata unitamente alla differenza tra il consumo nei due generi.

Riduzione dei consumi di cocaina dal 2007

Figura I.1.49: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012



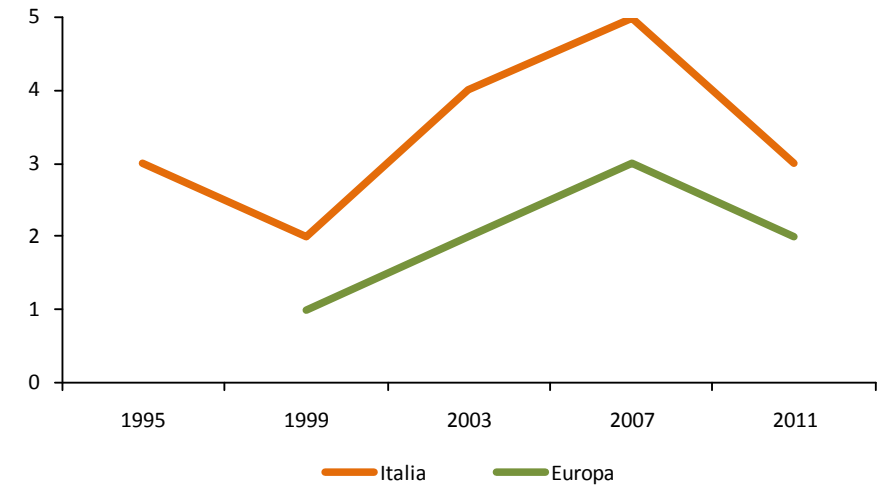
Tendenza alla diminuzione dei consumatori di cocaina negli ultimi 12 mesi pari a -5,0% rispetto all'anno 2011

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

Figura I.1.50: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

I consumatori di cocaina sono in netto calo dal 2007, con contrazione più marcata per gli studenti 16enni italiani rispetto ai coetanei europei

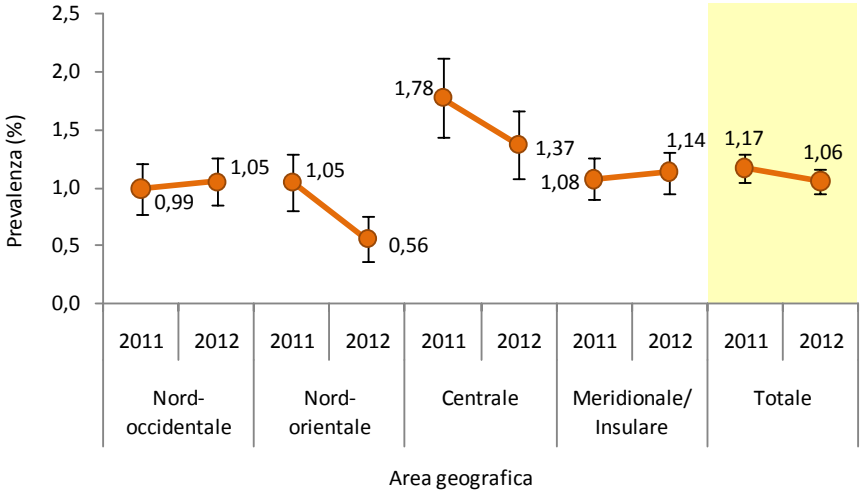


Fonte: ESPAD 1995-2011

Nel 2012, il consumo di cocaina tra gli studenti sul territorio nazionale sembra essere maggiormente diffuso nell'Italia centrale, seguita dall'Italia meridionale/insulare, mentre il fenomeno sembra interessare meno gli studenti del nord-est, per i quali rispetto al 2011, si rileva una contrazione statisticamente significativa dei consumatori, a fronte di variabilità non significative nella altre aree geografiche (Figura I.1.51).

Figura I.1.51: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Diminuzione dei consumatori di cocaina nell'Italia nord-orientale; stabile nelle altre aree geografiche



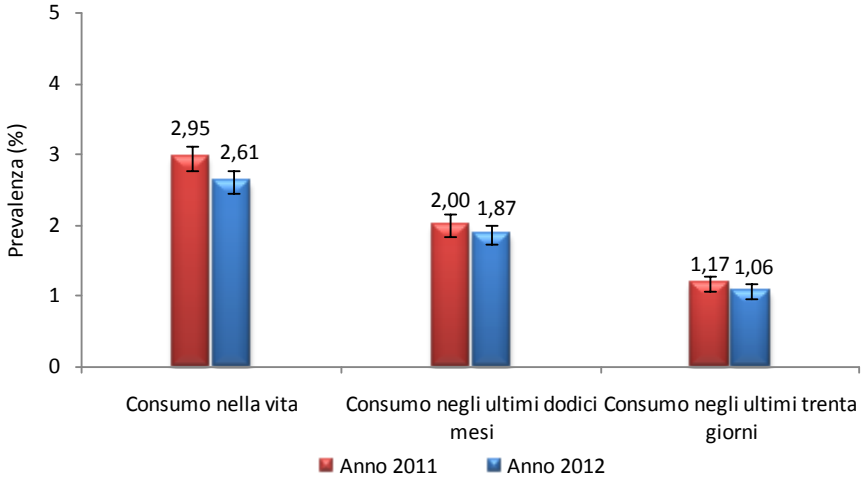
Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012, il 2,6% degli studenti italiani riferisce di aver assunto cocaina almeno una volta nella vita e l'1,9% 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'1,1% degli studenti.
La diminuzione del numero dei consumatori si osserva per tutti e tre i periodi temporali di riferimento del consumo della sostanza (consumo nella vita, negli ultimi 12 mesi e negli ultimi 30 giorni), con valori al limite della significatività

statistica per il consumo nella vita (-0,34 punti percentuali).

Figura I.1.52: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Tendenza alla diminuzione dei consumatori di cocaina



Il 97,4% degli studenti non ha mai assunto cocaina, mentre il 2,6% l'ha sperimentata almeno una volta nella vita

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

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La propensione alla riduzione dei consumatori di cocaina tra gli studenti rispondenti appare più evidente tra gli studenti di genere maschile (-13,6%) rispetto alle coetanee femmine (-5,3%), anche in virtù dei valori di prevalenza più esigui di quest'ultime (Tabella I.1.26).

Tabella I.1.26: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Cocaina	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	1,62	1,40	-0,22	-13,58
Femmine	0,75	0,71	-0,04	-5,33
Totale	**1,17**	**1,06**	**-0,11**	**-9,40**

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano cocaina negli ultimi 30 giorni, ma propensione alla contrazione maggiore rispetto alle femmine

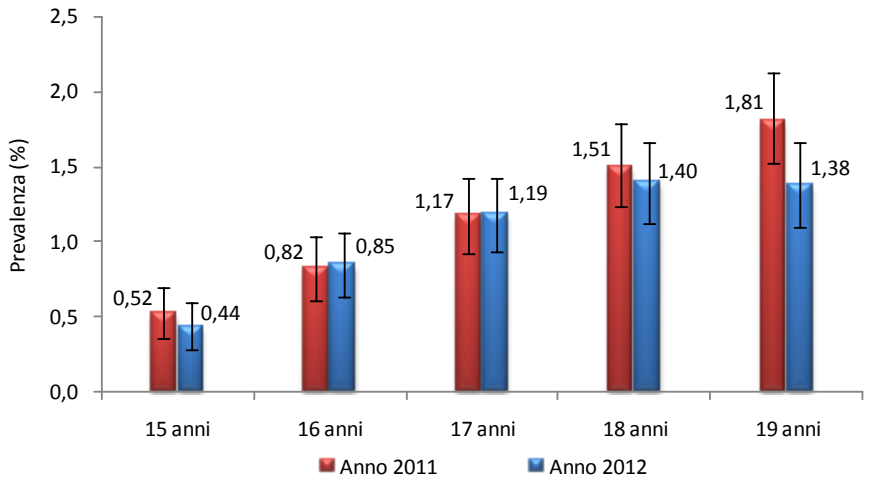
I consumatori di cocaina, al pari dell'eroina, aumentano con il crescere dell'età: i consumatori che hanno riferito un consumo negli ultimi 30 giorni passano dallo 0,4% dei 15enni allo 0,8% dei 16enni, all'1,2% dei 17enni ed all'1,4% dei 18 e 19enni. Rispetto allo studio condotto nel 2011, si osserva un calo nella prevalenza dei consumi tra i 15enni, i 18enni ed in misura più sensibile tra i 19enni, mentre i consumi rimangono stabili tra i 16enni ed i 17enni.

Il consumo di cocaina cresce con il crescere dell'età

Rispetto ai coetanei maschi, le consumatrici femmine tendono ad aumentare con l'età con una propensione inferiore, partendo da una prevalenza di uso di cocaina negli ultimi 30 giorni, tra le 15enni, pari a 0,4% (come per i maschi), e giungendo ad una prevalenza dell'1,0% tra le 17enni e dello 0,6% tra le 19enni, a fronte di un andamento costantemente crescente per i maschi fino a raggiungere il 2,1% tra i 19enni.

Figura I.1.53: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Tendenza alla diminuzione dei consumatori di cocaina (ultimi 30 giorni) nei 19enni (-22,2%)



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tra gli studenti consumatori di cocaina durante l'ultimo mese, l'8,4% dei maschi e l'8,7% delle femmine ha utilizzato la sostanza 20 o più volte, mentre per il 68,3% degli adolescenti maschi e per il 72,2% delle femmine si è trattato di un consumo occasionale (da 1 a 2 volte). Rispetto all'anno precedente il consumo regolare di cocaina tende ad un lieve aumento (8,5% nel 2012 e 5,6% nel 2011 degli studenti che hanno assunto cocaina negli ultimi 30 giorni).

Tra i consumatori, maggiore presenza di consumo occasionale

Tabella I.1.27: Consumo di cocaina (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di cocaina (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,37	1,85	2,61
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	2,49	1,24	1,87
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,40	0,71	1,06
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	0,44	0,44	0,44
16 anni	0,99	0,71	0,85
17 anni	1,39	0,97	1,19
18 anni	2,01	0,78	1,40
19 anni	2,10	0,64	1,38
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	68,27	72,22	69,60
3-9 volte	20,08	14,29	18,13
10-19 volte	3,21	4,76	3,73
20 volte o più	8,43	8,73	8,53

Studenti che consumano cocaina negli ultimi 30 giorni: uguali consumi tra i 15enni e maggior interessamento dei maschi nelle altre fasce di età.

Più frequente il consumo di cocaina tra i maschi (3 volte o più)

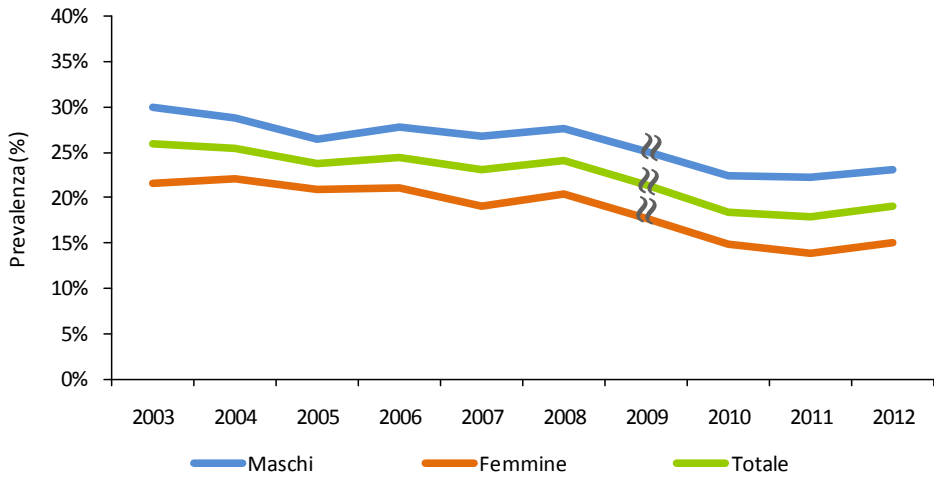
Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.4 Consumi di cannabis

Nell'ultimo decennio, fra le sostanze illecite, quella maggiormente assunta dagli studenti risulta la cannabis: dal 2003, il trend degli studenti che hanno assunto tale sostanza negli ultimi 12 mesi, indica una contrazione dei consumi fino al 2010, seguita da una sostanziale stabilità nel biennio successivo (2010-2012) con una oscillazione nei consumi del +2,2% tra i maschi e dell'1,4% tra le femmine. Dal

2007 si osserva un andamento uniforme tra gli adolescenti maschi e le femmine.

Figura I.1.54: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012

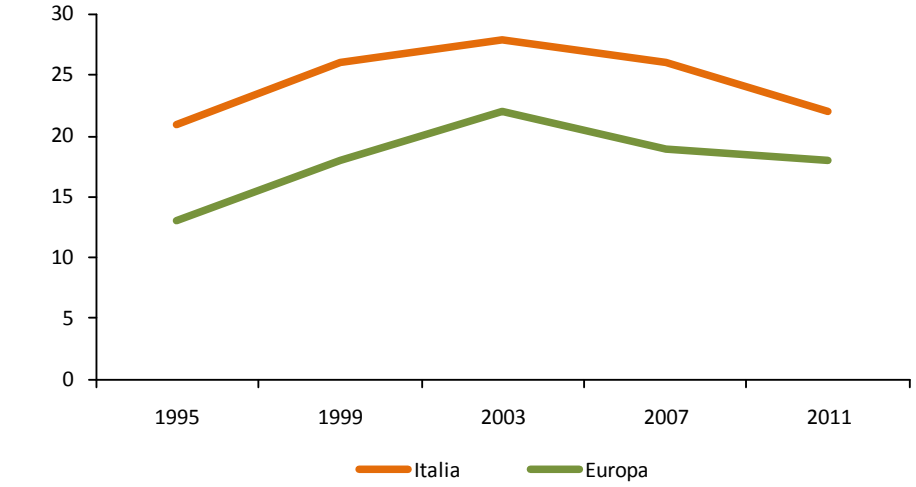


Tendenzialmente stabile la prevalenza di consumatori di cannabis (almeno una volta negli ultimi 12 mesi) dal 2010

Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'andamento della prevalenza di consumo di cannabis almeno una volta nella vita dichiarato dagli studenti 16enni italiani ed europei, nell'ambito delle indagini condotte a livello europeo (ESPAD) dal 1995 al 2011, evidenzia una tendenza all'aumento fino al 2003 e, negli anni successivi, un trend al ribasso fino al 2011, anno in cui la propensione alla contrazione sembra più marcata per gli studenti italiani.

Figura I.1.55: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011



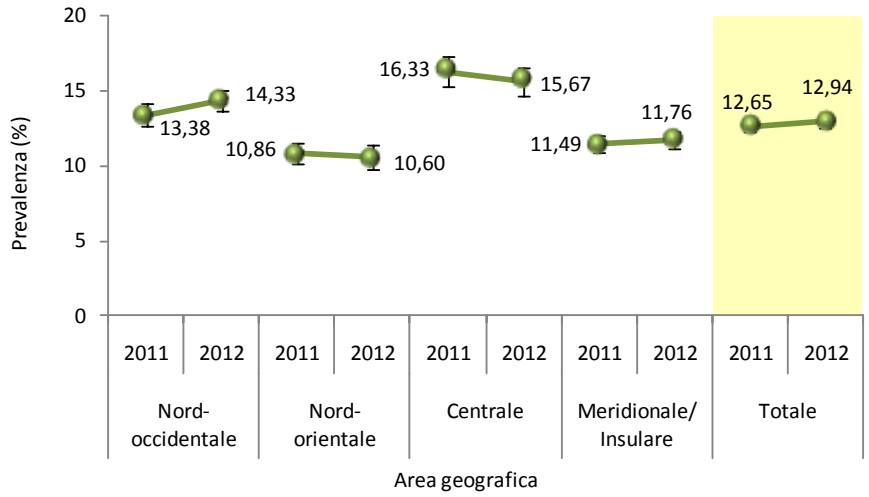
Trend al ribasso della prevalenza di studenti 16enni, italiani ed europei, consumatori di cannabis

Fonte: ESPAD 1995-2011

I consumi di cannabis per area geografica non evidenziano differenze statisticamente significative rispetto ai consumi del 2011.
Nell'Italia nord-orientale e meridionale/insulare, i consumatori sono inferiori rispetto alle altre due aree geografiche e sostanzialmente stabili rispetto al 2011, con una tendenza alla contrazione dei consumi nell'Italia nord-orientale e centrale a fronte di una tendenza all'aumento nell'Italia nord-occidentale e in quella meridionale/insulare.

Figura I.1.56: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Tendenzialmente stabile la prevalenza dei consumatori di cannabis



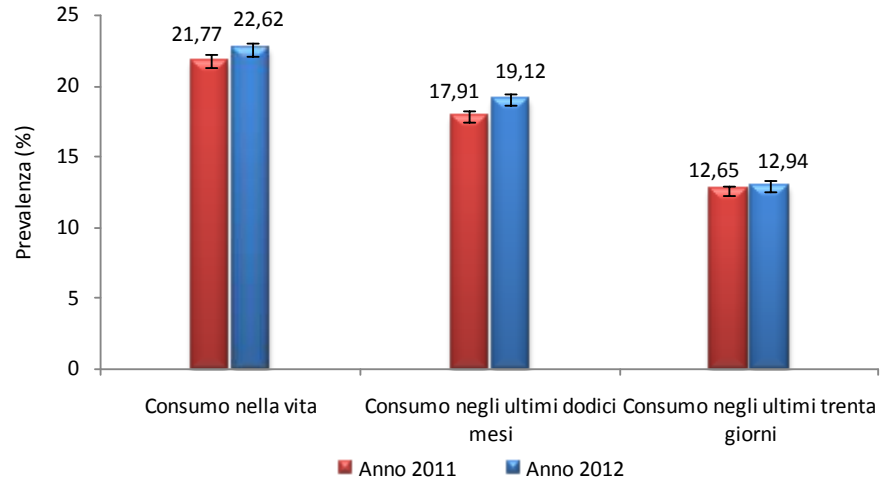
Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel complesso, il consumo di cannabis è stato sperimentato nel 2012 dal 22,6% degli studenti che hanno compilato il questionario, con una propensione all'aumento rispetto al 2011 ed in linea con i consumi registrati nel 2010; tale percentuale raggiunge il 19,1% se si considera il consumo annuale (statisticamente più elevato rispetto al 2011) ed il 12,9% quando si fa riferimento agli ultimi 30 giorni (una o più volte).

Figura I.1.57: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Il 77,4% degli studenti non ha mai consumato cannabis, mentre il 22,6% ha usato cannabis almeno una volta nella vita

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



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sui consumi recenti, ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista, andamenti contrastanti si osservano rispetto al genere, con una debole contrazione dell'uso di cannabis tra i ragazzi 15-19enni nel 2012 rispetto al 2011 (-0,87%), contrastato da un lieve aumento del consumo da parte delle coetanee (+5,32%) (Tabella I.1.28).

Tabella I.1.28: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Consumano di più i maschi,ma rispetto al 2011sono diminuiti; aumentano le femmine

Cannabis	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	16,09	15,95	-0,14	-0,87
Femmine	9,40	9,90	0,50	5,32
Totale	**12,65**	**12,94**	**0,29**	**2,29**

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

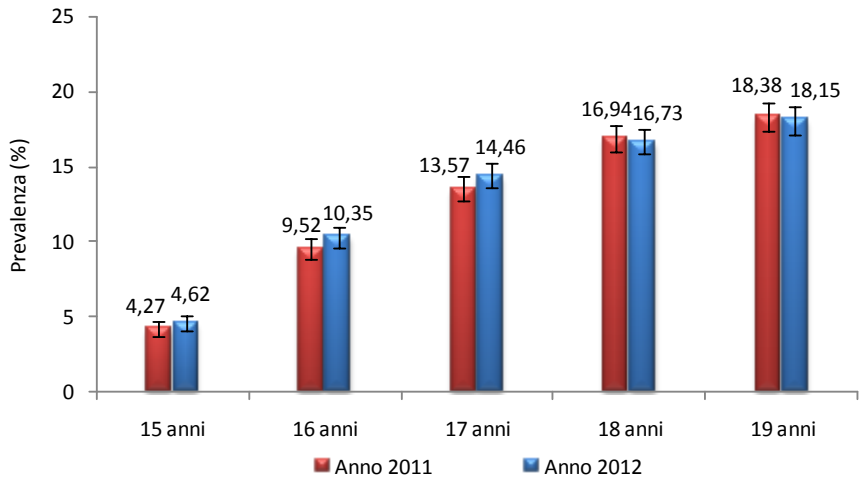
Per quanto riguarda la frequenza di assunzione, in entrambi i generi prevale il consumo occasionale di cannabis, circoscritto a 1-2 volte nel corso dell'ultimo mese (57,2% per le femmine e 45,9% per i maschi). Il 21,4% del collettivo maschile, contro il 11,5% di quello femminile, riferisce di aver utilizzato cannabis più assiduamente, 20 o più volte nei trenta giorni antecedenti l'indagine campionaria, senza variazioni rispetto al 2011.

Come per le altre sostanze analizzate nello studio, anche il consumo di cannabis risulta direttamente correlato all'età dei soggetti: tra i maschi, le prevalenze di consumo negli ultimi 30 giorni, passano dal 5,3% dei 15enni al 22,5% dei 19enni, mentre tra le studentesse si passa rispettivamente dal 4,0% al 13,6%.
Rispetto al 2011, le prevalenze dei consumi per età rimangono stabili con una lieve tendenza all'incremento fino ai 17 anni ed una leggera contrazione tra i giovani maggiorenni.

Figura I.1.58: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Maggior consumo ultimi 30 giorni tra studenti 19enni: 18,1%

Aumento dei consumatori di cannabis con il crescere dell'età



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 2012, il 26,9% dei ragazzi dichiara di aver provato la cannabis almeno una volta contro il 18,3% delle ragazze. La percentuale si riduce a 23,1% per i maschi e a 15,1% per le femmine se si considerano gli ultimi 12 mesi e arriva a 16,0% e a 9,9% osservando gli ultimi 30 giorni (Tabella I.1.29).

La cannabis è la sostanza illecita maggiormente assunta dagli studenti

Tabella I.1.29: Consumo di cannabis (marijuana o hashish) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di cannabis (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	26,94	18,30	22,62
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	23,11	15,12	19,12
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	15,95	9,90	12,94
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	5,27	4,01	4,62
16 anni	12,88	7,85	10,35
17 anni	17,39	11,42	14,46
18 anni	20,72	12,66	16,73
19 anni	22,53	13,59	18,15
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	45,93	57,19	50,23
3-9 volte	22,59	21,40	22,14
10-19 volte	10,08	9,93	10,02
20 volte o più	21,40	11,47	17,61

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Studenti che consumano cannabis negli ultimi 30 giorni: consumi maggiori tra i maschi rispetto le femmine e anche in tutte le età indagate

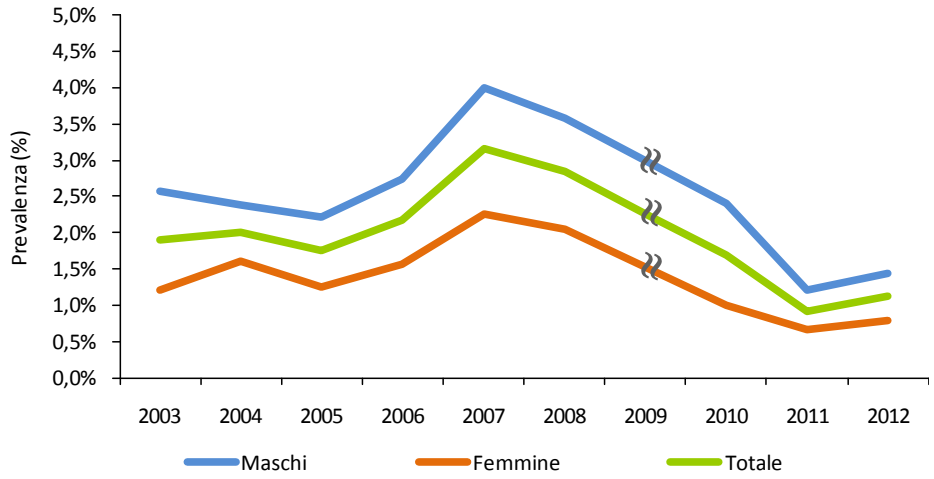
Più frequente il consumo di cannabis tra i maschi

I.1.2.5 Consumi di stimolanti

Il consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine), una o più volte negli ultimi 12 mesi, ha interessato nell'ultimo triennio meno del 2% degli studenti rispondenti, dopo aver subito una forte contrazione nel quinquennio 2007-2011 (-57% per i maschi e -60% per le femmine), stabilizzandosi ad un valore molto contenuto pari all'1,1% nel 2012, in aumento rispetto al 2011 del 20%.

Nel 2012 tendenza all'aumento dei consumatori di stimolanti (+20% rispetto al 2011)

Figura I.1.59: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012

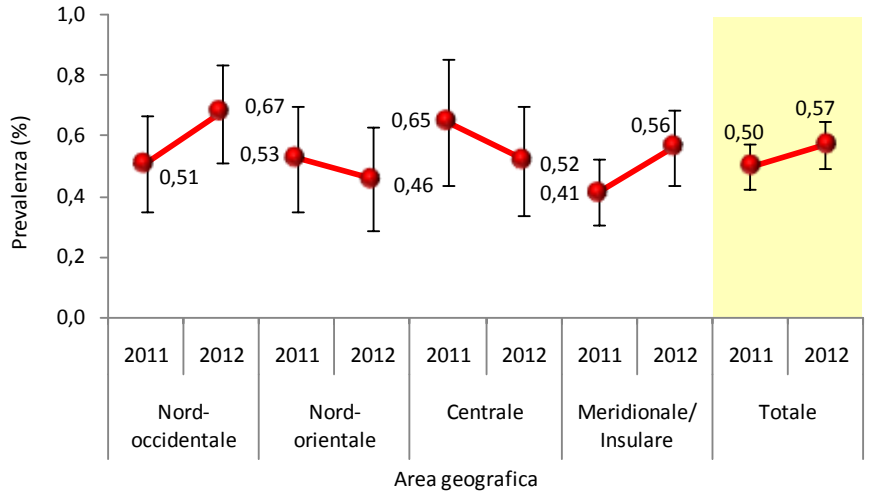


Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il confronto per area geografica, evidenzia prevalenze sostanzialmente equivalenti in tutte le aree territoriali relative ai consumatori di stimolanti: in tendenziale aumento nell'Italia nord-occidentale, nel meridione e nelle isole, con una propensione alla contrazione, invece, nel centro e nel nord-est.

Figura I.1.60: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Tendenza all'aumento della prevalenza dei consumatori di stimolanti



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

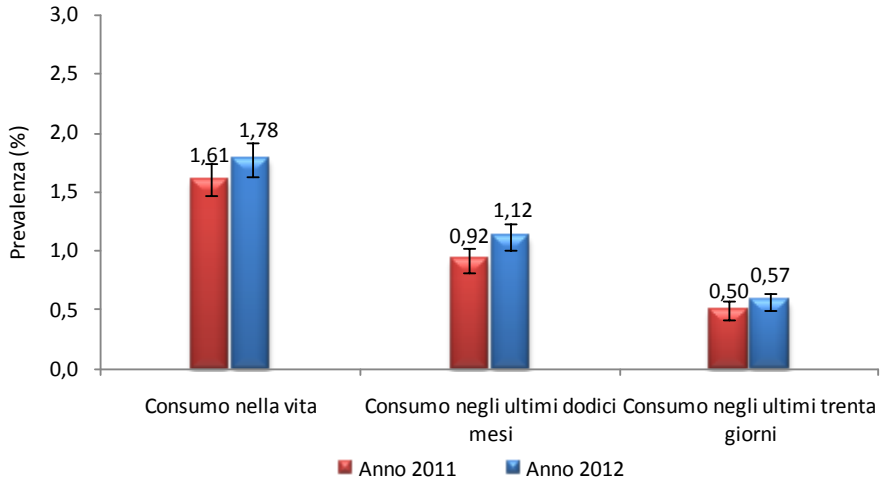
L'1,8% della popolazione scolastica nazionale riferisce di aver provato sostanze stimolanti (amfetamine ed ecstasy) almeno una volta nella vita, mentre l'1,1% le ha utilizzate nel corso dell'ultimo anno. Il consumo recente di stimolanti nei 30 giorni antecedenti la compilazione del questionario è stato riferito dallo 0,6% della popolazione studentesca nazionale. Rispetto alla rilevazione del 2011, si osserva un incremento nei consumatori di stimolanti, non statisticamente significativo, per tutti i periodi di riferimento.

Figura I.1.61: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Propensione all'aumento dei consumatori di stimolanti

Il 98,2% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre l'1,8% ha usato stimolanti almeno una volta nella vita

Lo 0,6% li ha consumati negli ultimi 30 giorni



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Concentrando l'attenzione sul consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) nell'ultimo mese, si conferma una propensione all'aumento dei consumatori per entrambi i generi, leggermente più marcata per i maschi rispetto alle femmine (Tabella I.1.30).

Tabella I.1.30: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Stimolanti	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,63	0,73	0,10	15,87
Femmine	0,37	0,41	0,04	10,81
Totale	**0,50**	**0,57**	**0,07**	**14,00**

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano stimolanti negli ultimi 30 giorni, in aumento con propensione maggiore rispetto alle femmine

Le quote di consumatori di stimolanti di genere maschile aumentano al crescere dell'età dei soggetti, ad eccezione dei 17enni che in termini percentuali consumano al pari dei 16enni. La prevalenza di consumo negli ultimi 30 giorni tra i maschi passa dallo 0,3% dei 15enni, allo 0,5% dei 16enni e 17enni, all'1% dei 18enni e all'1,2% dei 19enni.
Tra le studentesse, si osserva un aumento nella fascia di età minore tra i 15 e i 16 anni, con prevalenze di consumo che variano dallo 0,3% allo 0,4%, stabilizzandosi fino ai 18 anni, per raggiungere lo 0,6% delle 19enni.

Tabella I.1.31: Consumo di stimolanti (ecstasy o amfetamine) (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di stimolanti (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	2,22	1,33	1,78
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	1,43	0,80	1,12
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	0,73	0,41	0,57
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	0,31	0,26	0,29
16 anni	0,52	0,38	0,45
17 anni	0,54	0,38	0,46
18 anni	1,04	0,45	0,75
19 anni	1,23	0,58	0,91
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	80,00	83,33	81,19
3-9 volte	10,77	11,11	10,89
10-19 volte	3,08	1,39	2,48
20 volte o più	6,15	4,17	5,45

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Studenti che consumano stimolanti negli ultimi 30 giorni: uguali consumi tra i 15enni e maggior interessamento dei maschi nelle altre fasce di età

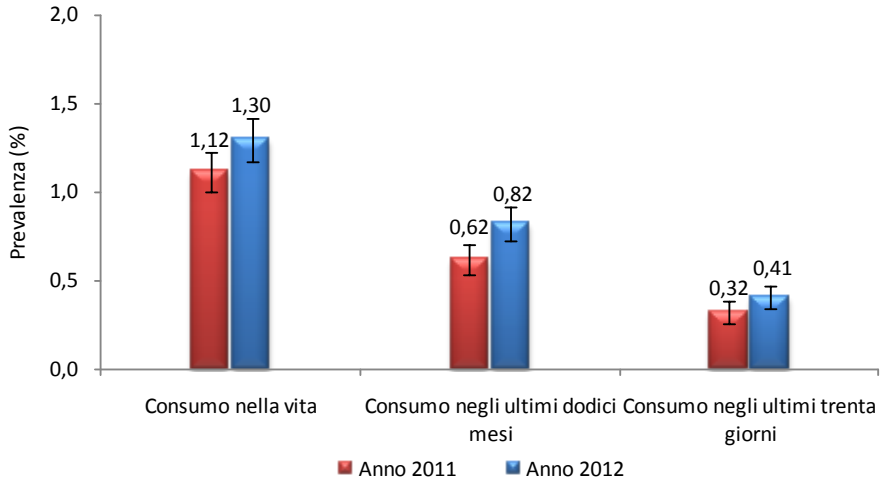
Più frequente il consumo di stimolanti tra i maschi (3 volte o più)

Tra gli studenti consumatori di sostanze stimolanti nell'ultimo mese, l'80% dei maschi e oltre l'83% delle femmine riferisce di aver utilizzato queste sostanze da 1 a 2 volte negli ultimi 30 giorni. Il consumo più assiduo di stimolanti (20 o più volte annualmente) è stato riferito rispettivamente dal 6,2% e dal 4,2% della popolazione studentesca maschile e femminile.

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

Figura I.1.62: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Aumento dei consumatori di ecstasy (almeno una volta negli ultimi 12 mesi)

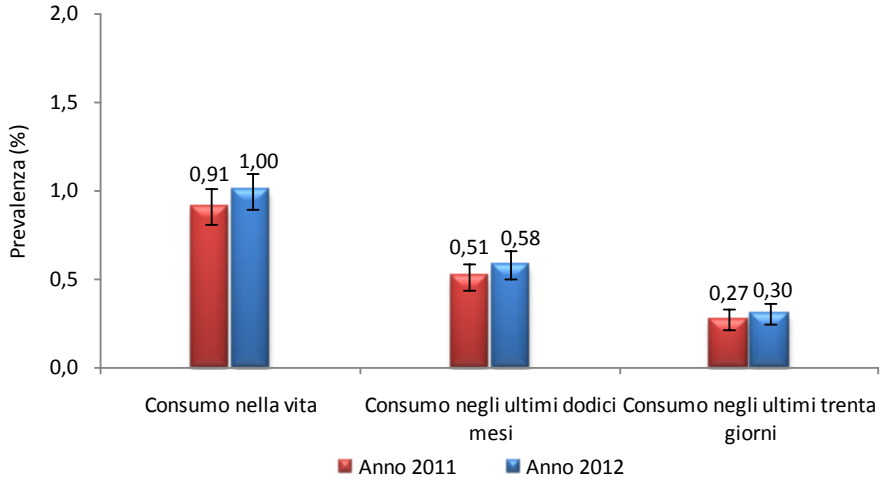


Il 98,7% degli studenti non ha mai assunto stimolanti, mentre l'1,3% ha usato ecstasy almeno una volta nella vita
Lo 0,4% l'ha consumata negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.63: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Propensione all'aumento dei consumi di amfetamine



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

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'aumento dei consumatori osservato nel 2012 rispetto al 2011, riguarda in prevalenza l'assunzione di ecstasy per entrambi i generi, con variazione percentuale dal 24% al 26%, sebbene in termini assoluti l'incremento sia valutabile in 0,1 punti percentuali per i maschi e 0,06 punti percentuali per le femmine.

Tabella I.1.32: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Ecstasy	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,42	0,52	0,10	23,81
Femmine	0,23	0,29	0,06	26,09
Totale	**0,32**	**0,41**	**0,09**	**28,13**

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano ecstasy negli ultimi 30 giorni, in aumento sia per i maschi che per le femmine

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.33: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano amfetamine negli ultimi 30 giorni, in aumento con propensione maggiore rispetto alle femmine

Amfetamine	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	0,33	0,38	0,05	15,15
Femmine	0,21	0,22	0,01	4,76
Totale	**0,27**	**0,30**	**0,03**	**11,11**

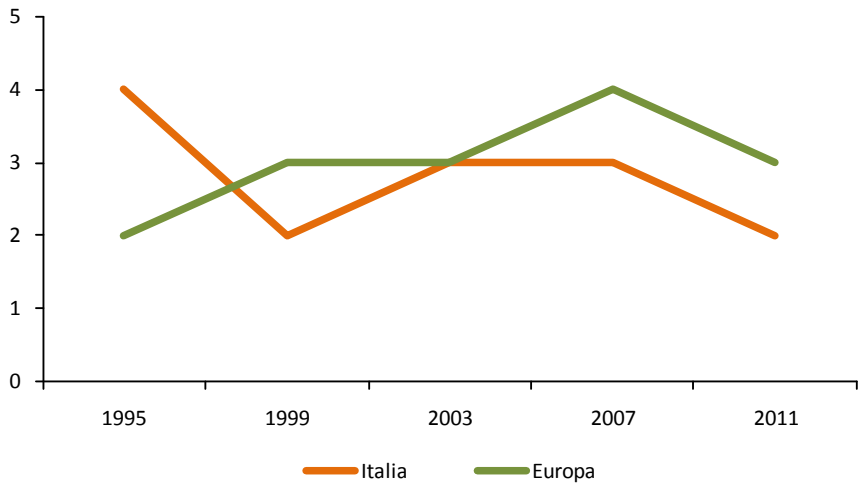
Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Ancora più contenuti ed esigui gli incrementi dell'uso di amfetamine registrati nel 2012, pari a 0,05 punti percentuali per i maschi e 0,01 punti percentuali per le femmine. Anche la variazione dei consumi per età nell'ultimo biennio si differenzia tra le due sostanze, caratterizzata da un aumento dell'uso di ecstasy tra gli studenti di età 16-19 anni ed in particolare i 19enni, a fronte di sensibili incrementi dei consumi di amfetamine da parte dei 15enni (0,03% vs 0,15%) e dei 17enni (0,16% vs 0,28%), contrariamente ai ragazzi delle altre età che hanno indicato una contrazione dei consumi.

Dal confronto sui consumi di ecstasy negli studenti di 16 anni, rilevato dagli studi ESPAD, emerge una tendenza al ribasso negli ultimi 5 anni sia per gli studenti europei che per i coetanei italiani e consumi inferiori per questi ultimi.

Figura I.1.64: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

Prevalenza di consumatori di ecstasy in diminuzione dal 2007, sia tra gli studenti 16enni italiani che europei

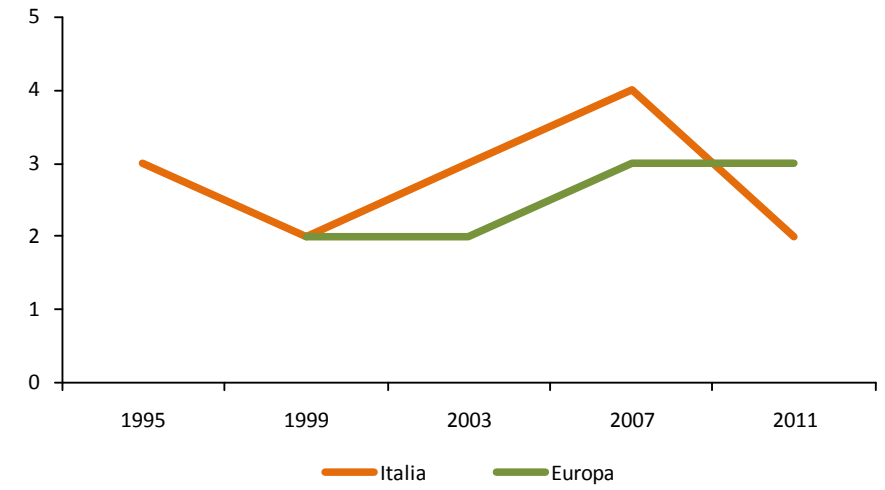


Fonte: ESPAD 1995-2011

Andamenti differenziati si osservano relativamente al consumo di amfetamine, tra gli studenti italiani ed europei, secondo quanto riportato dalle indagini ESPAD, dai quali emerge inoltre un forte calo dei consumi dei 16enni italiani.

Figura I.1.65: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

Dal 2007 stabile il consumo di amfetamine per gli studenti 16enni europei, in calo per i coetanei italiani

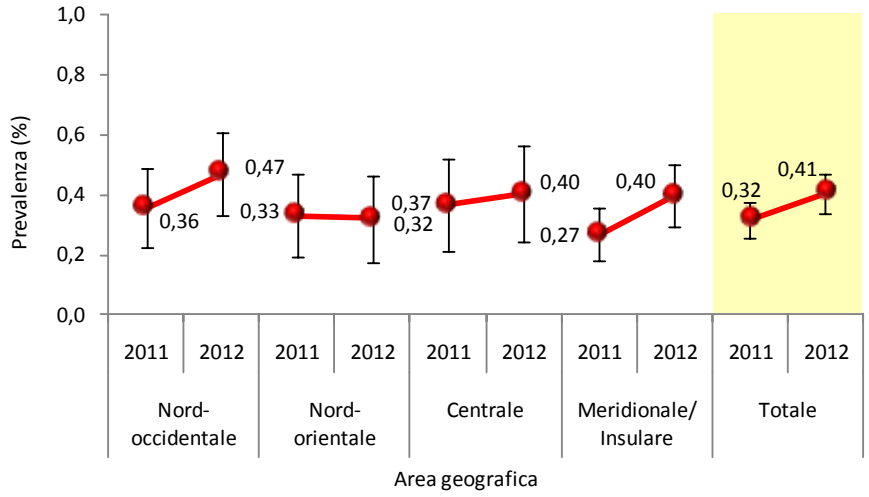


Fonte: ESPAD 1995-2011

Interessante la distribuzione dei consumi per area geografica, sia per l'ecstasy che per l'amfetamina, a fronte di variazioni dei consumi rispetto all'anno precedente: in tendenziale aumento per entrambe le sostanze, sebbene non statisticamente significativo, nell'Italia nord-occidentale, nel meridione e nelle isole, stabile nel nord-est, e con una propensione alla contrazione invece il numero di consumatori di amfetamine nell'Italia centrale.

Figura I.1.66: Consumo di ecstasy (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

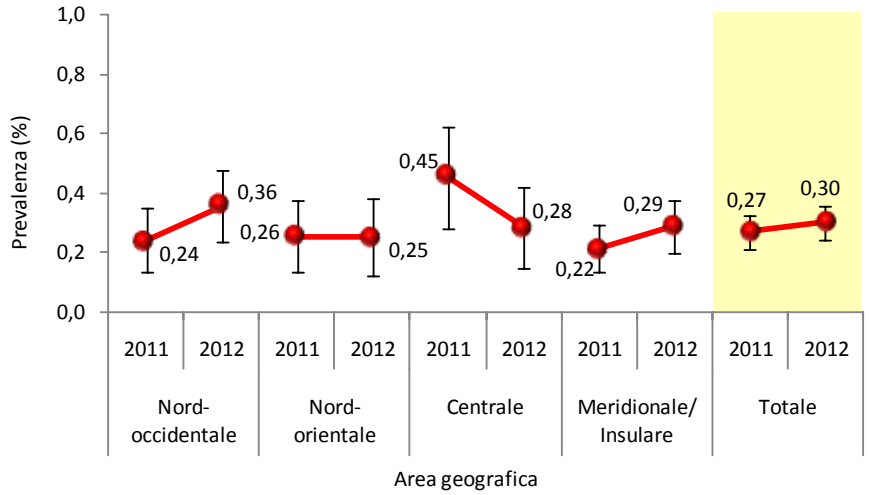
Consumatori di ecstasy in tendenziale aumento nell'Italia nord-occidentale, meridionale/ insulare; stabili nelle altre aree geografiche



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.67: Consumo di amfetamine (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Consumatori di amfetamine in tendenziale aumento nell'Italia nord-occidentale, meridionale/ insulare; stabili nel nord-est e in calo nell'Italia centrale



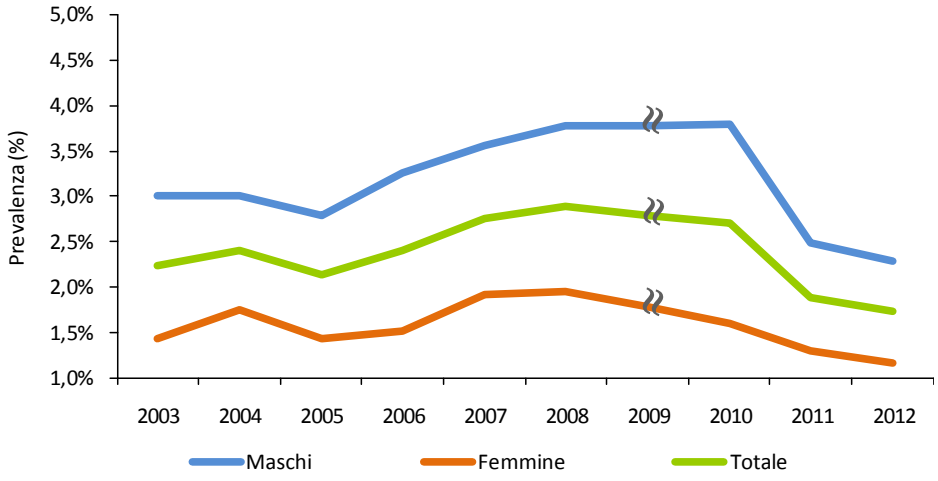
Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.2.6 Consumi di allucinogeni

Continua anche nel 2012 la contrazione del numero dei consumatori di allucinogeni (comprensivi delle sostanze LSD, ketamina, funghi allucinogeni e altri allucinogeni) tra gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado, iniziata nel 2010 e proseguita con una certa variabilità fino al 2012. Andamenti differenziati si osservano tra i consumi dei giovani maschi rispetto alle coetanee femmine, in crescita dal 2005 al 2008, in calo negli anni 2009-2010, seguito da una brusca contrazione nel 2011 proseguita nel 2012. L'andamento dei consumi femminili segue una contrazione dal 2008 meno variabile rispetto ai maschi che si attesta all'1,2% nel 2012.

Figura I.1.68: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2003-2012

Tendenza alla diminuzione dei consumatori di allucinogeni negli ultimi 12 mesi pari a -8,0% rispetto all'anno 2011



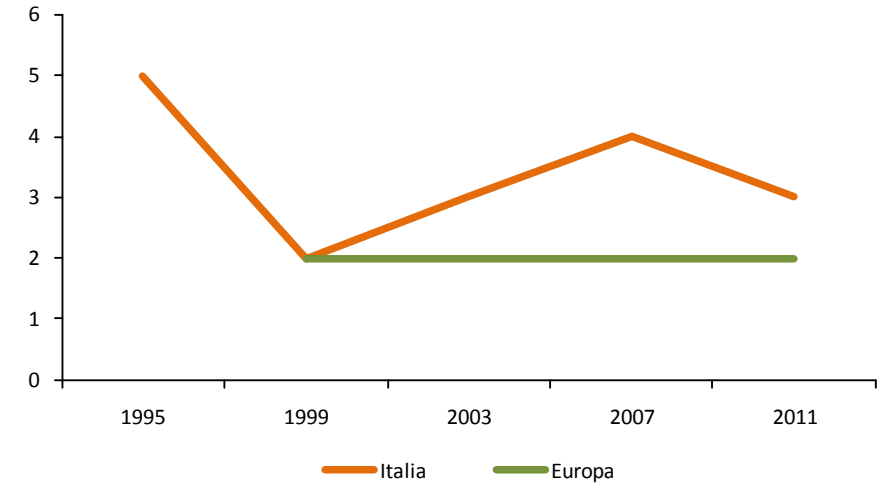
Fonte: ESPAD Italia 2003-2008 – Studi SPS-DPA 2010-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

per tutto il periodo di rilevazione per gli studenti europei.

Figura I.1.69: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

Dal 1999 stabile l'andamento dei consumatori di allucinogeni a livello europeo

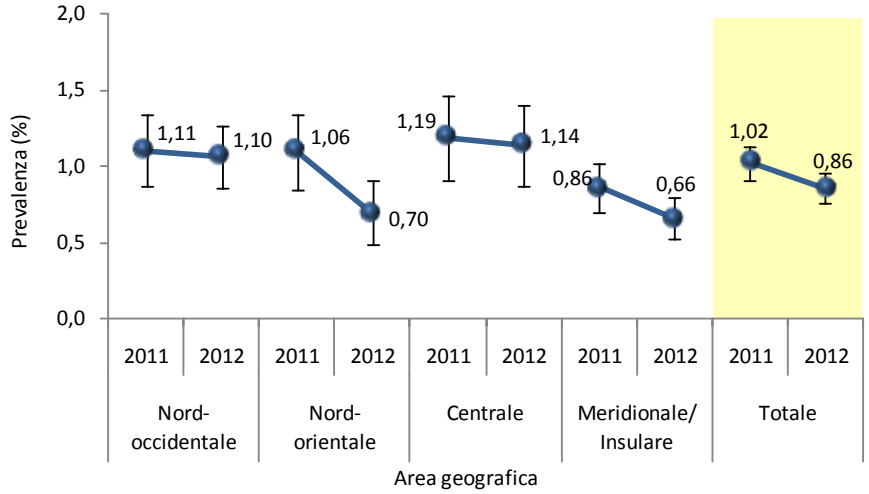


Fonte: ESPAD 1995-2011

La contrazione del numero dei consumatori di allucinogeni riguarda principalmente gli studenti dell'Italia nord-orientale, meridionale ed insulare, sebbene non statisticamente significativa, mentre tendenzialmente stabili rimangono i consumi nel nord-ovest e nel centro.

Figura I.1.70: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Tendenza alla contrazione dei consumatori di allucinogeni nell'Italia nord-orientale e meridionale/ insulare; stabile nelle altre aree geografiche

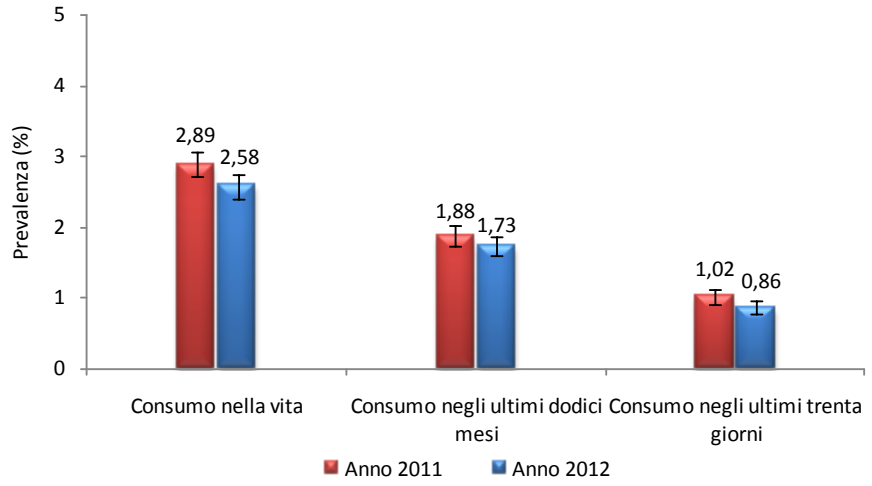


Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tra gli studenti italiani, il 2,6% e l'1,7% ha riferito di aver usato sostanze allucinogene rispettivamente almeno una volta nella vita ed almeno una volta nell'ultimo anno precedente alla rilevazione, mentre lo 0,9% ha riportato di averne consumato recentemente (nel corso degli ultimi 30 giorni) (Figura (I.1.71).

Figura I.1.71: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Tendenza alla diminuzione dei consumatori di allucinogeni



Il 97,4% degli studenti non ha mai assunto allucinogeni, mentre il 2,6% ha usato allucinogeni almeno una volta nella vita

Solo lo 0,9% li ha consumati negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.34: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

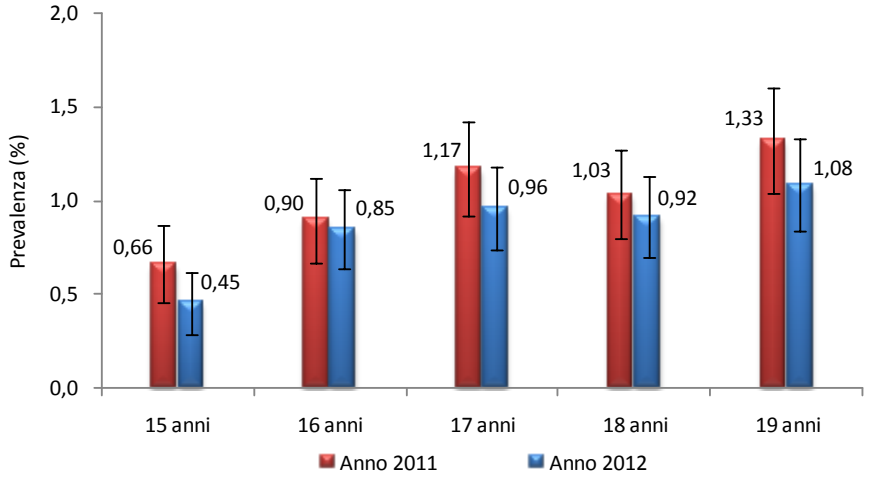
Allucinogeni	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	1,32	1,10	-0,22	-16,67
Femmine	0,74	0,61	-0,13	-17,57
Totale	**1,02**	**0,86**	**-0,16**	**-15,69**

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano allucinogeni negli ultimi 30 giorni, in contrazione per entrambi i generi

Figura I.1.72: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Propensione alla diminuzione dei consumatori (ultimi 30 giorni): nei 15enni (-28,6%), un po' meno nei 17enni (-16,7%) e nei 19enni (-15,4%)



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

All'interno della popolazione studentesca nazionale, le prevalenze d'uso di sostanze allucinogene negli adolescenti di genere maschile, aumentano al passaggio da un'età alla successiva, ad eccezione dei 18enni, età in cui si riscontra

una lieve restrizione nei consumi. Le studentesse consumatrici di allucinogeni aumentano con il crescere dell'età, da 0,4% nelle 15enni allo 0,7% tra le 19enni. Tra gli studenti consumatori di allucinogeni, l'83% dei maschi e l'84% delle femmine ne ha fatto uso da 1 a 2 volte nel corso dell'ultimo mese, mentre il consumo più frequente (20 o più volte nel corso degli ultimi 30 giorni) è stato riferito dal 3,6% e dal 2,8% rispettivamente degli studenti e delle studentesse.

Tabella I.1.35: Consumo di allucinogeni (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di allucinogeni (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	3,47	1,68	2,58
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	2,28	1,17	1,73
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	1,10	0,61	0,86
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	0,50	0,41	0,45
16 anni	1,10	0,60	0,85
17 anni	1,19	0,73	0,96
18 anni	1,18	0,64	0,92
19 anni	1,49	0,67	1,08
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	83,16	84,26	83,55
3-9 volte	10,71	9,26	10,20
10-19 volte	2,55	3,70	2,96
20 volte o più	3,57	2,78	3,29

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

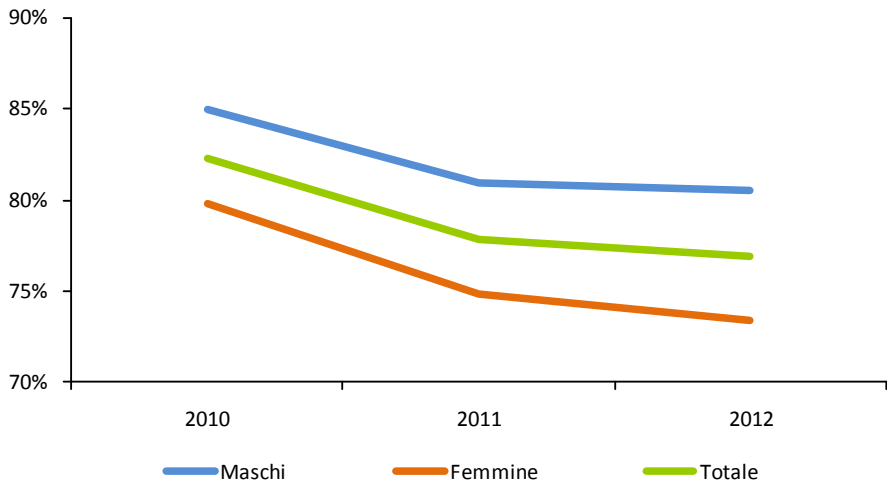
Studenti che consumano allucinogeni negli ultimi 30 giorni: i maschi consumano di più delle femmine in tutte le età indagate

Più frequente il consumo di cocaina tra i maschi (3 volte o più)

I.1.2.7 Consumo di alcol

L'andamento del numero dei consumatori nell'ultimo triennio evidenzia una tendenziale flessione più pronunciata per le femmine (79,8% nel 2010 vs 73,4% nel 2012) rispetto ai maschi (85,0% nel 2010 vs 80,5% nel 2012) ed una propensione alla contrazione maggiore nel biennio 2010-2011 rispetto quello successivo.

Figura I.1.73: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 12 mesi. Anni 2010-2012



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

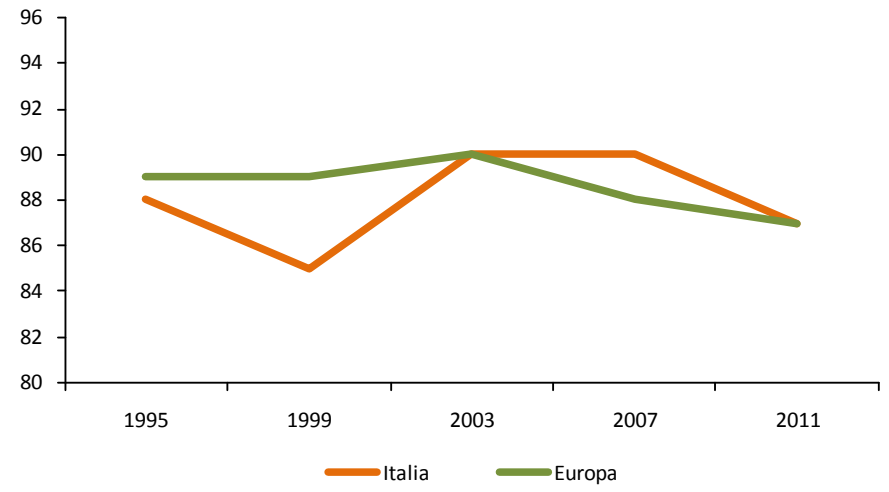
Lieve diminuzione dei consumi di alcolici negli ultimi 12 mesi pari a -1,0% rispetto all'anno 2011

Secondo quanto rilevato dalle indagini ESPAD, i consumatori di bevande

alcoliche, almeno una volta nella vita, da parte degli studenti italiani 16enni dopo una brusca contrazione nel 1999, ritorna ai valori medi europei nel 2003, seguito da un periodo di stabilità fino al 2007.
Nell'ultimo anno di rilevazione emerge che gli studenti italiani 16enni, consumatori di bevande alcoliche almeno una volta nella vita, si attestano su valori medi Europei.

Figura I.1.74: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

In calo i consumatori 16enni di bevande alcoliche in Europa e in Italia

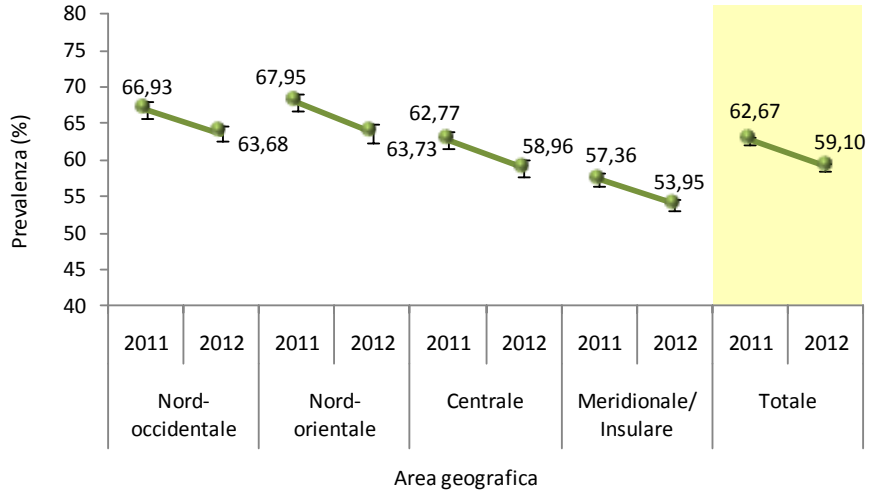


Fonte: ESPAD 1995-2011

Confrontando la prevalenza del consumo di alcolici nell'ultimo mese, per area geografica e negli anni 2011 e 2012, emerge una maggior prevalenza in Italia settentrionale, seguita dall'Italia centrale, infine dall'area meridionale/insulare. Rispetto al 2011, la contrazione dei consumatori nel 2012, statisticamente significativa, è diffusa su tutto il territorio nazionale e in egual misura in tutte le ripartizioni territoriali.

Figura I.1.75: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

In calo i consumatori di alcolici in tutto il territorio nazionale

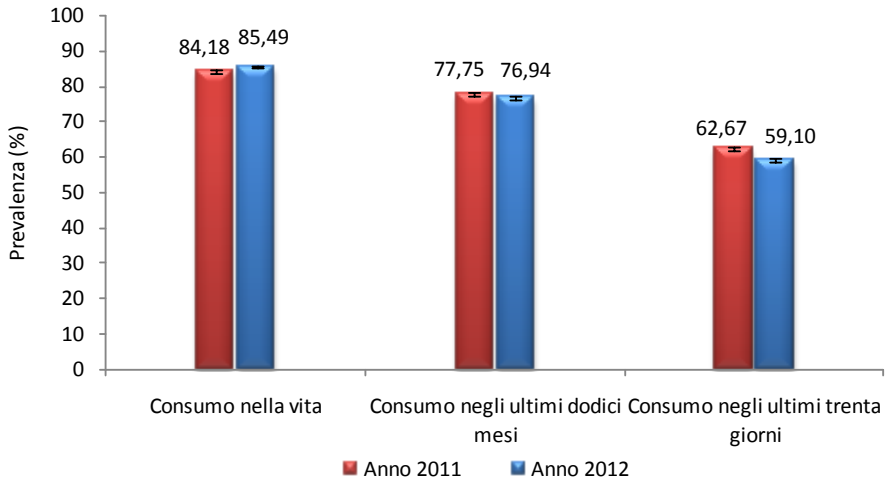


Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Confrontando questi dati con lo studio SPS-DPA 2011, si osserva una situazione di stabilità nell'assunzione di bevande alcoliche nella vita e negli ultimi 12 mesi, e una tendenza alla flessione dei consumi negli ultimi 30 giorni.
I maschi che nel 2012 hanno dichiarato di non aver mai bevuto nella vita sono il 12,3% contro il 13,8% del 2011, mentre le femmine sono il 16,7% contro il 17,8% del 2011.
Gli studenti maschi che non hanno mai assunto alcolici negli ultimi 12 mesi antecedenti la rilevazione del 2012 costituiscono il 19,5% contro il 19,1% del 2011, mentre per le femmine tale percentuale sale al 26,6% contro il 25,2% del 2011.

Rispetto al 2011 diminuisce la prevalenza dei consumatori di bevande alcoliche negli ultimi 30 giorni antecedenti l'intervista

Figura I.1.76: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012



Diminuzione dei consumatori di alcol negli ultimi 12 mesi e nell'ultimo mese

L'85,5% degli studenti ha assunto bevande alcoliche almeno una volta nella vita

Meno del 60% le ha assunte negli ultimi 30 giorni

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Differenze maggiori rispetto al 2011 si osservano, infine, considerando i consumatori nell'ultimo mese: i maschi che non hanno mai bevuto sono il 35,0% nel 2012 contro il 31,4% del 2011 e le femmine sono il 46,9% contro il 42,9% del 2011.

Tabella I.1.36: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Bevande alcoliche	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	68,60	65,03	-3,57	-5,20
Femmine	57,09	53,15	-3,94	-6,90
Totale	**62,67**	**59,10**	**-3,57**	**-5,70**

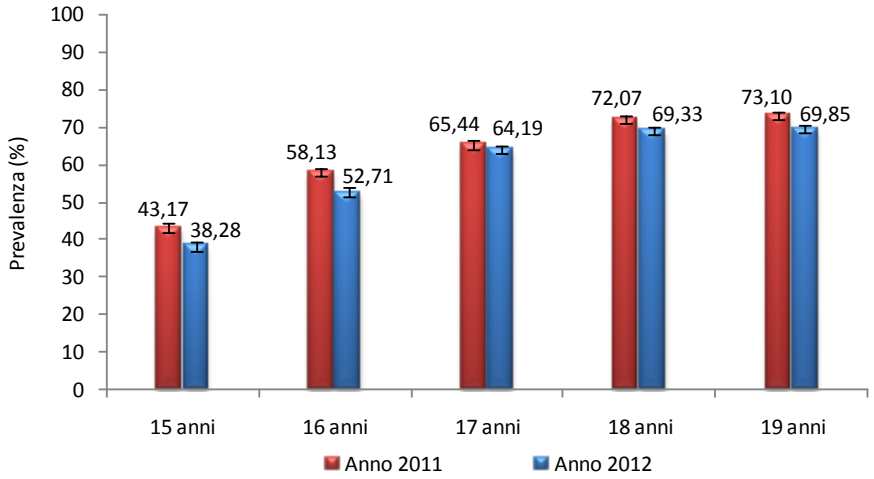
Maggior prevalenza degli studenti maschi che consumano alcolici negli ultimi 30 giorni, in contrazione per entrambi i generi

Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

Figura I.1.77: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Calano i consumatori (ultimi 30 giorni) per tutte le età degli studenti rispondenti

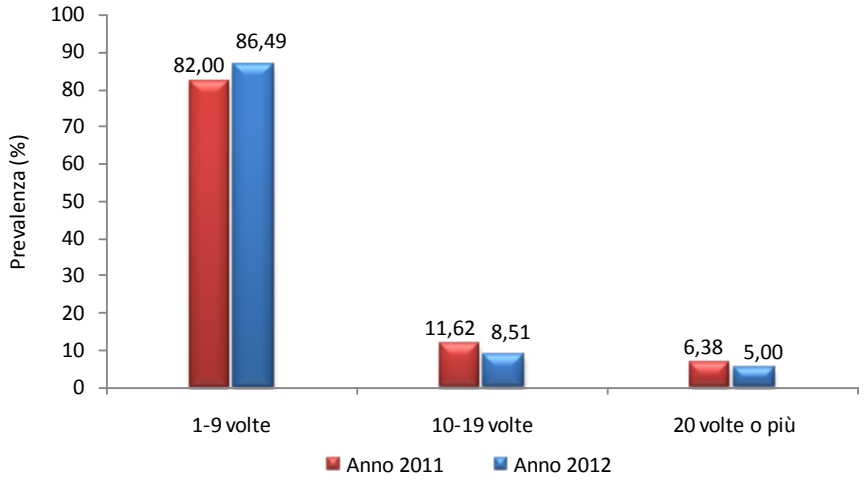


Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Ulteriore conferma del calo dei consumi di alcolici tra gli adolescenti delle scuole secondarie di secondo grado è fornita dalla tendenza alla contrazione degli studenti che fanno uso regolare di alcolici; infatti l'uso 20 volte o più di alcolici nell'ultimo mese è stato indicato dal 5% degli studenti che hanno assunto alcolici negli ultimi 30 giorni antecedenti lo studio, a fronte di una percentuale del 6,4% rilevata nel 2011.

Figura I.1.78: Frequenza di consumo (%) di bevande alcoliche nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012

Tendenziale contrazione del numero degli studenti che fanno uso frequente di bevande alcoliche



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Solo una minoranza pari al 14,5% degli studenti dichiara di non aver mai consumato bevande alcoliche nella vita e il 46,4% riferisce di non aver bevuto negli ultimi 30 giorni. Un maggior numero di ragazzi, rispetto alle coetanee femmine, afferma di bere o di aver bevuto in relazione a tutti e tre i periodi temporali considerati: rispetto a tutta la vita l'83,3% delle femmine vs l'87,7% dei maschi dichiara di aver bevuto; nell'ultimo anno, il 73,4% delle femmine vs l'80,5% dei maschi; nell'ultimo mese, il 53,1% delle femmine vs il 65,0% dei maschi.
I ragazzi riferiscono anche di bere con maggior frequenza rispetto alle ragazze: il

17,6% dei maschi afferma di aver bevuto oltre 10 volte contro l'8,5% delle femmine (Tabella I.1.37).

Tabella I.1.37: Consumo di bevande alcoliche (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Consumo di bevande alcoliche (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	87,68	83,29	85,49
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	80,51	73,36	76,94
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	65,03	53,15	59,10
Età (consumo negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	43,96	32,94	38,28
16 anni	57,43	48,04	52,71
17 anni	69,65	58,51	64,19
18 anni	75,71	62,84	69,33
19 anni	76,24	63,22	69,85
Frequenza di consumo (ultimi 30 giorni) (% sul totale consumatori LMP)			
1-2 volte	46,82	61,93	53,60
3-9 volte	35,60	29,57	32,89
10-19 volte	10,57	5,98	8,51
20 volte o più	7,01	2,52	5,00

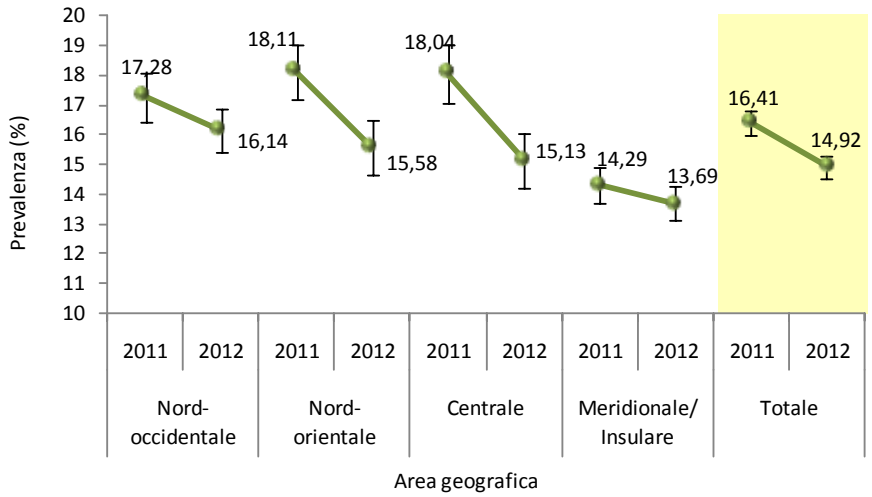
Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Solo il 14,5% di studenti dichiara di non aver mai bevuto, e il 40,9% di non aver bevuto negli ultimi 30 giorni

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

Nell'indagine SPS-DPA 2012 sono stati indagati anche i comportamenti dei giovani riguardo alle ubriacature in relazione anche al rapporto generale dei giovani con gli alcolici descritto in precedenza; il quesito relativo alle ubriacature posto agli studenti è stato il seguente: "Quante volte (se ti è accaduto) ti sei ubriacato bevendo alcolici, per esempio, barcollando nel camminare; oppure non riuscendo a parlare correttamente, vomitando o dimenticando l'accaduto?", distintamente per i periodi di osservazione "almeno 1 volta nella vita", "negli ultimi 12 mesi" e "negli ultimi 30 giorni".

Figura I.1.79: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per area geografica – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

In calo le ubriacature di alcolici in tutto il territorio nazionale, con una minor propensione a nord-ovest e nel sud/isole

Il fenomeno delle ubriacature sembra interessare meno gli studenti dell'Italia meridionale/insulare, per i quali si osserva anche una contrazione non

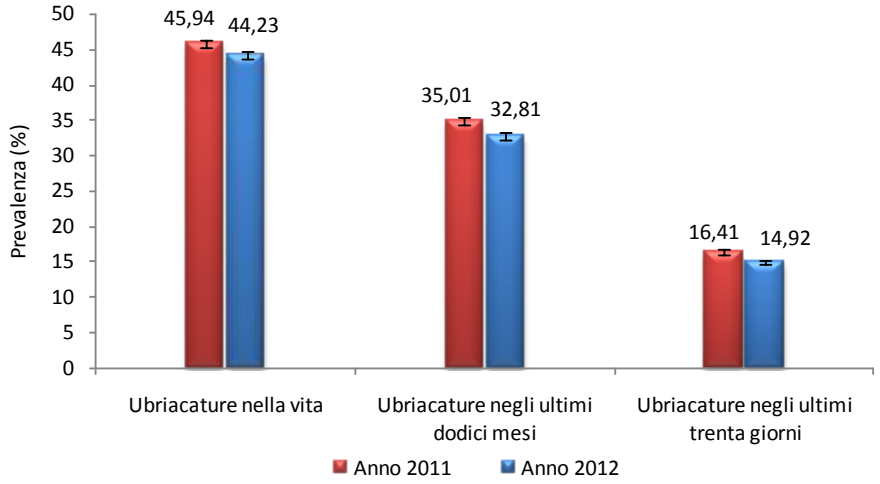
statisticamente significativa di tale fenomeno nell'ultimo biennio. Per quanto riguarda le altre aree geografiche le prevalenze sono più omogenee e la flessione tra il 2011 ed il 2012 risulta statisticamente significativa per il nord-est e l'Italia centrale.
Rispetto all'indagine realizzata lo scorso anno, questo fenomeno sembra in lieve contrazione per tutti i periodi di riferimento, almeno una volta nella vita (44,2% nel 2012 vs 45,9% nel 2011), negli ultimi 12 mesi (32,8% vs 35,0%) e negli ultimi 30 giorni (14,9% vs 16,4%).
Considerata l'elevata numerosità campionaria dei partecipanti allo studio (35.472 studenti 15-19 anni) e i valori elevati delle prevalenze, la flessione dei consumatori risulta statisticamente significativa per tutti i periodi di riferimento (Figura I.1.80).

Figura I.1.80: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

Diminuzione degli studenti che si ubriacano

il 55,8% degli studenti non si è mai ubriacato

il 15% si è ubriacato negli ultimi 30 giorni



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.38: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per genere. Anni 2011 e 2012

Episodi di ubriacatura	Anno		Variazione 2011 vs 2012	
Genere	**2011**	**2012**	**valore assoluto**	**valore %**
Maschi	18,93	17,03	-1,90	-10,04
Femmine	14,03	12,80	-1,23	-8,77
Totale	**16,41**	**14,92**	**-1,49**	**-9,08**

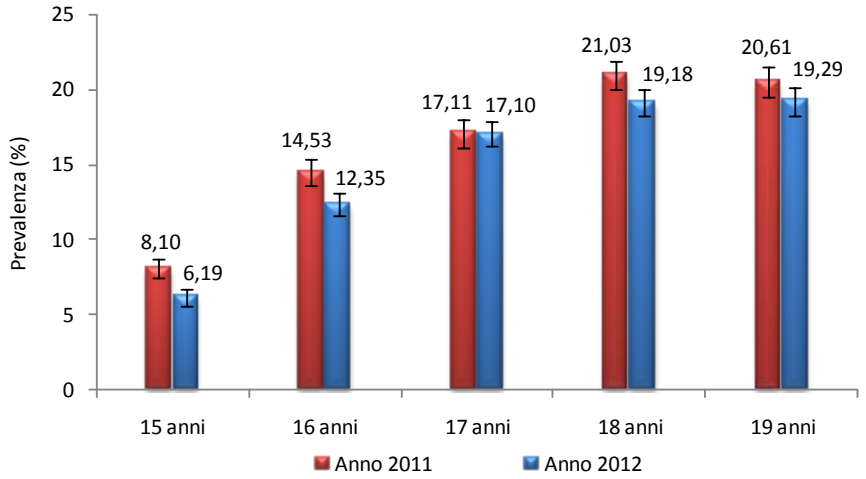
Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I maschi si ubriacano di più delle femmine; in contrazione gli studenti che riferiscono ubriacature negli ultimi 30 giorni per entrambi i generi

La percentuale di studenti che riferiscono episodi di ubriacature fra i giovani 15-19enni è stabile sia tra i maschi che tra le femmine con percentuali rispettivamente del 10% e dell'8%; stesso andamento si osserva nella distribuzione per età, ad eccezione dei 15enni, 16enni e 18enni, che indicano una contrazione rispetto al 2011.

Figura I.1.81: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, per età – intervalli di confidenza al livello 1-α=95%. Anni 2011 e 2012

In diminuzione la percentuale di studenti 15enni, 16enni e 17enni che riferiscono ubriacature negli ultimi 30 giorni



Fonte: Studi SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le ubriacature una volta nella vita, da parte degli studenti rispondenti sono state riferite dal 47,6% dei ragazzi e dal 40,8% delle ragazze, valori che scendono rispettivamente al 17,0% ed al 12,8% per l'abuso di alcol negli ultimi 30 giorni.

Tabella I.1.39: Episodi di ubriacatura (prevalenza %) nella popolazione scolastica 15-19 anni. Anno 2012

Episodi di ubriacatura (%)	Maschi	Femmine	Totale
Almeno una volta nella vita (LTP)	47,65	40,79	44,23
Una o più volte negli ultimi 12 mesi (LYP)	36,26	29,35	32,81
Una o più volte negli ultimi 30 giorni (LMP)	17,03	12,80	14,92
Età (episodi negli ultimi 30 giorni) (%)			
15 anni	5,93	6,44	6,19
16 anni	12,96	11,74	12,35
17 anni	19,25	14,86	17,10
18 anni	22,92	15,37	19,18
19 anni	22,97	15,47	19,29
Frequenza di episodi (ultimi 30 giorni) (% sul totale episodi)			
1-2 volte	79,39	85,70	82,09
3-9 volte	15,59	11,66	13,91
10-19 volte	2,74	1,50	2,21
20 volte o più	2,28	1,15	1,79

Il 44,2% degli studenti dichiara di essersi ubriacato almeno una volta nella vita

Le 15enni si ubriacano di più dei coetanei maschi, mentre nelle fasce di età successive sono i maschi ad ubriacarsi di più

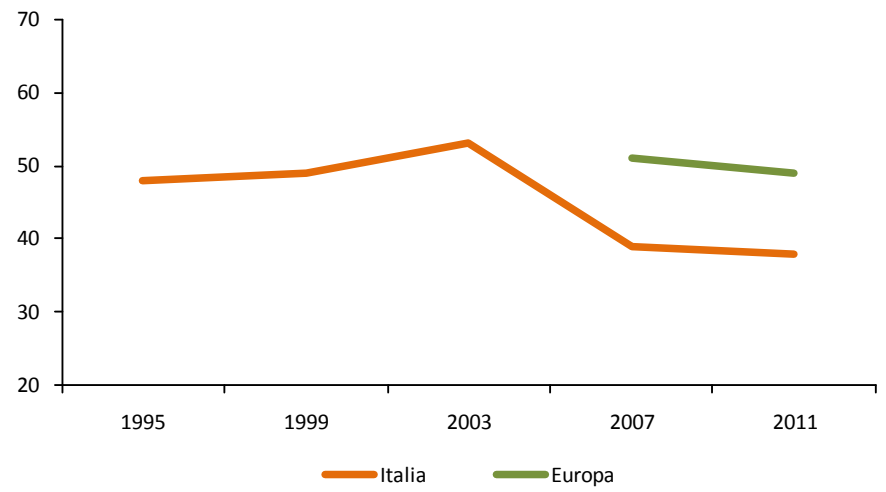
Le femmine si ubriacano con minor frequenza rispetto ai maschi

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

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

Figura I.1.82: Episodi di ubriacature (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

Tendenzialmente stabili gli episodi di ubriacatura dal 2007



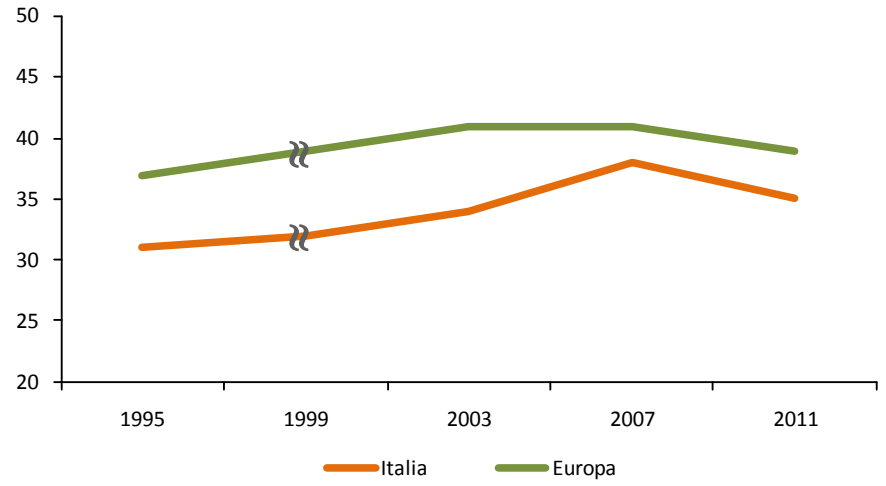
Fonte: ESPAD 1995-2011

Oltre agli episodi delle ubriacature, lo studio ESPAD ha indagato il fenomeno del *binge drinking*, definito come il consumo negli ultimi 30 giorni di eccessive quantità di alcol (cinque o più bevute di fila di un bicchiere/bottiglia/lattina di birra (ca 33 cl) o 2 bicchieri/ bottiglie di soft drink (ca 66 cl) o un bicchiere di vino (ca 15cl) o un bicchierino di liquore o di super alcolico (ca 5 cl) o un cocktail)).

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

Figura I.1.83: Binge drinking (prevalenza %) nella popolazione scolastica 16 anni almeno una volta nella vita. Anni 1995-2011

Propensione al calo nel 2011 degli studenti 16enni che hanno riferito episodi di binge drinking almeno una volta nella vita



Fonte: ESPAD 1995-2011

I.1.2.8 Policonsumo

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

Il policonsumo di sostanze psicoattive, legali ed illegali, caratterizza e definisce lo stile di consumo prevalente sempre più diffuso tra i soggetti più giovani.
Nelle tabelle illustrate di seguito vengono esaminate le diverse sostanze assunte. dai poliassuntori negli ultimi 30 giorni relativamente al 2012.
Facendo riferimento agli studenti che hanno assunto più di una sostanza negli ultimi 30 giorni, emerge che la combinazione più diffusa di sostanze è quella di alcol, tabacco e cannabis, pari al 63,4% degli studenti che dichiara di averle assunte negli ultimi 30 giorni (63,9% nei maschi e 62,6% nelle femmine).

Il 63,4% degli studenti ha assunto alcol, tabacco e cannabis

Una percentuale decisamente minore si osserva se si considera gli ultimi 30 giorni l'assunzione di alcol e cannabis, pari al 7,2% (8,6% per i maschi e 5,1% per le femmine) e l'assunzione di tabacco e cannabis, pari al 6,4% (5,9% per i maschi e 7,3% per le femmine).

Tabella I.1.40: Distribuzione degli studenti che hanno assunto due o più sostanze psicotrope, legali o illegali, nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

	Maschi		Femmine		Totale	
	N	%	N	%	N	%
Alcol+Cannabis	256	8,58	99	5,06	355	7,19
Tabacco+Cannabis	176	5,90	142	7,26	318	6,44
Consumo di 2 sostanze - altro	68	2,28	82	4,19	150	3,04
Alcol+Tabacco+Cannabis	1.905	63,88	1.224	62,58	3.129	63,37
Consumo di 3 sostanze - altro	116	3,89	138	7,06	254	5,14
Più di 3 sostanze	461	15,46	271	13,85	732	14,82
Totale	**2.982**	**100,00**	**1.956**	**100,00**	**4.938**	**100,00**

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Facendo un confronto del policonsumo nel biennio 2011-2012 riferito agli ultimi 30 giorni, emerge una situazione di stabilità: nel 2011 il 15,8% degli studenti consumatori dichiara di aver assunto più sostanze mentre nel 2012 il 15,9%. Rispetto al profilo delle sostanze assunte dagli studenti, si osserva un aumento dell'associazione di alcol o tabacco con cannabis; in calo la percentuale di studenti che consuma altre sostanze anche in associazione a tabacco e/o alcol.

Tabella I.1.41: Distribuzione degli studenti che hanno assunto due o più sostanze illegali nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anni 2011 e 2012

	Anno 2011		Anno 2012		Δ 2012-2011	
	N	%	N	%	Δ	Δ%
Alcol+Cannabis	308	6,40	355	7,20	0,80	12,50
Tabacco+Cannabis	136	2,80	318	6,40	3,60	128,57
Consumo di 2 sostanze - altro	176	3,70	150	3,00	-0,70	-18,92
Alcol+Tabacco+Cannabis	3.080	63,70	3.129	63,40	-0,30	-0,47
Consumo di 3 sostanze - altro	456	9,30	254	5,10	-4,20	-45,16
Più di 3 sostanze	680	14,10	732	14,80	0,70	4,96
Totale	**4.836**	**100,00**	**4.938**	**100,00**	**-**	**-**

Fonte: Studio SPS-DPA 2011 e SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

La Tabella I.1.41 rappresenta la distribuzione di prevalenza condizionata d'uso di sostanze legali e illegali tra coloro che riferiscono di aver consumato sostanze illegali negli ultimi 30 giorni.

Tabella I.1.42: Distribuzione della prevalenza condizionata di policonsumatori nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni. Anno 2012

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

Sostanze	Alcol	Tabacco	Cannabis	Cocaina	Eroina
Cannabis (12,9%)	90,80%	89,58%	-	6,82%	1,26%
Cocaina (1,06%)	92,27%	92,27%	83,47%	-	18,13%
Eroina (0,23%)	91,57%	87,95%	69,88%	81,93%	-

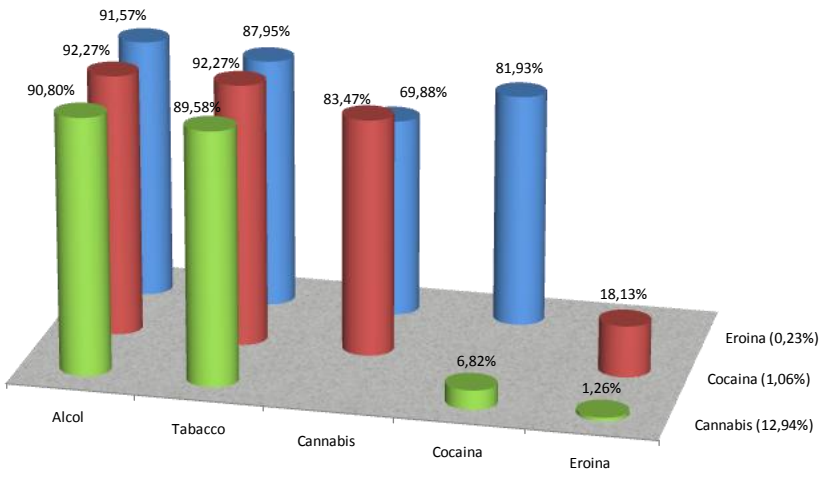
Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura I.1.84: Distribuzione condizionata del policonsumo nella popolazione scolastica 15-19 anni negli ultimi 30 giorni, rispetto al consumo primario di cannabis, cocaina ed eroina. Anno 2012

Consumatori di cannabis: 6,8% anche cocaina 1,3% anche eroina

Consumatori di cocaina: 83,5% anche cannabis 18,1% anche eroina

Consumatori di eroina: 69,9% anche cannabis 81,9% anche cocaina



Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dall'analisi della prevalenza d'uso condizionata, emerge che tra gli studenti consumatori di cannabis negli ultimi 30 giorni, pari al 12,6%, il 90,8% riferisce di aver consumato anche alcol, l'89,6% ha consumato cannabis associata a tabacco, il 6,8% ha fatto uso anche di cocaina e l'1,3% anche di eroina.
L'1,17% degli studenti rispondenti ha riferito di aver fatto uso di cocaina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Il 92,3% dei consumatori di tale sostanza ha assunto alcol negli ultimi 30 giorni, la stessa percentuale riferisce di aver fumato negli ultimi 30 giorni, l'83,5% ha fatto uso anche di cannabis e il 18,1% di eroina.
Del totale studenti che hanno compilato il questionario, lo 0,29% ha riferito di aver usato eroina almeno una volta negli ultimi 30 giorni. Tra questi, il 91,6% ha fatto uso di alcol, l'88,0% ha fumato, il 69,9% ha usato anche cannabis e l'81,9% ha fatto uso anche di cocaina.
Come emerso nel 2011, anche nel 2012 si evidenziano percentuali elevate di uso associato a cocaina tra i consumatori di eroina, rispetto ai consumatori di cocaina che ricorrono al consumo congiunto di eroina in percentuale nettamente inferiore.

I.1.2.9 Metodologia

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

Disegno di campionamento

Tecniche di campionamento

La selezione del campione di popolazione è stata effettuata mediante un modello di campionamento a due stadi, in cui le unità di primo stadio sono rappresentate

dalle scuole secondarie di secondo grado e le unità di secondo stadio sono rappresentate dalle classi di un intero percorso scolastico. Le distribuzioni degli istituti scolastici per regione e del campione di scuole incluse nello studio sono rappresentate nella Tabelle I.1.43 e I.1.44.
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.

idonee a garantire l'affidabilità dei dati

Tabella I.1.43: Distribuzione della popolazione di riferimento di primo stadio e delle unità di campionamento di primo stadio per regione. Anno 2012

Regione	Totale istituti	Campione di scuole	Numero di studenti rispondenti
Abruzzo	237	19	827
Basilicata	134	11	622
Calabria	382	34	2.021
Campania	1.055	78	3.856
Emilia Romagna	403	31	1.909
Friuli Venezia Giulia	152	12	594
Lazio	710	54	2.852
Liguria	153	17	1.310
Lombardia	1.087	84	6.594
Marche	207	16	919
Molise	67	9	383
Piemonte/ Valle D'Aosta	441	38	1.878
Puglia	561	42	2.322
Sardegna	245	19	947
Sicilia	820	61	2.843
Toscana	435	31	1.751
Trentino Alto Adige	125	12	607
Umbria	120	9	453
Veneto	539	41	2.784
Totale	**7.873**	**618**	**35.472**

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella I.1.44: Distribuzione delle unità di primo stadio per regione e tipo di istituto scolastico. Anno 2012

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	7	7	3	2	19
Basilicata	3	4	2	2	11
Calabria	13	9	8	4	34
Campania	26	28	17	7	78
Emilia Romagna	9	12	8	2	31
Friuli Venezia Giulia	4	4	3	1	12
Lazio	22	17	9	6	54
Liguria	6	4	6	1	17
Lombardia	32	27	17	8	84
Marche	4	5	5	2	16
Molise	4	1	3	1	9
Piemonte/ Valle D'Aosta	11	11	10	6	38
Puglia	12	14	10	6	42
Sardegna	6	6	4	3	19
Sicilia	21	22	12	6	61
Toscana	12	10	4	5	31
Trentino Alto Adige	3	6	2	1	12
Umbria	2	4	2	1	9
Veneto	13	14	9	5	41
Totale	**210**	**205**	**134**	**69**	**618**

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le variabili considerate per la stratificazione delle unità di primo stadio (Regioni e tipo di istituto scolastico) sono ritenute particolarmente significative ai fini della rappresentatività dell'intera popolazione in relazione al fenomeno da indagare.
La scelta di stratificare per regione e tipo di istituto (liceo o istituto ex-magistrale, istituto tecnico, istituto professionale e istituto o liceo artistico) risponde all'esigenza di utilizzare un campione rappresentativo della popolazione scolastica per area territoriale, nell'ipotesi che le caratteristiche morfologiche delle diverse zone e le diverse tipologie di percorso scolastico, possano influire sulla prevalenza del consumo di sostanze.
Al secondo stadio di campionamento le unità statistiche, rappresentate dagli studenti frequentanti le classi di un intero percorso scolastico, sono state selezionate mediante uno schema a grappolo, dove il grappolo è rappresentato dalla classe di appartenenza.

Strumento di indagine

Uso di protocolli europei

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

Nel 2012, come per il 2011, la conduzione dell'indagine di popolazione studentesca SPS-DPA 2012 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.

Vantaggi delle indagini on-line

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

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

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

Realizzazione dello studio

Il contingente di scuole da contattare per lo studio, sulla base del piano

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

77,7% di adesione: dal 73,3% del sud/isole all'88,5% del nord-ovest

Le scuole aderenti all'iniziativa, che avevano concluso la fase di rilevazione alla data del 15 maggio 2012, ammontavano a 480, pari all'77,7% del campione di scuole pianificato. oscillando tra il 73,3% di adesione nell'Italia meridionale/insulare ed l'88,5% nel Nord-Occidentale. Per quanto riguarda l'adesione per tipo di istituto, si osserva una percentuale più elevata nell'adesione degli istituti tecnici (83,6%) e dei licei ed ex-magistrali (78,6%); inferiore, invece, risulta la partecipazione degli istituti professionali, pari a meno dell'80% e degli istituti e licei artistici che si attesta attorno al 70% (Tabella I.1.45).
Per ciascun istituto scolastico era previsto il coinvolgimento di un intero percorso scolastico, dalla prima alla quinta classe, pari a complessivi 100 studenti circa per istituto. Secondo i dati preliminari dei questionari rilevati alla data del 15 maggio, la percentuale di studenti che hanno aderito allo studio è superiore al 75%; tale valore preliminare, tuttavia, risente dell'effetto dell'assenza in alcuni istituti, in particolar modo in quelli paritari, di percorsi completi (dal primo all'ultimo anno), incidendo per difetto sulla percentuale complessiva di adesione degli studenti.

Tabella I.1.45: Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per area geografica e tipo di istituto. Anno 2012

Area geografica	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Italia nord-occidentale	87,8	90,5	97,0	66,7	88,5
Italia nord-orientale	72,4	77,8	72,7	88,9	76,0
Italia centrale	75,0	75,0	75,0	85,7	76,4
Italia meridionale/insulare	77,2	67,0	83,1	61,3	73,3
Totale	**78,6**	**75,1**	**83,6**	**71,0**	**77,7**

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Percentuali minime di adesione sono state riscontrate in Umbria e Puglia per quanto riguarda i licei e gli ex istituti magistrali, in Molise, Abruzzo, Sicilia e Friuli Venezia Giulia per gli istituti tecnici, in Trentino Alto Adige e Umbria per gli istituti professionali ed in Puglia e Campania per gli istituti ed i licei artistici. Per contro percentuali di partecipazione più elevate (oltre il 70,0%) si osservano in 14 regioni per gli istituti e i licei artistici, in 13 regioni sia per i licei e gli ex istituti magistrali che per gli istituti professionali ed, infine, in 11 regioni per gli istituti tecnici (Tabella I.1.45).

Qualità dei dati: 97,8% questionari validi per l'analisi sui consumi di sostanze psicotrope 15-19 anni

L'analisi della qualità delle informazioni riferite dagli studenti partecipanti all'indagine è stata effettuata applicando alcuni criteri per l'esclusione dalle successive elaborazioni dei dati, dei questionari "non affidabili" o relativi a fasce di età esterne al target dello studio (15-19 anni). Nello schema di seguito riportato sono indicate le fasi di esclusione dei questionari ed il relativo numero di questionari esclusi dalle successive analisi.

Nella fase iniziale dell'analisi qualità del database (step 1) sono stati esclusi dal dataset finale i questionari relativi a studenti che non avevano compilato la parte del questionario relativa ai consumi (458 questionari esclusi dalle analisi successive).

Nella seconda fase della verifica delle caratteristiche qualitative dell'archivio dei questionari sono stati esaminati il numero di questionari compilati da ciascun istituto scolastico, e sono stati esclusi per istituto i record relativi agli studenti che avevano indicato un consumo per tutte le 15 sostanze relative alla domanda 21 (215 questionari esclusi dal dataset complessivo).

Tabella I.1.46: Distribuzione percentuale di adesione delle scuole sul totale scuole previste, per regione e tipo di istituto. Anno 2012

Regione	Licei ed ex-magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Istituti e licei artistici	Totale
Abruzzo	85,7	28,6	100,0	100,0	68,4
Basilicata	100,0	75,0	100,0	100,0	90,9
Calabria	92,3	100,0	87,5	50,0	88,2
Campania	73,1	67,9	82,4	42,9	70,5
Emilia Romagna	66,7	66,7	62,5	100,0	67,7
Friuli Venezia Giulia	100,0	50,0	100,0	100,0	83,3
Lazio	72,7	82,4	88,9	83,3	79,6
Liguria	83,3	100,0	100,0	100,0	94,1
Lombardia	96,9	100,0	100,0	75,0	96,4
Marche	100,0	60,0	60,0	100,0	75,0
Molise	75,0	-	66,7	100,0	66,7
Piemonte/ Valle D'Aosta	63,6	63,6	90,0	50,0	68,4
Puglia	58,3	92,9	80,0	33,3	71,4
Sardegna	83,3	83,3	50,0	100,0	78,9
Sicilia	76,2	45,5	91,7	66,7	67,2
Toscana	75,0	70,0	75,0	80,0	74,2
Trentino Alto Adige	66,7	83,3	50,0	100,0	75,0
Umbria	50,0	75,0	50,0	100,0	66,7
Veneto	69,2	92,9	77,8	80,0	80,5
Totale	**78,6**	**75,1**	**83,6**	**71,0**	**77,7**

Fonte: Studio SPS-DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

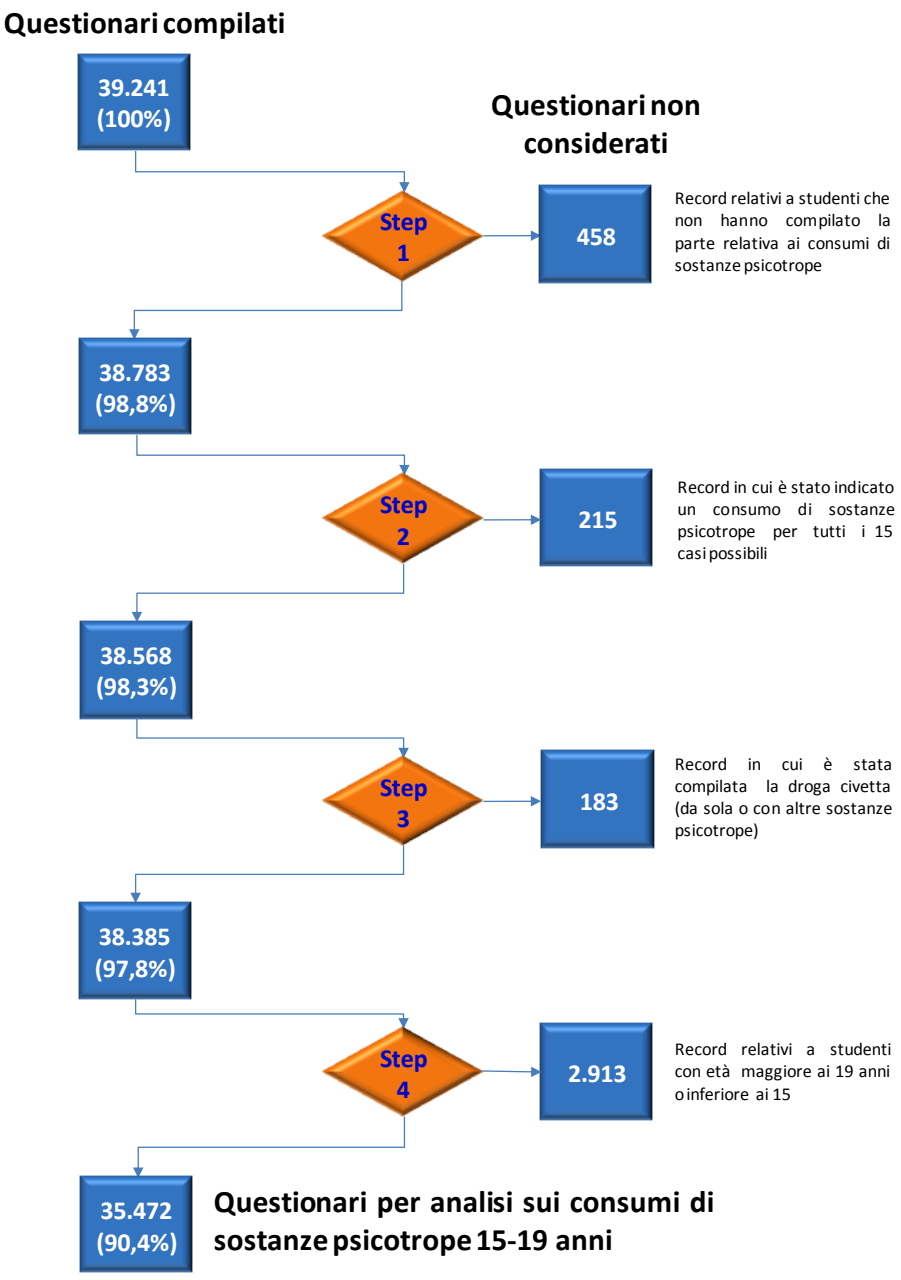
Adesione per tipo di istituto:
78,6% licei ed ex-magistrali
75,1% istituti tecnici
83,6% istituti professionali
71,0% istituti e licei artistici

Nel quarto ed ultimo step di pulitura dei dati sono stati eliminati i questionari relativi a studenti con età maggiore a 19 anni ed inferiore a 15 (2.913 record esclusi dal dataset complessivo).

Il numero questionari validi alla fine dell'analisi della qualità dei dati ammonta a 35.472, pari al 90,4% del quantitativo totale di questionari raccolti.
Nella terza fase di scrematura sono stati individuati ed esclusi dal dataset definitivo i record corrispondenti ai questionari in cui è stata compilata la droga civetta (183 questionari esclusi del dataset complessivo).

Figura I.1.85: Procedura di controllo qualità dei dati

35.472 questionari validi per l'analisi sui consumi di sostanze psicotrope 15-19 anni

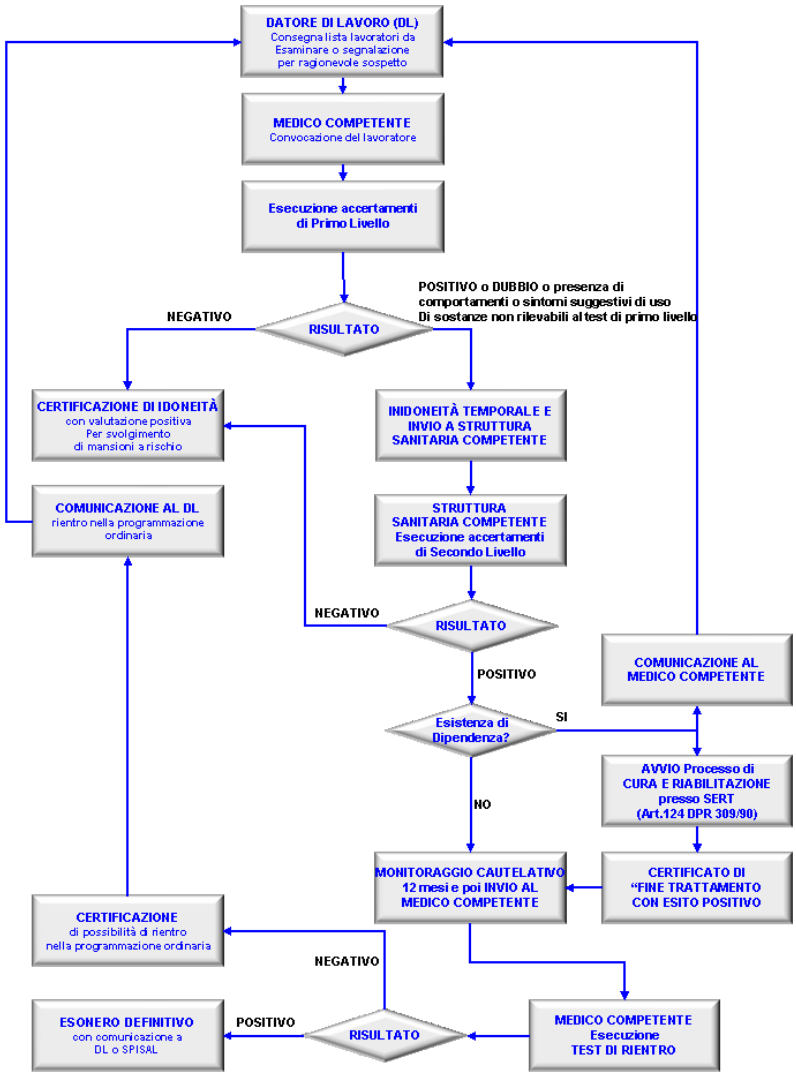


I.1.3. Consumo di droga nelle popolazione speciali (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio - DTLR)

I.1.3.1. Introduzione

Nel corso del 2011 il DPA ha proseguito l'attività prevista nell'ambito del progetto DTLR (Drug Test nei Lavoratori con mansioni a Rischio), migliorando ed ampliando la propria base dati**,** nonché confrontandosi con tutti i referenti istituzionali al fine di sviluppare proposte di revisione dell'Intesa Stato-Regioni attualmente vigente .
Si riporta in fig. I.1.86 l'attuale procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio, che si presenta piuttosto articolata e con margini di miglioramento allo studio del tavolo di revisione presso il DPA.

Figura I.1.86: Procedura generale per il controllo dei lavoratori con mansioni a rischio



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nella Figura I.1.87. sono indicate le Regioni e Province Autonome che hanno prodotto, secondo una ricerca condotta dal Dipartimento Politiche Antidroga 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 all'Intesa citata.

Figura I.1.87: Applicazione dell'Accordo Stato Regioni del 18.09.2008. Anno 2011



Fonte: dati RFI e DPA

I.1.3.2 Risultati preliminari

88.058 soggetti esaminati: +1,2% di soggetti esaminati rispetto al 2010

I dati a disposizione del Dipartimento Politiche Antidroga, raccolti attraverso il progetto DTLR affidato alla dalla 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 ENAV S.p.A. e dal Laboratorio di Sanità Pubblica di Trento. Per il 2011 i dati fanno riferimento a 88.058 soggetti sottoposti a test di I° livello (+1,2% rispetto al 2010 in cui sono stati testati 86.987 soggetti), di cui quasi il 5% di genere femminile.

Tabella I.1.47: Denominazione e numero dei soggetti fonte di dati. Anno 2011

Denominazione fonte dati	Soggetti
Rete Ferroviaria Italiana – Gruppo Ferrovie dello Stato – Direzione Sanità	43.998
ASSTRA – Associazione Trasporti -	23.593
Società Italiana di Medicina del Lavoro e Igiene Industriale	11.162
Associazione Nazionale Medici d'Azienda	7.687
ENAV S.p.A.	1.064
Laboratorio di Sanità Pubblica Trento	554
Totale soggetti sottoposti a test di I° livello	**88.058**

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Alla raccolta dati hanno partecipato 108 centri collaborativi dei vari gruppi sopracitati che hanno aderito all'indagine promossa dal DPA .

Figura I.1.88: Popolazione esaminata per drug test di I livello – analisi per genere. Anno 2011

Circa il 95% del campione di genere maschile

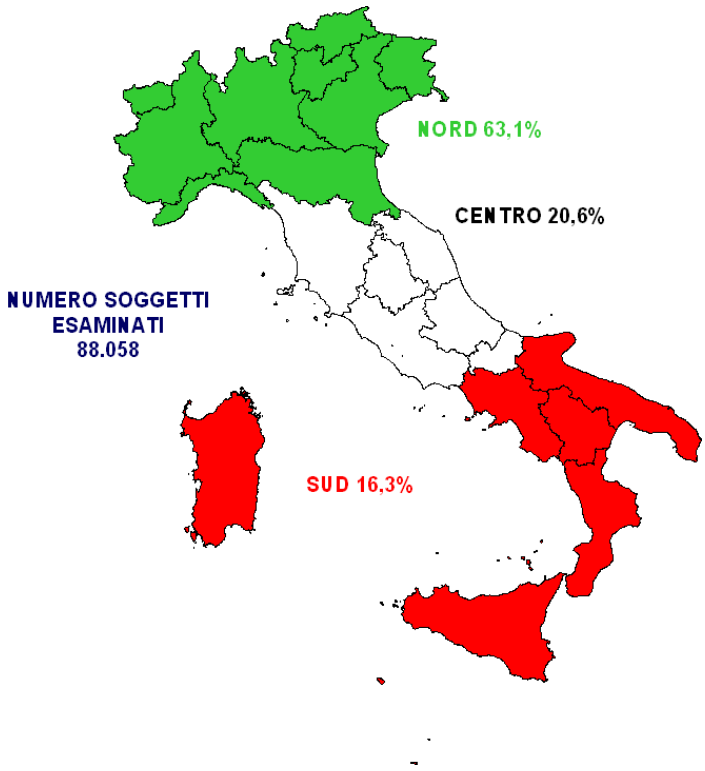


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

L'analisi per area geografica evidenzia una netta prevalenza dei test eseguiti nell'Italia settentrionale con circa il 63% dei casi, a seguire il 20,6% per il centro ed il 16,3% per Sud ed Isole; rispetto al 2010 sale particolarmente il numero dei testati al centro a seguito dell'adesione dell'azienda ATAC – gruppo ASSTRA – adibita al trasporto pubblico della città di Roma. Gli addetti al settore dei trasporti sono nettamente quelli più interessati dai controlli, seguiti dai mulettisti/carrellisti.

Figura I.1.89: Popolazione esaminata drug test di I livello – analisi per area geografica. Anno 2011

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

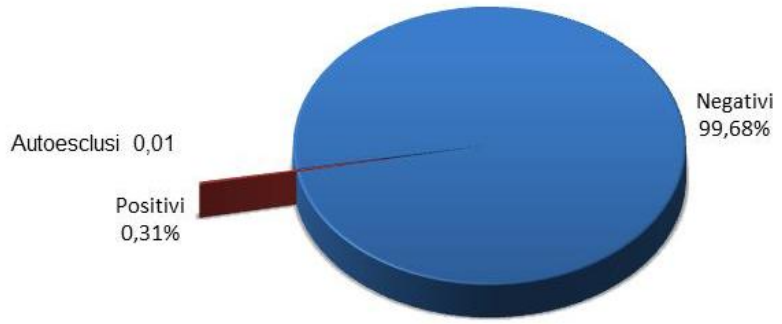


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I risultati emersi dai test di primo livello (confermati in laboratorio di analisi su aliquota dello stesso campione raccolto) hanno evidenziato la positività del test per lo 0,31% 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 0,32%.

Nel 2011 0,31% di positivi ai test di primo livello. Dimezzati rispetto al 2010.

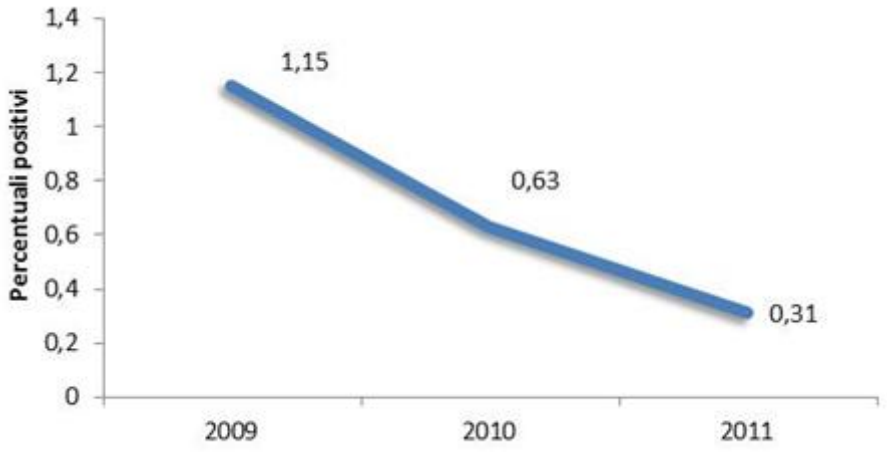
Figura I.1.90: Drug test di I livello – analisi per esito (con test di conferma in laboratorio). Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Rispetto al 2010, anno in cui la positività riscontrata era dello 0,63%, si è registrato un calo del 50,8% (Figura I.1.91

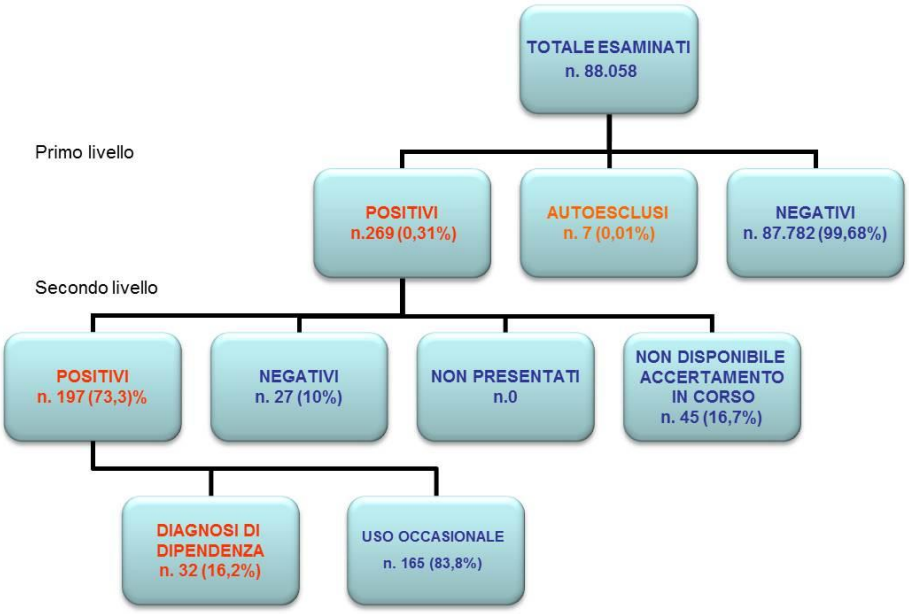
Figura I.1.91: Drug test di I livello, confronto positività 2009-2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Il flusso dati 2011 è rappresentato nella figura I.1.92 in cui si riporta la numerosità dei soggetti.

Figura I.1.92: Flusso soggetti sottoposti ad accertamento. Anno 2011

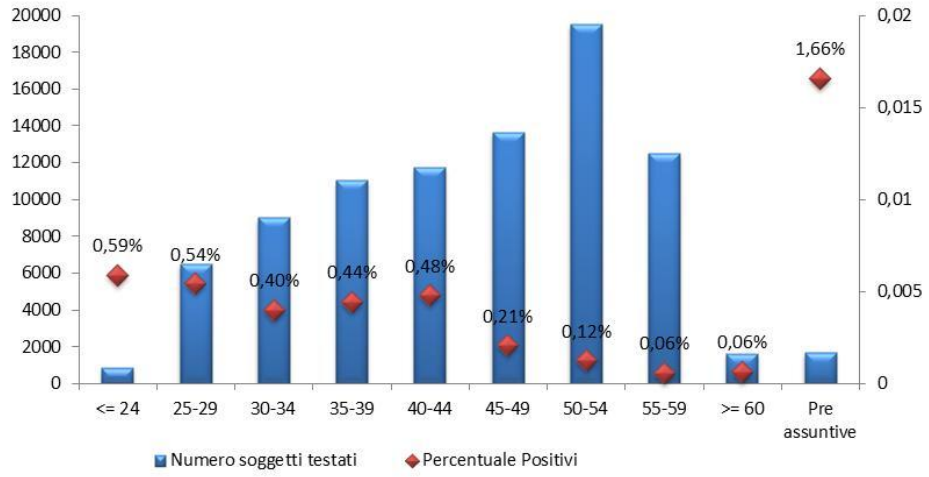


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Soggettivi positivi al test pre assuntivo 1,66%

L'analisi per fascia d'età evidenzia che il campione esaminato è concentrato molto nella fascia di età 45-59 anni. All'interno delle classi di età, quelle che presentano un più alta prevalenza di positività sono quelle giovanili, in particolare under 30. Rispetto all'anno 2010 in tutte le fasce di età si registra una contrazione del numero dei positivi, più marcata nei lavoratori fino ai 24 anni (dato 2010 1,34% vs 0,59% anno 2011) .
Molto interessante il dato sui soggetti positivi nella visita pre assuntiva, 1,66%, circa il triplo della fascia di lavoratori di età under 35 che potrebbe essere comparabile; questo fenomeno, probabilmente, può essere associato anche all'ignoranza parziale di alcuni aspiranti lavoratori che non sanno di essere sottoposti anche a questo tipo di accertamento.

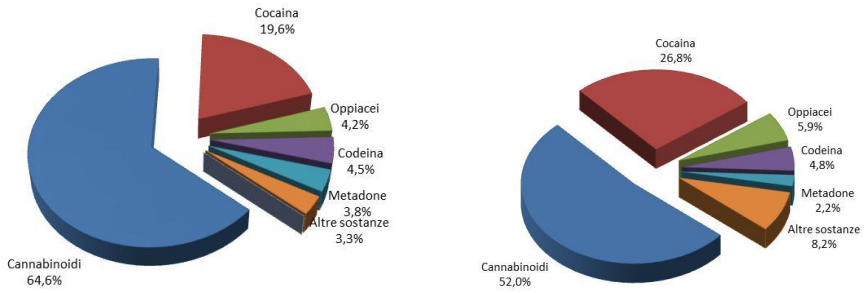
Figura I.1.93: Drug test di I livello – analisi per fascia d'età ed esito test. Anno 2011



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Nel 52% dei casi è stata riscontrata positività ai cannabinoidi, cocaina nel 26,8% e gli oppiacei nel 5,9% (Figura I.1.94). Rispetto al 2010 scendono molto i cannabinoidi (dato 2010 64,6% vs 52% anno 2011), in forte aumento la cocaina (raddoppiato il dato del 2009, 19,6%) risalgono gli oppiacei dopo la forte contrazione dell'anno scorso.

Figura I.1.94: Drug test di I livello – confronto analisi per sostanza d'abuso sui soggetti risultati positivi al test di conferma. Anni 2010 - 2011



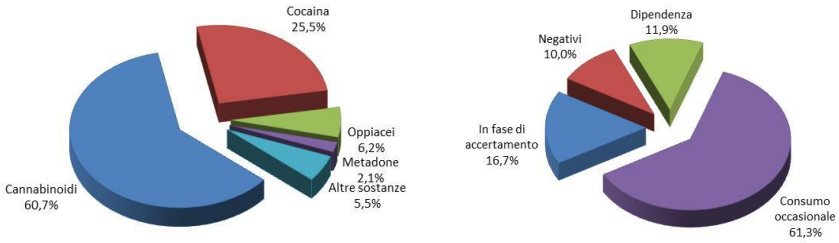
Diminuiscono i soggetti positivi per cannabinoidi, aumentano quelli per cocaina

Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I dati degli accertamenti di II livello per l'anno 2011 riguardano 224 soggetti (83,3% dei positivi al I livello); la parte residuale dei dati per gli accertamenti di secondo livello è in fase di accertamento, dipendente dai tempi tecnici che intercorrono tra il riscontro di positività al I livello e la diagnosi finale.
A quasi il 12% del campione è stata riscontrata una diagnosi di tossicodipendenza, in prevalenza per cannabinoidi ed a seguire per cocaina, oppiacei e metadone (Figura I.1.95).

Figura I.1.95: Accertamenti clinici di II livello – analisi per sostanza e diagnosi– Anno 2011

Più del 60% ha una diagnosi di consumo occasionale



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.3.3 Dati delle Forze Armate

La Direzione Generale della Sanità Militare (DIFESAN) del Ministero della Difesa sovrintende numerose attività, tra cui la raccolta, l'elaborazione e la valutazione dei dati statistici attinenti all'area delle tossicodipendenze e delle principali patologie mediche ad esse correlate.
Per quanto riguarda l'Esercito Italiano, la Marina Militare e l'Aeronautica Militare sono disponibili i dati relativi al numero di test[1] eseguiti (Tabella I.1.48), mentre per il Corpo dei Carabinieri le informazioni riguardano il numero di soggetti sottoposti ad esame (Tabella I.1.49).

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

Tabella I.1.48: Drug test eseguiti sulle Forze Armate. Anni 2007 - 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Esercito Italiano					
Test eseguiti	39.523	48.306	42.417	57.034	23.376
Test positivi	340	54	446	204	68
% Positivi	0,86	0,11	1,05	0,36	0,29
Marina Militare					
Test eseguiti	43.747	41.476	43.958	43.752	17.998
Test positivi	19	15	7	4	2
% Positivi	0,04	0,04	0,02	0,01	0,01
Aeronautica Militare					
Test eseguiti	43.617	64.108	70.258	82.805	77.963
Test positivi	42	41	27	0	29
% Positivi	0,10	0,06	0,04	0,00	0,04
Totale (E.I., M.M., A.M.)					
Test eseguiti	126.887	153.890	156.633	183.591	119.337
Test positivi	401	110	480	208	99
% Positivi	0,32	0,07	0,31	0,11	0,08

Fonte: dati del Ministero della Difesa

Esercito Italiano, diminuiscono i test e la positività

I controlli a campione mediante drug test sull'urina sono stati effettuati sia al personale in servizio fuori area che su quello in servizio in Patria; inoltre, viene sottoposto a test anche il personale aspirante all'arruolamento volontario.
Nel 2011 all'interno dell'Esercito Italiano sono stati eseguiti complessivamente 23.376 test: 68 casi sono risultati positivi (0,29%). Dopo il picco registrato nel 2009, nel 2010 e 2011 i test positivi sono in costante diminuzione.

Marina Militare, diminuiscono i test positività prossima allo zero.

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 2011 sono stati effettuati 17.998 test e sono risultati positivi solo 2 esami (0,01%).

Aeronautica Militare, più controlli rispetto agli altri corpi armati

Per quanto riguarda l'Aeronautica Militare, vengono eseguiti controlli periodici dei cataboliti urinari di sostanze stupefacenti sul personale del servizio automobilistico e durante le selezioni mediche per gli arruolamenti, in cui si rileva la maggior parte dei casi di positività. Esami occasionali vengono, inoltre, eseguiti sul personale che abbia dichiarato spontaneamente l'assunzione di droghe o che sia stato oggetto di segnalazione ai servizi sanitari di reparto per comportamenti presumibilmente attribuibili all'abuso di sostanze stupefacenti. I controlli vengono effettuati anche in ambito di selezione concorsuale di Forza Armata.
Nel 2011 sono stati eseguiti 77.963 test e sono risultati positivi 29 test, dato simile a quello del 2009 e peggiore di quello del 2010 nel quale furono zero i positivi .

-35% di test effettuati nelle tre forze armate

Nel complesso delle tre forze armate, nel 2011 rispetto al 2010 si registra una diminuzione considerevole dei test (64.254 in meno pari a -35%); si registra, inoltre, una diminuzione dei test positivi che passano dallo 0,11% allo 0,08%.

Tabella I.1.49: Soggetti esaminati Corpo dei Carabinieri. Anni 2007 - 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Corpo dei Carabinieri					
Soggetti esaminati	249	1.632	638	810	4.113
Soggetti positivi	6	14	6	2	5
% positivi	2,41	0,86	0,94	0,25	0,12

Fonte: dati del Ministero della Difesa

Carabinieri: quintuplicati i controlli, dimezzata la positività

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 2011 sono stati sottoposti a drug test 4.113 carabinieri e di questi 5 soggetti sono risultati positivi (0,12%); notevole è stato l'impegno profuso dall'Arma dei Carabinieri che hanno più che quintuplicato i controlli rispetto al 2010, ottenendo una percentuale di soggetti positivi pari allo 0,12% .

I.1.3.4 I costi del Drug Test

Aspetto assolutamente di rilevanza, in particolare per i datori di lavoro, è quello della sostenibilità finanziaria di tutte le procedure diagnostico accertative nonché amministrative connesse all'obbligo di sottoporre al drug test il personale svolgente mansioni a rischio.
I costi degli accertamenti previsti dall'Accordo Stato-Regioni sono a carico dei datori di lavoro e, per le controanalisi, a carico del lavoratore che li richiede.
Le tariffe da applicare per gli accertamenti sanitari previsti dall'Accordo vigente sono quelle stabilite dai Nomenclatori Tariffari Regionali; le Aziende Sanitarie possono stabilire ulteriori costi (anche a forfait) derivanti dalle spese (contenitori, trasporti, utilizzo locali etc.) qualora non previste dai Nomenclatori.
Le tariffe per gli accertamenti da parte della struttura sanitaria competente, con esclusione degli esami di laboratorio, sono stabilite dalle Regioni e Province Autonome.
I dati presenti in tabella I.1.50 sono stati estrapolati dalle tabelle dell'Age.na.s. (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali) ed aggiornati al 2011.

Tabella I.1.50: Sintesi dei costi praticati nelle Regioni e PP.AA. italiane – dati in € - Anno 2011

	Minimo	Massimo	Media
Etanolo	5,68	7,20	5,97
Etanolo – test di conferma cromatografico	27,50	31,00	29,25
Droghe d'abuso[2]	5,93	12,00	6,47
Droghe d'abuso[2]: test di conferma HPLC/GC-MS	24,65	103,30	70,05

Fonte: dati ITC-ILO per progetto SAFE WORK without Drug

Costi massimi dei test di I e II livello in Toscana ed Umbria

Il costo medio del test di I° livello per l'etanolo è di 5,97 €, con un minimo di 5,68 € nella regione Basilicata ed un massimo di 7,20 € nella regione Friuli Venezia Giulia; per il test di II° livello invece il costo medio è di 29,25 € calcolato solamente su due tariffe, quella del Piemonte di 27,5 € e quella delle Province Autonome di Trento e Bolzano di 31 €. E' da sottolineare come non siano disponibili dati relativi alle altre regioni riguardo tale voce.
Per quanto concerne i costi relativi alle droghe d'abuso, il test di I° livello presenta

[2] Costo per singola sostanza

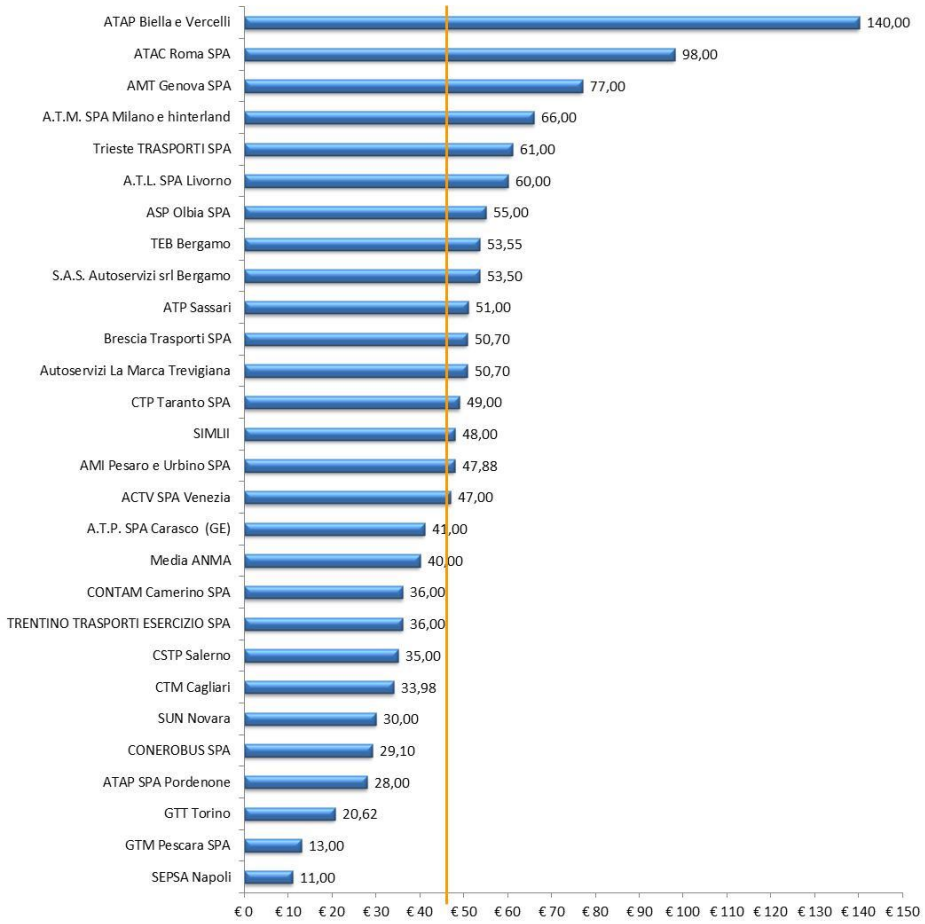
un costo medio di 6,47 €, con un minimo di 5,93 € in Campania e un massimo di 12 € in Toscana e Umbria. Il test di II° livello ha un costo medio di 70,05 €, con un minimo di 24,65 € in Veneto e un massimo, come nel I° livello, di 103,3 in Toscana e Umbria.
I dati relativi al test di conferma sono disponibili unicamente per 5 regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Umbria e Toscana) a cui si aggiungono quelli relativi alle province autonome di Trento e Bolzano~~;~~**.** Alla data della ricerca non erano disponibili i dati relativi alle regioni Liguria, Molise e Sardegna.
Per le aziende il costo diretto minimo da sostenere è quello per visite mediche e accertamenti di laboratorio, specialisti e strumentali per esami di I livello (nonché la relativa certificazione) che qualora dia esito negativo, come nella quasi totalità dei casi**,** chiude la procedura con un impatto molto meno oneroso di quanto possa essere in caso di positività.
Il Dipartimento Politiche Antidroga anche quest'anno ha sottoposto una scheda informativa sui costi diretti alle aderenti la nostra indagine che su base volontaria hanno fornito alcune utile indicazioni che di seguito si rappresentano.

Notevole eterogeneità

Dalla figura 1.3.96 si può notare quanto sia eterogenea la tariffazione indicata , da un minimo di 11 € sino ad un massimo di 140 € con un dato medio dichiarato di quasi 50 €. All'indagine 2011 hanno aderito molte più aziende confermando sostanzialmente (differenza inferiore ad 1 euro) il dato 2010. Nel computo medio non è stata considerato il dato di ENAV S.p.A in quanto i controlli sono effettuati "con metodica avanzata e di maggior livello qualitativo e il dato ricomprende tutta la logistica correlata all'effettuazione del test nonché la gestione di ogni tipologia di eventuale contenzioso",; quindi, il dato ENAV non è comparabile con quelli delle altre aziende.

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

Figura I.1.96: Variabilità della tariffa individuale per accertamenti drug test di I livello – anno 2011

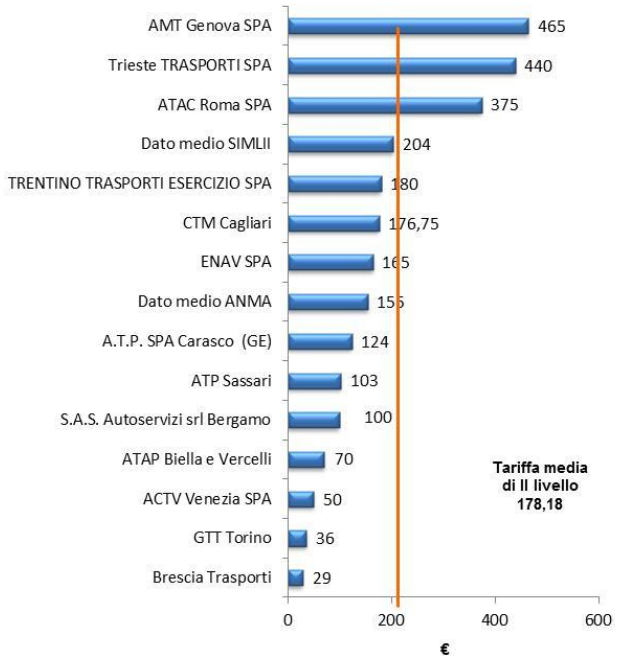


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Le differenze tra i costi rilevati aumentano per gli accertamenti di secondo livello, variando tra 29 € e 465 € per accertamento (Figura I.1.97); nei casi delle aziende di Genova e Roma non sono stati scorporati dalla certificazione che in quella di Trieste viene indicata in € 100,00 che quindi sopporterebbe l'onore più gravoso.

Figura I.1.97: Variabilità della tariffa individuale per accertamenti drug test di II livello – anno 2011

Costo medio per accertamenti di II livello circa 178 € per persona

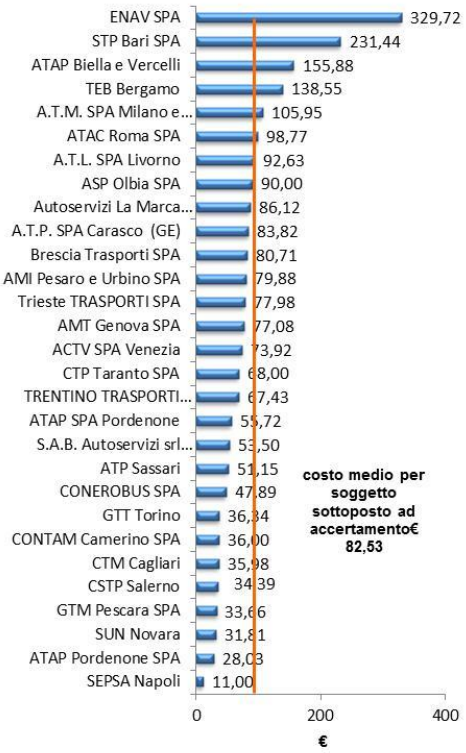


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Complessivamente, il costo medio calcolato per primo e secondo livello (Figura I.1.98) a persona è pari ad € 82,53 (dato 2010 € 83,33) con un minimo di € 11,00 (SEPSA Napoli) ed un massimo di € 329,72 per ENAV SPA che come già segnalato attua controlli più specifici nella fase di accertamento di I° livello, il dato della STP Bari è dovuto al numero di controlli di secondo livello segnalati effettuati non necessariamente in conseguenza di riscontri positivi ai test di conferma di I° livello.

Il costo medio per soggetto è di quasi 83 €

Figura I.1.98: Costo medio per accertamenti drug test. Anno 2011

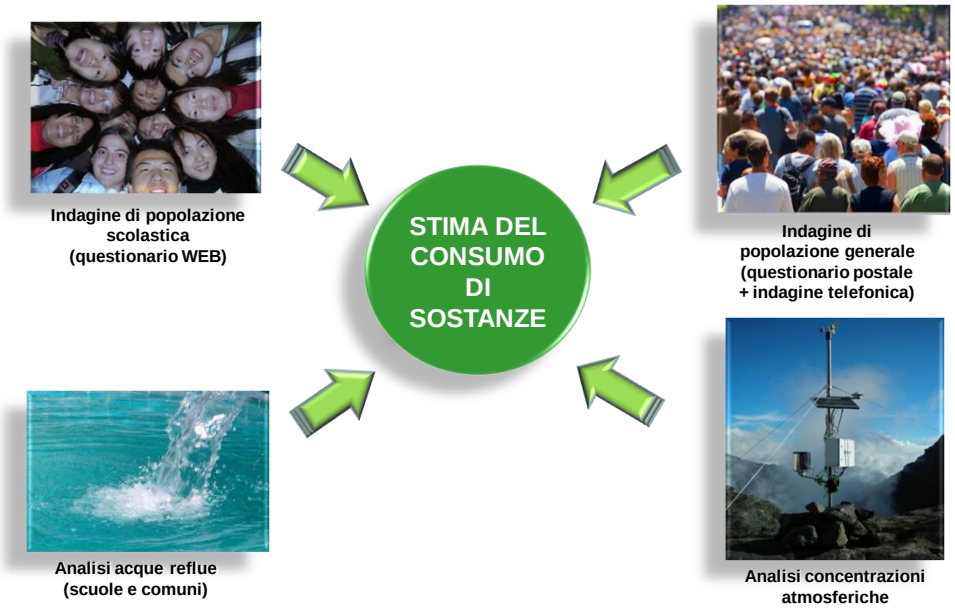


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

I.1.4. Rilevazione dei consumi di sostanze stupefacenti mediante l'analisi delle acque reflue

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

Figura I.1.99: Progetti avviati dal Dipartimento per le Politiche Antidroga per il monitoraggio del consumo di sostanze nella popolazione generale e studentesca



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

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 2011.

I.1.4.1 Progetto AquaDrugs

Parallelamente agli studi epidemiologici classici, l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri di Milano, recentemente, ha sviluppato e proposto alla comunità scientifica un metodo alternativo per la stima dei consumi di sostanze stupefacenti nella popolazione, non più basato su fattori soggettivi ma fondato su riscontri oggettivi. Il metodo utilizza una nota caratteristica di queste sostanze: una sostanza stupefacente, dopo essere stata consumata, viene in parte escreta come tale o come metabolita/i con le urine del consumatore. Le urine, assieme alle acque fognarie, raggiungono i depuratori urbani dove le acque possono essere campionate e i residui delle sostanze essere misurati. Le concentrazioni ottenute consentono di risalire al consumo cumulativo di sostanze stupefacenti da parte della popolazione servita dal depuratore. Il metodo consente quindi di fare un test collettivo delle urine agli abitanti di una città. Il metodo preserva l'anonimato non essendo in grado di identificare chi ha fatto uso di sostanze, ma solo di misurare quante sostanze stupefacenti vengono collettivamente utilizzate dalla popolazione.

Il metodo preserva l'anonimato

Questa metodologia è stata applicata per la prima volta negli anni 2005 (mese di dicembre) e 2006 (mesi di marzo-aprile) nella città di Milano, tramite analisi delle acque del depuratore di Milano Nosedo. Il depuratore raccoglie le acque fognarie di gran parte dell'area Milanese, con una popolazione afferente complessiva di 1.250.000 persone e con una portata massima di 450.000 m3 di acqua al giorno. Le concentrazioni dei residui misurate, sono state moltiplicate per le portate giornaliere e successivamente corrette per i rispettivi fattori di correzione. I dati così ottenuti mostrano che la popolazione residente in quest'area nel 2005-2006 utilizzava complessivamente circa 1 kg di cocaina al giorno (fino a 1,5 kg nei fine settimana), 100 g di eroina, 4 kg di THC (principio attivo della cannabis), e un quantitativo di amfetamine di circa 20 g nei giorni feriali e di circa 50 g nei fine

settimana.
I consumi medi stimati in questa maniera corrispondono a circa 32.000 dosi di cannabis, 12.000 di cocaina, 3.500 di eroina e 900 di amfetamine al giorno.
Ad oggi questo approccio innovativo ha ricevuto attenzioni sia da parte dei mass-media che da parte delle più importanti riviste scientifiche di tutto il mondo: nel 2006 è stato utilizzato dal Governo USA per uno studio pilota sui consumi di cocaina~~,~~; nel 2007 è stato segnalato come metodo innovativo per la valutazione del consumo di droghe nel World Drug Report delle Nazioni Unite (UNODC) ed ha riscosso l'interesse del Centro Europeo per il Monitoraggio di Droghe e Dipendenze (EMCDDA) che sta considerando la possibilità di integrare con questo metodo i metodi epidemiologici tradizionali.
Nel 2010, il Dipartimento Politiche Antidroga, ha promosso uno studio pilota (AQUA DRUGS Pilota), realizzato dall'Istituto Mario Negri, i cui risultati hanno consolidato l'ipotesi di applicazione di tale approccio allo studio del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione italiana. Nel corso di questo studio sono state identificate otto città maggiori; i consumi di sostanze in tali città sono stati studiati sia a livello della popolazione generale che della popolazione scolastica per una settimana, mediante campionamenti di acque reflue in ingresso ai principali depuratori urbani e ai collettori in uscita di edifici scolastici di istruzione superiore.
Lo studio pilota ha quindi dimostrato la possibilità di ottenere in questo modo dati sensibili "evidence-based" sui consumi delle principali sostanze stupefacenti (cocaina, amfetamina, ecstasy, metamfetamina, eroina e cannabis) e di poter ottenere informazioni sulla diffusione di nuove sostanze soprattutto nella popolazione generale.
Nel 2011 il Dipartimento Politiche Antidroga ha promosso una nuova edizione dello studio, estendendolo, rispetto al 2010, ad ulteriori 4 centri urbani di grandi dimensioni (Perugia, Pescara, Cagliari, Bari) e 5 centri urbani identificati in ambiti minori (Merano, Gorizia, Terni, Nuoro, Potenza). La mappa presentata in Figura I.1.100 fornisce la localizzazione geografica di tutti i centri selezionati che coprono l'intero territorio nazionale.

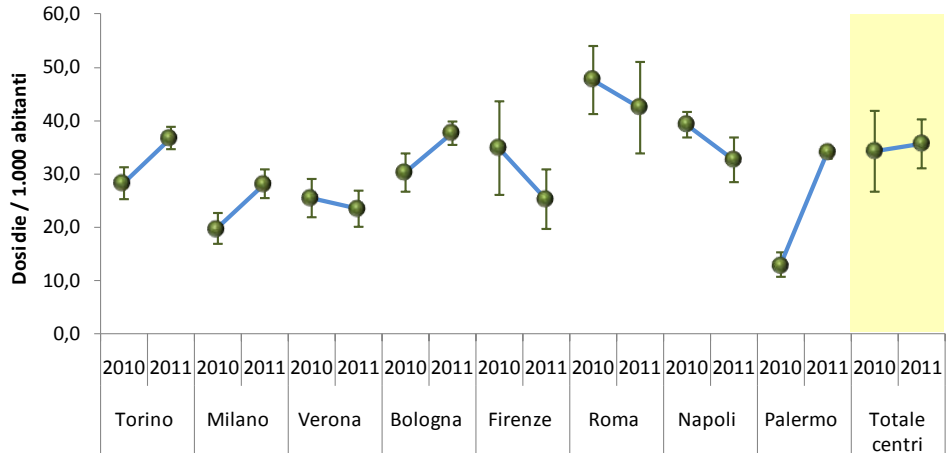
Figura I.1.100: Centri italiani selezionati per il progetto Aquadrugs 2011 - 2012



Fonte: Studio AquaDrugs 2011-2012 – Dipartimento Politiche Antidroga in collaborazione con l'Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Con lo studio avviato nel 2011 si intende monitorare i consumi di sostanze stupefacenti a livello nazionale nel biennio 2011-2013 differenziando i centri urbani di grandi dimensioni dai centri urbani di dimensione media-piccola e nel contempo concentrare l'attenzione su eventuali "eventi sentinella" di comparsa di nuove sostanze o del cambiamento dei profili di consumo, monitorando periodicamente alcuni siti specifici scelti ad hoc.
I tre centri "sentinella" dove vengono effettuati campionamenti per una settimana 3 volte/anno al fine di monitorare eventuali cambiamenti nei profili di consumo delle sostanze stupefacenti sono rispettivamente Milano, Roma e Napoli. In questi tre centri sono stati inoltre campionati i reflui provenienti da alcuni edifici scolastici.
Ai fini dello svolgimento dello studio a livello nazionale, per ciascun centro urbano selezionato sono stati individuati i depuratori municipali più opportuni per l'effettuazione di campionamenti rappresentativi. Inoltre, per ciascuna città, è stato identificato il periodo temporale più adatto per la realizzazione dei campionamenti. In particolare, sono stati prelevati campioni compositi delle 24 ore di acque reflue in ingresso a ciascun depuratore municipale selezionato, per sette giorni consecutivi, mentre, in corrispondenza di ciascuna scuola, sono stati prelevati campioni compositi delle acque reflue in orario scolastico, per cinque o sei giorni consecutivi. I campioni sono stati congelati immediatamente dopo il prelievo per prevenire la degradazione delle sostanze da misurare e sono stati trasportati congelati fino all'Istituto Mario Negri dove è avvenuta l'analisi.
L'analisi dei campioni in laboratorio ha permesso di misurare le concentrazioni dei residui specifici per ciascuna delle principali sostanze stupefacenti. In particolare sono stati misurati i livelli di benzoilecgonina (BE) per la cocaina, del metabolita THC-COOH per la cannabis, dei metaboliti morfina e 6-acetilmorfina per l'eroina e delle sostanze parentali per amfetamina, metamfetamina, e MDMA (ecstasy).
Le diverse sostanze sono state misurate mediante tecniche di spettrometria di massa (HPLC-MS/MS), e la concentrazione dei residui target ha consentito di risalire ai quantitativi e alle dosi mediamente consumate da parte della popolazione.
Per operare un confronto diretto tra i consumi rilevati nei centri selezionati per lo studio, sono state calcolate le dosi totali che sono state poi normalizzate per il numero di abitanti afferenti a ciascun depuratore analizzato. Sono stati quindi riportati i valori medi settimanali delle dosi/giorno/1000 abitanti, ad eccezione della Ketamina, per la quale, considerate le esigue concentrazioni riscontrate, la standardizzazione è stata effettuata utilizzando l'unità di misura grammi/giorno.
Nelle Figure I.1.101 - I.1.102 sono rappresentati i confronti tra i consumi ottenuti nella prima campagna analitica svolta nell'ambito del progetto Pilota AQUA DRUGS nel maggio 2010 quelli ottenuti nella campagna di rilevazione di ottobre 2011.
Il consumo più consistente di sostanze stupefacenti si osserva per la cannabis, mediamente circa 35,6 dosi giornaliere ogni 1.000 abitanti nel 2011, sostanzialmente invariato rispetto al dato medio riscontrato nel 2010 (34,2). Andamenti differenziati si osservano nei centri campionati, con tendenza all'incremento dei consumi nelle città di Milano, Torino, Bologna e Palermo, a fronte di una contrazione dei consumi rilevata nelle città di Roma, Napoli, Verona e Firenze.

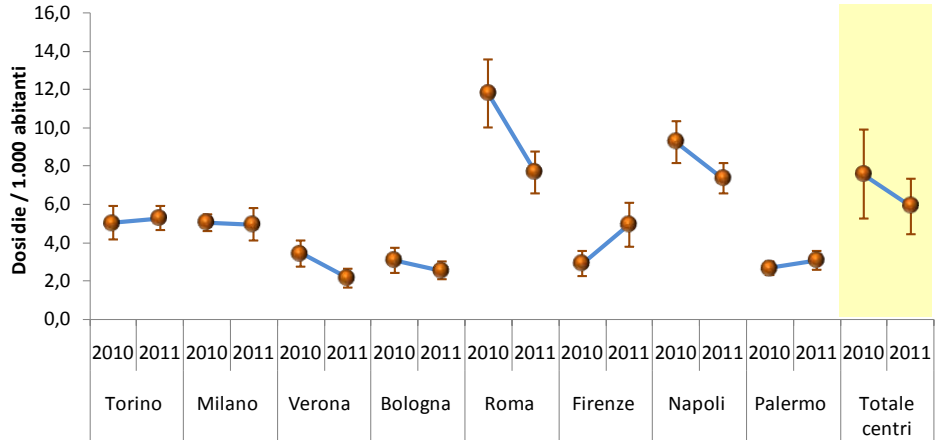
Figura I.1.101: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di CANNABIS rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza.



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Al secondo posto in termini di consumi di sostanze stupefacenti individuati mediante l'analisi delle acque reflue, compare la cocaina, che nel 2011, negli otto centri selezionati per lo studio nel biennio 2010-2011, si attesta a circa 5,9 dosi giornaliere per 1.000 residenti, in calo rispetto alla campagna del 2010 (7,6 dosi/die/1.000 abitanti). Rispetto ai centri di osservazione, la contrazione si è verificata in quattro città, Roma, Napoli, Bologna e Verona, mentre nei centri di Torino, Milano e Palermo il consumo è rimasto sostanzialmente invariato a fronte di un tendenziale aumento nella città di Firenze (2,9 dosi/die/1.000 res. vs 4,9).

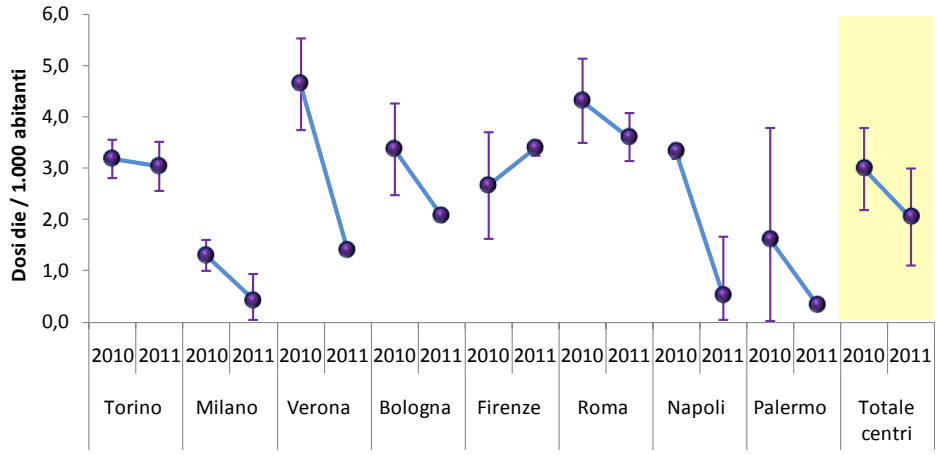
Figura I.1.102: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di COCAINA rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consumi più contenuti per l'eroina rispetto alle precedenti sostanze, con concentrazioni medie osservate nei centri campionati nel 2011 pari a 2 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti. Rispetto al 2010 si osserva una forte contrazione dei consumi nei centri di Napoli e Verona ed una diminuzione più contenuta nelle città di Milano, Roma, Bologna e Torino; unico centro in cui si registra un incremento dei consumi è la città di Firenze.

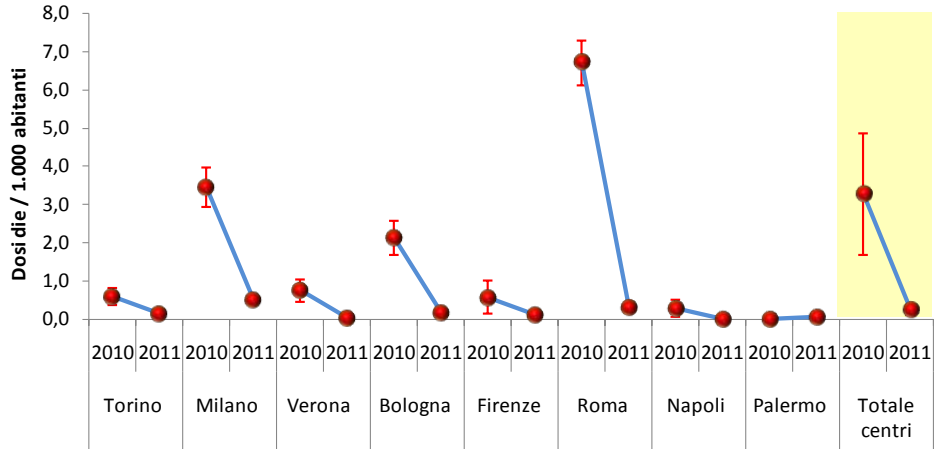
Figura I.1.103: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di EROINA rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Una consistente contrazione nei consumi di sostanze stimolanti si osserva nel 2011 presso tutte le sedi oggetto di rilevazione, con concentrazioni quasi nulle di residui riscontrati nei campioni analizzati, ad indicazione di un possibile "abbandono" dell'uso della sostanza da parte dei consumatori, da ricercare eventualmente nel passaggio all'uso di altre sostanze.

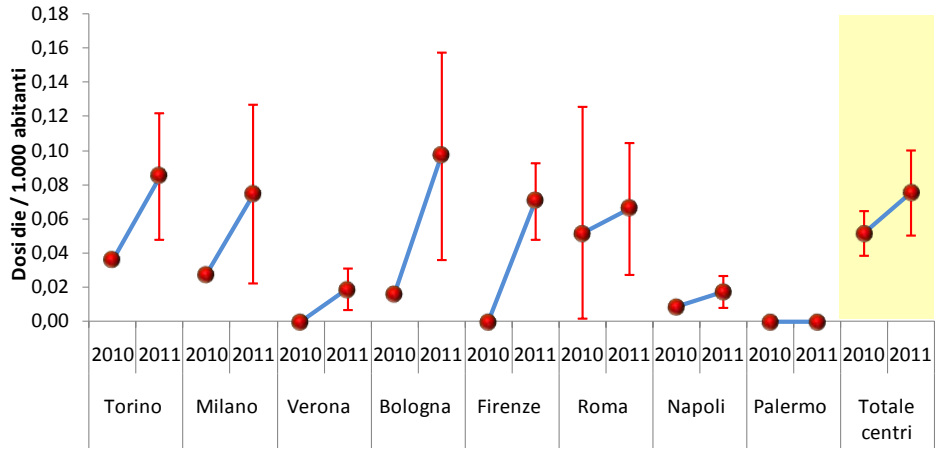
Figura I.1.104: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di METAMFETAMINE rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Tra le sostanze ricercate nelle acque reflue, sono state rilevate esigue concentrazioni di MDMA, più comunemente nota come Ecstasy, pari a 0,07 dosi giornaliere ogni 1.000 residenti, corrispondenti ad un rapporto 1/475 rispetto alla dose media di cannabis riscontrata nel 2011. Rispetto al 2010, tuttavia, si osserva un lieve aumento, associato ad una elevata variabilità, in tutti i centri di osservazione ad eccezione di Palermo.

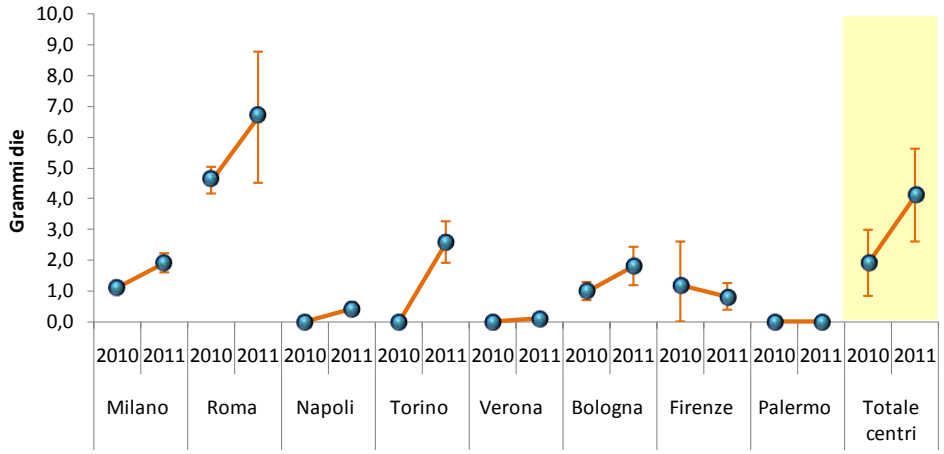
Figura I.1.105: Distribuzione delle dosi/die medie (per 1.000 abitanti) di MDMA (ECSTASY) rilevate in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Livelli ancora più bassi rispetto alla MDMA sono stati riscontrati nei campioni di acqua prelevata dai depuratori degli otto centri selezionati per quanto riguarda la Ketamina (3,23 grammi/die vs 6,36 grammi/die per l'ecstasy). Nessun consumo è stato osservato nelle città di Verona e Palermo, mentre un incremento contenuto si è registrato nelle città di Milano, Roma, Torino, Napoli e Bologna a fronte di una contrazione nel capoluogo toscano.

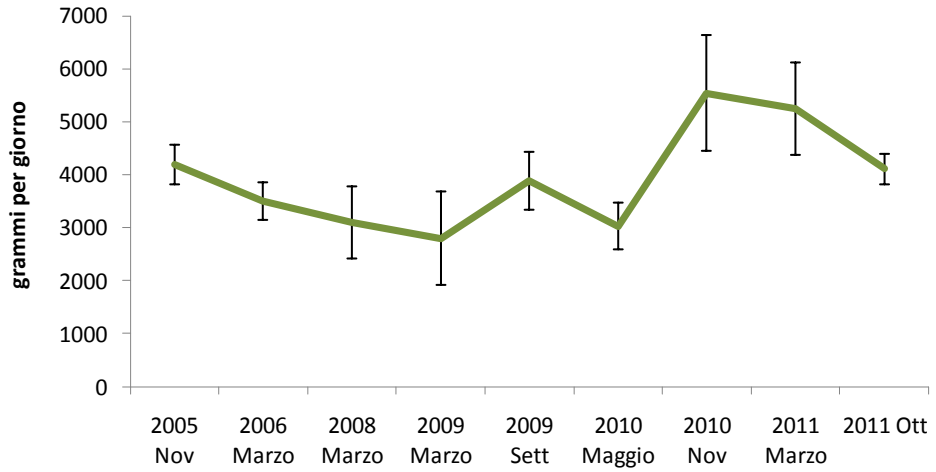
Figura I.1.106: Distribuzione grammi/die di KETAMINA rilevati in ciascun centro urbano nel biennio 2010-2011 e corrispondenti intervalli di confidenza



Fonte: Studio AquaDrugs 2010-2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Osservazioni temporali più ampie sono state eseguite presso la città di Milano, luogo in cui è stata ideata ed applicata per la prima volta questa nuova metodologia; la serie storica di dati disponibile si riferisce al periodo 2005 - 2011. Ricostruendo il trend delle concentrazioni di sostanze rintracciate nelle acque reflue, si osservano andamenti differenziati per le diverse sostanze indagate. I consumi più elevati si riscontrano per la cannabis, evidenziando una sostanziale stabilità delle concentrazioni tra inizio e fine periodo, sebbene con una consistente variabilità (da un minimo di 2.800 a 5.545 grammi die), caratterizzata da un decremento iniziale fino al primo semestre 2009, un andamento sostanzialmente invariato fino al primo semestre 2010, seguito da un incremento nel semestre successivo ed una contrazione dei consumi fino alla rilevazione di marzo 2011.

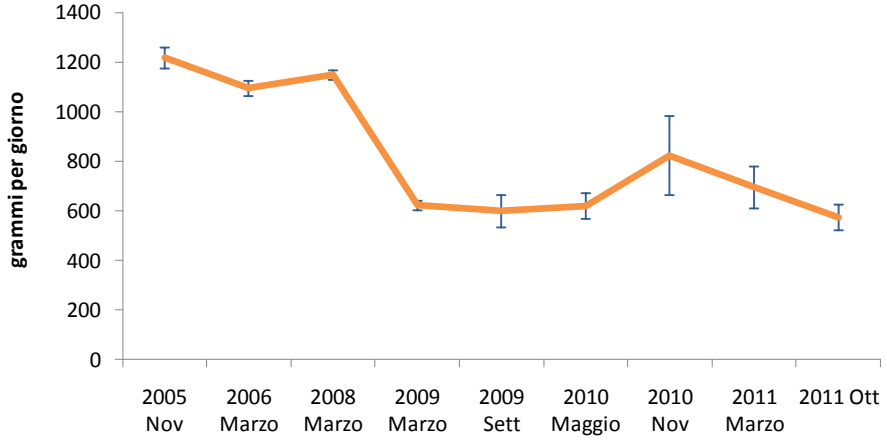
Figura I.1.107: Consumi di CANNABIS (grammi/die) rilevati a MILANO e corrispondenti intervalli di confidenza. Anni 2005 - 2011



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

I consumi di cocaina si attestano a livelli sensibilmente inferiori rispetto alla cannabis (in media il 25% dei consumi di cannabis) con concentrazioni rilevate nel triennio 2005 – 2008, pari a circa 1.200 grammi al giorno. Il periodo seguente è caratterizzato da una sensibile contrazione dei consumi (-43%), stabilizzandosi a 650 grammi al giorno circa, con un picco di 822 grammi die, osservato nel secondo semestre 2010.

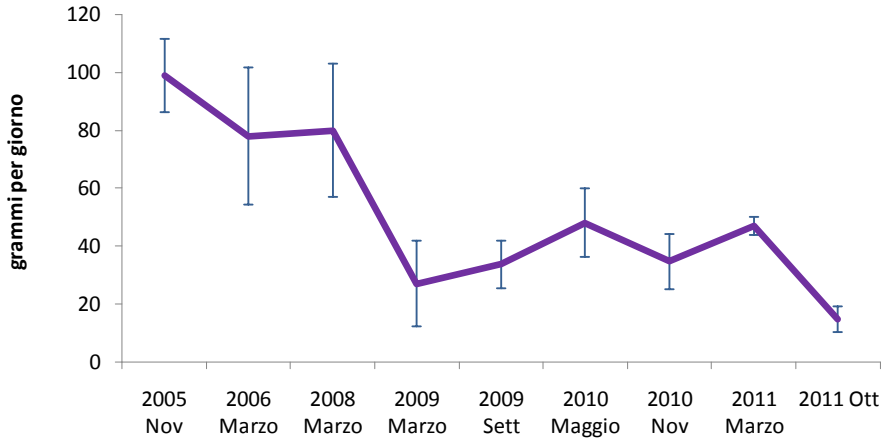
Figura I.1.108: Consumi di COCAINA (grammi/die) rilevati a MILANO e corrispondenti intervalli di confidenza. Anni 2005 - 2011



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Consumi ancora inferiori si osservano per l'eroina, con 51 grammi die in media nel periodo di riferimento a fronte di 821 grammi die per la cocaina, circa 16 volte in meno. L'andamento dei consumi di eroina ripercorre quello della cocaina, prevalentemente stabili nel triennio 2005 – 2008, in forte calo nel 2009, sostanzialmente stabile nel periodo successivo fino al primo semestre 2011, ed in forte calo nel secondo semestre 2011.

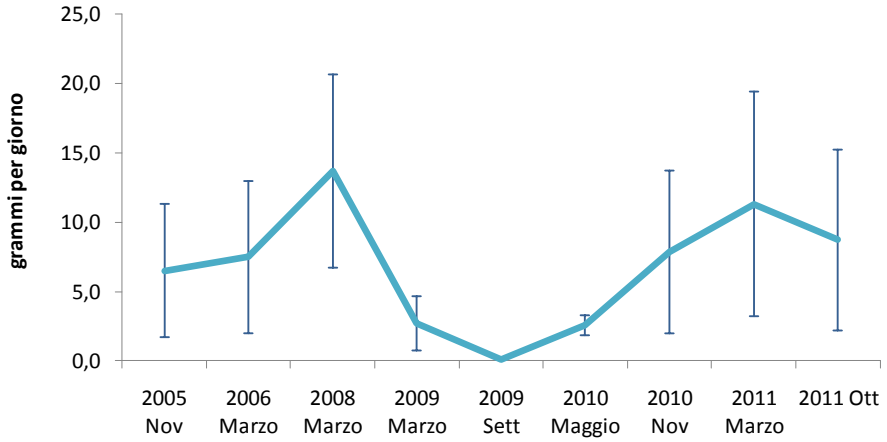
Figura I.1.109: Consumi di EROINA (grammi/die) rilevati a MILANO e corrispondenti intervalli di confidenza. Anni 2005 - 2011



Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Concentrazioni esigue di ecstasy, pari a punte massime di 15 grammi giorno, sono state rilevate nei campioni di acque reflue provenienti dal depuratore di Nosedo. Nel periodo di osservazione l'andamento dei consumi risulta molto variabile, in relazione anche alle basse concentrazioni riscontrate, tendenzialmente stabili tra inizio e fine periodo.

Figura I.1.110: Consumi di MDMA - ECSTASY (grammi/die) rilevati a MILANO e corrispondenti intervalli di confidenza. Anni 2005 - 2011

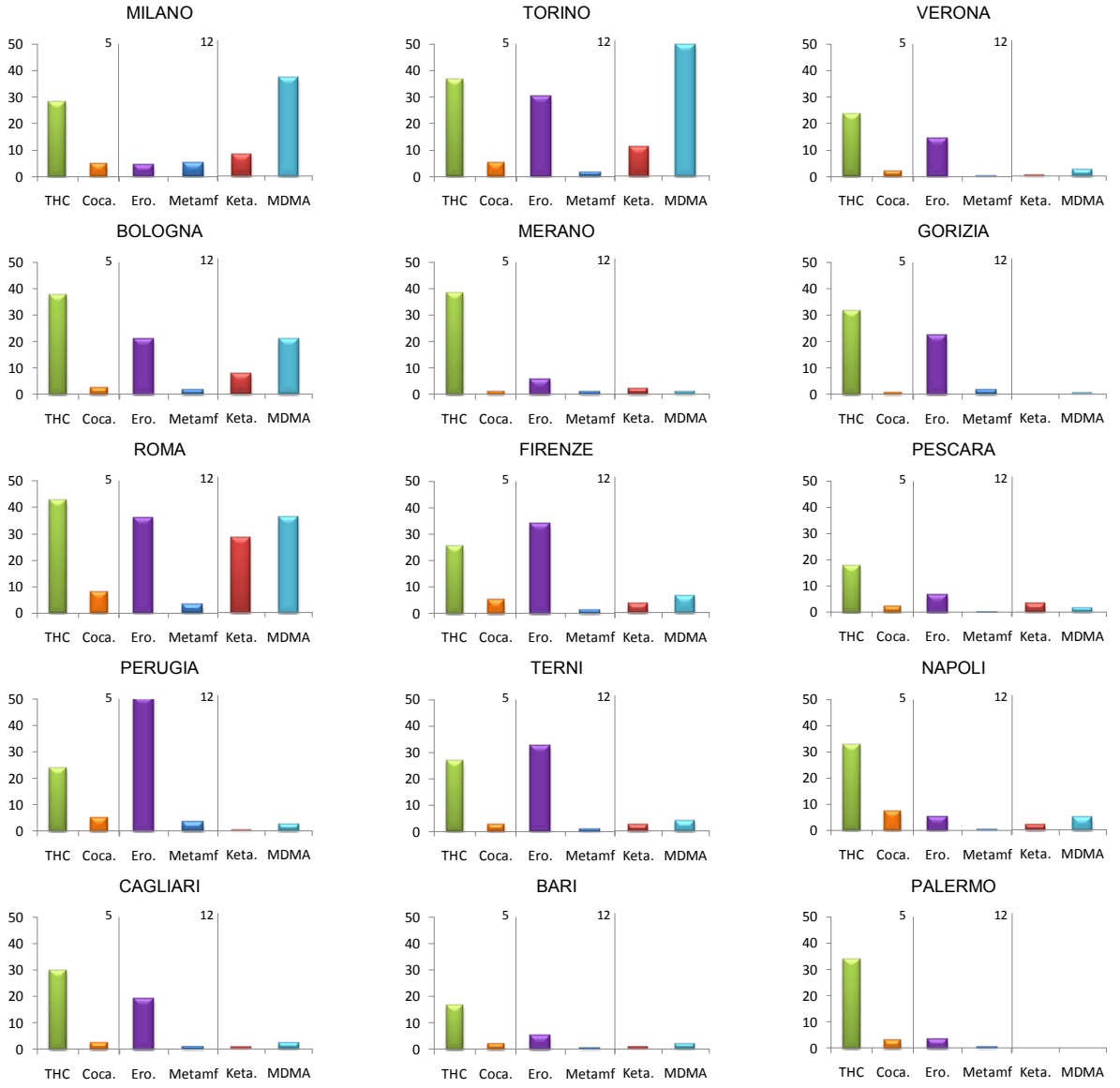


Fonte: Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Con riferimento alla campagna di rilevazione 2011, in cui sono stati aggiunti 9 centri di rilevazione, nelle Figure I.1.110– I.1.111 sono rappresentati i relativi profili di sintesi dei consumi di sostanze stupefacenti. Al fine della rappresentazione congiunta di tutte le sostanze per centro di rilevazione, garantendo nel contempo una visualizzazione efficace della differenziazione dei consumi, nello stesso grafico sono state rappresentate differenti scale di misura dei consumi di sostanze. Nel dettaglio, per i consumi di cannabis (THC) e cocaina è stata adottata la scala riferita al numero medio di dosi al giorno per 1.000 residenti (da 0 a 50), per l'eroina e le metamfetamine è stata utilizzata una scala con la stessa unità di misura ma con un intervallo inferiore (da 0 a 5 dosi/die per 1.000 residenti), infine per l'ecstasy e la ketamina è stata scelta l'unità di misura del numero di grammi al giorno, più rappresentativa delle dosi, con intervallo di valori da 0 a 12 grammi die).
Dal prospetto di sintesi emerge un profilo caratteristico per i centri appartenenti all'area geografica dell'Italia nord-occidentale, che oltre alla presenza di cannabis,

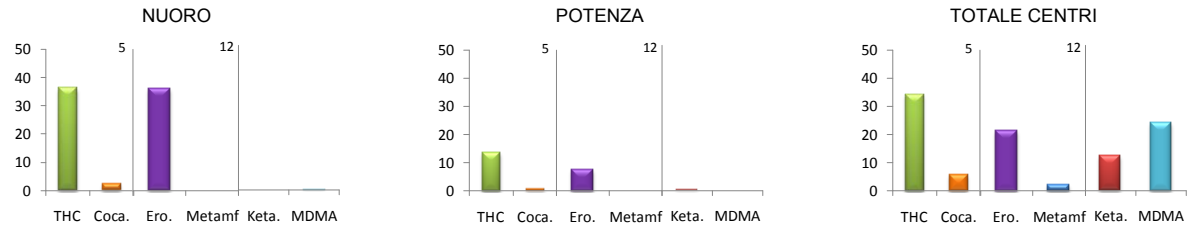
comune a tutti i centri indagati, si caratterizza per la maggior presenza di sostanze stimolanti, in particolare l'ecstasy, sostanzialmente assente nei centri urbani delle altre aree geografiche ad eccezione della città di Roma.
Il consumo di eroina sembra interessare maggiormente il centro Italia, con Perugia capofila (5 dosi/giorno/1000 abitanti) seguito da Roma, Firenze e Terni (3 dosi/giorno/1000 abitanti). Concentrazioni analoghe sono state rilevate anche nelle città di Torino e Nuoro, mentre consumi minori, inferiori ad una dose/giorno/1000 abitanti, si osservano invece a Milano, e nelle città dell'Italia meridionale (Napoli, Pescara, Bari, Potenza e Palermo).
I consumi più elevati di cocaina si rilevano a Roma e Napoli (7-8 dosi/giorno/1000 abitanti), seguite da Milano, Torino, Firenze e Perugia (5 dosi/giorno/1000 abitanti). Consumi più contenuti si osservano nelle altre città (3-4 dosi/giorno/1000 abitanti), mentre tra i centri minori il consumo di cocaina risulta più elevato a Terni e Nuoro (2.0-2.5 dosi/giorno/1000 abitanti).

Figura I.1.111: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti stimate mediante analisi delle acque reflue dei centri urbani selezionati per la campagna 2011, per tipo di centro.



continua

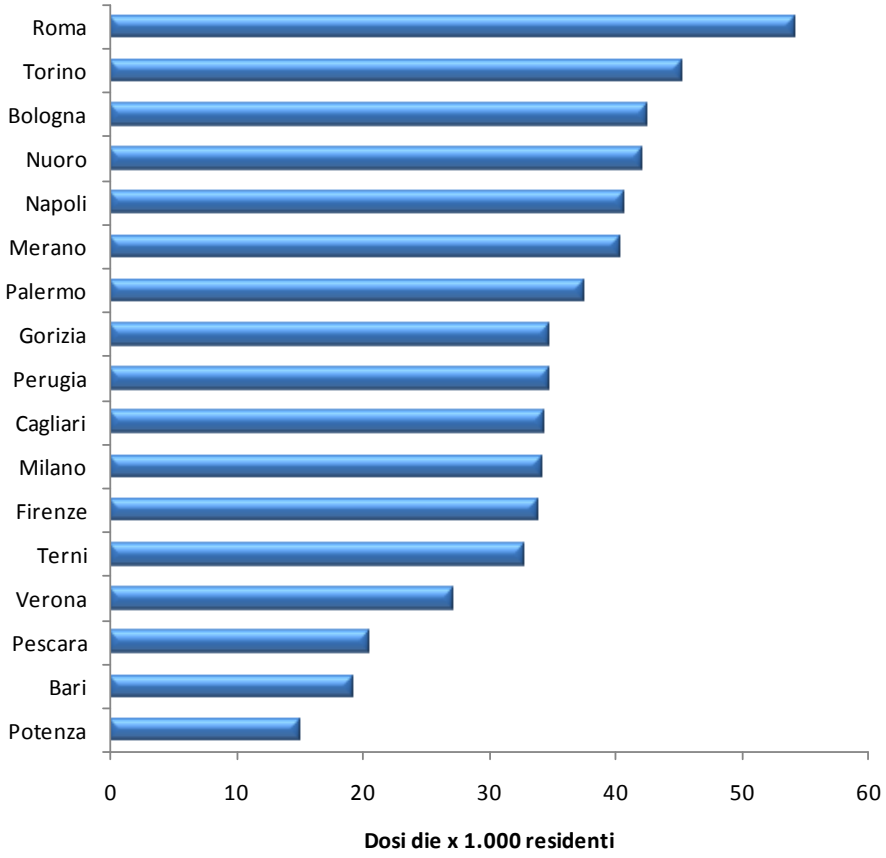
continua



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

Nel complesso, considerando i consumi totali di sostanze rilevati in ciascun centro indagato, si evince che Roma, con 55 dosi totali al giorno ogni 1.000 residenti è la città con i consumi più elevati di sostanze stupefacenti, seguita da Torino, Bologna e Napoli (oltre 40 dosi totali al giorno per 1.000 abitanti). Tra i centri minori consumi elevati si registrano in Sardegna a Nuoro e in Alto Adige a Merano, mentre le concentrazioni minori si osservano nell'Italia meridionale sia per i grandi centri urbani, Bari con 20 dosi totali, che per i centri minori, Potenza con 18 dosi totali al giorno ogni 1.000 residenti.

Figura I.1.112: Distribuzione dei consumi di sostanze stupefacenti (grammi/die per 1.000 residenti) rilevati nei centri urbani selezionati per lo studio. Anno 2011

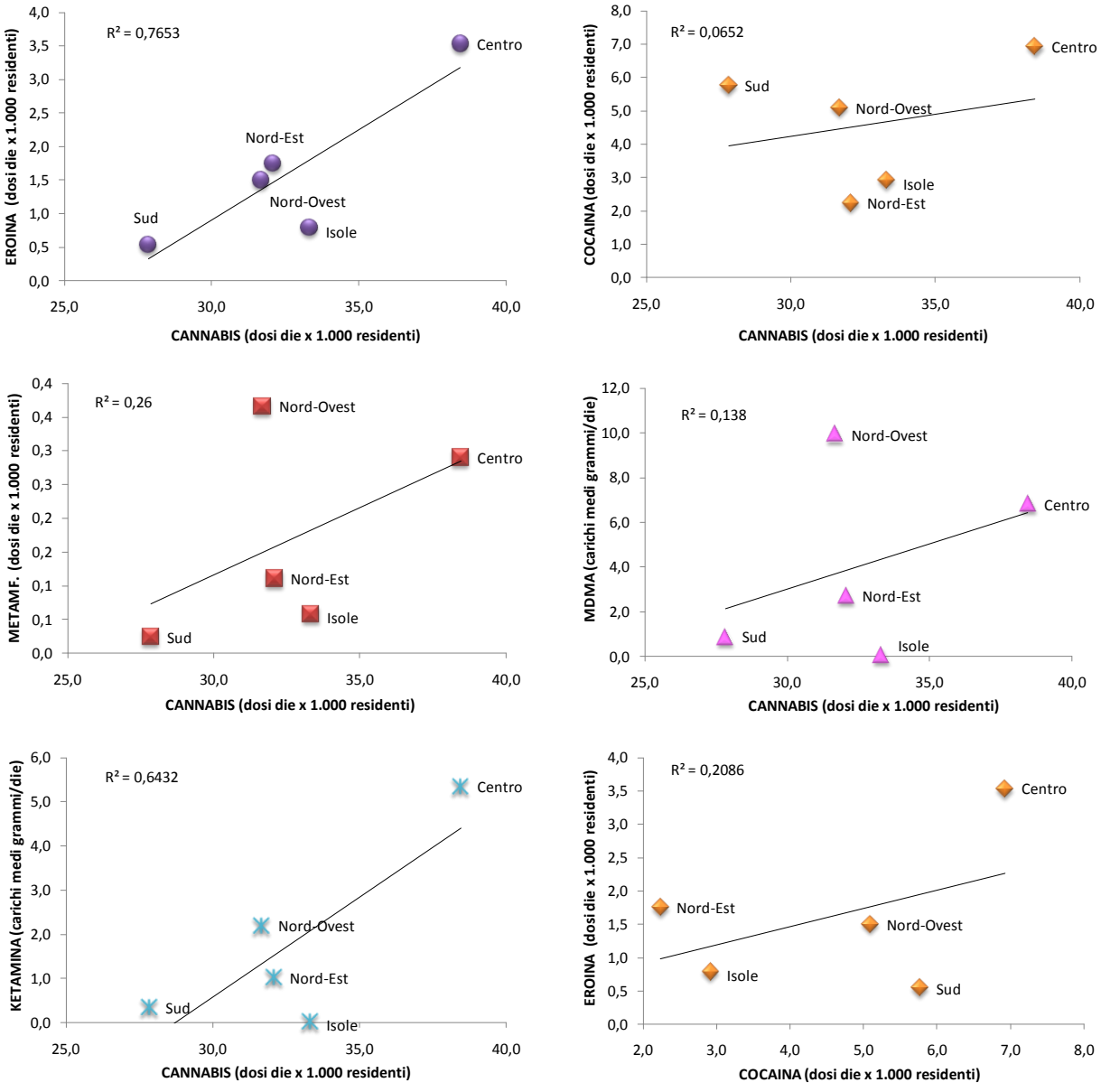


Fonte: Studio AquaDrugs 2011 – Dipartimento Politiche Antidroga – Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri

Aggregando i consumi rilevati nei 17 centri urbani inclusi nello studio, per area geografica, nella Figura I.1.113, sono rappresentate a coppie, le principali associazioni tra i consumi delle diverse sostanze indagate nella campagna di rilevazione del 2011.

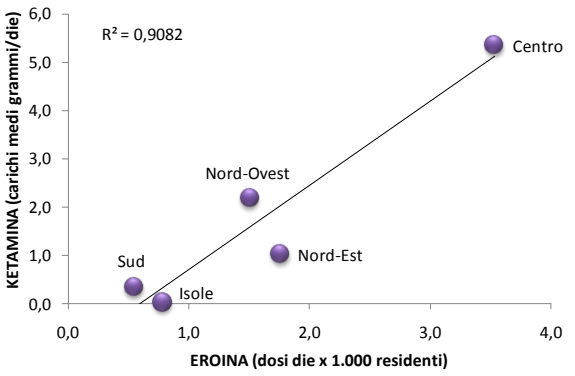
Il consumo di cannabis sembra essere associato al consumo di eroina, con basse concentrazioni al sud, consumi medi nell'Italia settentrionale e nelle isole e consumi elevati al centro Italia. Nessuna associazione emerge dal confronto tra il consumo di cannabis e cocaina, ad indicare che i due gruppi di consumatori sono tra loro differenti e poco affini, analogamente ai consumatori di altre sostanze stimolanti poco associati agli stessi consumatori di cannabis.
Il consumo di cannabis risulta inoltre associato al consumo di Ketamina, confermato e coerente con l'associazione del consumo di quest'ultima con l'uso di eroina, con valori minimi nell'Italia meridionale e valori massimi nell'Italia centrale.

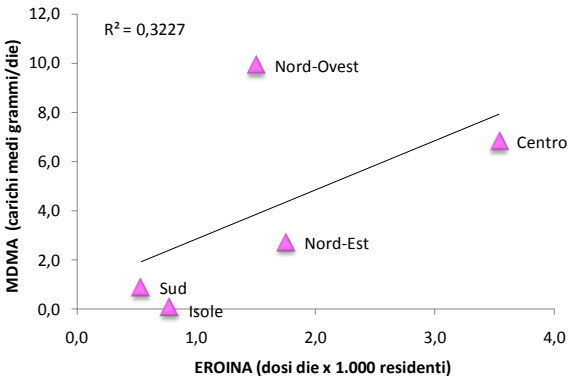
Figura I.1.113: Associazione dei consumi tra le sostanze per area geografica. Anno 2011

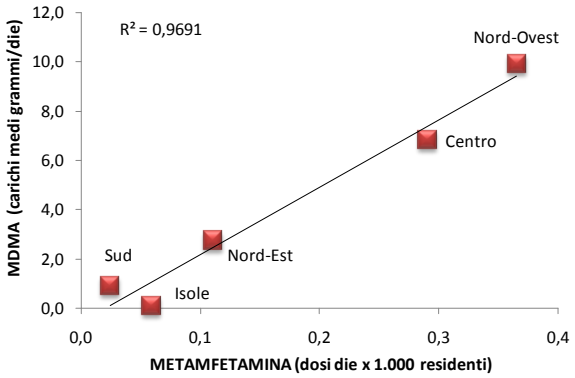


continua

continua







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

CAPITOLO I.2.

SOGGETTI ELEGGIBILI A TRATTAMENTO

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie

I.2.1.1. Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento per uso di oppiacei e cocaina

I.2.2. Prevalenza da fonti non sanitarie

I.2.2.1. Stime di prevalenza di utilizzatori di cocaina e cannabis

I.2. SOGGETTI ELEGGIBILI A 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; 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[1] definendo anche le metodologie di stima del totale della popolazione che presenta tali caratteristiche. Le metodologie sviluppate, sfruttando al massimo l'informazione acquisita sulla quota di utilizzatori che vengono intercettati dai servizi di trattamento o da altre agenzie preposte al contrasto o alla riabilitazione in un determinato arco temporale, permettono di quantificare l'entità numerica dei soggetti utilizzatori problematici, già conosciuti o totalmente sconosciuti, che non sono stati censiti nel periodo di tempo considerato. Tutte le metodologie di stima proposte cercano di sfruttare al meglio l'informazione disponibile e si adattano al livello di dettaglio con cui tale informazione viene rilasciata (aggregata o a livello analitico), che provenga da più fonti o da una soltanto, modellando matematicamente il processo di generazione dei dati disponibili.[2]

Nuove metodologie

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[3]. Anche i metodi di stima saranno rivisti e integrati e si concorda, in particolare, sul fatto che i metodi di cattura-ricattura da fonti diverse, che hanno dato ottimi risultati per la stima dei consumatori di eroina e oppiacei con bisogno di trattamento, non sono affidabili per la stima dei consumatori di cocaina e stimolanti, né, tanto meno, di cannabis. Per gli stessi motivi l'utilizzo del metodo dell'indicatore multiplo non è più adeguato per il consumo di altre sostanze differenti dagli oppiacei. A livello internazionale, si presentano sempre più spesso applicazioni di metodi di cattura-ricattura da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato o quelli basati sull'analisi dei tempi tra catture consecutive[4].

Fonti informative

L'applicazione di tali metodi sui flussi informativi nazionali si presta con particolare affinità ai dati rilevati dal Ministero dell'Interno ed in particolare dal Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie, relativi alle segnalazioni ex-art. 75 DPR 309/90 per possesso di stupefacenti ad uso personale, in particolare cannabis e cocaina. Per il calcolo delle stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di assistenza per uso di oppiacei, i dati sono attinti dal flusso informativo del Ministero della Salute, relativi all'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze e dalle Amministrazioni Regionali e Provinciali, che attraverso gli osservatori regionali

[1] Per uso problematico di sostanze, nella classica definizione in corso di revisione, è da intendersi il consumo di sostanze stupefacenti per via iniettiva oppure il consumo a lungo termine/regolare di oppiacei, cocaina e/o amfetamine.

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

[3] Occorre tener presente che ogni anno vengono introdotte sul mercato nuove sostanze, principalmente chimiche, i cui effetti non sono noti e che vengono poi analizzate e inserite via via nelle tabelle delle sostanze controllate.

[4] Si veda ad esempio: Mascioli F. e Rossi C. (2008). *Capture-recapture methods to estimate prevalence indicators for evaluation of drug policies.* Bulletin on Narcotic Drugs, **1**, Issue LX, 5-25.

hanno fornito le stime del coefficiente moltiplicatore dell'utenza con bisogno di trattamento per oppiacei, derivante dall'applicazione del metodo cattura-ricattura da fonti diverse applicato a livello locale.

Tabella I.2.1: Stime di prevalenza dei soggetti con bisogno di trattamento per tipo di sostanza. Anni 2010-2011

Sintesi dei soggetti con bisogno di trattamento

Sostanze	Anno 2010		Anno 2011		Fonti
	Soggetti	Prevalenza x 1.000 ab	Soggetti	Prevalenza x 1.000 ab	
Eroina	200.400	5,0	193.000	4,8	Ministero Salute
Cocaina	120.000(1)	3,0	136.750(2)	3,4	Ministero Interno
Cannabis	242.000(1)	6,1	190.400(2)	4,8	Ministero Interno
Totale	562.400	14,1	520.150	13,1	

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute e del Ministero dell'Interno
(1) Flusso dati Ministero Interno anno 2008 (2) Flusso dati Ministero Interno anno 2009

Utilizzando le differenti metodologie di stima descritte in precedenza secondo le differenti sostanze d'abuso, in Tabella I.2.1. sono sintetizzati i valori dei contingenti di soggetti con bisogno di trattamento, maggiormente dettagliati nei successivi paragrafi. In generale, si osserva una tendenza alla contrazione dei consumi di sostanze stupefacenti da parte della popolazione, che si riflette poi nella stima dei soggetti con bisogno di trattamento. Va precisato, tuttavia che le stime calcolate sui dati provenienti dal Ministero dell'Interno, in seguito ai ritardi di notifica, non sono aggiornate al biennio 2010-2011, ma a quello 2008-2009.

I.2.1. Prevalenza ed incidenza da fonti sanitarie

I.2.1.1 Stima del numero di soggetti con bisogno di trattamento per uso di oppiacei e cocaina

Soggetti in trattamento: solo una parte del problema

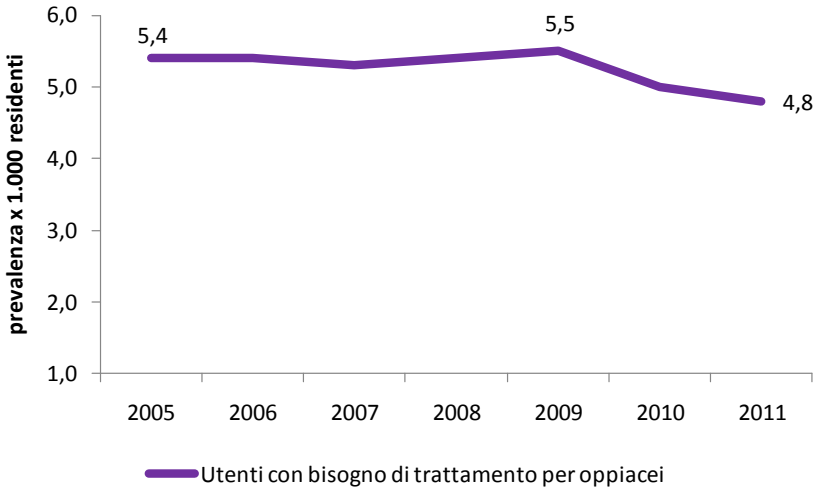
Per stimare la popolazione dei possibili utenti in trattamento per uso regolare, di lunga durata o iniettivo di oppiacei, in virtù della caratteristica di maggior omogeneità di questa popolazione di soggetti rispetto ai soggetti assuntori di altre sostanze illecite, è stato utilizzato il metodo del moltiplicatore semplice riportato nelle linee guida dell'Osservatorio Europeo.
Il valore del moltiplicatore è ottenuto combinando i valori a livello locale, stimati nel 2011, per le regioni Abruzzo, Sicilia (ASL di Palermo e ASL di Siracusa), Lombardia (ASL di Milano e ASL di Varese), Veneto (ASL di Verona), Friuli Venezia Giulia, Puglia, Trentino e l'area metropolitana di Bologna, dieci stime locali disponibili. Le stime sono state elaborate dall'Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga.

193.000 tossicodipendenti stimati in Italia per uso di oppiacei, 4,8 per mille (15-64 anni)

Per il 2011 si stimano in Italia circa 193.000 soggetti che avrebbero bisogno di un trattamento per uso primario di oppiacei, corrispondenti a una prevalenza di 4,8 per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni.
Gli intervalli di confidenza al 95%, stimati con il metodo bootstrap e dovuti solo alle fluttuazioni statistiche, hanno ampiezza complessiva di circa 46.000 soggetti, variando quindi da un minimo di 170.000 soggetti ad un massimo di 216.000 soggetti circa.
L'andamento temporale delle stime di prevalenza conferma una sostanziale stabilità dal 2005 al 2009, del contingente di soggetti eleggibili al trattamento per uso di oppiacei, con una tendenza alla diminuzione nell'ultimo biennio,

imputabile alla maggior intercettazione dei soggetti con bisogno di assistenza dalle strutture del servizio sanitario nazionale (infatti, tende a diminuire la popolazione nascosta, direttamente correlata all'indicatore del moltiplicatore, in lieve diminuzione dal 2009, 1,68 vs 1,61 nel 2011). (Figura I.2.1).

Figura I.2.1: Prevalenze stimate per mille residenti di età 15-64. Anni 2005-2011

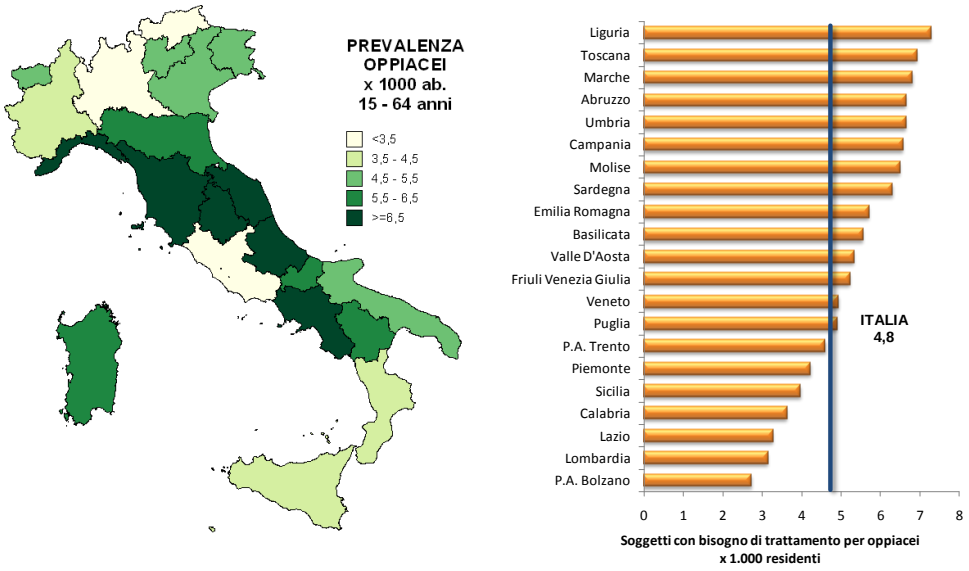


Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Forti differenziazioni tra regioni

L'analisi delle stime a livello regionale (Figura I.2.2), evidenzia che le aree in cui si calcola la prevalenza più elevata sono la Liguria, la Toscana e le Marche. Negli estremi settentrionali, e meridionali, invece, si collocano le regioni in cui si stima la prevalenza più bassa.
La prevalenza più elevata si stima in Liguria (7,3 casi per mille residenti) e il valore più basso nella Provincia Autonoma di Bolzano (2,7 casi per mille residenti di età compresa tra i 15 e i 64 anni).

Figura I.2.2: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2011



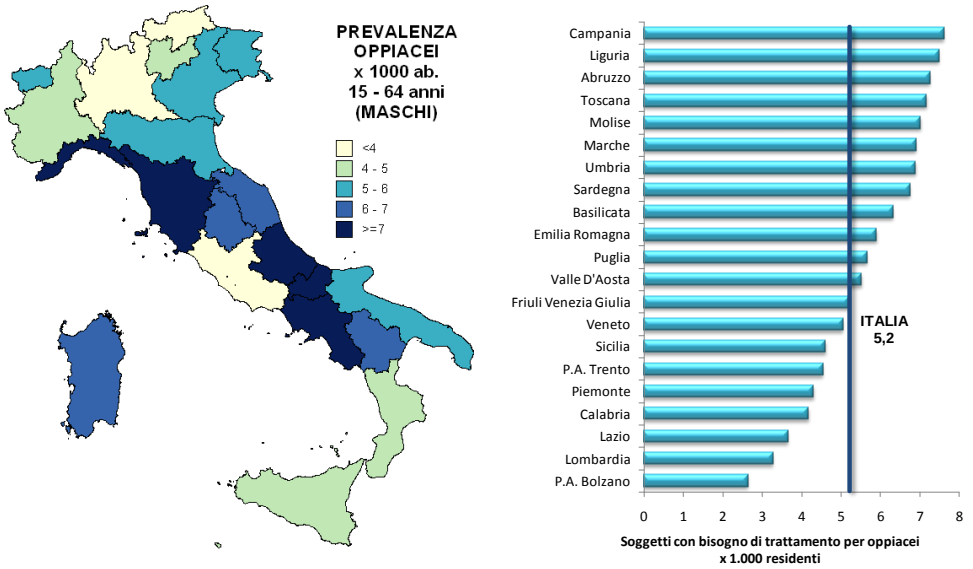
Bisogno di trattamento per oppiacei
Le regioni più colpite: Liguria, Toscana e Marche

Le aree meno colpite sono: PA Bolzano, Lombardia, Lazio

Fonte: Elaborazione su flussi informativi Ministeriali

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 (5,2 vs 0,8 soggetti ogni 1.000 residenti 15-64 anni), con differenze nei due profili della distribuzione delle prevalenze regionali. Tra le regioni con maggior popolazione maschile che avrebbe necessità di trattamento, figurano la Campania, la Liguria, l'Abruzzo e la Toscana, mentre tra le regioni in cui il fenomeno è meno interessato, compaiono le stesse indicate per il profilo complessivo, in considerazione della maggior consistenza di utenti di genere maschile che prevale su quella femminile (Figura I.2.3).

Figura I.2.3: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti maschi con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2011



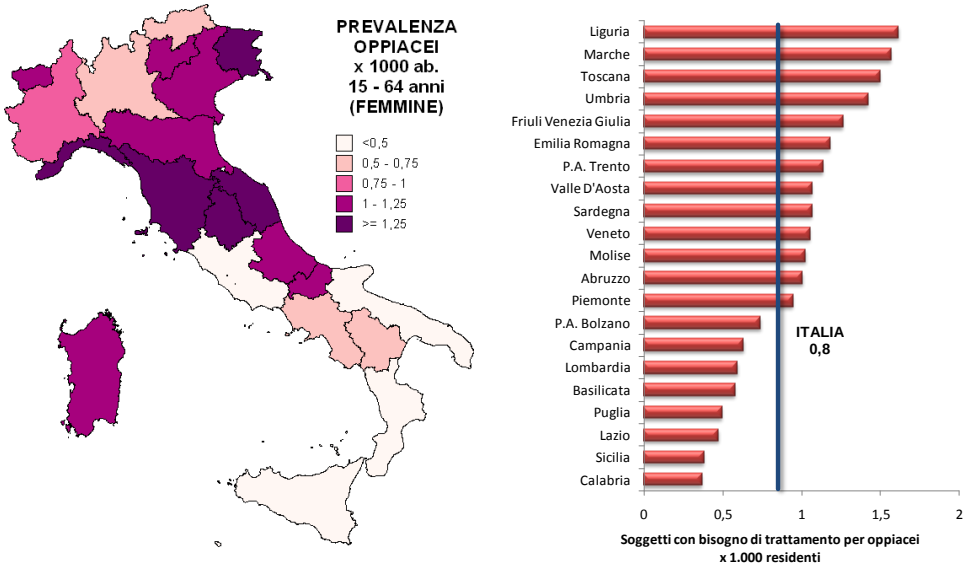
Bisogno di trattamento specifico per oppiacei nei maschi (15-64 anni): Campania, Liguria, Toscana, Abruzzo

Le aree meno colpite sono: PA Bolzano, Lombardia, Lazio

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

La distribuzione della popolazione femminile con bisogno di trattamento per oppiacei, evidenzia un maggior consumo di oppiacei tra la popolazione femminile in Liguria, tale da stimare un bisogno di assistenza dell'1,61 persone ogni 1.000 residenti (oltre 800 donne di età 15-64 anni). Ai vertici della graduatoria figurano anche le Regioni Marche, Toscana e Umbria, mentre le Regioni meridionali (Calabria, Sicilia, Basilicata e Puglia) e il Lazio sembrano essere meno interessate dal fenomeno nella popolazione femminile.

Figura I.2.4: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di donne con bisogno di trattamento per oppiacei. Anno 2011



Bisogno di trattamento per oppiacei nelle donne (15-64 anni) Le regioni più colpite: Liguria, Marche eToscana

Le regioni meno colpite sono: Calabria, Sicilia e Lazio

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

Tabella I.2.2: Stime di prevalenza (per mille residenti di età 15-64 anni) di soggetti con bisogno di trattamento per eroina secondo il genere. Anno 2011

	Maschi	Femmine	Totale
Abruzzo	7,3	1,0	6,6
Basilicata	6,3	0,6	5,5
Calabria	4,2	0,4	3,6
Campania	7,6	0,6	6,6
Emilia Romagna	5,9	1,2	5,7
Friuli Venezia Giulia	5,2	1,3	5,2
Lazio	3,7	0,5	3,3
Liguria	7,5	1,6	7,3
Lombardia	3,3	0,6	3,1
Marche	6,9	1,6	6,8
Molise	7,0	1,0	6,5
P.A. Bolzano	2,6	0,7	2,7
P.A. Trento	4,5	1,1	4,6
Piemonte	4,3	0,9	4,2
Puglia	5,6	0,5	4,9
Sardegna	6,8	1,1	6,3
Sicilia	4,6	0,4	4,0
Toscana	7,2	1,5	6,9
Umbria	6,9	1,4	6,6
Valle D'Aosta	5,5	1,1	5,3
Veneto	5,0	1,1	4,9
Totale	5,2	0,8	4,8

Fonte: Elaborazione su flussi informativi ministeriali

I.2.2. Prevalenza da fonti non sanitarie

I.2.2.1 Stime di prevalenza di utilizzatori di cocaina e cannabis

Come detto i metodi di cattura-ricattura da fonti diverse, che hanno dato ottimi risultati per la stima dei consumatori di eroina e oppiacei con bisogno di trattamento, non sono affidabili per la stima dei consumatori di cocaina e stimolanti, né, tanto meno, di cannabis; pertanto, a livello internazionale, si presentano sempre più spesso applicazioni di metodi di cattura-ricattura da una sola fonte, come il modello di Poisson troncato .
Con questo metodo è, però, possibile avere stime di popolazioni che possono essere prese come proxy di quella di interesse.
Per stimare le popolazioni di consumatori di cocaina e di cannabis, è stato utilizzato l'archivio del Ministero dell'Interno ed in particolare del Dipartimento per le politiche del personale dell'amministrazione civile e per le risorse strumentali e finanziarie, relativi alle segnalazioni ex-art. 75 DPR 309/90 per possesso di stupefacenti ad uso personale, in particolare cannabis e cocaina.
Le stime della popolazione sono state ottenute utilizzato il modello di Poisson troncato e calcolando gli stimatori di Horvitz Thompson, Chao e Zelterman e i relativi intervalli di confidenza.
La popolazione di riferimento è costituita da due sottopopolazioni: gli individui segnalati per la prima volta nell'anno preso in considerazione, gruppo "Nuovi", e quelli già segnalati in anni precedenti (recidivi), gruppo "Già noti". L'esiguo numero di ricatture, non permette di ottenere stime affidabili per i consumatori di sostanze diverse dalla cannabis e dalla cocaina. Inoltre, il numero esiguo di ricatture per la popolazione femminile, non permette di effettuare una analisi di genere per cui si procede con la stima della popolazione totale. Occorre tener presente che la popolazione che si va a stimare non è la popolazione totale dei consumatori di una certa sostanza, ma solo quelli che sono a rischio di essere segnalati ai sensi dell'art.75 che, in base a valutazioni precedenti sui luoghi di segnalazione[5], si stima siano circa il 38% della popolazione totale per la cannabis e ancora meno per la cocaina.
Per entrambe le sottopolazioni dei consumatori, Nuovi e Già noti, sono state calcolate, quindi, le stime stratificate per ripartizione geografica di segnalazione e sostanza di uso primaria, cannabis o cocaina, per l'anno 2009.
Per le caratteristiche proprie delle due popolazioni, è possibile utilizzare le stime della dimensione del fenomeno relativo alle segnalazioni, al fine di evidenziare aspetti diversi. In particolare, la popolazione dei soggetti già segnalati può essere assunta per stimare la popolazione dei soggetti con bisogno di trattamento, mentre la popolazione dei nuovi segnalati può essere utilizzata, unitamente all'informazione sull'età di primo uso, per stimare l'incidenza, sebbene la prevalenza nelle classi di età più giovani si possa già considerare una stima di incidenza.
Come si può osservare, l'introduzione nelle analisi della ripartizione geografica di segnalazione, produce un valore maggiore della stima relativa alla numerosità del totale della popolazione di interesse, rispetto alla stima nazionale ottenuta senza stratificare per ripartizione geografica. Questa è una caratteristica del metodo ed evidenzia come tutte queste stime siano in realtà dei valori sottostimati, dato che non si possono introdurre informazioni importanti come il sesso e l'età, che aumenterebbe la numerosità stimata della popolazione di consumatori.

Si aggiunge, inoltre che i dati risentono molto del ritardo di notifica: le segnalazioni nel periodo 2010-2011 non sono complete quindi consideriamo il

[5] Si veda la presentazione all'indirizzo: http://www.urbandrugpolicy.com/en/catalogue/detail/6/175/-

2009 come l'anno più attendibile ipotizzando che in quell'anno il totale indicato debba essere incrementato del 5% per arrivare al numero di segnalazioni reale. Ne deriva che anche le stime finali andranno aumentate del 5%.

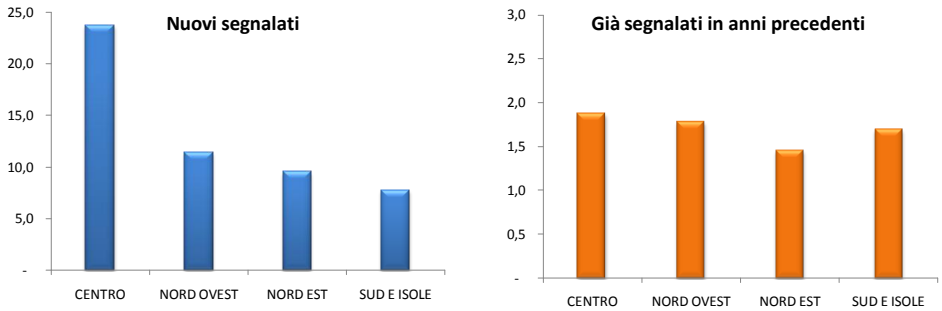
Tabella I.2.3: Stime di Zelterman per la numerosità delle popolazioni di consumatori di cannabis, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2009.

Area geografica	Totale segnalati	Consumatori Cannabis (Zelterman)		
		Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)
Nuovi segnalati				
Italia nord/orientale	3.303	71.766	55.261	88.272
Italia nord/ occidentale	5.364	118.760	97.101	140.420
Italia centrale	5.229	184.547	141.860	227.234
Italia meridionale e insulare	7.464	107.250	93.701	120.798
Totale	21.360	482.323	387.922	576.724
Stima senza ripartizione	21.360	429.749	392.201	467.297
Già segnalati in anni precedenti				
Italia nord/orientale	904	11.001	7.299	14.704
Italia nord/ occidentale	1.602	18.563	13.988	23.138
Italia centrale	997	14.536	9.456	19.616
Italia meridionale e insulare	3.314	23.614	20.318	26.911
Totale	6.817	67.714	51.060	84.368
Stima senza ripartizione	6.817	62.349	55.607	69.091

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Considerando i consumatori di cannabis, nel 2009 nel complesso del territorio nazionale è stata stimata una prevalenza di 10,8 nuovi soggetti segnalati per 1.000 residenti di età 15 – 64 anni, e di 1,6 soggetti già segnalati ogni mille residenti di età 15 – 64 anni. Per quanto riguarda la cocaina la prevalenza stimata è di 4,2 nuovi soggetti segnalati ogni 1.000 residenti 15-64 anni, e 1,0 soggetti già segnalati ogni mille residenti di età 15 – 64 anni.

Figura I.2.5: Stima di "Nuovi" consumatori e consumatori "Già noti" di CANNABIS (Zelterman), per ripartizione geografica (casi x 1.000 abitanti di età 10-64 anni). Anno 2009.



Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Si può stimare una maggior prevalenza tra i consumatori di cannabis dell'Italia centrale

Con riferimento al consumo di cannabis, l'Italia centrale presenta la prevalenza maggiore con valore pari a 23,7 nel gruppo "Nuovi" e 1,9 nel gruppo "Già noti", ogni 1.000 residenti (Figura I.2.5). Per il consumo di cocaina, invece, se l'Italia centrale mostra la prevalenza maggiore per i nuovi soggetti, con valore pari a 9,5

nel gruppo dei "Già segnalati" sono il nord ovest (prevalenza pari a 1,2 per 1.000 residenti nella fascia di età 15-64) e il sud e isole (prevalenza 1,1 per 1.000 residenti nella fascia di età 15-64) ad avere la prevalenza maggiore (Figura I.2.5).

Tabella I.2.4: Stime di Horvitz-Thompson, Zelterman e Chao per la numerosità delle popolazioni di consumatori di CANNABIS, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza. Anno 2009.

	Consumatori Cannabis				
	segnalati	Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)	Stima corretta
Nuovi segnalati					
Horviz Thompson	21.360	493.735	397.449	590.021	1.364.268
Zelterman	21.360	482.323	387.922	576.724	1.332.735
Chao	21.360	481.802	390.527	573.077	1.331.295
Già segnalati in anni precedenti					
Horviz Thompson	6.817	71.604	54.313	88.894	197.852
Zelterman	6.817	67.714	51.060	84.368	187.104
Chao	6.817	67.408	52.040	82.775	186.258

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Stima dei consumatori di cannabis con bisogno di trattamento: 190.400 soggetti 15-64 anni

Se si correggono le stime degli utilizzatori di cannabis utilizzando l'informazione sulla proporzione di popolazione a rischio di segnalazione (38%) e del ritardo di notifica (5%), si ottiene, a livello nazionale un totale di consumatori già segnalati in anni precedenti; tali soggetti, prendendo il valor medio tra i risultati ottenuti applicando le tre metodologie proposte, risultano essere pari a 190.400 circa, con una variabilità delle stime che oscilla da un minimo di 141.000 ad un massimo 245.600 consumatori. Considerando che questi sono i soggetti che vengono segnalati da più anni, è possibile considerare questa popolazione come relativa a soggetti utilizzatori di cannabis con bisogno di trattamento. C'è da ricordare che un numero non trascurabile utilizza, oltre alla cannabis, anche altre sostanze.

Tabella I.2.5: Stime di Zelterman per la numerosità delle popolazioni di consumatori di cocaina, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza per ripartizione geografica. Anno 2009.

Area geografica	Totale segnalati	Consumatori Cocaina (Zelterman)		
		Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)
Nuovi segnalati				
Italia nord/orientale	586	28.617	5.486	25.847
Italia nord/ occidentale	1.289	39.441	22.300	56.582
Italia centrale	1.017	73.734	18.628	128.839
Italia meridionale e insulare	1.045	45.460	19.420	71.499
Totale	3.935	187.251	65.834	308.669
Stima senza ripartizione	3.935	168.186	118.981	217.391
Già segnalati in anni precedenti				
Italia nord/orientale	216	3.889	692	7.086
Italia nord/ occidentale	591	12.477	5.789	19.165
Italia centrale	234	6.845	24	13.667
Italia meridionale e insulare	612	15.583	6.580	24.585
Totale	1.653	38.793	13.085	64.502
Stima senza ripartizione	1.653	37.933	25.268	50.599

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Stima dei consumatori di cocaina con bisogno di trattamento: 136.750 soggetti 15-64 anni

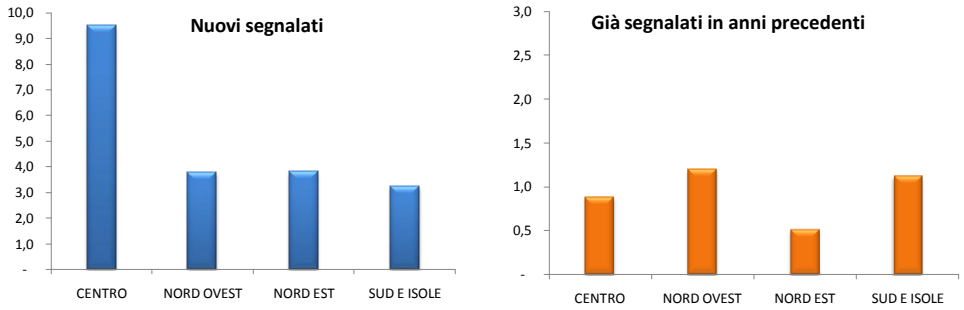
E' possibile utilizzare lo stesso moltiplicatore, sicuramente prudenziale per la cocaina (rischio di segnalazione 30%, ritardo di notifica 5%) per correggere le stime dei consumatori già segnalati di cocaina. Calcolando il valor medio delle stime ottenute con i metodi di Horviz Thompson, Zelterman e Chao, si ottiene una stima dei consumatori di cocaina con bisogno di trattamento pari a circa 136.750 soggetti di età 15-64 anni, con una variabilità individuata dagli intervalli di confidenza oscillante tra i 45.700 e 228.000 soggetti.

Tabella I.2.6: Stime di Horvitz- Thompson, Zelterman e Chao per la numerosità delle popolazioni di consumatori di COCAINA, Nuovi e Già noti, e relativi intervalli di confidenza. Anno 2009.

	Consumatori Cocaina				
	segnalati	Stima	Min (IC 95%)	Max (IC 95%)	Stima corretta
Nuovi segnalati					
Horviz Thompson	3.935	189.408	57.690	321.126	662.927
Zelterman	3.935	187.251	65.834	308.669	655.380
Chao	3.935	187.081	67.710	306.452	654.784
Già segnalati in anni precedenti					
Horviz Thompson	1.653	39.645	13.905	65.386	138.759
Zelterman	1.653	38.793	13.085	64.502	135.777
Chao	1.653	38.781	13.903	63.659	135.733

Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

Figura I.2.6: Stima di "Nuovi" consumatori e consumatori "Già noti" di COCAINA (Zelterman), per ripartizione geografica (casi x 1.000 abitanti di età 15-64 anni). Anno 2009.



Fonte: Elaborazione su dati DCDS – Ministero dell'Interno

CAPITOLO I.3.

SOGGETTI IN TRATTAMENTO

I.3.1. Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)

I.3.2. Caratteristiche degli utenti in trattamento

I.3.2.1. Caratteristiche demografiche

I.3.2.2. Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

I.3.2.3 Studio Multicentrico DPA

I.3.2.4. Inclusione sociale

I.3. SOGGETTI IN TRATTAMENTO

Premesse

Tra gli indicatori epidemiologici per il monitoraggio del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope previsti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona, rientra anche l'indicatore della domanda di trattamento (TDI – Treatment Demand Indicator). L'indicatore descrive il profilo delle caratteristiche dei soggetti, che in relazione al loro consumo di sostanze si rivolgono alle strutture sanitarie (servizi per le tossicodipendenze e strutture ospedaliere).
In Italia tale indicatore viene monitorato parzialmente attraverso il flusso informativo previsto dal DPR 309/90 relativo alle attività erogate dai servizi per le tossicodipendenze (Ser.T.), che raccoglie informazioni aggregate sull'utenza afferente ai servizi, sulle patologie infettive droga-correlate e sulle tipologie di trattamenti erogati dalle unità operative (D.M. 20 settembre 1997).
Con Decreto Ministeriale del 10 giugno 2010 è stato approvato il nuovo flusso informativo sulle dipendenze (SIND) che prevede la raccolta delle informazioni sull'utenza e sulle attività ad essi collegate mediante la rilevazione dei dati anonimi per singolo individuo.
Oltre alle informazioni sull'utenza assistita dai servizi territoriali, attraverso il flusso informativo delle Schede di Dimissione Ospedaliere (SDO), il Ministero della Salute raccoglie dati anagrafici e clinici sui ricoveri ospedalieri erogati dalle strutture ospedaliere, e tra questi figurano anche i ricoveri di soggetti assuntori di sostanze stupefacenti, i cui risultati sono rappresentati nella seconda parte del capitolo.

Fonti informative

Il profilo informativo descritto in questo capitolo è stato predisposto utilizzando flussi atti provenienti dal Ministero della Salute il quale, attraverso le Regioni e le Province Autonome, acquisisce i dati dai servizi sanitari locali relativi sia all'assistenza dei pazienti presso i servizi territoriali sia presso le strutture ospedaliere.
Nella fase transitoria di applicazione del flusso informativo SIND presso tutte le sedi territoriali, nel 2011 le informazioni sono state rilevate in parte mediante il flusso informativo di dati aggregati (D.M. 20 settembre 1997) ed in parte mediante il flusso di dati individuali (SIND), la cui elaborazione ha consentito analisi più approfondite sui tempi di latenza, ed altre caratteristiche dei soggetti assistiti presso i Ser.T. .

I.3.1. Il Sistema Informativo Nazionale per le Dipendenze (SIND)

Il decreto SIND

Con Decreto del Ministero della Salute 11 giugno 2010 "Istituzione del sistema informativo nazionale per le dipendenze" è stato approvato il nuovo flusso informativo su dati individuali, riguardanti i soggetti assistiti dai servizi per le dipendenze delle Regioni e delle Province Autonome.

Finalità della rilevazione dei dati individuali sull'utenza

Secondo le indicazioni riportate nel D.M. 11 giugno 2010, art. 1, comma 1, il sistema informativo nazionale dipendenze persegue le seguenti finalità:

- monitoraggio dell'attività dei servizi, con analisi del volume di prestazioni e valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza e sui pattern di trattamento;
- supporto alle attività gestionali dei Servizi, per valutare il grado di efficienza e di utilizzo delle risorse;
- supporto alla costruzione di indicatori di struttura, processo ed esito sia a livello regionale che nazionale;
- redazione della Relazione al Parlamento ai sensi dell'art. 131 del decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e degli altri rapporti epidemiologici esclusivamente composti da dati aggregati derivanti dagli obblighi informativi nei confronti dell'Osservatorio Europeo, delle Nazioni

Unite – Annual Report Questionnaire;
- adeguamento della raccolta di informazioni rispetto alle linee guida dell'Osservatorio Europeo delle Droghe e Tossicodipendenze.

Oggetto di rilevazione del flusso informativo SIND è il singolo assistito

L'oggetto di rilevazione del sistema informativo è il singolo soggetto per il quale sono soddisfatti i seguenti requisiti:

1. accesso al servizio (Ser.T.) o carcere, e
2. accertamento documentato (esame di laboratorio o diagnosi medica eseguiti nel periodo di riferimento per la nuova utenza, oppure precedenti al periodo di riferimento per l'utenza già nota) dell'uso di sostanze psicotrope (escluso alcol o tabacco come uso primario) con frequenza occasionale, saltuaria o giornaliera, e
3. erogazione di almeno due prestazioni dei gruppi omogenei (compreso l'invio in strutture socio-riabilitative) nel periodo di riferimento.

1. Secondo tali indicazioni, sono quindi esclusi dal flusso: i soggetti in contatto con il servizio, ai quali non siano state erogate prestazioni nell'arco del periodo di riferimento; i soggetti per i quali non sia stata indicata una diagnosi di uso di sostanze stupefacenti; e gli utenti assistiti per uso primario di alcool o tabacco o con dipendenza primaria da comportamenti addittivi.

Entrata in vigore del Decreto Ministeriale SIND

1. Il sistema informativo nazionale dipendenze (SIND), secondo le indicazioni del Decreto, è entrato a regime a decorrere dal 1° gennaio 2012, decadendo di conseguenza la validità del precedente Decreto del 20 settembre 1997. Dalla data richiamata, quindi, le Regioni e le Province Autonome avrebbero dovuto essere provviste di un sistema informativo per la raccolta dei dati individuali dell'utenza assistita dai servizi a partire dalle attività erogate nel 2011.

1.

Analogamente al flusso informativo di dati aggregati (schede ANN e SER), anche il flusso SIND prevede la raccolta di informazioni relative all'anagrafica delle strutture, al personale in servizio presso i servizi per le tossicodipendenze, alle attività erogate dai servizi stessi per l'assistenza a tossicodipendenti ed infine i dati anonimi relativi al monitoraggio dell'HIV.

In particolare, il database sulle attività è composto da sei archivi riguardanti le informazioni di seguito riportate:

Gli archivi SIND

- ANAGRAFICA SOGGETTO – contiene i dati anagrafici, occupazione, condizione abitativa, sostanza d'uso, età di primo uso della sostanza e età di primo trattamento dell'utente oggetto della rilevazione per il SIND;
- ESAMI SOSTENUTI – contiene i dati relativi agli esami sostenuti e refertati all'utente oggetto della rilevazione SIND. Per refertato si intende l'esistenza per l'esame di un referto di laboratorio analisi o la trascrizione di un referto di cui l'operatore ha preso visione.;
- PATOLOGIE CONCOMITANTI – contiene i dati relativi alle patologie diagnosticate e/o oggettivamente refertate all'utente oggetto della rilevazione SIND, attive nel periodo considerato e concomitanti alla diagnosi principale;
- DATI CONTATTO – contiene i dati di contatto corrispondenti alla presa in carico assistenziale dell'utente oggetto della rilevazione SIND, all'interno della quale vengono erogate una serie di prestazioni raggruppate in gruppi omogenei;
- SOSTANZE D'USO – contiene i dati relativi alle sostanze d'uso/comportamenti per cui per l'utente oggetto della rilevazione SIND è stato attivato il programma di assistenza;
- GRUPPO PRESTAZIONI OMOGENEE – contiene, per ogni sede di erogazione delle prestazioni (SerT, carcere, comunità), i dati attinenti ai gruppi di prestazioni omogenee relative al contatto aperto.

Trasmissione dati da parte delle Regioni e PP.AA.

Alla data del 18 maggio 2012, l'adeguamento delle Regioni al nuovo flusso informativo non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi ancora in vigore il precedente flusso di dati aggregati, utilizzato anche da numerose Regioni e Province Autonome, che hanno implementato il flusso SIND, al fine di poter operare confronti di coerenza dei dati provenienti dai due flussi informativi. Nella Tabella I.4.1 è rappresentato il prospetto di sintesi sulla trasmissione del flusso SIND e/o delle schede ANN e SER, da parte delle Regioni e delle Province Autonome alla data del 18 maggio 2012.

Tabella I.3.1: Trasmissione dati attività dei servizi per le dipendenze secondo i flussi informativi D.M. 11 giugno 2010 e D.M. 20 settembre 1997. Anno 2012

	Flusso SIND D.M. 11 giugno 2010 (obbligatorio)	Flusso ANN e SER D.M. 20 settembre 1997 (facoltativo)
Abruzzo	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Basilicata	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Calabria	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Campania	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Emilia Romagna	Trasmissione completa	Dati non pervenuti
Friuli V.enezia Giulia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Lazio	Trasmissione parziale	Trasmissione parziale
Liguria	Dati non pervenuti	Dati non pervenuti
Lombardia	Trasmissione completa	Dati non pervenuti
Marche	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Molise	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
PA Bolzano	Trasmissione completa	Trasmissione completa
PA Trento	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Piemonte	Trasmissione parziale	Dati non pervenuti
Puglia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Sardegna	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Sicilia	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Toscana	Dati non pervenuti	Trasmissione completa
Umbria	Trasmissione completa	Dati non pervenuti
Valle d'Aosta	Trasmissione completa	Trasmissione completa
Veneto	Trasmissione completa	Trasmissione completa

Fonte: Ministero della Salute

I.3.2. Caratteristiche degli utenti in trattamento

L'analisi dell'utenza in trattamento nel 2011 è stata condotta, sulle informazioni fornite dal Ministero della Salute, dalle Regioni e dalle Province Autonome mediante i flussi D.M. 20 Settembre 1997 e D.M. Giugno 2010.
Al fine di poter ricostruire il contingente di soggetti assistiti nel 2011 dai servizi per le tossicodipendenze, in continuità con gli anni precedenti, sono stati considerati i seguenti flussi di dati:

- Regioni e P.P.A.A. che hanno fornito entrambi i flussi informativi: (Abruzzo, Campania, Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto) - dati aggregati schede SER e ANN forniti dal Ministero della Salute in data 28.05.2012;
- Regioni che hanno trasmesso solo il flusso SIND (Emilia – Romagna, Lombardia e Umbria) - dati aggregati forniti dal Ministero della Salute in data 05.06.2012;
- Regioni che non hanno inviato, o hanno inviato in forma parziale solo il flusso SIND (Liguria e Piemonte) - dati aggregati schede SER e ANN

rilevate nell'anno 2010;
- Regioni che hanno trasmesso solo il flusso SER e ANN (Basilicata, Calabria, Marche, Molise, Sardegna e Toscana) - dati aggregati schede SER e ANN fornite dal Ministero della Salute in data 28.05.2012 ;
- Regioni che hanno trasmesso solo in forma parziale i flussi SIND, SER e ANN (Lazio) - dati aggregati schede SER e ANN e flusso SIND.

Tabella I.3.2: Utenti in carico nei Servizi secondo il tipo di trattamento. Anni 2010 e 2011

Regioni e P.P.A.A.	Utenza 2011			Totale 2010
	Nuovi Utenti	Utenti già in carico	Totale	
Abruzzo(1)	1.162	4.600	5.762	4.740
Basilicata(1)	335	1.360	1.695	1.592
Calabria(1)	938	2.713	3.651	4.145
Campania(1)	3.187	15.577	18.764	17.878
Emilia Romagna(2)	2.121	11.349	13.470	12.498
Friuli Venezia(1)	562	2.809	3.371	3.671
Lazio(3)	3.317	9.139	12.456	15.424
Liguria(4)	1.779	5.483	7.262	7.262
Lombardia(2)	4.197	16.426	20.623	23.625
Marche(1)	1.003	3.990	4.993	5.679
Molise(1)	267	881	1.148	1.202
P.A. Bolzano(1)	48	707	755	760
P.A. Trento(1)	96	972	1.068	1.127
Piemonte(4)	2.298	9.164	11.462	11.462
Puglia(1)	2.188	10.992	13.180	11.545
Sardegna(1)	1.166	5.326	6.492	5.911
Sicilia(1)	3.775	10.780	14.555	13.416
Toscana(1)	2.334	11.980	14.314	13.965
Umbria(2)	337	2.219	2.556	3.555
Valle d'Aosta(1)	64	294	358	366
Veneto(1)	2.505	11.771	14.276	14.333
Totale	33.679	138.532	172.211	174.156

(1) Schede SER e ANN 2011
(2) Dati aggregati SIND 2011
(3) Dati aggregati SER ANN e SIND
(4) Schede SER e ANN 2010
Fonte: Ministero della Salute

I.3.2.1 Caratteristiche demografiche

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

Le informazioni pervenute dal Ministero della Salute, relative ai flussi informativi inviati dai Servizi per le tossicodipendenze regionali e dalle Amministrazioni regionali, forniscono un grado di copertura del 90% con l'integrazione dei dati 2010, quale stima per l'anno 2011. Secondo i criteri metodologici descritti in precedenza, la stima della popolazione tossicodipendente assistita nel 2011 risulta pari a 172.211.

Tabella I.3.3: Caratteristiche dei soggetti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze. Anni 2010 – 2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ %	Diff %
	N	%	N	%		
Tipo di contatto						
Nuovi utenti	34.625	19,9	33.679	19,6	-2,7	-0,3
Utenti già noti	139.531	80,1	138.532	80,4	-0,7	0,3
Totale	174.156	100	172.211	100	-1,1	-
Genere						
Nuovi utenti Maschi	29.230	84,4	29.162	86,6	-0,2	2,2
Nuove utenti Femmine	5.395	15,6	4.517	13,4	-16,3	-2,2
Totale	34.625	100	33.679	100	-2,7	-
Tasso nuovi utenti per genere						
% Nuovi maschi	19,7		19,6			-0,1
% Nuove femmine	21,0		19,3			-1,7
Tasso di prevalenza						
Nuovi utenti x 1.000 residenti (15-64 anni)	0,9		0,8			-0,1
Utenti già noti x 1.000 residenti (15-64 anni)	3,5		3,5			0,0
Totale utenti x 1.000 residenti 15-64 anni)	4,4		4,3			-0,1
Età media						
Nuovi utenti	31,0		31,6			0,6
Utenti già noti	35,0		35,7			0,7
Totale	34,2		34,9			0,7

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

172.211 persone tossicodipendenti in trattamento nel 2011

diminuzione del 2,7% dei nuovi utenti

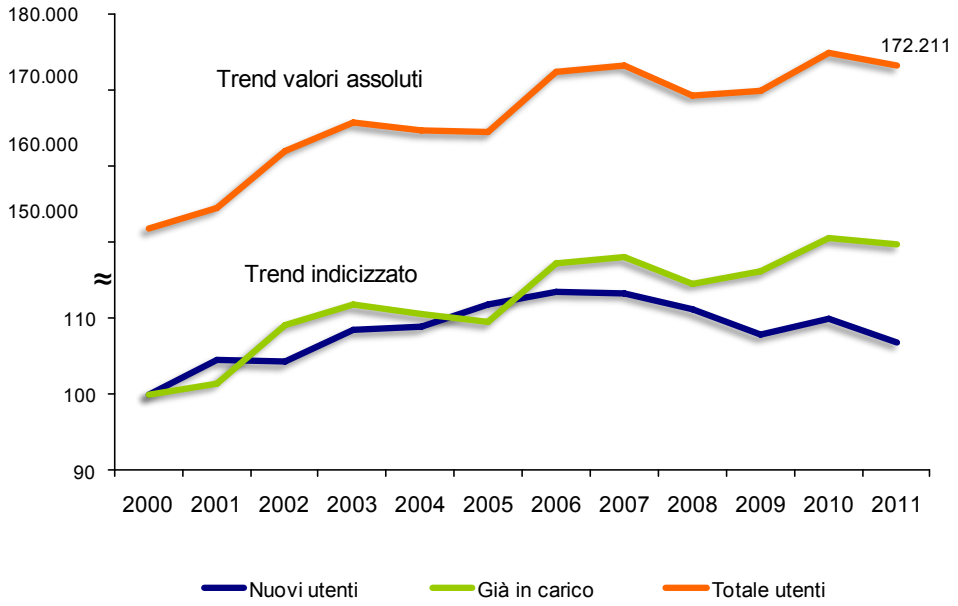
l'età media dei nuovi utenti è 31,6 annni

Diminuzione dei nuovi utenti nell'ultimo anno

Dal 2000 al 2006 si è assistito ad un costante aumento delle nuove persone tossicodipendenti (casi incidenti) assistite dalla rete dei servizi pubblici del servizio sanitario nazionale, passando da 31.510 utenti nel 2000 a 35.766 nel 2006; nel triennio successivo (2007-2009) si osserva una fase di calo (35.731 nel 2007, 35.020 nel 2008 infine 33.983 nel 2009) per aumentare nel 2010 a 34.625 riportandosi ai valori osservati nel 2004 (Figura I.2.6). Nell'ultimo anno, secondo le stime calcolate per il 2011, si osserva una tendenza alla diminuzione (-2,7%) di nuovi utenti in carico passando da 34.625 utenti nel 2010 a 33.679 nel 2011. Tale andamento, osservabile anche per l'utenza già nota ai servizi, potrebbe essere giustificata sia dai criteri di stima utilizzati, sia dai differenti flussi informativi considerati oppure dal minor grado di copertura del flusso informativo riscontrato nel biennio precedente, che evidenzierebbe un trend stabile della nuova utenza dal 2006 al 2011.

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 (7,5 vs 1,2 utenti per 1.000 residenti), differenza particolarmente pronunciata per la nuova utenza (maschi 1,5 x 1.000 residenti, femmine 0,2 x 1.000 residenti).

Figura I.3.1: Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto - Valori assoluti e valori indicizzati (Anno base 2000 = 100) - Anni 2000 - 2011

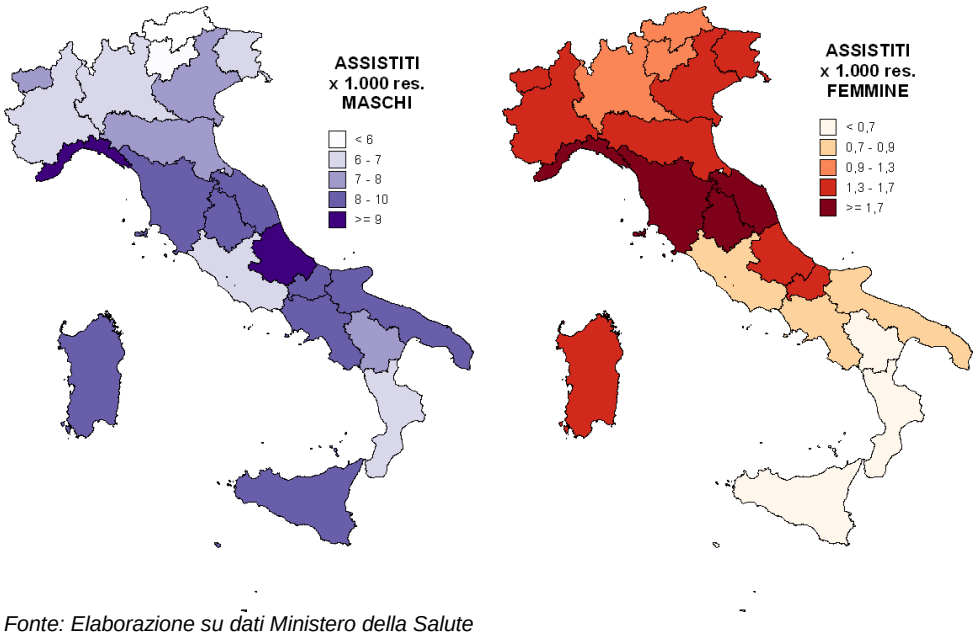


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute: per le Regioni Liguria e Piemonte i dati si riferiscono al 2010

L'86,6% dell'utenza dei Servizi per le tossicodipendenze è di genere maschile, con un rapporto del 6,5 maschi per utente femmina (più elevata tra i nuovi utenti ai servizi rispetto agli utenti già in carico 6,5 vs 6,3).

Maggiore prevalenza di utenti maschi (86,6%)

Figura I.3.2: Utenti x 1.000 residenti per genere - Anno 2011



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 (x 1.000 soggetti residenti) assume profili differenziati rispetto al genere degli assistiti: per i maschi si osservano prevalenze di bassa entità in Trentino Alto Adige (P.A. Bolzano 3,5 e P.A. Trento 4,9), Calabria (5,0), Lombardia (5,3) e Lazio (5,9), mentre valori massimi si osservano in Liguria (12,0 dato riferito al 2010). Il fenomeno nella popolazione femminile sembra meno sviluppato nelle

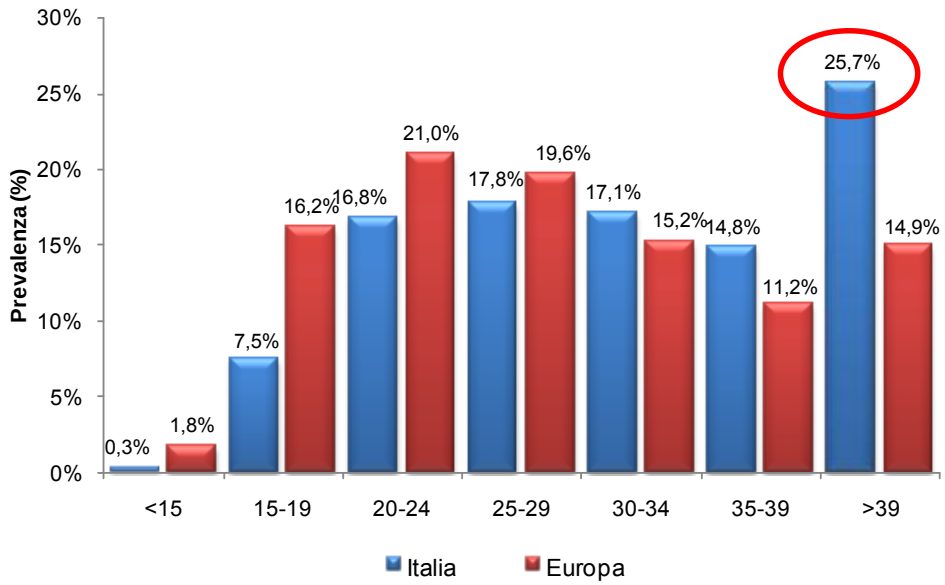
regioni meridionali ed insulari Calabria, Sicilia, Basilicata, Campania, Lazio e Puglia con valori da 0,4 a 8,0 (donne ogni 1.000 residenti); maggiore diffusione del fenomeno, invece, nelle regioni centrali (Toscana e Umbria circa 2 assistite ogni 1.000 residenti) e Liguria (circa 3 assistite ogni 1.000 residenti – dato 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 per identificare la "nuova utenza"; nel caso italiano spesso questo termine indica i soggetti che afferiscono per la prima volta ad una struttura, con la conseguente sovrastima del contingente e della relativa età. Questa distorsione dipende in parte anche dalla mancata adozione del SIND da parte di alcune regioni.

Figura I.3.3: Percentuale nuovi utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze per classi di età in Italia (dati 2011) ed Europa (dati 2009)

Record italiano per utenti in trattamento con età > 35 anni: tendenza alla cronicizzazione

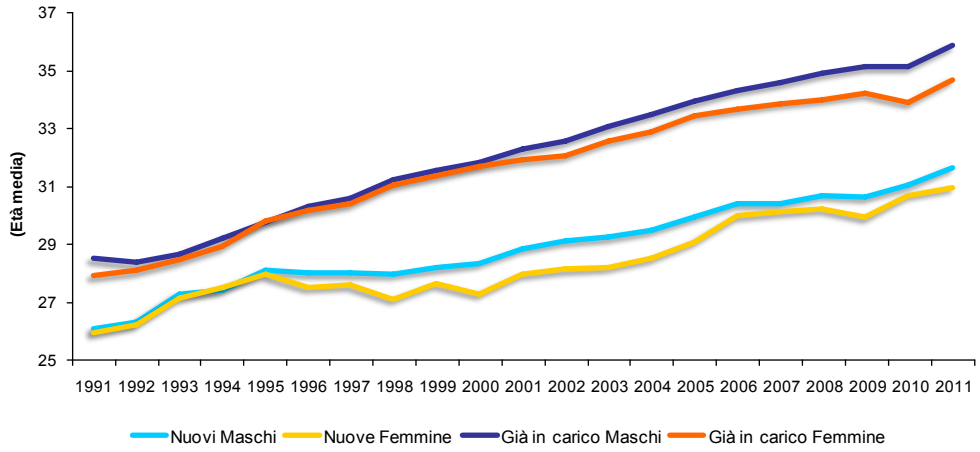


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute – Bollettino Statistico EMCDDA 2011

Aumento dell'età media di primo accesso ai servizi: da 26 (1991) a 31,6 maschi e 31,0 per le femmine (2011)

Dal 1991 al 2011 è aumentata l'età media delle nuove persone assistite passando da 26 anni per entrambi i generi a 31,0 anni per le femmine e 31,6 anni per i maschi. Anche per l'utenza già nota ai servizi il trend dell'età media risulta in continua crescita, con una propensione differente tra i maschi e le femmine, più pronunciate nei primi rispetto alle femmine: per i maschi si passa da 35,2 anni nel 2010 a 35,9 anni nel 2011, per le femmine già note ai servizi si passa da 33,9 anni nel 2010 a 34,7 nel 2011.

Figura I.3.4: Età media degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo il tipo di contatto e il genere. Anni 1991 - 2011



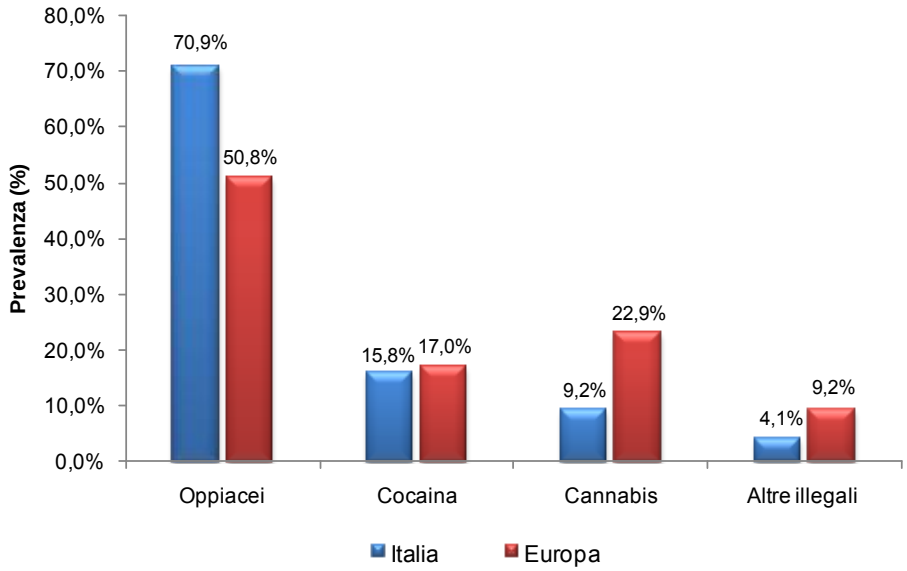
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.3.2.2 Tipo di sostanze stupefacenti assunte dagli utenti assistiti

Sostanze primarie maggiormente utilizzate: 69,3% eroina, 15,3% cocaina, 9,2% cannabis

Dalle informazioni pervenute dal Ministero della Salute, tra le persone complessivamente assistite nel 2011 dai Servizi per le tossicodipendenze territoriali che hanno indicato una sostanza d'abuso principale, il 69,3% ha riferito l'eroina quale sostanza d'uso prevalente, seguita da cocaina (15,3% dell'utenza complessivamente assistita) e da cannabis (9,2% del totale assistiti). Rispetto al profilo europeo si osserva un maggior consumo dichiarato di oppiacei, a fronte di livelli simili per la cocaina, e sensibilmente inferiori di cannabis ed altre sostanze, in prevalenza di tipo sintetico.

Figura I.3.5: Utenti in trattamento presso i servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza d'abuso primaria in Italia (dati 2011) ed Europa (dati 2009)



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute – Bollettino Statistico EMCDDA 2011

Tabella I.3.4: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso primario da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2010 - 2011

Sostanze d'abuso primario	2010		2011		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	118.651	69,8	114.644	69,3	-3,4	-0,5
Cocaina	25.717	15,1	25.262	15,3	-1,8	0,2
Cannabis	15.415	9,1	15.157	9,2	-1,7	0,1
Altri stimolanti	1.429	0,8	1.470	0,9	2,9	0,1
Altre droghe	8.756	5,2	8.946	5,4	2,2	0,2

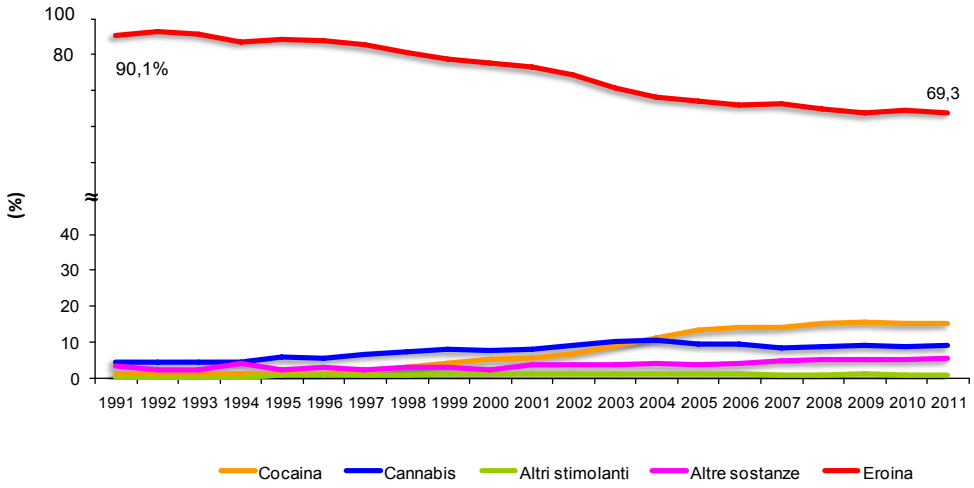
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

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

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 68,9%); in questo ultimo quadriennio sembra però che il fenomeno si sia 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% al 15,3%, che, dal 2005 hanno superato gli utenti in trattamento per uso di cannabis (dal 5% al 9,2%) stabilizzandosi a percentuali attorno al 15%.

Figura I.3.6: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza primaria. Anni 1991 – 2011

Aumento degli utenti in trattamento per uso di cocaina



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

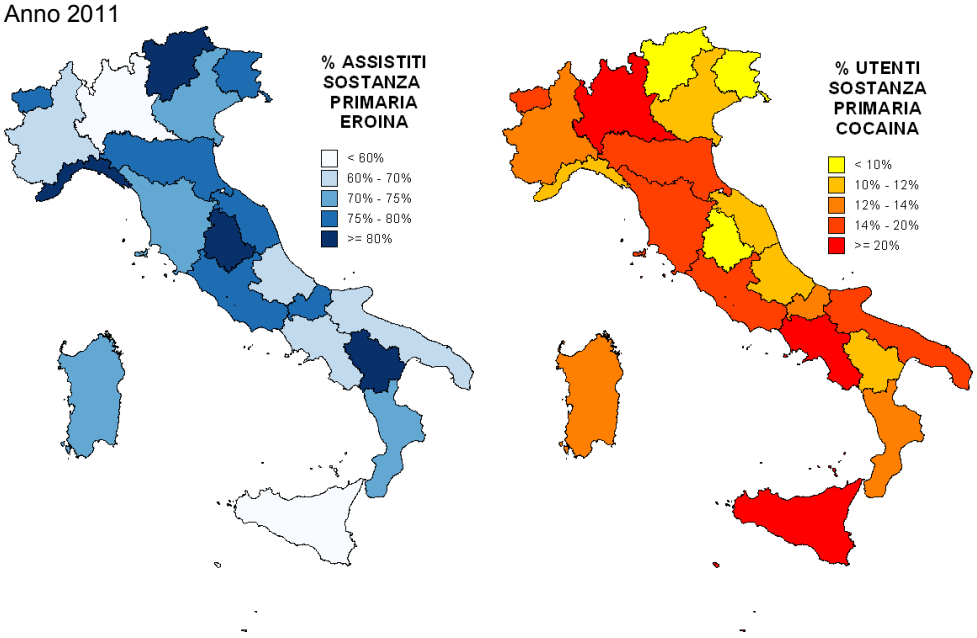
Utenti in trattamento per uso primario di eroina

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 Sicilia (61,7%), Lombardia (62,0%), il Piemonte (65,4%), l'Abruzzo (65,7%), e la Puglia (66,0%), mentre le regioni con una più alta percentuale di utenti per uso primario di eroina sono l'Umbria (86,5%), la Basilicata (84,3%), il Trentino Alto Adige (82,8%) e la Liguria (82,2%).

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 (5,0%), Friuli Venezia Giulia (5,4%), Umbria (6,7%) e Abruzzo (7,9%); mentre le regioni con la più alta percentuale per uso primario di cocaina sono la Lombardia (27,7%), la Sicilia (21,8%) infine Campania (18,1%) e Valle d'Aosta (16,2%).

Figura I.3.7: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria di eroina e cocaina. Anno 2011



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, Sicilia, Campania e Valle d'Aosta

Come si vedrà più avanti la cannabis e la cocaina, sono sostanze di uso non solo primario ma anche secondario.

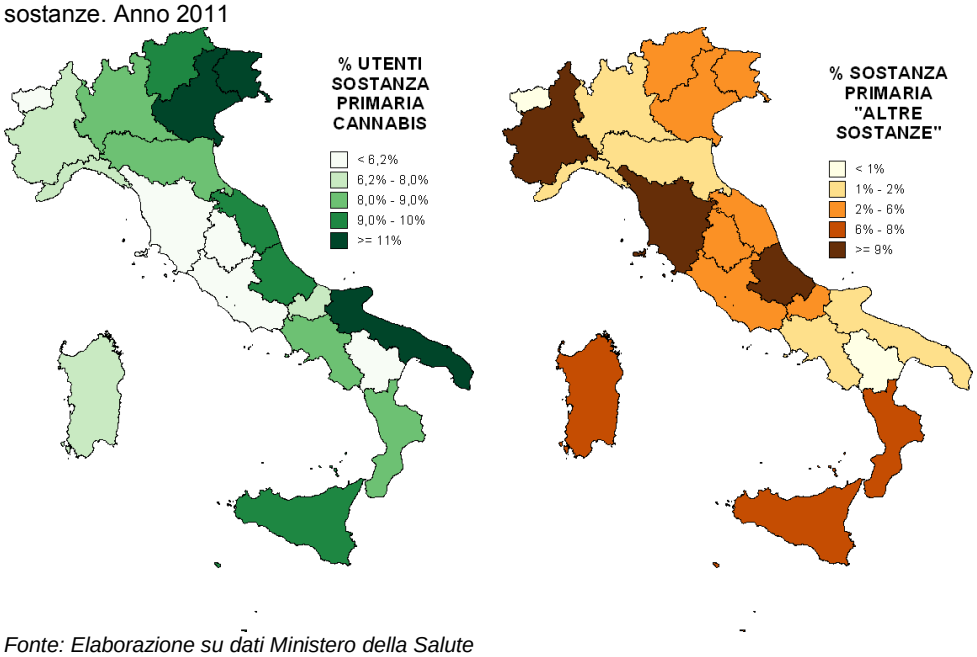
Utenti in trattamento per uso primario di cannabis

La distribuzione a livello regionale per uso primario di cannabis, evidenzia che, le regioni con una minore percentuale di utenti sono la Toscana (2,8%), l'Umbria (4,4) e la Basilicata (4,6%), Lazio (5,9%) e Valle d'Aosta (6%), mentre le regioni con una più alta percentuale di utenti per uso primario di cannabis sono Puglia (16,4%), Friuli Venezia Giulia (16,2), Veneto (12,0%).

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 e Valle d'Aosta (0,5%), Liguria e Lombardia (1%), mentre le regioni con la più alta percentuale per uso primario di altre droghe sono l'Abruzzo (16,9%), il Piemonte (14,3%) e, infine, la Toscana (9,4%).

Figura I.3.8: Percentuale di utenti in trattamento per sostanza primaria cannabis e altre sostanze. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

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

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

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 2011 le sostanze d'abuso secondarie risultano essere quasi parimenti la cocaina e la cannabis con una percentuale del 30,4%.

Tabella I.3.5: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso secondario da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anni 2010 - 2011

Sostanze d'abuso secondario	2010		2011		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	6.348	5,3	7.010	5,8	10,4	0,5
Cocaina	36.089	30,1	36.404	30,1	0,9	0,0
Cannabis	36.314	30,3	37.288	30,9	2,7	0,6
Psicofarmaci	8.483	7,1	8.632	7,1	1,8	0,0
Alcool	18.007	15,0	15.885	13,2	-11,8	-1,8
Altre droghe	14.566	12,2	15.567	12,9	6,9	0,7

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Aumento di eroina, cannabis, psicofarmaci e altre droghe come sostanze secondarie

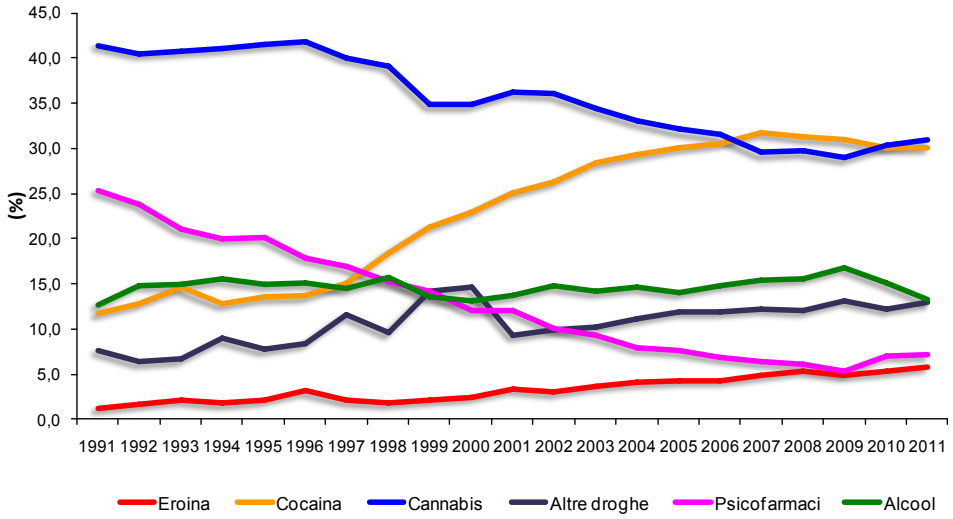
Diminuzione della sostanza alcol

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 negli ultimi due anni al 30,1%. Negli ultimi due anni si osserva anche una diminuzione dell'11,8% del consumo di alcool che dal 15,0% del 2010 passa al 13,2% del 2011. Andamento un pò 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 e, risalendo in maniera lieve negli ultimi due anni (5,3% nel 2010 e 5,8% nel 2011).

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.3.9: Distribuzione percentuale degli utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze secondo la sostanza secondaria. Anni 1991 - 2011



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 gli oppiacei evidenzia un lieve aumento nell'ultimo anno (58,9% nel 2010 vs. 61,0% nel 2011), pur mentendosi al di sotto del valore del 1997 (circa il 68%).

Tabella I.3.6: Assunzione di sostanze stupefacenti per uso iniettivo da parte dell'utenza in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze. Anno 2010 - 2011

Assunzione per via iniettiva della sostanza	2010		2011		Δ %	Diff%
	N	%	N	%		
Eroina	69.851	58,9	69.973	61,0	0,2	2,1
Cocaina	3.396	12,7	3.303	13,1	-2,7	0,4
Benzodiazepine	133	13,6	200	20,3	50,4	6,7
Altri oppiacei	99	15,1	125	19,0	26,3	3,9

Aumento dell'uso iniettivo dell'eroina e benzodiazepine per via iniettiva

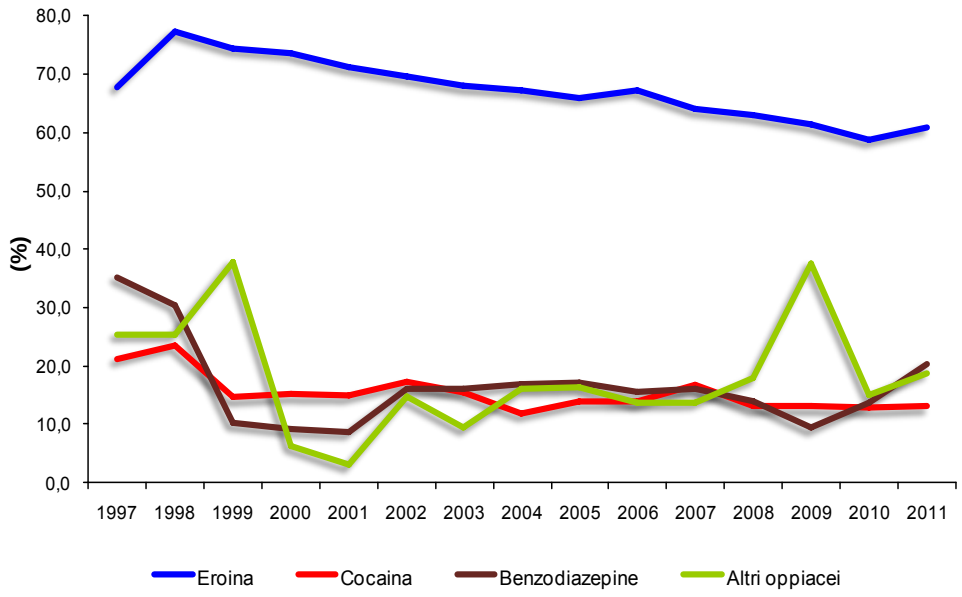
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

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 2011 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 negli ultimi due anni, è aumentato passando dal 15,1% nel 2010 al 20,3% nel 2011.

Figura I.3.10: Andamento dell'uso iniettivo per tipo di sostanza. Anni 1997 - 2011



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

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.3.2.3 Studio multicentrico DPA

Studio multicentrico DPA

Il Dipartimento Politiche Antidroga, nel corso del 2011, in continuità con gli anni precedenti, ha condotto una nuova edizione dello studio multicentrico sul campione di servizi per le tossicodipendenze che dispone di un sistema informativo per singolo utente informatizzato includendo, rispetto al 2010, ulteriori servizi residenti nelle Regioni Friuli Venezia Giulia e Lazio (nel complesso le Regioni aderenti allo studio sono Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Sicilia, Umbria, Veneto). I dati forniti dai servizi riguardavano il tracciato dell'utenza assistita presso le unità operative nel 2011, completamente reso anonimo secondo i criteri indicati dall'Autorità garante sulla privacy.

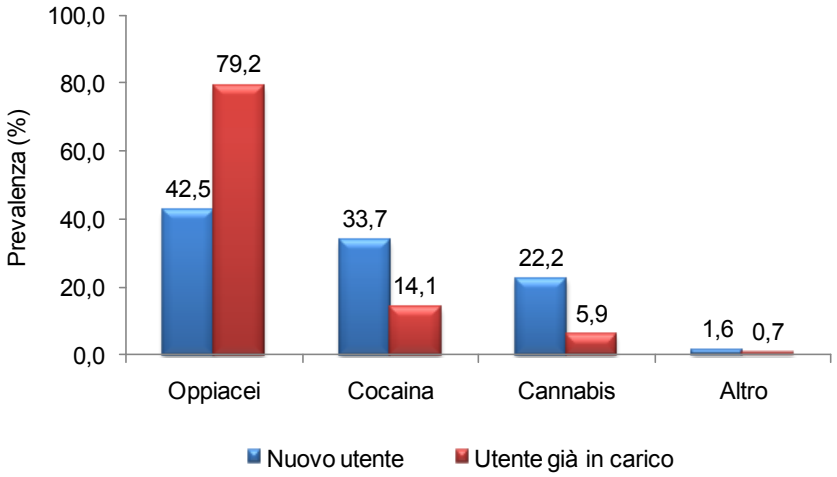
52.078 soggetti esaminati

Complessivamente il gruppo oggetto di analisi comprende 52.078 utenti, l'85,3% dei quali di genere maschile e 9.827 nuovi utenti, pari al 18,9% del campione analizzato. L'età media della nuova utenza maschile risulta maggiore rispetto ai valori emersi dall'analisi dei dati aggregati forniti dal Ministero della Salute: per le femmine del campione 30,4 anni vs 31,0 anni riferiti ai dati aggregati e per i maschi 31,9 anni vs 31,6 anni. Valori invece superiori, senza alcuna differenza per genere, si osservano nell'utenza assistita in periodi precedenti a quello di riferimento: per le femmine del campione 36,6 anni vs 34,7 anni riferiti ai dati aggregati e per i maschi 38,1 anni vs 35,9 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: 73,5% eroina, 17,2% cocaina, 8,5% 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 73,5% dell'utenza per la quale è disponibile l'informazione sul tipo di sostanza assunta presenta tale tipologia di sostanze come "primaria", segue la cocaina, indicata come "primaria" per il 17,2% dei casi e la cannabis per il 8,5%. Infine, lo 0,9% dell'utenza risulta in trattamento per uso problematico "primario" di altre sostanze illegali.

Figura I.3.11: 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 2011

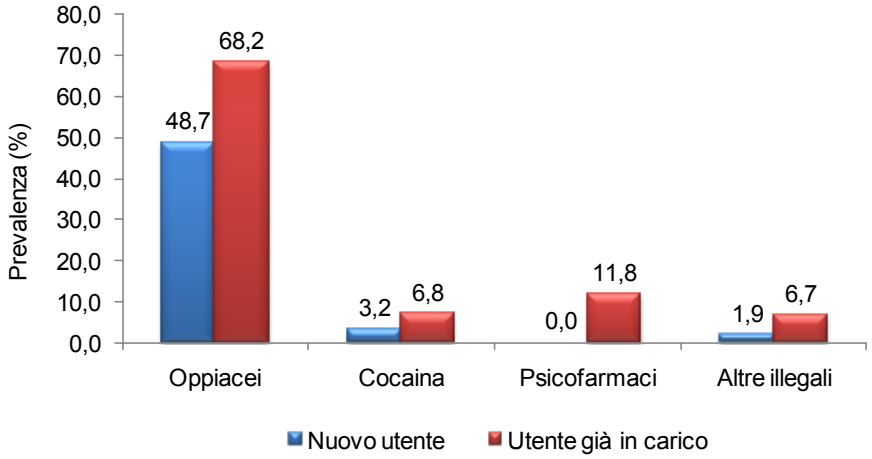


Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

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 2011, la quota di utenti in trattamento per abuso di oppiacei risulta pari al 79,2%, contro percentuali nettamente più basse sia tra gli utilizzatori di cocaina (14,1%) che di cannabis (5,9%). Anche tra i casi incidenti assume rilevanza la quota di soggetti consumatori problematici di oppiacei (42,5%) 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 in carico, risulta superiore, rispettivamente, di 19,6 e 16,3 punti percentuali (Figura I.3.11).

Anche la modalità di assunzione della sostanza primaria, in particolare l'uso iniettivo, si differenzia tra i casi incidenti e i casi già noti da anni precedenti (Figura I.3.12): si osserva che l'uso per via parenterale della sostanza primaria è maggiore nel secondo gruppo (54,6%), nel quale si hanno quote del 68,2% tra i consumatori di oppiacei, del 6,8% tra i cocainomani e dell'11,8% tra i consumatori di psicofarmaci. Tra i nuovi utenti, invece, ricorrono alla via iniettiva complessivamente il 20,9% degli assistiti, in particolare il 48,7% dei consumatori di oppiacei ed il 3,2% di cocaina.

Figura I.3.12: Distribuzione percentuale del campione di utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze per tipo di utente e secondo l'uso iniettivo della sostanza primaria (percentuale uso iniettivo sostanza primaria su totale uso sostanza). Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 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 52,7% dei nuovi assistiti la sostanza primaria viene fumata o inalata mediante vaporizzazione ed in un ulteriore 23,7% viene sniffata; tali percentuali si riducono tra gli assistiti da periodi precedenti (nel 30,0% dei casi la sostanza viene fumata o inalata e nel 13,4% viene sniffata).

Età di inizio: diverse età in base alla sostanza eroina 21 anni cocaina 22 anni cannabis 16 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 16 anni. Rispetto all'anno precedente, si osserva una diminuzione nell'età del primo uso dichiarato dagli utenti assistiti per uso di cannabis (17 anni nel 2010).

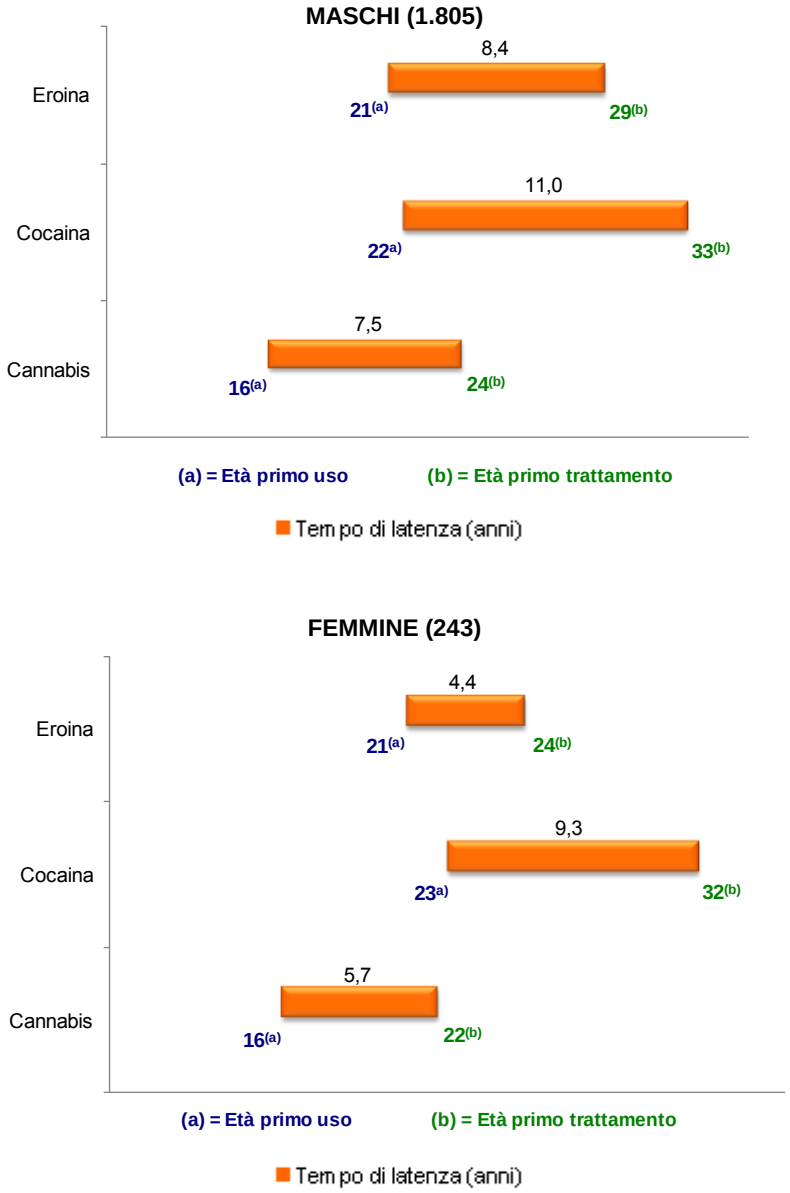
Primo trattamento: più precocità nell'uso per la cannabis (24 anni) cocaina (32 anni) eroina (29 anni)

Riguardo, invece**,** l'età di primo trattamento**,** nel 2011 si è riscontrato un aumento nei consumatori di cocaina (31 anni nel 2010 vs 32 anni nel 2011) ed eroina (26 anni nel 2010 vs 29 anni nel 2011), a differenza della cannabis in corrispondenza della quale si è ottenuto un decremento (25 anni nel 2010 vs 24 anni nel 2011).

Tempi di latenza fra inizio d'uso e primo accesso ai servizi: eroina 7,7 anni cocaina 10,8 anni cannabis 7,3 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 8,9 anni nel campione totale (9,3 anni nei maschi e 6,1 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 7,7 anni per quanto riguarda gli assuntori di oppiacei (5,5 anni nel 2010), 10,8 anni per gli assuntori di cocaina (9,5 anni nel 2010) e 7,3 anni per gli assuntori di cannabis (8,4 anni nel 2010). Tali valori variano lievemente se si effettua un'analisi per genere, ma complessivamente per tutte e tre le sostanze stupefacenti il tempo di latenza delle donne risulta inferiore rispetto a quello dei maschi. A conferma di ciò, si nota che per quanto riguarda l'età di primo trattamento esso risulta più precoce nelle femmine, soprattutto per quanto riguarda le consumatrici di eroina, a fronte di un età di primo uso analoga a quella dei maschi.

Figura I.3.13: Età di primo uso, età di primo trattamento e tempo di latenza, per genere. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Tempi di latenza variabili: disponibili dati 2011 di Lombardia e Lazio

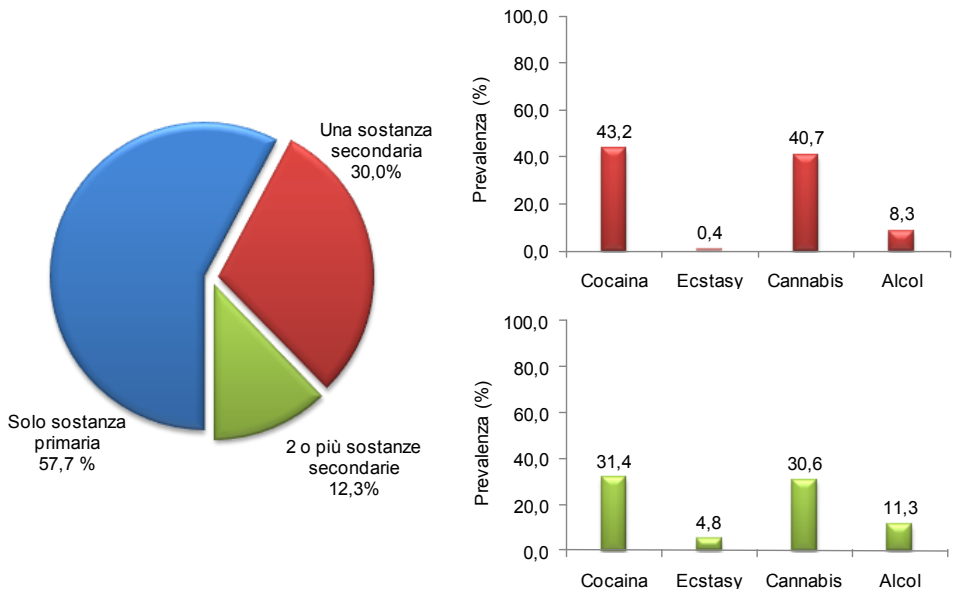
I tempi di latenza possono essere molto variabili da sostanza a sostanza e nel calcolo risentono anche dell'età della popolazione oggetto dell'indagine in quanto vi è una tendenza, confermata da varie osservazioni, ad utilizzare la sostanza in età più precoci. Inoltre, nel valutare i risultati sopra riportati e le differenze emerse rispetto al 2010 è necessario tener presente che nello studio multicentrico DPA 2010 i valori validi per il calcolo dei tempi di latenza erano stati forniti dalla sola regione Lombardia, mentre nel 2011 è stato possibile considerare anche i dati inviati dalla regione Lazio (il campione complessivo è pari a 2.092 soggetti). Confrontando le due regioni emerge che in quest'ultima, il tempo di latenza per i consumatori di eroina è notevolmente superiore a quello della Lombardia (9,5 vs 5,5), così come per i consumatori di cocaina (11,8 vs 10,3).

Tra coloro che usano oppiacei come sostanza primaria si osserva una sostanziale differenza tra uso esclusivo di questa sostanza e associazione con un'altra: nel primo caso, infatti, la percentuale è pari al 57,7%, mentre nel secondo caso risulta essere uguale al 30,0%, di cui il 43,2% dei casi è rappresentato da utenti che

fanno uso anche di cocaina e nel 40,7% di cannabis; infine, vi è un 12,3% di utenti che fa uso di due o più sostanze oltre l'eroina. In quest'ultimo gruppo di soggetti rispetto al primo gruppo, diminuisce la percentuale di coloro che assumono cocaina e cannabis a fronte di un aumento di ecstasy e alcol (Figura I.3.14).
Nella valutazione dei risultati presentati in precedenza è fondamentale tener conto che nel Lazio e nella Lombardia la percentuale di coloro per i quali è stato indicato solo uso primario è oltre il 60%, con il picco del 72,2% nella Lombardia (nel 2010 era pari al 41,1%), regione in cui risiede il 39,9% dei soggetti del campione analizzato.

Figura I.3.14: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **oppiacei** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie. Anno 2011

Sostanze secondarie negli assuntori di oppiacei: cocaina e cannabis



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

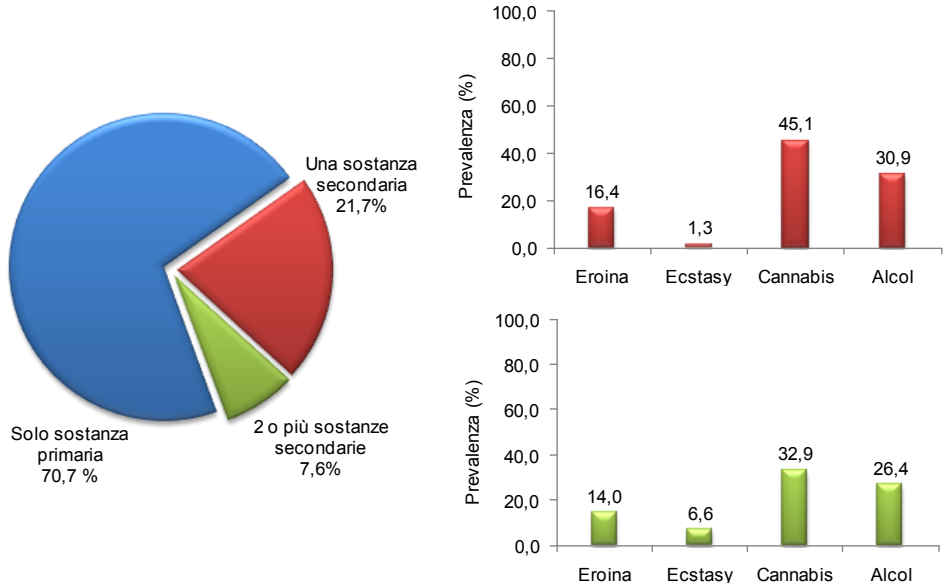
Differenziando l'analisi per tipo di utente, si osserva che il 64,4% dei nuovi soggetti fa uso solo di oppiacei, percentuale che scende al 57,1% tra i soggetti già noti; il consumo di oppiacei in associazione con due o più sostanze si registra maggiormente tra i nuovi utenti seppur con una lieve differenza (12,8% vs 12,2%), al contrario del consumo di una sola sostanza secondaria che nei soggetti già noti ai servizi è pari al 30,7%, mentre nei nuovi al 22,8%, differenza evidente soprattutto nel maggior uso di cannabis e alcol.
Riguardo il tipo di sostanze secondarie utilizzate insieme agli oppiacei emerge che il consumo di alcol 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 la maggioranza del campione risulta fare uso solo di questa sostanza (70,7%), il 21,7% anche di un'altra sostanza, in prevalenza cannabis ed alcol, mentre un 7,6% 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, alcol ed eroina (Figura I.3.15).
Come per i consumatori di oppiacei, anche in questo caso è fondamentale tener conto che ci sono alcune regioni in cui l'uso primario esclusivo è stato dichiarato da oltre il 63% degli utenti (la Lombardia ha il valore più elevato con il 82,2% dei

soggetti, con un aumento di 30 punti percentuali rispetto al 2010).

Figura I.3.15: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cocaina** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie. Anno 2011

Sostanze secondarie negli assuntori di cocaina: cannabis e alcol

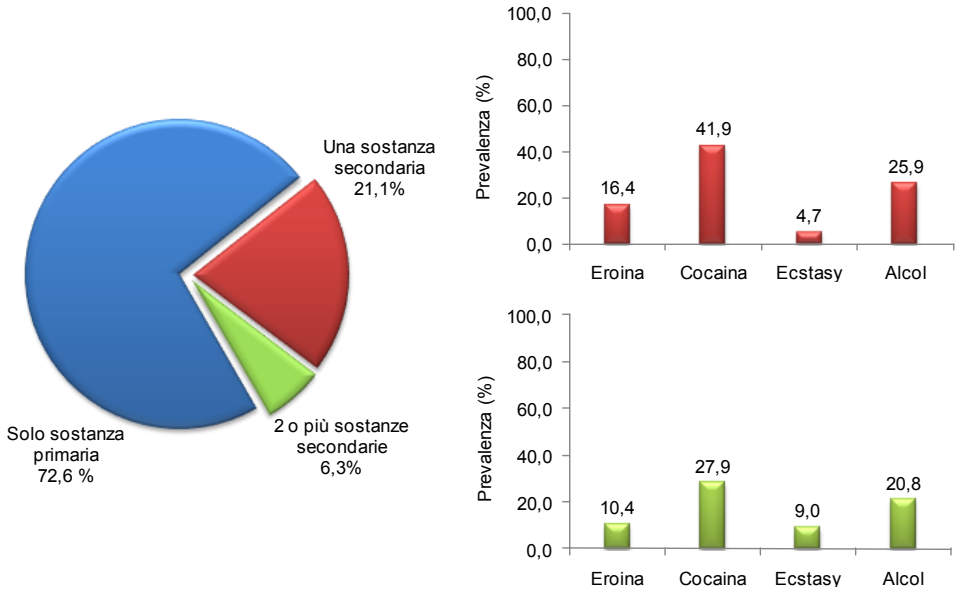


Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

L'analisi per tipo di utente mostra delle percentuali piuttosto differenti tra utenti nuovi e già in carico. In particolare, nel primo gruppo si registra una percentuale maggiore di coloro che fanno uso esclusivo della sostanza primaria (87,5% nuovi vs 69,1% già in carico), al contrario dei soggetti che usano la cocaina in associazione con un'altra sostanza (19,5% vs 22,6%) o con più di due sostanze (6,0% vs 8,3%).
Senza alcuna differenza tra le due tipologie di utenti, le sostanze secondarie maggiormente utilizzate in associazione con la cocaina (da sole o insieme ad altre sostanze), sono la cannabis e l'alcol, sebbene quest'ultimo presenti delle percentuali maggiori nei nuovi utenti rispetto a quelli già in carico se consumato in associazione con altre sostanze. Per quanto riguarda, invece, l'eroina si osserva un consumo più frequente tra i soggetti già noti ai Ser.T., indipendentemente dal fatto che sia utilizzata insieme ad altre sostanze.

Da ultimo, tra coloro che usano cannabis come sostanza primaria si osserva un ulteriore aumento della percentuale di uso di quella sola sostanza (72,6%), rispetto al 21,1% che fa anche uso di un'altra sostanza, in prevalenza cocaina ed alcol, mentre un 6,3% che 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.3.16).
Analogamente a quanto osservato in precedenza, anche nei consumatori di cannabis si è rilevata un'elevatissima percentuale di soggetti che hanno dichiarato il suo consumo esclusivo (in Lombardia, in particolare, rispetto al 2010 si è registrato un aumento di oltre 28 punti percentuali): infatti, le regioni che hanno riportato una percentuale inferiore al 60% sono il Friuli Venezia Giulia, l'Umbria ed il Veneto.

Figura I.3.16: Distribuzione percentuale di utenti che assumono **cannabis** come sostanza primaria e percentuale di utenti secondo l'uso di sostanze secondarie - Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Sostanze secondarie negli assuntori di cannabis: cocaina e alcol

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 (82,1% contro 66,0%), al contrario dell'uso associato con un'altra sostanza che risulta maggiore negli utenti già in carico (13,8% vs 26,1%). Stessa differenza è riscontrabile anche nell'associazione di più sostanze alla cannabis (4,1% vs 7,8%), evidente anche nel consumo di alcol, maggiore rispetto al primo gruppo di utenti se considerato in associazione con altre sostanze (21,9% utenti già in carico vs 17,9% nuovi utenti). Riguardo l'eroina, invece, il suo consumo è maggiore tra i nuovi utenti rispetto a quelli già noti da anni precedenti, sempre se assunta insieme ad altre sostanze secondarie.

Eroina e cocaina: accesso prevalente quello volontario

Cannabis: accesso prevalente da altro Ser.T.

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 62,7% e il 43,5%. Tra i consumatori di cannabis, invece, il 24% è stato inviato al Ser.T. su segnalazione della Prefettura (art. 121 e art. 75), mentre per il 20,9% l'accesso è stato volontario. Da segnalare la bassa efficienza di invio, per qualsiasi sostanza, di alcune importanti fonti potenziali quali servizi sociali, scuola e commissione medica locale.

I.3.2.4 Inclusione sociale

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 interessati, attraverso le informazioni raccolte mediante lo studio multicentrico - di cui si è detto al punto precedente - su 52.078 soggetti in carico presso i servizi per le tossicodipendenze nel 2011 eseguito dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Condizione lavorativa

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

Nel campione in esame si osserva che quasi un terzo dell'utenza complessiva (30,8%) è disoccupato, il 59,4% svolge attività lavorativa di vario tipo e in varie modalità (occasionale, continuativa, etc.), mentre circa il 3% è economicamente non attivo.

Il 59,4% degli utenti Ser.T. risulta variamente occupato; il 30,8% è disoccupato

La condizione occupazionale appare più critica tra le utenti femmine con il 37,9% disoccupate, contro una quota del 29,6% rilevata nel collettivo maschile.

Maggiore disoccupazione nelle femmine (37,9%)

Tabella I.3.7: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il grado di occupazione, per genere e tipologia di utente. Anno 2011

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti			Totale		
Occupazione	**M**	**F**	**Tot**	**M**	**F**	**Tot**	**M**	**F**	**Tot**
occupato stabilmente/ saltuariamente	57,0	40,0	54,5	62,8	46,1	60,3	61,9	45,2	59,4
disoccupato	29,9	36,8	30,9	29,6	38,1	30,8	29,6	37,9	30,8
studente	8,1	14,8	9,1	2,8	6,7	3,4	3,7	8,0	4,3
casalinga	0,1	2,6	0,4	0,1	2,3	0,4	0,1	2,4	0,4
economicamente non attivo *	2,3	3,6	2,5	3,1	4,9	3,4	3,0	4,7	3,2
altro	2,6	2,3	2,5	1,7	1,8	1,7	1,8	1,9	1,9

* soggetto che è pensionato, invalido, etc.

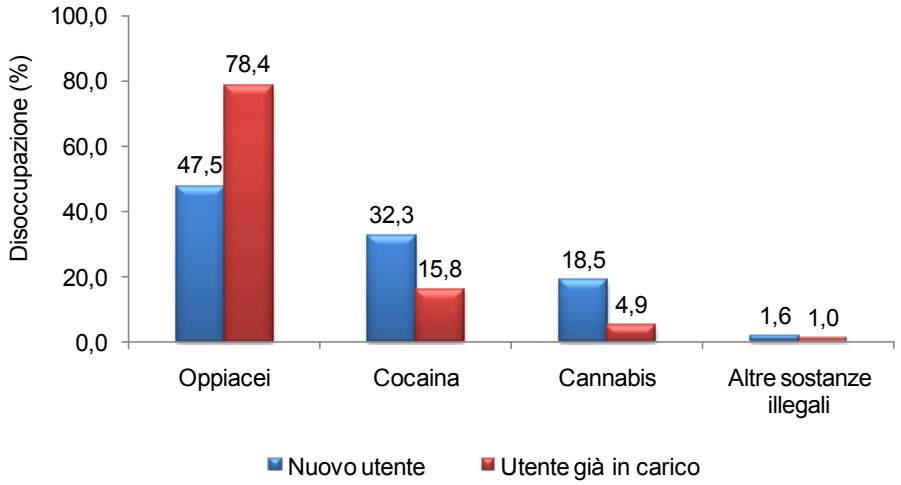
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Riguardo invece l'indice di occupazione, confrontando i due gruppi di utenti, si nota un valore più elevato negli utenti già assistiti (60,3% vs 54,5%), al contrario di coloro che sono ancora impegnati nello studio che tra i nuovi utenti sono pari all'9,1%, mentre tra quelli già in carico ai Ser.T. al 3,4%.

Per quanto riguarda la sostanza di abuso indicata come "primaria", confrontando le percentuali degli utilizzatori di oppiacei tra coloro che sono disoccupati e il collettivo totale**,** si osserva un valore di poco superiore nel primo gruppo rispetto al secondo (73,9% nei disoccupati vs il 73,5% nel totale); situazione analoga si presenta considerando coloro che sono disoccupati e assumono cocaina, con il 18,2% dei soggetti disoccupati rispetto al 17,2% del totale complessivo. Per quanto riguarda la cannabis si rileva, invece, una percentuale minore in coloro che sono senza occupazione rispetto al campione totale (6,9 % vs 8,5%).

Tra gli utenti disoccupati, sensibili differenze si osservano tra i nuovi utenti consumatori di oppiacei e quelli già noti ai servizi per l'uso di tale sostanza (47,5% vs 78,4%); viceversa, coloro che consumano cocaina e cannabis e sono già noti ai servizi hanno una percentuale nettamente inferiore di quella registrata nei nuovi utenti (rispettivamente -16,6 e -13,6 punti percentuali) (Figura I.3.17).

Figura I.3.17: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Tabella I.3.8: Distribuzione percentuale degli utenti disoccupati secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2010 e 2011

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Sostanza	**2010[(1)]**	**2011[(2)]**	**Diff. %**	**2010[(1)]**	**2011[(2)]**	**Diff. %**
Oppiacei	47,1	47,5	+0,4	79,1	78,4	-0,7
Cocaina	33,5	32,3	-1,2	14,1	15,8	+1,7
Cannabis	17,0	18,5	+1,5	5,5	4,9	-0,6
Altre sostanze illegali	2,4	1,6	-0,8	1,2	1,0	-0,2

[(1)] Abruzzo, Liguria, Lombardia, P.A. Trento, Sicilia, Umbria, Veneto
[(1)] Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Sicilia, Umbria, Veneto

Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Aumento dal 2010 del consumo di oppiacei e cannabis tra i nuovi utenti e della cocaina in quelli già in carico

Il campione di soggetti dello studio multicentrico DPA 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 (53,5% contro il 49,1% rilevato a livello complessivo), che utilizzano la cocaina come sostanza secondaria (19,4% contro 15,3% sull'utenza in generale) e che assumono l'alcol come sostanza secondaria (7,7% contro 6,3% sull'utenza in generale).
Per quanto riguarda i trattamenti, si rileva che il 65,3% dei soggetti disoccupati non ha ricevuto un trattamento di tipo farmacologico, ma un supporto esclusivamente psicologico (34,1%) oppure psicologico e sociale (11,2%)

Assenza di fissa dimora

In base allo Studio Multicentrico DPA condotto nel 2012 su dati Ser.T. 2011**,** è possibile individuare le caratteristiche dei soggetti in carico ai servizi rispetto al luogo di residenza (residenza stabile, residenza in struttura e senza fissa dimora).
Tra i soggetti del campione analizzato**,** l'88,7% 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 (86 % contro 14%), e di una elevata maggioranza di utenti già in carico rispetto ai nuovi (72% contro 28%).
Una dettagliata analisi rispetto al genere e al tipo di utenza mostra che l'82,9%

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

della nuova utenza e l'89,9% 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 (10,7% vs 6,6%), analogamente a coloro che risultano senza fissa dimora la cui percentuale è pari al 6,3% tra gli utenti nuovi e 3,4% tra quelli già in carico (Tabella I.4.3).

Tabella I.3.9: Distribuzione percentuale degli utenti secondo il luogo di residenza, per genere e tipologia di utente. Anno 2011

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Luogo di residenza	**M**	**F**	**Totale**	**M**	**F**	**Totale**
Residenza fissa	81,9	88,8	82,9	89,7	91,4	89,9
In struttura *	11,4	7,1	10,7	6,9	4,9	6,6
Senza fissa dimora	6,7	4,1	6,3	3,4	3,7	3,4

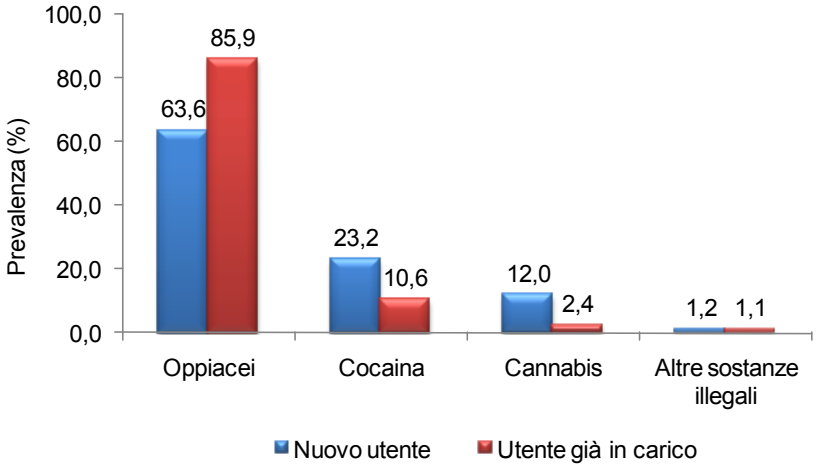
* carcere, ospedale, comunità, etc.

Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

In percentuale maggiore sono utilizzatori di oppiacei

Rispetto all'utenza Ser.T. complessiva generale, tra gli utenti senza fissa dimora si rileva una percentuale maggiore di utilizzatori di oppiacei (81,1% contro 73,5%) e una proporzione inferiore di utilizzatori di cocaina (13,3% contro 17,2%) e cannabis (4,5% contro 8,5%).
Disaggregando queste informazioni rispetto alla tipologia di utenti, si vede che la presa in carico dai Ser.T. degli utilizzatori di oppiacei senza fissa dimora è inferiore tra i nuovi utenti rispetto ai soggetti già in carico (63,6% contro l'85,9%), viceversa avviene per i consumatori di cocaina (23,2% contro 10,6%) (Figura I.3.18).

Figura I.3.18: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Tabella I.3.10: Distribuzione percentuale degli utenti senza fissa dimora secondo la sostanza di assunzione e il tipo di contatto con il servizio. Anno 2010 e 2011

	Nuovi utenti			Utenti già assistiti		
Sostanza	**2010**	**2011**	**Diff. delle %**	**2010**	**2011**	**Diff. delle %**
Oppiacei	61,5	63,6	+2,1	87,9	85,9	-2,0
Cocaina	27,3	23,2	-4,1	8,0	10,6	+2,6
Cannabis	10,5	12,0	+1,5	2,8	2,4	-0,4
Altre sostanze illegali	0,7	1,2	+0,5	1,3	1,1	-0,2

(1) Abruzzo, Liguria, Lombardia, P.A. Trento, Sicilia, Umbria, Veneto
(1) Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Sicilia, Umbria, Veneto

Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

Diminuzione dal 2010 del consumo di cocaina ed aumento degli oppiacei nei nuovi utenti

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 (57,2% vs 49,1%); tale percentuale diminuisce se si considerano i soggetti nuovi (34,5%) a fronte di un' elevata percentuale di utenti che fumano/inalano la sostanza (42,2%), e per l'utenza già nota ai servizi (63,3%).
L'aspetto terapeutico dei soggetti senza fissa dimora mostra che il 38,7% degli utenti riceve un trattamento di tipo farmacologico, mentre la restante parte del gruppo in questione riceve supporti esclusivamente di tipo psicologico nel 29,9%, e psicologico e sociale 17,1%.

CAPITOLO I.4.

IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

I.4.1.1 Diffusione HIV e AIDS

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

I.4.2.1 Ricoveri droga correlati

I.4.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

I.4.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

I.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

I.4.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2010)

I.4.3. Incidenti stradali droga correlati

I.4.31 Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.

I.4.4. Mortalità acuta droga correlata

I.4.5. Mortalità tra i consumatori di droga

I.4. IMPLICAZIONI E CONSEGUENZE PER LA SALUTE

L'uso di sostanze stupefacenti comporta gravi danni per la salute sia in ambito neuropsichico che internistico/ infettivologico

L'assunzione di sostanze psicotrope ed altri comportamenti devianti possono produrre gravi implicazioni e pericolose conseguenze per la salute. Questa sezione è dedicata all'analisi delle principali tipologie di patologie o implicazioni per la salute conseguenti all'assunzione di sostanze illecite, osservate nell'ambito del trattamento dei soggetti che afferiscono ai servizi territoriali, ai presidi ospedalieri o in seguito ad eventi traumatici che comportano invalidità provvisoria o permanente e, nei casi più gravi, il decesso della persona.
Le modalità di assunzione delle sostanze psicoattive e lo, nonché il tipo di stile di vita condotto dalla generalità degli assuntori regolari, comportano elevati rischi di malattie infettive.
Tale argomento viene trattato nella prima parte del capitolo, attingendo i dati dal flusso informativo inviato dai servizi per le tossicodipendenze al Ministero della Salute, ed in parte dal flusso informativo della scheda di dimissione ospedaliera (SDO), relativamente ai ricoveri erogati dai presidi ospedalieri riguardanti pazienti con patologie droga correlate.

Incidenti stradali alcol e droga correlati

Una sezione specifica viene dedicata ad altre patologie droga correlate che hanno determinato il ricovero dei soggetti nel triennio 2007-2009 o rilevate nell'ambito del trattamento ambulatoriale degli utenti dei servizi per le tossicodipendenze, seguita da un paragrafo riservato agli incidenti stradali con il coinvolgimento di conducenti sotto l'effetto di sostanze psicoattive, oggetto di specifica pubblicazione dell'ACI e dell'ISTAT.

Decessi per effetti acuti

L'ultima parte del capitolo tratta la mortalità acuta droga correlata, oggetto di rilevazione da parte della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, e la mortalità dei consumatori di sostanze psicoattive conseguente al ricovero dei soggetti nelle strutture ospedaliere.

I.4.1. Malattie infettive droga correlate

Patologie infettive correlate: in forma di HIV, HBV, HCV, TBC, MST

Anche la prevalenza di patologie infettive correlate all'uso di sostanze psicoattive illegali rientra tra gli indicatori chiave individuati dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze di Lisbona (EMCDDA) ai fini del monitoraggio del fenomeno dell'uso di sostanze.
L'attenzione a livello europeo viene dedicata in particolare agli assuntori di sostanze per via iniettiva (IDU), in relazione all'elevato rischio di incorrere in malattie infettive, HIV ed epatiti virali.
A livello nazionale l'analisi è condotta sia tra gli utenti dei servizi delle tossicodipendenze che tra i ricoveri ospedalieri droga correlati. I dati dell'utenza in trattamento nei servizi sono stati elaborati sulla base del flusso aggregato fornito dal Ministero della Salute tramite la rilevazione annuale secondo le schede ANN.04, ANN.05, ANN.06. I dati aggregati, tuttavia, non consentono un'analisi dettagliata della diffusione delle malattie infettive tra l'utenza che fa uso iniettivo delle sostanze psicoattive.

Nota tecnica introduttiva

Si fa riferimento al capitolo I.3.1 per la recente introduzione del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND). In questo anno di passaggio al nuovo sistema il flusso dati, risulta ancora impreciso e a volte incompleto, per evidenti ragioni tecniche che andranno ad essere risolte nel corso del prossimo anno. Nel frattempo però, era necessario predisporre almeno una prima elaborazione dei dati provenienti dalle regioni (utilizzando contemporaneamente i flussi ANN e i flussi SIND) al fine di predisporre una stima dell'andamento delle

malattie infettive che chiaramente risulta preliminare e non definitiva ma comunque orientativa di tale andamento. Queste stime verranno rivalutate a completamento del sistema informativo e ridiscusse collegialmente con le regioni e Province Autonome al fine di ottenere indicazioni utili per il miglioramento e completamento di tale sistema e delle elaborazioni ottenibili. Abbiamo comunque ritenuto importante segnalare che i dati qui rappresentati sono preliminari, rappresentano delle stime e saranno oggetto di ulteriore rivalutazione

Trasmissione dati

Trasmissione dati da parte delle Regioni e PP.AA

In relazione alla nota tecnica introduttiva, gli indicatori sulle malattie infettive (HIV, HBV e HCV) nel 2011, sono stati calcolati utilizzando le informazioni pervenute dal Ministero della Salute mediante i flussi previsti dal D.M. 20 Settembre 1997 e dal D.M 10 giugno 2010. Alla data del 18 maggio 2012, l'adeguamento delle Regioni al flusso informativo, come fatto presente per gli utenti in trattamento, non è avvenuto su tutto il territorio nazionale, rimanendo quindi ancora in vigore il precedente flusso di dati aggregati, utilizzato anche da numerose Regioni e Province Autonome, che hanno implementato il flusso SIND, al fine di poter operare confronti di coerenza dei dati provenienti dai due flussi informativi. Nella tabella I.4.1 è rappresentato il prospetto di sintesi sulla trasmissione del flusso SIND o ANN 04, 05 e 06, del Ministero della Salute alla data del 18 maggio 2012. Per alcune Regioni non è stato possibile effettuare l'analisi sulle malattie infettive HIV, HBV e HCV per problemi o di invio parziale del flusso o di mancanza di trasmissione dei flussi. In sintesi, per l'analisi sulle malattie infettive sono pervenuti i flussi di dati:

- flusso SIND e dati aggregati ANN 04, 05 e 06: Abruzzo, Basilicata, Campania, Friuli Venezia Giulia, P.A. Bolzano, P.A. Trento, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta e Veneto;
- solo flusso SIND: Emilia – Romagna e Lombardia;
- solo flusso ANN 04, 05 e 06: Calabria, Marche, Molise, Sardegna e Toscana;
- flusso SIND parziali: Piemonte e Lazio; indicatori non calcolabili
- nessun flusso trasmesso: Liguria
- flusso SIND solo per le malattie infettive HBV e HCV: Umbria

Tabella I.4.1: Trasmissione flussi informativi per le dipendenze. Anni 2010 e 2011

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Abruzzo	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Basilicata	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Calabria	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Campania	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Emilia Romagna	flusso informativo SIND	indicatori calcolabili
Friuli Venezia Giulia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Lazio	flusso informativo ANN e SIND parziali	indicatori non calcolabili
Liguria	flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)	indicatori non calcolabili
Lombardia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Marche	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Molise	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Bolzano	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
PA Trento	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Piemonte	flusso informativo SIND parziale	indicatori non calcolabili

continua

continua

Regione	Flusso informativo	Calcolo indicatori
Puglia	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Sardegna	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Toscana	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Umbria	flusso informativo SIND parziale	indicatori calcolabili
Valle d'Aosta	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili
Veneto	flusso informativo ANN 04 05 06	indicatori calcolabili

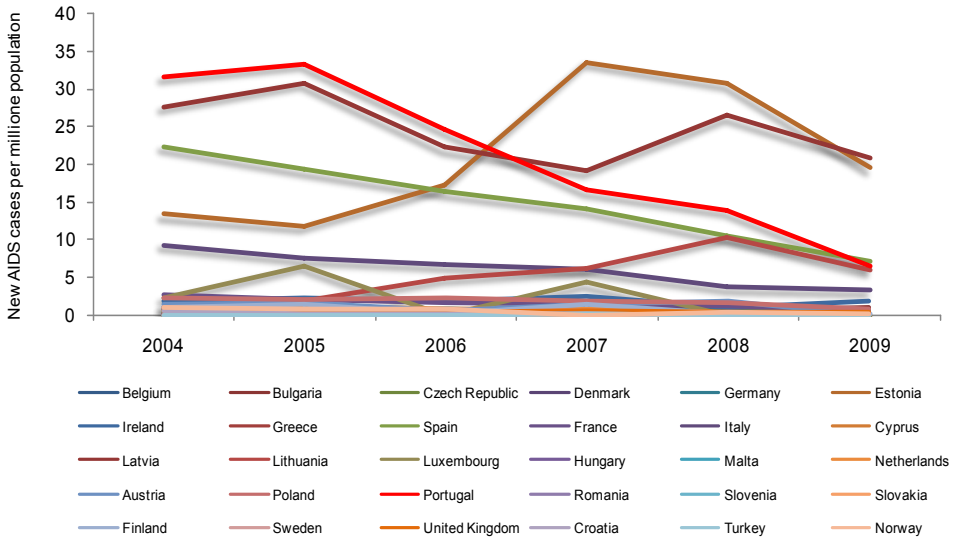
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

I.4.1.1 Diffusione di HIV e AIDS

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

L'incidenza dell'infezione da HIV, diagnosticata tra i consumatori di stupefacenti per via parenterale (IDU) nel 2009, indica che, in generale, il tasso di infezione sta ancora diminuendo nell'Unione Europea, dopo il picco raggiunto nel 2001 – 2002 e dovuto alle epidemie scoppiate in Estonia, Lettonia e Lituania. Questo andamento è dovuto in parte all'aumento della disponibilità delle misure di prevenzione universale, di trattamento e di prevenzione delle patologie correlate, comprese le terapie sostitutive e i programmi di scambio di aghi e di siringhe; secondo alcuni paesi incidono anche altri fattori quali il calo del consumo per via parenterale, come verificato anche in Italia.
Le informazioni sull'incidenza dell'AIDS sono importanti per dimostrare i nuovi casi di malattia sintomatica, e per fornire indicazioni sulla diffusione e sull'efficacia della terapia antiretrovirale estremamente attiva (HAART). A livello europeo la presenza di elevati tassi di incidenza dell'AIDS in alcuni paesi può far pensare che molti tossicodipendenti, che abitualmente assumono le sostanze per via iniettiva e sono affetti da HIV, non ricevano la terapia HAART nella fase precoce dell'infezione.
Attualmente, la Lettonia è il paese con la più alta incidenza di casi di AIDS riconducibili al consumo di stupefacenti per via parenterale con 20,8 nuovi casi stimati ogni milione di abitanti nel 2009. Tassi relativamente elevati di incidenza dell'AIDS sono segnalati anche da Estonia, Spagna; Portogallo e Lituania; in Italia dopo i valori molto elevati ad inizio periodo, il contrasto alla diffusione dell'infezione da HIV ha consentito di ridurre notevolmente i nuovi casi di AIDS (Figura I.4.1).

Figura I.4.1: Tasso di incidenza (casi x 1.000.000 ab.) di casi AIDS tra i consumatori di stupefacenti per via iniettiva nei Stai membri della EU. Anni 1998 - 2009



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

Netto calo dei casi di AIDS secondari a uso endovenoso di stupefacenti.

A livello nazionale, l'andamento delle diagnosi per AIDS è monitorato dal Centro operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità; dai dati pubblicati è possibile osservare che i casi di AIDS per modalità di trasmissione in Italia hanno subito una certa variazione. In particolare, l'acquisizione per modalità iniettiva, che rappresentava il 62,3% dei casi prima del 1999, nel 2010 si è ridotta al 21,1%, mentre la trasmissione per via sessuale è in progressivo e costante aumento nello stesso periodo temporale (omo/bisessuali da 15,6% a 24,4%; eterosessuali da 15,9% a 45,1%).

Tabella I.4.2: Andamento dei casi di AIDS diagnosticati per modalità di trasmissione fino al 2010 (valori assoluti e percentuali).

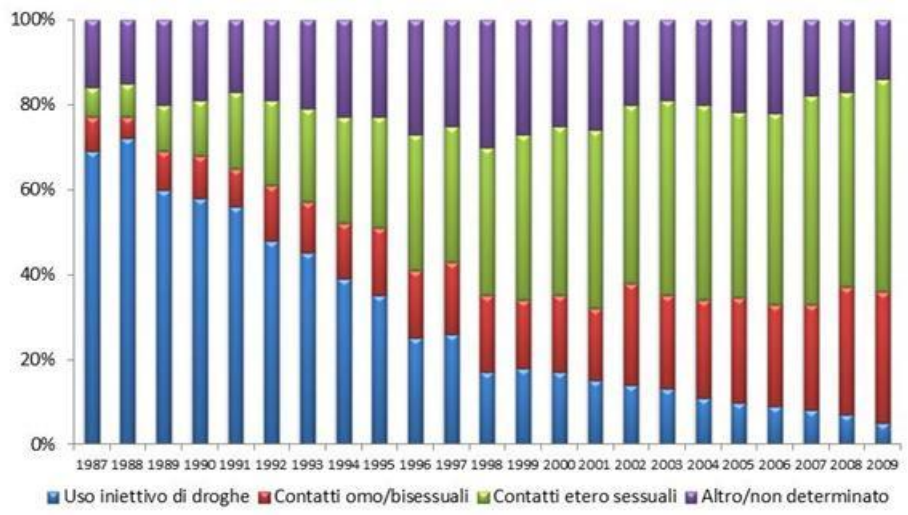
Modalità di trasmissione		Anno di diagnosi									
		<1999	1999-00	2001-02	2003-04	2005-06	2007-08	2009-10	Totale	Maschi	Femmine
Contatti omo/bisessuali	n.	6.749	729	614	638	618	603	450	**10.401**	10.401	0
	%	15,6	17,9	17,2	19	20,9	22,4	24,4	**16,8**	21,7	0
Uso iniettivo di droghe	n.	27.037	1.662	1.310	1.109	818	664	390	**32.990**	26.261	6.729
	%	62,3	40,8	36,7	33,1	27,7	24,7	21,1	**53,3**	54.7	48.6
Uso iniettivo di droghe - contatti omosessuali	n.	867	21	26	18	23	21	13	**989**	989	0
	%	2	0,5	0,7	0,5	0,8	0,8	0,7	**1,6**	2,1	0
Emofilico	n.	319	8	9	3	5	1	0	**345**	335	10
	%	0,7	0,2	0,3	0,1	0,2	0	0	**0,6**	0,7	0,1
Trasfuso	n.	388	22	8	10	4	4	3	**439**	249	190
	%	0,9	0,5	0,2	0,3	0,1	0,1	0,2	**0,7**	0,5	1,4
Contatti eterosessuali	n.	6.888	1.394	1.365	1.347	1.281	1.203	833	**14.311**	8.121	6.190
	%	15,9	34,3	38,3	40,2	43,4	44,8	45,1	**23,1**	16,9	44,7
Altro/non determinato	n.	1.125	233	234	226	202	191	158	**2.369**	1.650	719
	%	2,6	5,7	6,6	6,7	6,8	7,1	8,6	**3,8**	3,4	5,2
Totale	**n.**	**43.373**	**4.069**	**3.566**	**3.351**	**2.951**	**2.687**	**1.847**	**61.844**	**48.006**	**13.838**

Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Anche l'andamento dei nuovi casi di infezione da HIV riporta netto calo per la modalità di acquisizione attraverso l'uso iniettivo di droghe e un aumento dei casi per via sessuale

Figura I.4.2: Andamento dei casi di infezione da HIV diagnosticati per modalità di trasmissione dal 1997 al 2009 (valori percentuali).

Riduzione delle nuove infezioni da HIV per via iniettiva



Fonte: Centro Operativo AIDS – Istituto Superiore di Sanità

Questo fenomeno, noto già tempo, non deve comunque abbassare il livello di guardia e giustificare la riduzione del testing nei soggetti tossicodipendenti in quanto comunque esposti al rischio di infezione per HIV anche per via sessuale.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

I dati presentati in Tabella I.4.2 relativi al test sierologico per HIV evidenziano una tendenza, ormai pluriennale a non testare gli utenti in trattamento. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 0,7 punti percentuali (70,2% nel 2010 vs. 69,5% nel 2011), pur considerando il dato 2011 parziale in relazione all'impossibilità di calcolare l'indicatore per le regioni Lazio, Liguria, Piemonte e Umbria.

No testing HIV: 69,5% diminuzione di 0,7 punti percentuali

Tabella I.4.3: Utenti in carico nei Servizi**,** soggetti testati e non testati a test HIV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010							ANNO 2011						
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%	Diff.
[1]Abruzzo	4.740	177	735	912	19,2	3.828	80,8	5.762	177	781	958	16,6	4.804	**83,4**	+2,6
[1]Basilicata	1.592	65	430	495	31,1	1.097	68,9	1.695	60	411	471	27,8	1.224	**72,2**	+3,3
[1]Calabria	4.145	304	1.330	1.634	39,4	2.511	60,6	3.651	189	1.097	1.286	35,2	2.365	**64,8**	+4,2
[1]Campania	17.878	1.762	6.602	8.364	46,8	9.514	53,2	18.764	1.915	6.951	8.866	47,3	9.898	**52,7**	-0,5
[2]Emilia Romagna	12.498	559	2.342	2.901	23,2	9.597	76,8	13.470	19	7.266	7.285	54,1	6.185	**45,9**	-30,9

continua

continua

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%	Diff.
(1)F.V.G.	3.671	335	1.399	1.734	47,2	1.937	52,8	3.371	175	1.208	1.383	41,0	1.988	**59,0**	+6,2
(3)Lazio	15.424	1.332	5.571	6.903	44,8	8.521	55,2	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	**n.c.**	n.c
(4)Liguria	7.262	134	1.001	1.135	15,6	6.127	84,4	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	**n.p**	n.p
(2)Lombardia	23.625	677	2.320	2.997	12,7	20.628	87,3	20.623	1.378	3.115	4.493	21,8	16.130	**78,2**	-9,1
(1)Marche	5.679	373	1.947	2.320	40,9	3.359	59,1	4.993	292	1.709	2.001	40,1	2.992	**59,9**	+0,8
(1)Molise	1.202	181	257	438	36,4	764	63,6	1.148	134	264	398	34,7	750	**65,3**	+1,7
(1)P.A. Bolzano	760	0	24	24	3,2	736	96,8	755	0	0	0	0,0	755	**100**	+3,2
(1)P.A. Trento	1.127	35	586	621	55,1	506	44,9	1.068	17	593	610	57,1	458	**42,9**	-2,0
(3)Piemonte	11.462	621	4.015	4.636	40,4	6.826	59,6	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	**n.c.**	n.c.
(1)Puglia	11.545	811	4.010	4.821	41,8	6.724	58,2	13.180	810	3.937	4.747	36,0	8.433	**64,0**	+5,8
(1)Sardegna	5.911	100	689	789	13,3	5.122	86,7	6.492	224	1.012	1.236	19,0	5.256	**81,0**	-5,7
(1)Sicilia	13.416	1.024	2.776	3.800	28,3	9.616	71,7	14.555	750	1.999	2.749	18,9	11.806	**81,1**	+9,4
(1)Toscana	13.965	377	1.777	2.154	15,4	11.811	84,6	14.314	305	1.617	1.922	13,4	12.392	**86,6**	+2,0
(2)Umbria	3.555	73	574	647	18,2	2.908	81,8	-	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	**n.p**	n.p
(1)Valle d'Aosta	366	15	121	136	37,2	230	62,8	358	22	112	134	37,4	224	**62,6**	-0,2
(1)Veneto	14.333	905	3.585	4.490	31,3	9.843	68,7	14.276	687	3.065	3.752	26,3	10.524	**73,7**	+5,0
Totale	174.156	9.860	42.091	51.951	29,8	122.20	70,2	138.475	7.154	35.137	42.291	30,5	96.184	**69,5**	-0,7

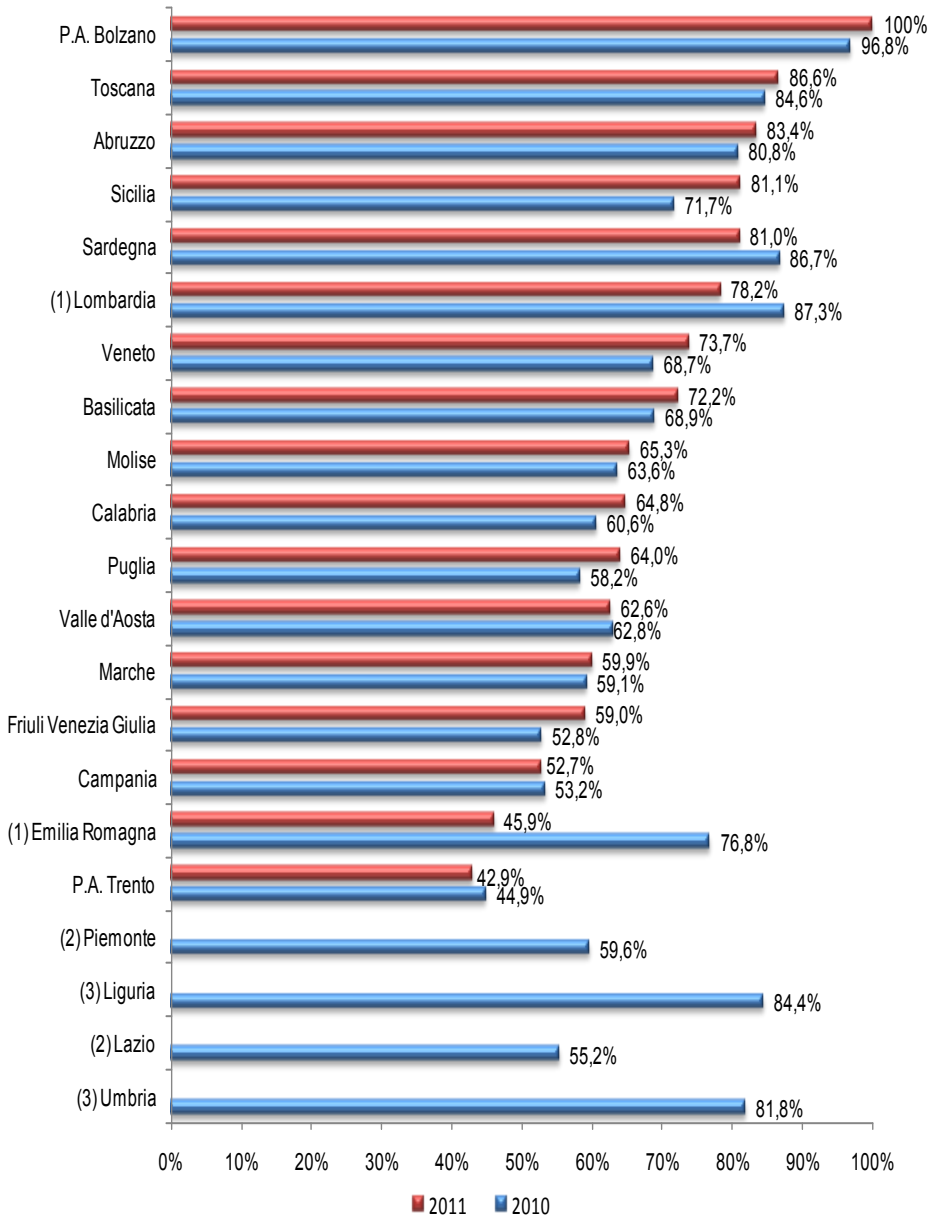
n.p.= dato richiesto ma non pervenuto
n.c.= non calcolabile
U.C.= Utenti in carico
N.U.= Nuovi Utenti
G.C. =Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)
(2) Flusso SIND (Monitoraggio HIV)
(3) Flusso informativo SID parziale (indicatore non calcolabile)
(4) Flussi informativi non trasmessi (SIND e ANN)

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

Negli ultimi due anni, a livello regionale, la contrazione del numero di soggetti non testati si osserva per la Regione Emilia – Romagna (76,8% nel 2010 vs. 45,9% nel 2011) e per la Lombardia con una diminuzione di 9,1 punti percentuali di utenti non testati (87,3% nel 2010 vs. 78,2% nel 2011). Si osserva, tuttavia, che tale forte tendenza si osserva per le uniche regioni che hanno fornito le informazioni mediante il nuovo flusso informativo SIND.

Figura I.4.3: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HIV per Regione. Anno 2010 - 2011



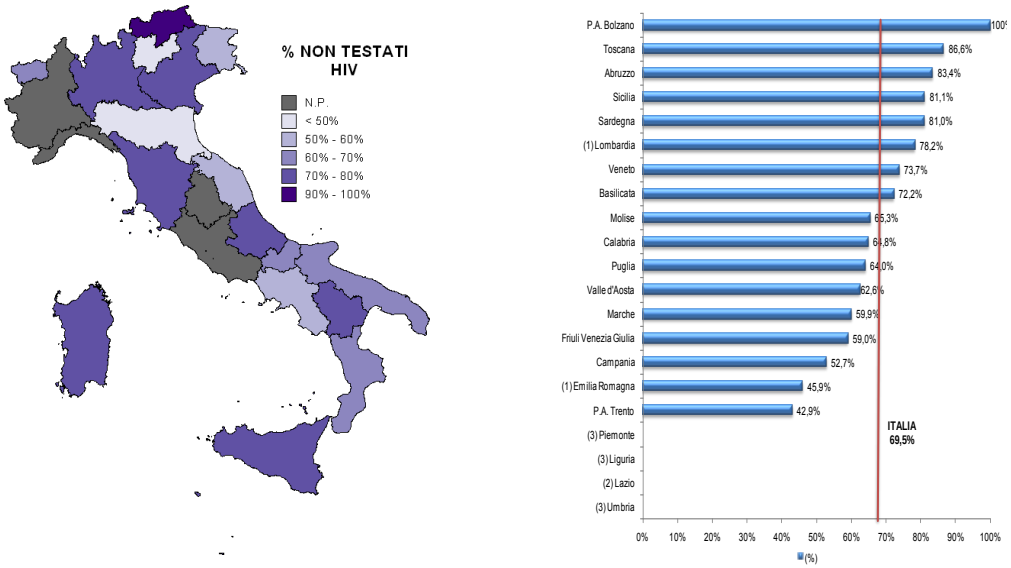
Diminuzione soggetti non testati: -30,9 punti percentuali in Emilia - Romagna -9,1 punti percentuali in Lombardia

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Sulla base dei dati pervenuti nel 2011, che hanno consentito di calcolare l'indicatore di % di non testing, la distribuzione regionale evidenzia una maggior tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamento a test per la malattia infettiva HIV, per la Provincia Autonoma di Bolzano (100%), la Regione Toscana (86,6%), Abruzzo (83,4%), Sicilia, Sardegna (circa l'81,1%) e Lombardia (78,2%) (dato calcolato dal flusso SIND). Per contro, le regioni con una più bassa percentuale di soggetti non testati risultano essere la Provincia Autonoma di Trento (42,9%), la Regione Emilia - Romagna (45,9%) (dato calcolato dal flusso SIND), Campania (52,7%), Friuli Venezia Giulia (59,0%) e Marche (59,9%).

Figura I.4.4: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HIV per Regione. Anno 2011



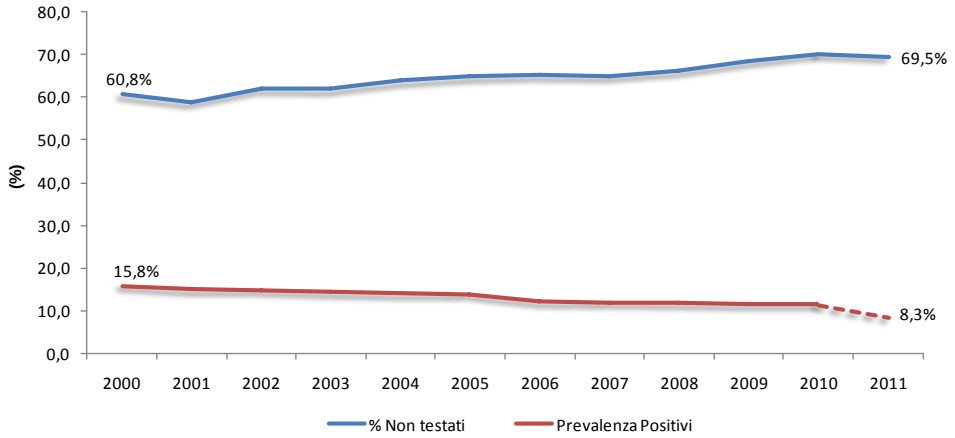
Regioni con maggior % di non testati: P.A. Bolzano, Toscana, Abruzzo, Sicilia, Sardegna e Lombardia

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Negli ultimi dodici anni, relativamente alla presenza dell'infezione da HIV, la percentuale dei soggetti non testati è aumentata di 8,4 punti percentuali passando dal 60,8% rilevato nel 2000 al 69,5% osservato nel 2011.
Il tasso di prevalenza dell'infezione nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto passando dal 15,8% circa del 2000 al valore stimato per il 2011 pari all'8,3%; va ricordato che per le regioni Piemonte e Lazio le informazioni pervenute dal Ministero della Salute, essendo parziali,non hanno reso possibile il calcolo degli indicatori, mentre per le Regioni Umbria e Liguria l'indicatore non è stato calcolato in relazione alla mancata trasmissione dei dati sia tramite flusso SIND che flusso ANN.

Figura I.4.5: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HIV. Anni 2000 - 2011

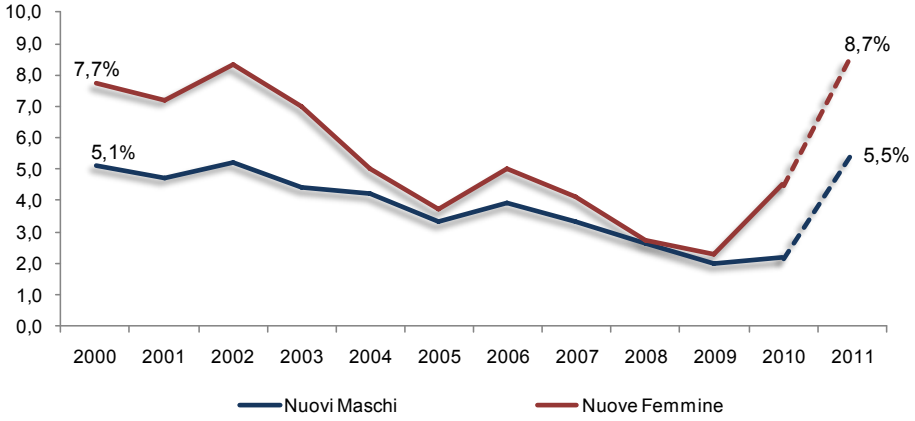


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

L'andamento della prevalenza HIV positivi osservato dal 2000 ad oggi, evidenzia un aumento stimato di 1 punto percentuale per la nuova utenza femminile (7,7%

nel 2000 vs. 8,7% nel 2011), accompagnato da un aumento meno sensibile dalla nuova utenza maschile (0,4 punti percentuali).

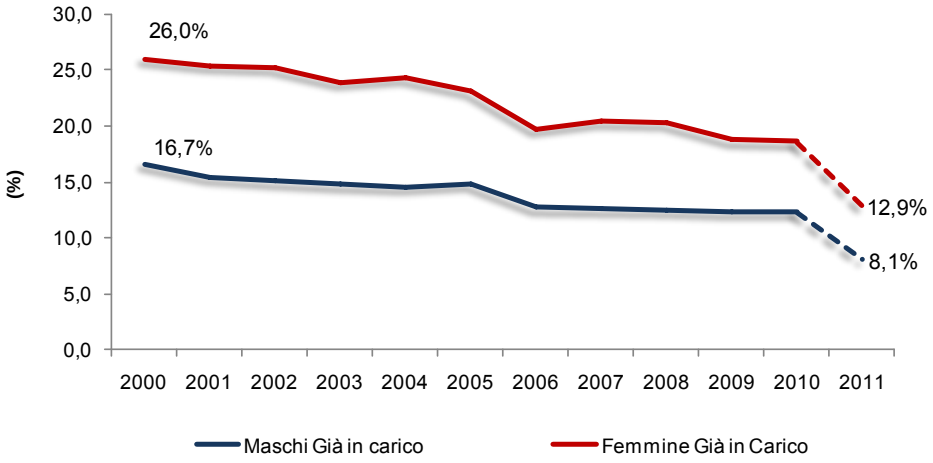
Figura I.4.6: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



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

Per quanto riguarda l'utenza già nota ai servizi, si osserva un tendenziale decremento della prevalenza HIV positivi per l'utenza femminile pari ad una stima di circa 14 punti percentuali (26,0 nel 2000 vs. 12,9% nel 2011); se pur in maniera più lieve, anche per l'utenza maschile si rileva lo stesso andamento con una tendenziale contrazione stimata in 8,6 punti percentuali (16,7% nel 2000 vs. 8,1% nel 2011).

Figura I.4.7: Prevalenza di utenti HIV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



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

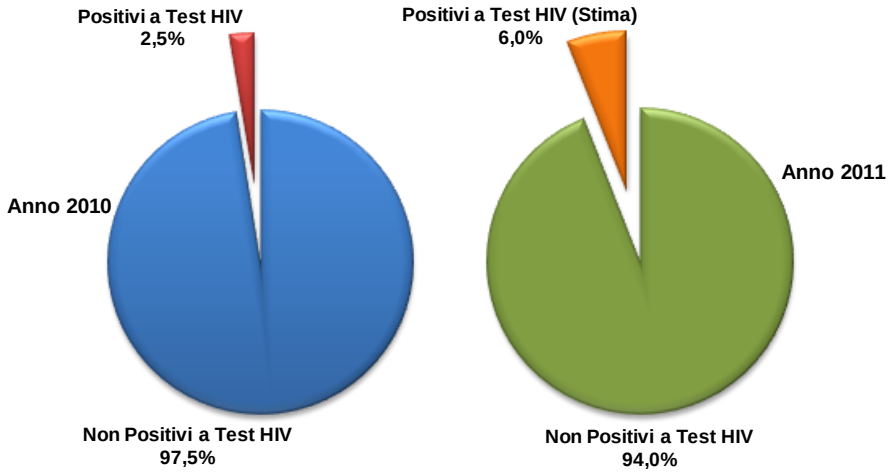
Nel complesso quindi, anche nel 2011, come già osservato nel 2010, viene confermata la tendenza all'aumento di nuovi utenti HIV positivi a fronte di una tendenza alla diminuzione tra l'utenza giù nota ai servizi.

Tabella I.4.4: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HIV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	2,2	5,5	3,3
Femmine	4,5	8,7	4,2
Totale	2,5	6,0	3,5
Utenti Già in carico			
Maschi	12,3	8,1	-4,2
Femmine	18,6	12,9	-5,7
Totale	13,3	8,8	-4,5
Totale			
Maschi	10,6	7,7	-2,9
Femmine	16,4	12,2	-4,2
Totale	11,5	8,3	-3,2

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

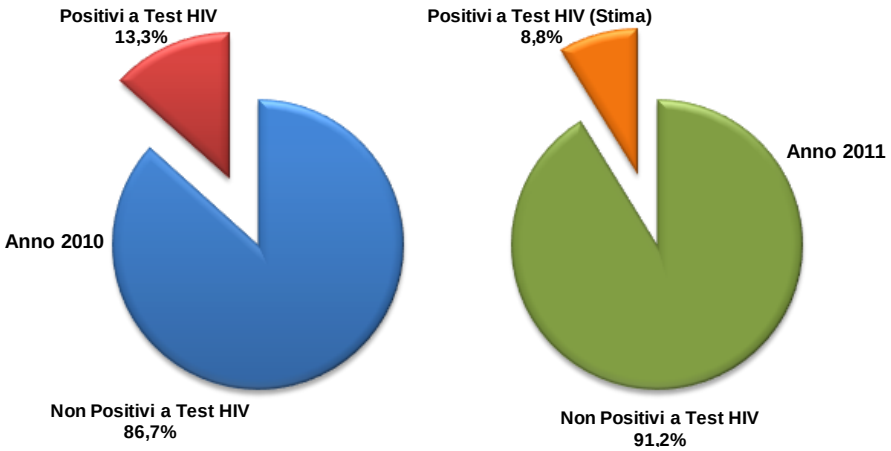
Figura I.4.8: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011



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

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

Figura I.4.9: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011

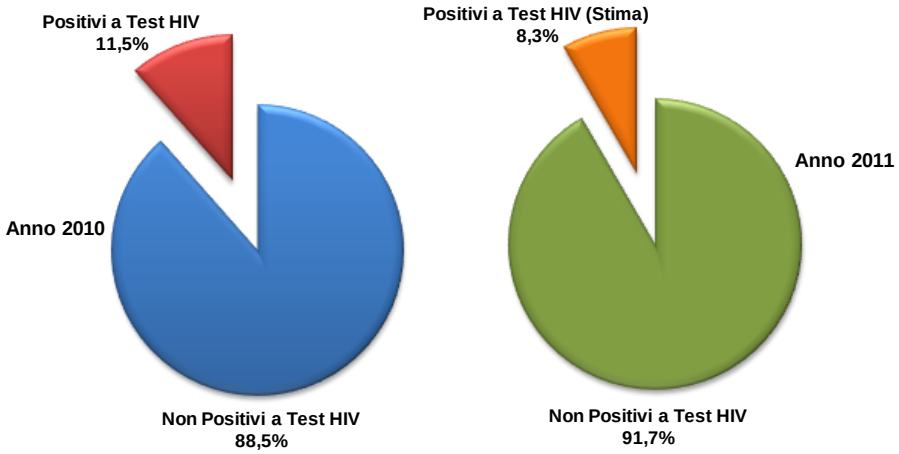


Prevalenza di Utenti già in carico:
2010: 13,3%
Stima 2011: 8,8%

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

Figura I.4.10: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico** Positivi a Test HIV. Anni 2010 e 2011

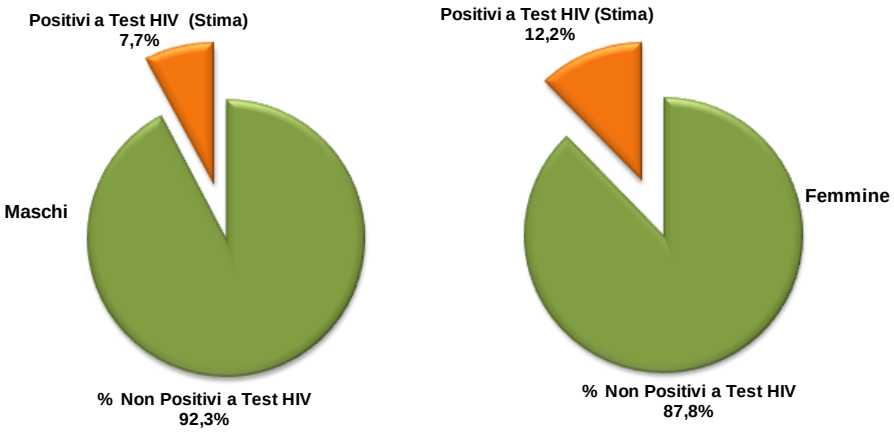
Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico): 2010: 11,5% Stima 2011: 8,3%



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

Figura I.4.11: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011

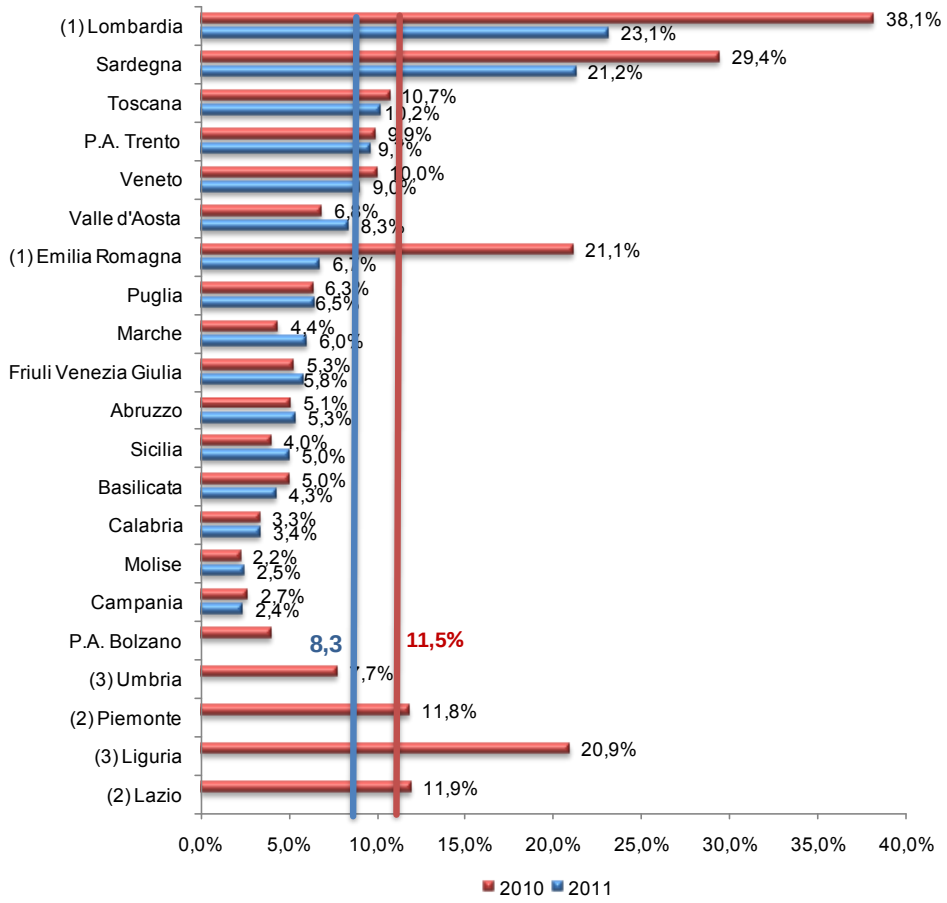
Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico): Stima 2011-Maschi : 7,7% Stima 2011-Femmine: 12,2%



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

Le distribuzioni delle prevalenze di sieropositivi 2010 e 2011 per Regione evidenzia una sensibile contrazione non solo in corrispondenza delle Regioni che hanno trasmesso i dati con il flusso SIND, anche per la Regione Sardegna (29,4% nel 2010 vs. 21,2% nel 2011) e con valori più contenuti anche per le Regioni Toscana (10,7% nel 2010 vs. 10,2% nel 2011), Provincia Autonoma Trento (9,9% nel 2010 vs. 9,7% nel 2011), Veneto (10,0% nel 2010 vs. 9,0% nel 2011) e Campania (2,7% nel 2010 vs. 2,4% nel 2011).

Figura I.4.12: Prevalenza utenti HIV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011



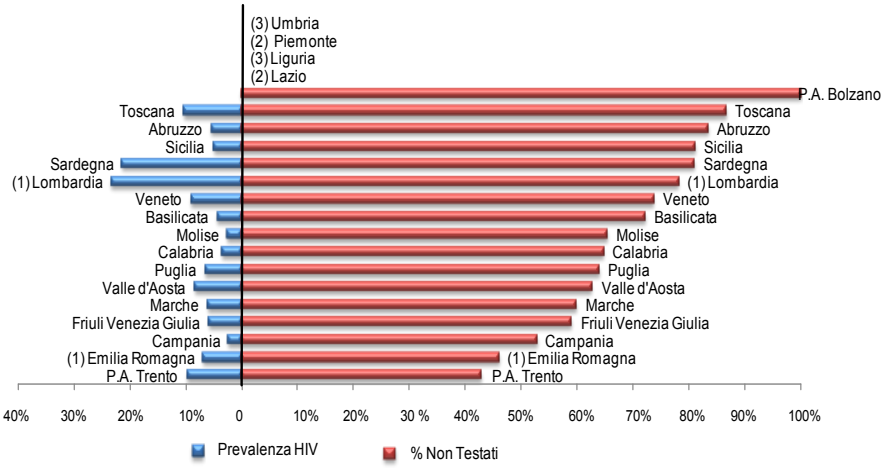
Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2011: Lombardia, Sardegna, Toscana, P.A. Trento e Veneto

Regioni più colpite dall'HIV nei tossicodipendenti nel 2010: Lombardia, Sardegna, Emilia – Romagna, Liguria e Lazio

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Figura I.4.13: Percentuale di utenti **Non testati** e Prevalenza di utenti HIV positivi. Anno 2011



Relazione tra prevalenza HIV e % degli utenti non testati

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) di AIDS conclamato o di sieropositività per HIV sono 5,6% (pari a 1.348 ricoveri); la restante quota riguarda casi non comorbili con tali condizioni.

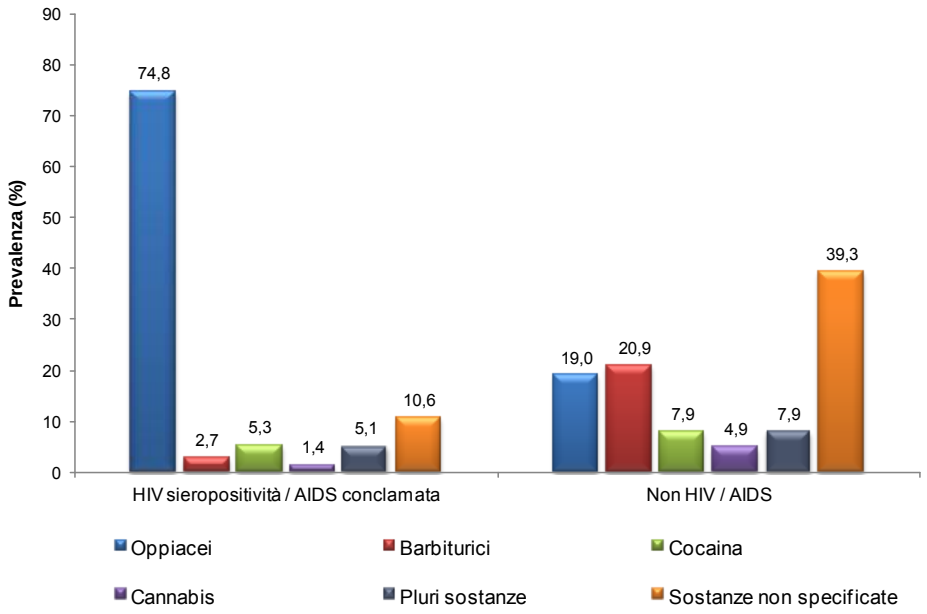
AIDS e infezioni da HIV

In modo sostanzialmente stabile nel corso dell'intero triennio 2007 - 2010, tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HIV sintomatica o asintomatica, si osserva una percentuale più elevata di maschi (75,5% vs 25%,5 delle femmine) ed una più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (circa 1,2% vs il 11,5%) rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Meno urgenze più ricoveri ordinari

L'analisi del regime e tipologia di ricovero evidenzia inoltre, che tra i ricoveri droga correlati con diagnosi relative anche a condizione di infezione da HIV o di AIDS si rileva una percentuale più bassa di ricoveri a carattere urgente (circa il 53,6% vs 65,4%) e di situazioni di regime ordinario (circa 83,9% vs 92%).

Figura I.4.14: Percentuale di ricoveri droga correlati per condizione di sieropositività HIV/AIDS e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

il binomio uso iniettivo di eroina/HIV

Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.14) effettuato in base alla condizione di HIV sieropositività/AIDS evidenzia, tra i positivi, una quota più elevata di assuntori di oppiacei (74,8% vs il 22,3%);

I.4.1.2 Diffusione di Epatite virale B

Il fenomeno della presenza del virus da epatiti virali nella popolazione tossicodipendente è maggiormente diffuso rispetto all'infezione da HIV sia a livello europeo che a livello nazionale. Negli Stati membri della EU la prevalenza degli anticorpi contro il virus dell'epatite B (HBV) varia in misura ancora maggiore rispetto all'HCV, in controtendenza rispetto alla diffusione del virus in Italia, sebbene il dato nazionale si riferisca a tutta la popolazione tossicodipendente e non alla sola IDU. Per il 2004 - 2009, 4 dei 13 paesi che hanno fornito dati sugli Injecting Drug User (IDU) hanno segnalato livelli di prevalenza anti-HBC superiori al 5%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le tossicodipendenze

Anche relativamente alla presenza da epatite B, come per l'HIV, si osserva una tendenza a non sottoporre gli utenti in trattamenti a test sierologico HBV. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono aumentati di 0,8 punti percentuali (78,1% nel 2010 vs. 78,9% nel 2011).

No testing HBV: 78,9% aumento di 0,8 punti percentuali

Tabella I.4.5: Utenti in carico nei Servizi**,** soggetti testati e non testati a test HBV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%	Diff.
(1)Abruzzo	4.740	192	664	856	18,1	3.884	81,9	5.762	163	261	424	7,4	5.338	**92,6**	+10,7
(1)Basilicata	1.592	95	362	457	28,7	1.135	71,3	1.695	58	286	344	20,3	1.351	**79,7**	+8,4
(1)Calabria	4.145	324	861	1.185	28,6	2.960	71,4	3.651	292	675	967	26,5	2.684	**73,5**	+2,1
(1)Campania	17.878	1.942	5.982	7.924	44,3	9.954	55,7	18.764	2.089	5.407	7.496	39,9	11.268	**60,1**	+4,4
(2)Emilia Romagna	12.498	602	1.343	1.945	15,6	10.553	84,4	13.470	382	3.906	4.288	31,8	9.182	**68,2**	-16,2
(1)F.V.G.	3.671	316	433	749	20,4	2.922	79,6	3.371	247	394	641	19,0	2.730	**81,0**	+1,4
(2)Lazio	15.424	1.452	2.898	4.350	28,2	11.074	71,8	n.c.	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	**n.c**	n.c
(3)Liguria	7.262	208	615	823	11,3	6.439	88,7	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	**n.p**	n.p
(2)Lombardia	23.625	809	1.518	2.327	9,8	21.298	90,2	20.623	886	1.861	2.747	13,3	17.876	**86,7**	-3,5
(1)Marche	5.679	399	1.264	1.663	29,3	4.016	70,7	4.993	323	1.193	1.516	30,4	3.477	**69,6**	-1,1
(1)Molise	1.202	193	292	485	40,3	717	59,7	1.148	143	113	256	22,3	892	**77,7**	+18,0
(1)P.A. Bolzano	760	0	18	18	2,4	742	97,6	755	0	0	0	0,0	755	**100**	+2,4
(1)P.A. Trento	1.127	37	320	357	31,7	770	68,3	1.068	14	317	331	31,0	737	**69,0**	+0,7
(3)Piemonte	11.462	853	1.677	2.530	22,1	8.932	77,9	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
(1)Puglia	11.545	872	3.259	4.131	35,8	7.414	64,2	13.180	853	3.022	3.875	29,4	9.305	**70,6**	+6,4
(1)Sardegna	5.911	104	419	523	8,8	5.388	91,2	6.492	276	625	901	13,9	5.591	**86,1**	-5,1
(1)Sicilia	13.416	994	1.657	2.651	19,8	10.765	80,2	14.555	896	1.072	1.968	13,5	12.587	**86,5**	+6,3
(1)Toscana	13.965	448	961	1.409	10,1	12.556	89,9	14.314	379	752	1.131	7,9	13.183	**92,1**	+2,2
(2)Umbria	3.555	122	364	486	13,7	3.069	86,3	2.556	18	228	246	9,6	2.310	**90,4**	+4,1
(1)Valle d'Aosta	366	20	63	83	22,7	283	77,3	358	22	72	94	26,3	264	**73,7**	-3,6
(1)Veneto	14.333	1.134	2.085	3.219	22,5	11.114	77,5	14.276	807	1.695	2.502	17,5	11.774	**82,5**	+5,0
Totale	174.156	11.116	27.055	38.171	21,9	135.985	78,1	141.031	7.848	21.879	29.727	21,1	111.304	**78,9**	+0,8

n.p.= dato richiesto ma non pervenuto
n.c.= non calcolabile
U.C.= Utenti in carico
N.U.= Nuovi Utenti
G.C. =Già in carico

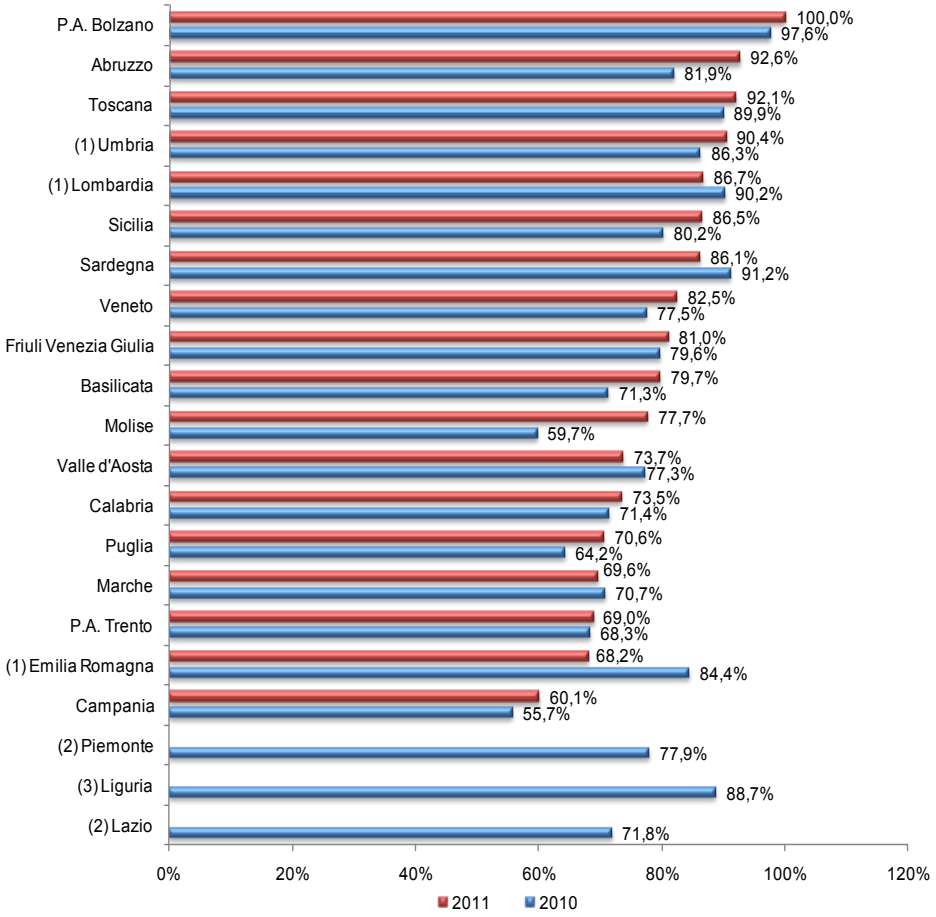
(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)
(2) Flusso SIND
(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

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

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione pari a 16,2 punti percentuali dei soggetti non testati per la Regione Emilia – Romagna (84,4% nel 2010 vs. 68,2% nel 2011), segue la Sardegna con una diminuzione di 5,1 punti percentuali di utenti non testati (92,1% nel 2010 vs. 86,1% nel 2011 ed

infine l'Umbria con un decremento di 1,1 punti percentuali (70,7% nel 2010 vs. 69,6% nel 2011). Per contro, le regioni che hanno un aumento di soggetti non testati all'epatite B sono il Molise con un incremento di soggetti non testati pari a 18 punti percentuali (59,7% nel 2010 vs. 77,7% nel 2011), l'Abruzzo con un aumento di 10,7 punti percentuali (81,9% nel 2010 vs. 92,6% nel 2011) e la Regione Basilicata con un aumento di 8,4 punti percentuali (71,3% nel 2010 vs. 79,7% nel 2011.

Figura I.4.15: Percentuale di utenti **Non testati** nell'anno di riferimento, per Regione. Anni 2010 e 2011



Diminuzione utenti non testati: -16,2% punti percentuali Emilia – Romagna; -5,1 punti percentuali Sardegna

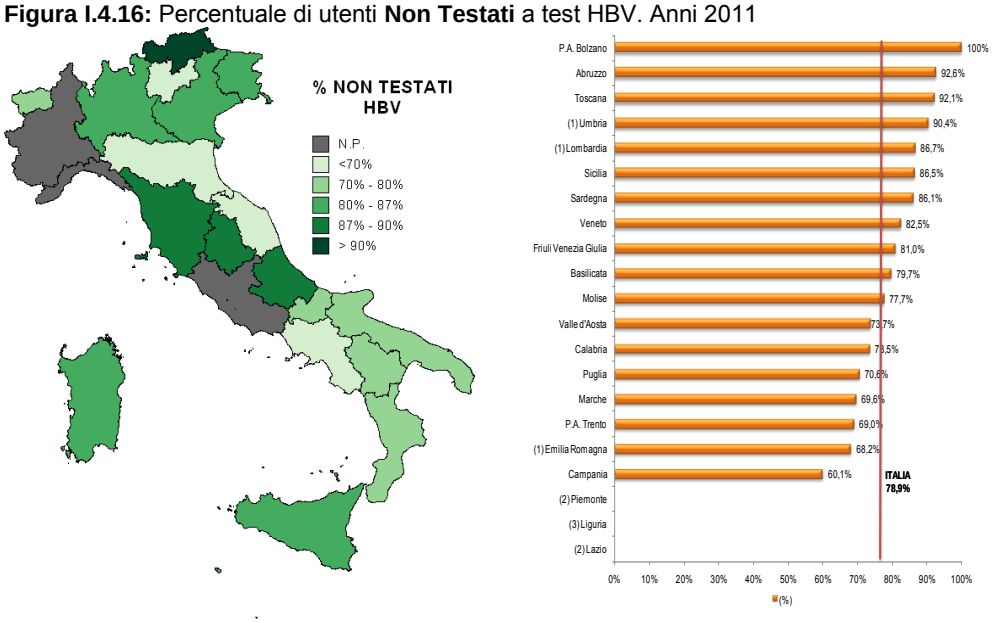
Aumento utenti non testati: +18,0 punti percentuali Molise; +10,7 punti percentuali Abruzzo; +8,4 punti percentuali Basilicata

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3)Dato richiesto ma non pervenuto

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

La distribuzione a livello territoriale delle percentuali di No testing evidenzia che, le regioni con maggior tendenza a tale comportamento, sono la Provincia Autonoma di Bolzano (100%), l'Abruzzo (92,6%), la Toscana (92,1%), l'Umbria (90,4%) e la Lombardia (86,7%). Per contro le regioni con una più bassa percentuale di soggetti non testati risultano essere, la Campania (60,1%), l'Emilia Romagna (68,2%) e la Provincia Autonoma di Trento (69,0).

Figura I.4.16: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HBV. Anni 2011



Regioni con meno soggetti testati: P.A. Bolzano, Abruzzo, Toscana, Umbria e Lombardia

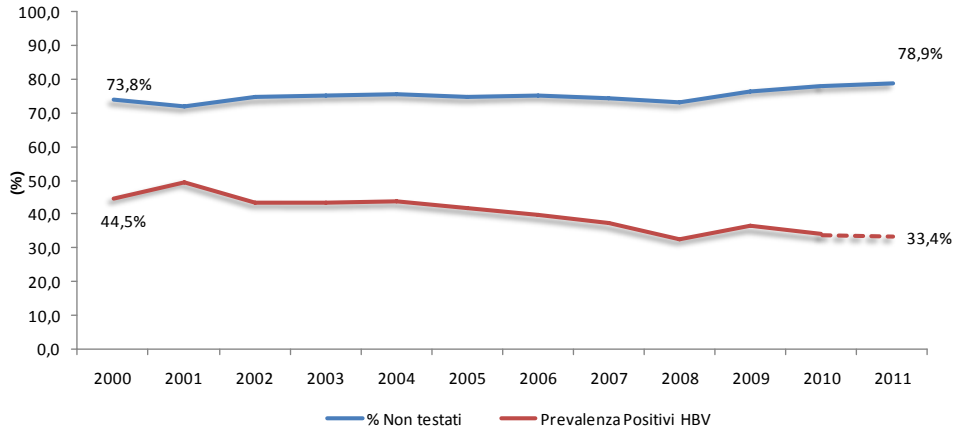
(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3)Dato richiesto ma non pervenuto

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

Negli ultimi 12 anni, la percentuale di soggetti non testati è aumentato di circa 5 punti percentuali (73,8% nel 2000 vs. stima del 78,9% nel 2011). Per quanto riguarda il tasso di prevalenza di positivi dell'epatite B nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto di circa 11 punti percentuali (44,5% nel 2000 vs. stima del 33,4% nel 2011).

Figura I.4.17: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HBV. Anni 2000 - 2011

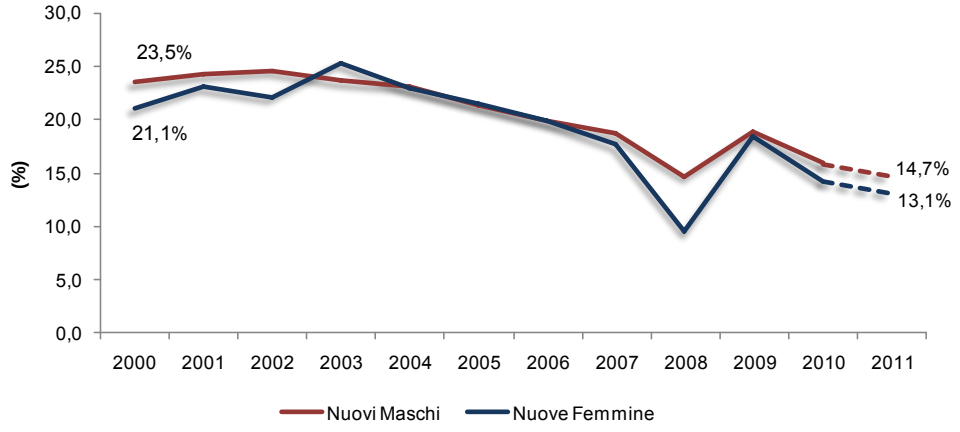
Aumento di circa 5 punti percentuali No testing



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

Gli andamenti della prevalenza di positivi della nuova utenza per genere non evidenzia tendenze differenti con decrementi per i nuovi utenti maschi dal 23% del 2000 al 14,7% del 2011 e per la nuova utenza femminile dal 21% del 2000 al valore stimato del 13,6% nel 2011.

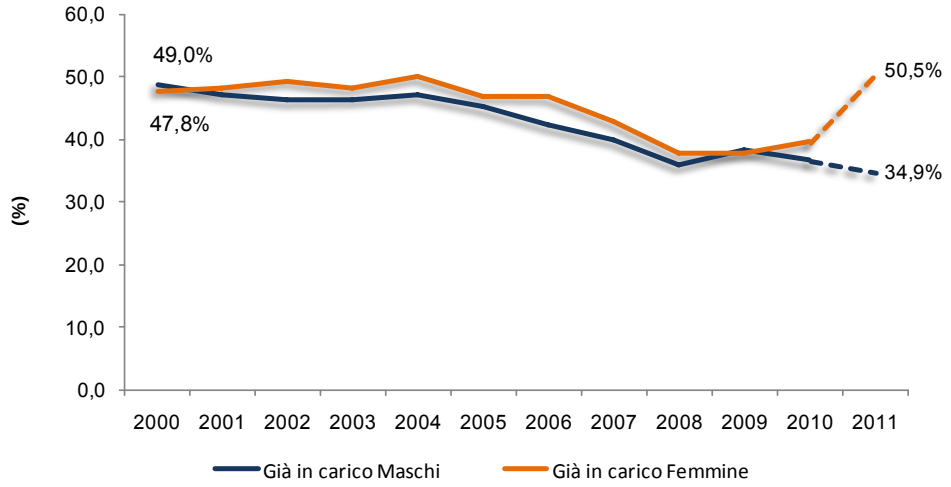
Figura I.4.18: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



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

Per gli utenti già noti ai servizi, la prevalenza di maschi positivi dal 2000 diminuisce di circa 14 punti percentuali (49,0% nel 2000 vs. stima del 34,9 % nel 2011). In controtendenza invece, la prevalenza di postivi per il genere femminile che dal 2000 al 2011 indica un aumento di 2,7 punti percentuali (47,8% nel 2000 vs. stima del 50,5% nel 2011).

Figura I.4.19: Prevalenza di utenti HBV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



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

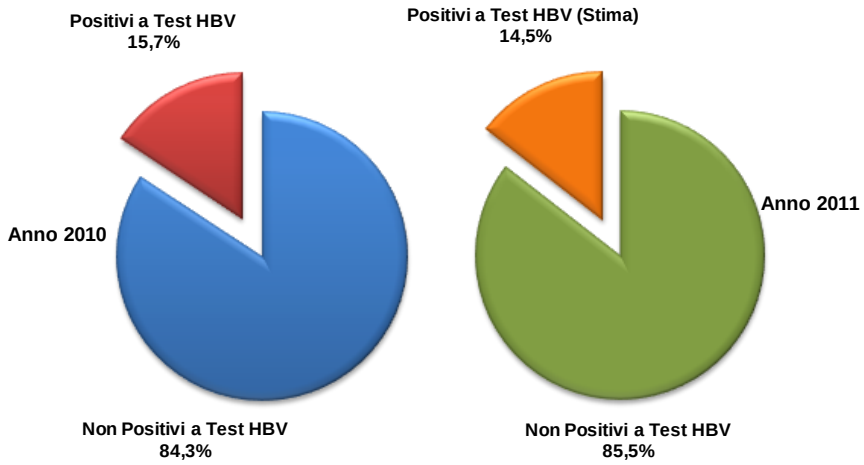
In generale l'85,9% dei soggetti risultati positivi alla epatite B nel 2011, è di genere maschile; il restante 14,1% è di genere femminile. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuali di positivi HBV diminuisce di circa 0,6 punti percentuale (37,1% nel 2010 vs. stima del 36,5% nel 2011), sebbene gli andamenti per genere siano differenziati e in controtendenza; la prevalenza complessiva di HBV positivi diminuisce di circa 1,2 punti percentuali (15,7% nel 2010 vs stima del 14,5% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 13,1% per le femmine e 14,7% per i maschi.
diminuisce di circa 1,2 punti percentuali (15,7% nel 2010 vs stima del 14,5% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 13,1% per le femmine e 14,7% per i maschi.

Tabella I.4.6: Prevalenza di utenti positivi secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HBV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	15,9	14,7	-1,2
Femmine	14,3	13,1	-1,2
Totale	15,7	14,5	-1,2
Utenti Già in carico			
Maschi	36,8	34,9	-1,9
Femmine	39,7	50,5	10,8
Totale	37,1	36,5	-0,6
Totale			
Maschi	33,6	32,1	-1,5
Femmine	35,8	43,9	8,1
Totale	33,9	33,4	-0,5

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

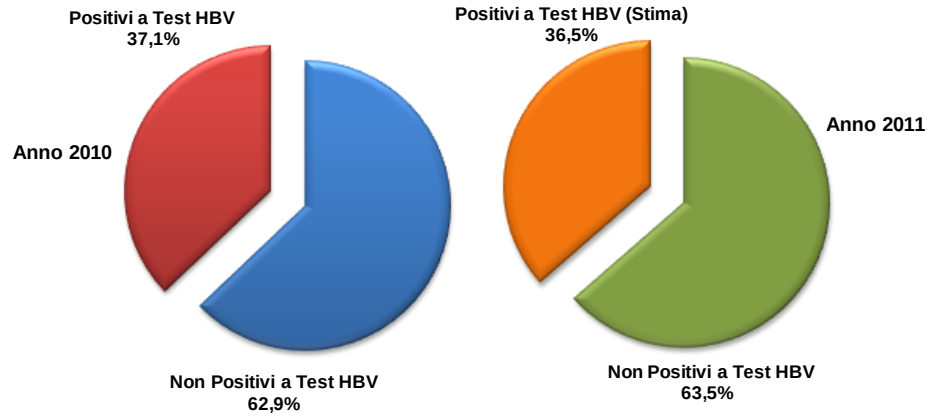
Figura I.4.20: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Nuovi Utenti:
2010: 15,7%
Stima 2011: 14,5%

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

Figura I.4.21: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011

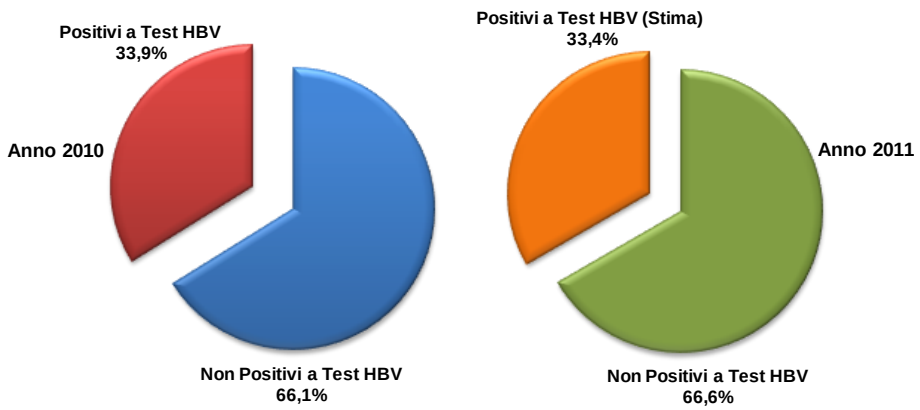


Prevalenza di Utenti già in carico:
2010: 37,1%
Stima 2011: 36,5%

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

Figura I.4.22: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico** Positivi a Test HBV. Anni 2010 e 2011

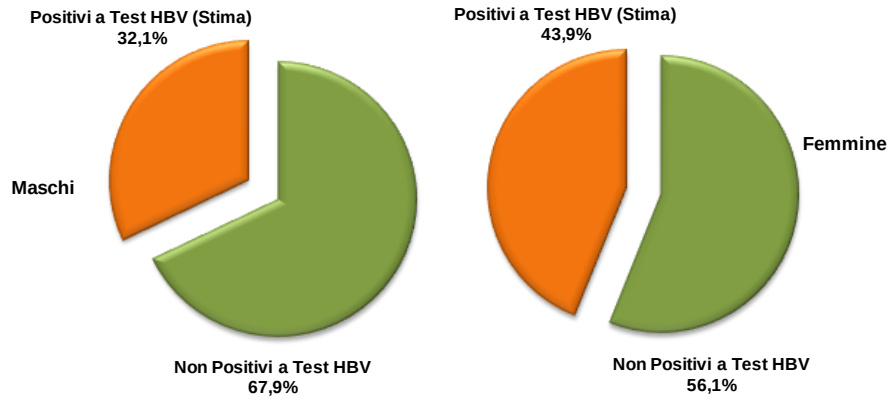
Prevalenza di Utenti già in carico: 2010: 33,9% Stima 2011: 33,4%



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

Figura I.4.23: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HBV per genere. Anno 2011

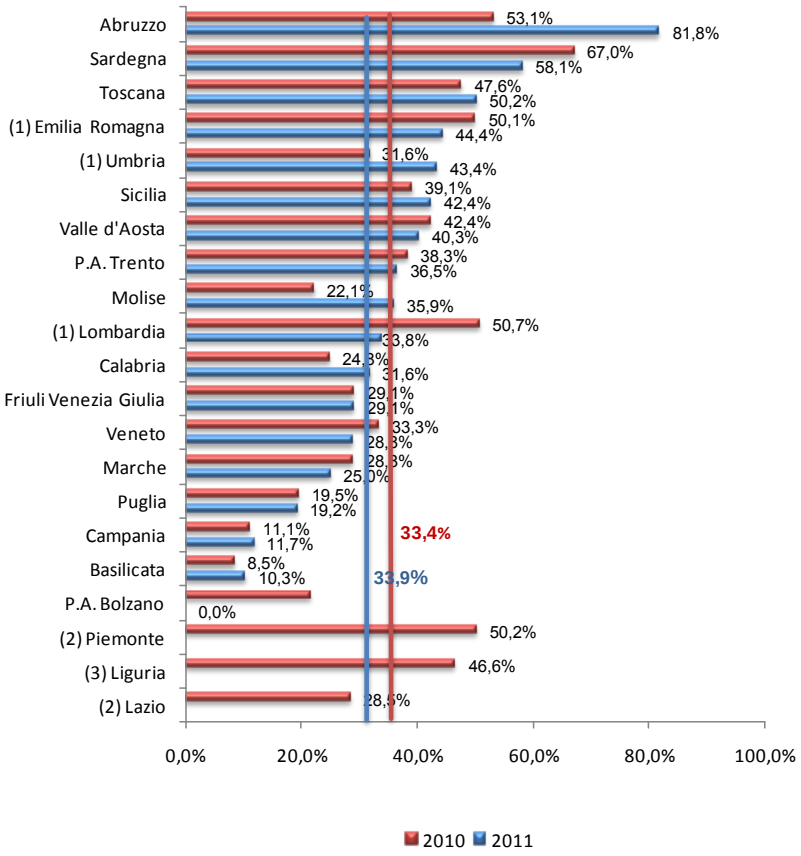
Prevalenza Utenti (Nuovi e Già in carico): Stima 2011-Maschi : 32,1% Stima 2011:- Femmine 43,9%



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

La distribuzione della prevalenza di utenti HBV positivi per Regione evidenzia una sensibile contrazione per la Regione Lombardia 16,9 punti percentuali (50,7% nel 2010 vs. 33,8% nel 2011), a fronte di un altrettanto sensibile aumento per la Regione Abruzzo (81,8%). Una diminuzione più contenuta della prevalenza di HBV positivi si osserva per le Regioni Sardegna con una diminuzione pari a 8,9 punti percentuali (67,0% nel 2010 vs. stima del 58,1% nel 2011) e la regione Emilia – Romagna, con una diminuzione di 5,7 punti percentuali (50,1% nel 2010 vs. stima del 44,4% nel 2011).

Figura I.4.24: Prevalenza utenti HBV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011

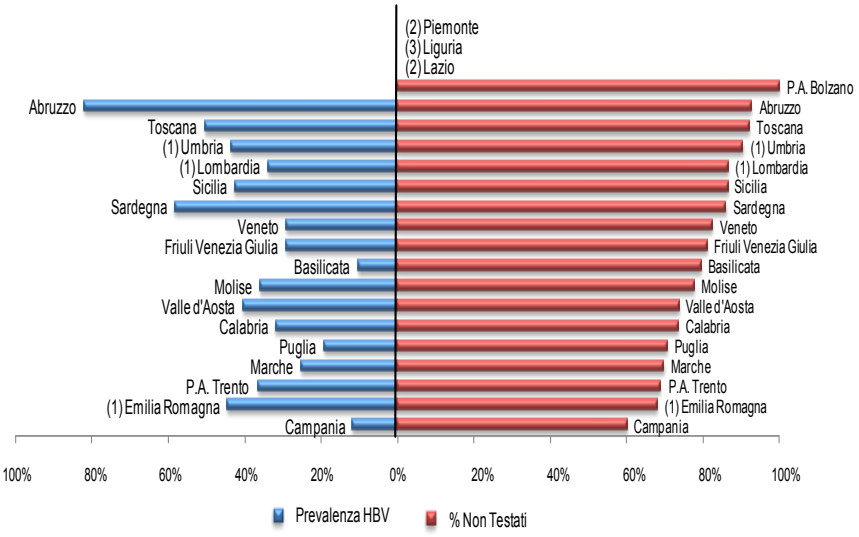


(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Figura I.4.25: Percentuale di utenti **Non testati** e Prevalenza di utenti HBV positivi. Anno 2011

Relazione tra prevalenza HBV e % utenti non testati



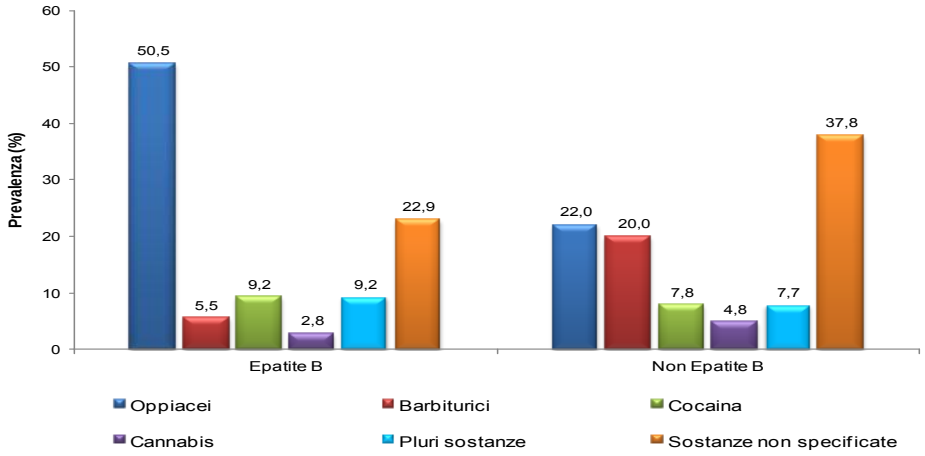
(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute inviate dalle Regioni e PP.AA.

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Riduzione dei ricoveri per epatite B

Nel 2010, tra i ricoveri droga correlati, le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali B sono inferiori all'1% (pari a 109 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 (85,6% nel 2008, 78,1% nel 2009 e 81,7% nel 2010). Anche in questo caso, come detto sopra, più elevata (78% vs 45%) rispetto ai pazienti ricoverati senza tale comorbilità.
Lo studio della sostanza d'uso (Figura I.4.26) effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali B evidenzia, tra i positivi una quota più elevata di assuntori di oppiacei (50,5% contro 22,1%), in forte analogia con la presenza di sieropositività per HIV o AIDS conclamata.

Figura I.4.26: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali B e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.4.1.3 Diffusione di Epatite virale C

I livelli di prevalenza dell'HCV osservati tra i diversi paesi europei e all'interno di uno stesso paese, sono estremamente vari, a causa sia di differenze intrinseche ai territori, sia delle caratteristiche della popolazione oggetto del campione indagato. Nel biennio 2008-2009 i livelli di anticorpi anti-HCV tra campioni di tossicodipendenti esaminati a livello europeo, variano da circa il 22% all'91%, sebbene la maggior parte dei paesi riferisce valori superiori al 40%.

Utenti in trattamento presso i Servizi per le Tossicodipendenze

No testing HCV: 83,4% diminuzione di 3 punti percentuali

Come per i precedenti test sierologici, anche per l'HCV, si osservava, analoga e preoccupante situazione relativamente sia alla diffusione del virus sia ai soggetti non testati nell'anno. Nell'ultimo anno gli utenti in trattamento non testati sono diminuiti di 3 punti percentuali (88,9% nel 2010 vs. 83,4% nel 2011).

Tabella I.4.7: Utenti in carico nei Servizi**,** soggetti testati e non testati a test HCV. Anno 2010 e 2011

Regioni e PP.A.A.	ANNO 2010							ANNO 2011							
	Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		Tot. U.C.	Utenti Testati				Non testati		
		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%		N.U.	G.C.	Totale N	Totale %	N	%	Diff.
(1)Abruzzo	4.740	183	341	524	11,1	4.216	88,9	5.762	177	388	565	9,8	5.197	**90,2**	-1,3
(1)Basilicata	1.592	75	226	301	18,9	1.291	81,1	1.695	61	231	292	17,2	1.403	**82,8**	-1,7
(1)Calabria	4.145	320	823	1.143	27,6	3.002	72,4	3.651	198	746	944	25,9	2.707	**74,1**	-1,7
(1)Campania	17.878	1.792	4.658	6.450	36,1	11.428	63,9	18.764	2.339	4.554	6.893	36,7	11.871	**63,3**	+0,6
(2)Emilia Romagna	12.498	574	1.059	1.633	13,1	10.865	86,9	13.470	172	1.306	1.478	11,0	11.992	**89,0**	-2,1
(1)F.V.G.	3.671	302	505	807	22,0	2.864	78,0	3.371	147	330	477	14,2	2.894	**85,8**	-7,8
(3)Lazio	15.424	1.412	2.904	4.316	28,0	11.108	72,0	n.c.	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	**n.c**	n.c.
Liguria	7.262	199	558	757	10,4	6.505	89,6	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p	**n.p**	n.p.
(2)Lombardia	23.625	1.536	2.186	3.722	15,8	19.903	84,2	20.623	592	1.256	1.848	9,0	18.775	**91,0**	-6,8
(1)Marche	5.679	364	1.221	1.585	27,9	4.094	72,1	4.993	250	957	1.207	24,2	3.786	**75,8**	-3,7
(1)Molise	1.202	186	108	294	24,5	908	75,5	1.148	135	141	276	24,0	872	**76,0**	-0,5
(1)P.A. Bolzano	760	0	0	0	0,0	760	100	755	0	0	0	0,0	755	**100**	0,0
(1)P.A. Trento	1.127	38	282	320	28,4	807	71,6	1.068	22	276	298	27,9	770	**72,1**	-0,5
(3)Piemonte	11.462	683	1.509	2.192	19,1	9.270	80,9	n.c.	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c	**n.c**	n.c.
(1)Puglia	11.545	893	1.927	2.820	24,4	8.725	75,6	13.180	833	1.903	2.736	20,8	10.444	**79,2**	-3,6
(1)Sardegna	5.911	100	345	445	7,5	5.466	92,5	6.492	227	482	709	10,9	5.783	**89,1**	3,4
(1)Sicilia	13.416	884	1.440	2.324	17,3	11.092	82,7	14.555	855	1.199	2.054	14,1	12.501	**85,9**	-3,2
(1)Toscana	13.965	397	1.026	1.423	10,2	12.542	89,8	14.314	342	1.059	1.401	9,8	12.913	**90,2**	-0,4
(2)Umbria	3.555	84	352	436	12,3	3.119	87,7	2.556	11	114	125	4,9	2.431	**95,1**	-7,4
(1)Valle d'Aosta	366	22	124	146	39,9	220	60,1	358	22	14	36	10,1	322	**89,9**	-29,8
(1)Veneto	14.333	925	1.536	2.461	17,2	11.872	82,8	14.276	736	1.320	2.056	14,4	12.220	**85,6**	-2,8
Totale	174.156	10.969	23.130	34.099	19,6	140.057	88,9	141.031	7.119	16.276	23.395	16,6	117.636	**83,4**	-3,0

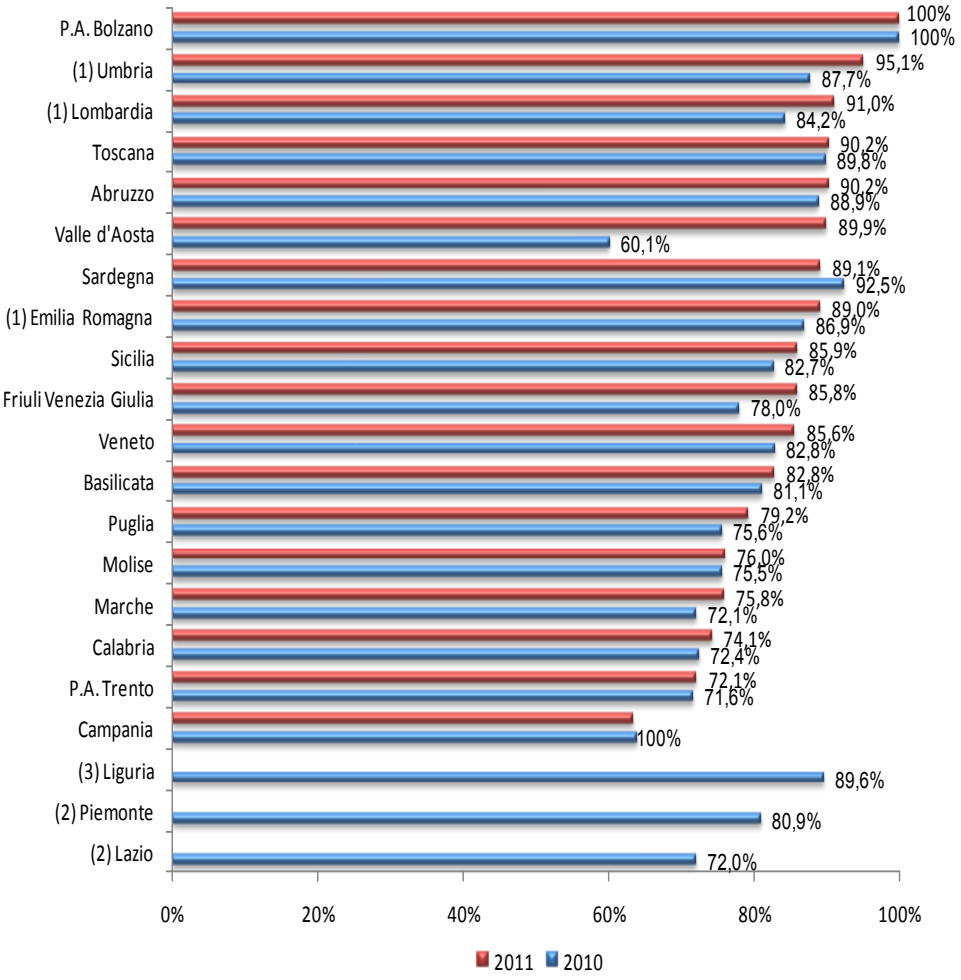
n.p.= dato richiesto ma non pervenuto
n.c.= non calcolabile
U.C.= Utenti in carico
N.U.= Nuovi Utenti
G.C. =Già in carico

(1) Flusso informativo (ANN 04 05 e 06)
(2) Flusso SIND (Archivio esami più Monitoraggio HIV)
(3) Flusso informativo SIND parziale (indicatore non calcolabile)

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

Negli ultimi due anni, a livello regionale, si osserva una forte diminuzione dei soggetti non testati per la Valle d'Aosta (60,1% nel 2010 vs. 89,9 nel 2011), per l'Umbria con una diminuzione di 7,4 punti percentuali di utenti non testati (87,7% nel 2010 vs. 95,1% nel 2011) ed infine per la Lombardia, dove la diminuzione stimata risulta di 6,8 punti percentuali (84,2% nel 2010 vs. 91,0%). Per contro, la regione che ha un aumento significativo di soggetti non testati all'epatite C è la Sardegna con un aumento di 3,4 punti percentuali (92,5% nel 2010 vs. 89,1% nel 2011).

Figura I.4.27: Percentuale di utenti **Non testati** a test HCV per Regione. Anni 2010 e 2011



Diminuzione utenti non testati: -29,9% punti percentuali Valle d'Aosta; -7,4 punti percentuali Umbria -6,8 punti percentuali Lombardia

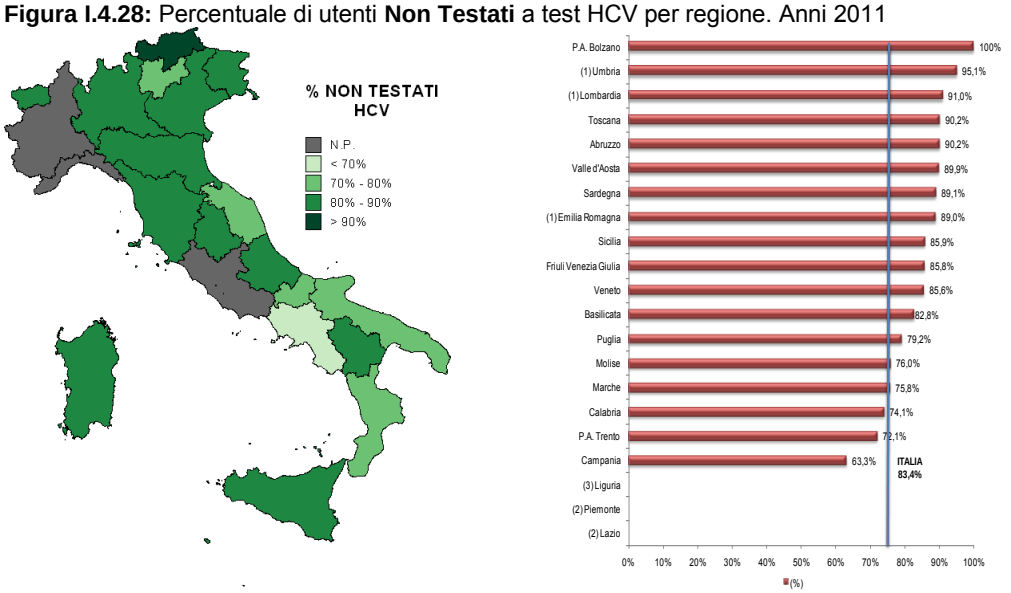
Aumento utenti non testati: +3,4 punti percentuali Sardegna;

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Le percentuali di non testing per il 2011 risultano molto elevate nella Provincia Autonoma di Bolzano (100%), in Umbria (95,1%), in Lombardia (91,0%), in Toscana, in Abruzzo e in Valle d'Aosta (90,2%). Per contro, le regioni che hanno testano di più nel 2011 sono la Provincia Autonoma di Trento(72,1%), la Calabria(72,4%) e le Marche (75,8%).

Figura I.4.28: Percentuale di utenti **Non Testati** a test HCV per regione. Anni 2011



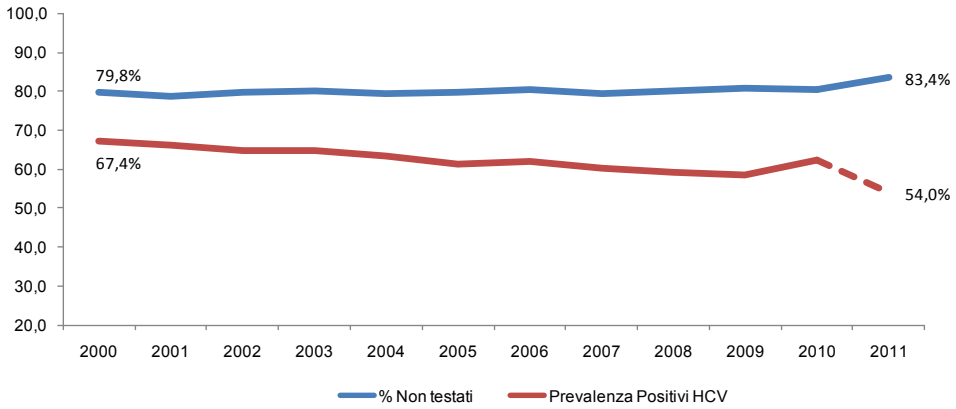
Regioni con meno utenti testati: P.A. Bolzano, Umbria, Lombardia, Toscana, Abruzzo e Valle d'Aosta

(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3)Dato richiesto ma non pervenuto

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

Il tasso di prevalenza di positivi all'epatite C nella popolazione afferente ai servizi dal 2000 al 2011, si è ridotto passando rispettivamente dal 67,4% al 54,0%, dato questo ultimo stimato non essendo pervenuti tutti i dati richiesti e per le Regioni Emilia – Romagna, Lombardia e Umbria i dati provengono dal flusso informativo SIND.

Figura I.4.29: Percentuale dei soggetti **Non testati** e prevalenza utenti positivi a test HCV. Anni 2000 - 2011



No testing 83,4%
Stima: Prevalenza positivi HCV: 54,0%

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

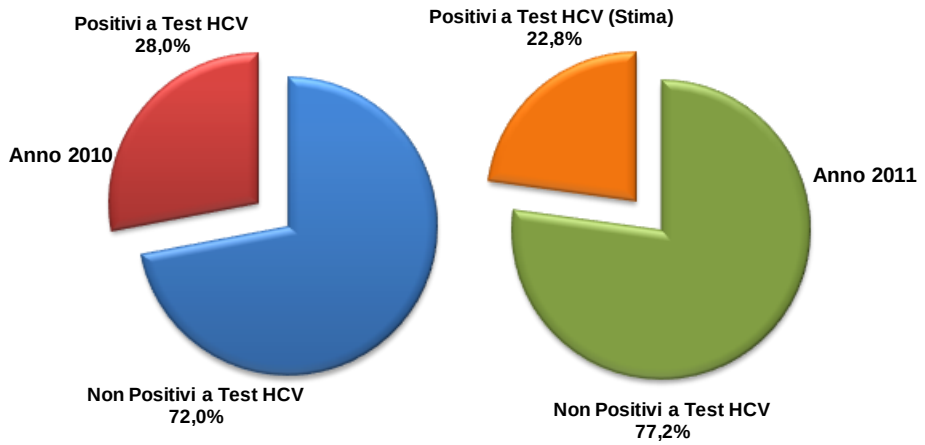
L'86,6% dei soggetti risultati positivi alla epatite C nel 2011, è di genere maschile; il restante 13,4% è di genere femminile.
Rispetto al 2010, diminuisce di 5,2 punti percentuali la prevalenza di HCV positivi per la nuova utenza (28,0% nel 2010 vs 22,8% nel 2011), differenziate nel seguente modo : 20,2% per le femmine e 23,2% per i maschi. Per gli utenti già in carico nei servizi, la percentuali di positivi HCV diminuisce di 5,3 punti percentuali (67,7% nel 2010 vs. 62,4% nel 2011), differenziate nel seguente modo: 60,7% per le femmine in diminuzione di 9,5 punti percentuali, e 59,3% nei maschi anche essi in diminuzione di 8 punti percentuali.

Tabella I.4.8: Prevalenza di utenti positivi a Test HCV secondo il genere e il tipo di contatto. Anni 2010 - 2011

Prevalenza di positivi a test HCV	2010	2011	Diff%
Nuovi Utenti			
Maschi	28,3	23,2	-5,1
Femmine	26,1	20,2	-5,9
Totale	28,0	22,8	-5,2
Utenti Già in carico			
Maschi	67,3	59,3	-8,0
Femmine	70,2	60,7	-9,5
Totale	67,7	62,4	-5,3
Totale			
Maschi	62,1	53,9	-8,2
Femmine	64,5	54,5	-10
Totale	62,5	54,0	-8,5

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

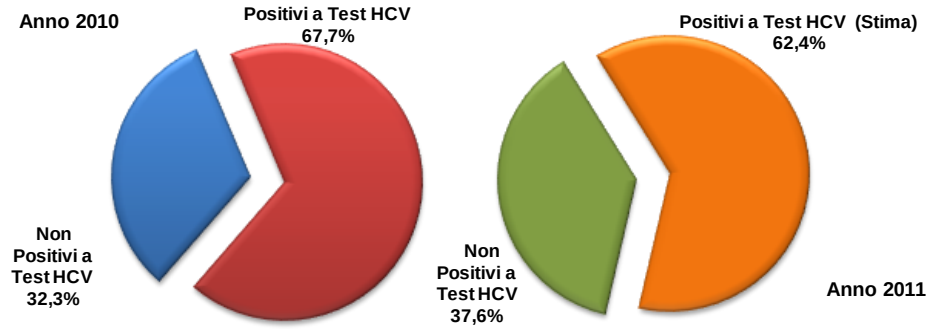
Figura I.4.30: Prevalenza di **Nuovi Utenti** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011



Prevalenza di Nuovi Utenti Positivi: 2010: 28,0% Stima 2011: 22,8%

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

Figura I.4.31: Prevalenza di **Utenti Già in Carico** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011

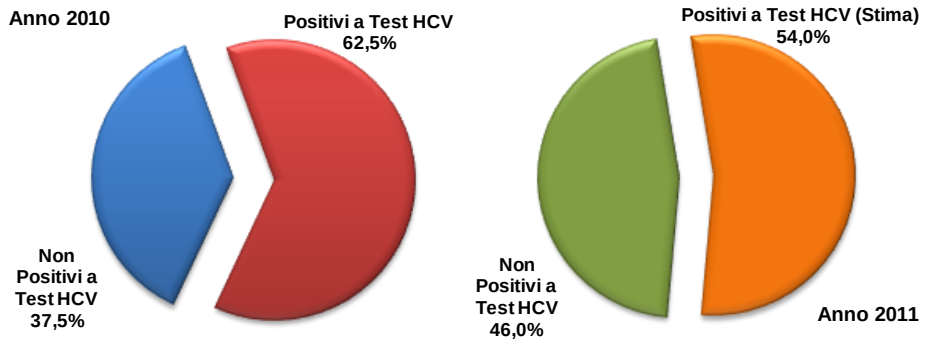


Prevalenza di Utenti Già in carico Positivi: 2010: 67,7% Stima 2011: 62,4%

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

Figura I.4.32: Prevalenza su **Utenti Totali (Nuovi e Già in carico) in Carico** Positivi a Test HCV. Anni 2010 e 2011

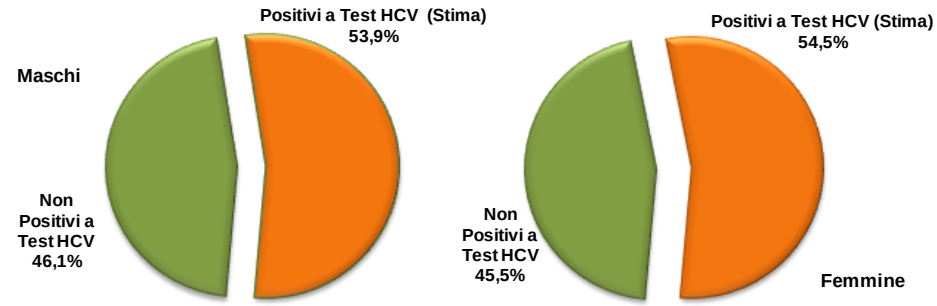
Prevalenza di Utenti Totali Positivi: 2010: 62,5% Stima 2011: 54,0%



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

Figura I.4.33: Prevalenza di Utenti Positivi a Test HIV per genere. Anno 2011

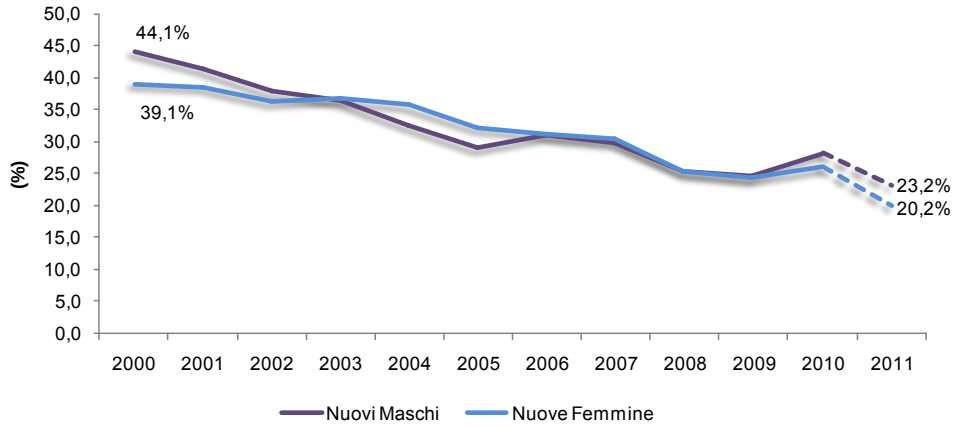
Prevalenza di Utenti Positivi: Stima: Maschi: 62,5% Stima Femmine: 54,0%



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

La prevalenza di HCV positivi tra i nuovi utenti mostra che dal 2000 ad oggi il trend è in diminuzione di circa 21 punti percentuali tra i maschi (44,1% nel 2000 vs. 23,2% nel 2011) analogo andamento si osserva anche per le femmine entrate per la prima volta nei servizi (36,1% nel 2000 vs. 20,2% nel 2011).

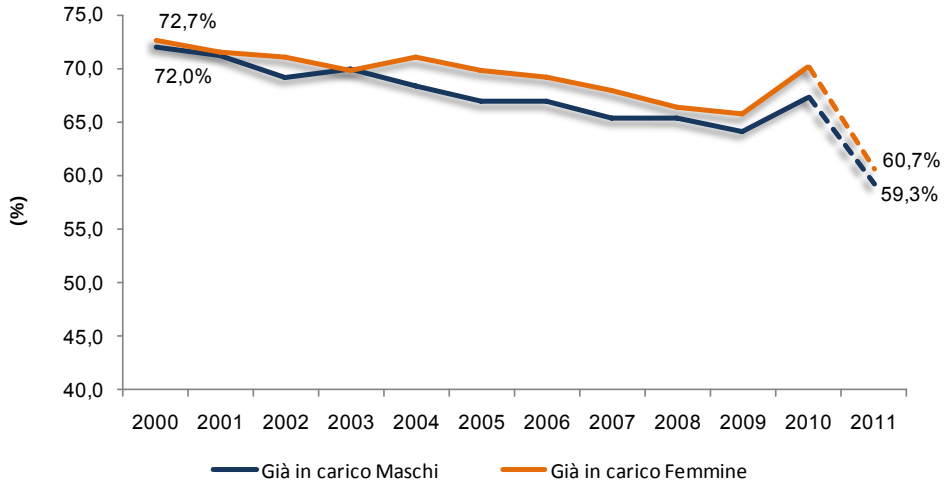
Figura I.4.34: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Nuovi Utenti**. Anni 2000 – 2011



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

Situazione analoga anche per gli utenti già in carico, in cui la prevalenza di positivi da HCV negli ultimi dodici anni diminuisce di circa 13 punti percentuali stimati per i maschi e 12 punti percentuali per le femmine.

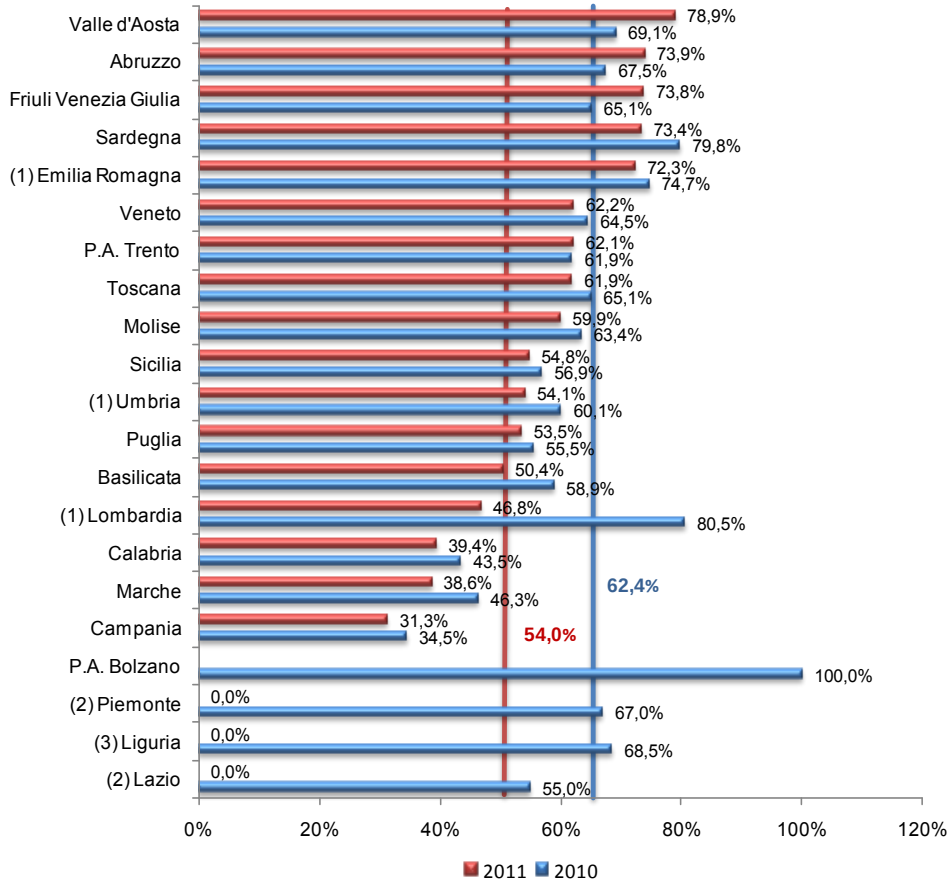
Figura I.4.35: Prevalenza di utenti HCV positivi secondo il genere e il tipo di contatto **Utenti Già in carico**. Anni 2000 – 2011



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

La prevalenza di utenti HCV positivi osservata nel 2011 varia da un minimo di 38,6% nella Regione della Campania ad un massimo di 78,9% nella Regione Valle d'Aosta. Rispetto al 2010 la prevalenza di positivi a test HCV in Lombardia diminuisce di 33,7 punti percentuali (80,5% nel 2010 vs. 46,8% nel 2011).

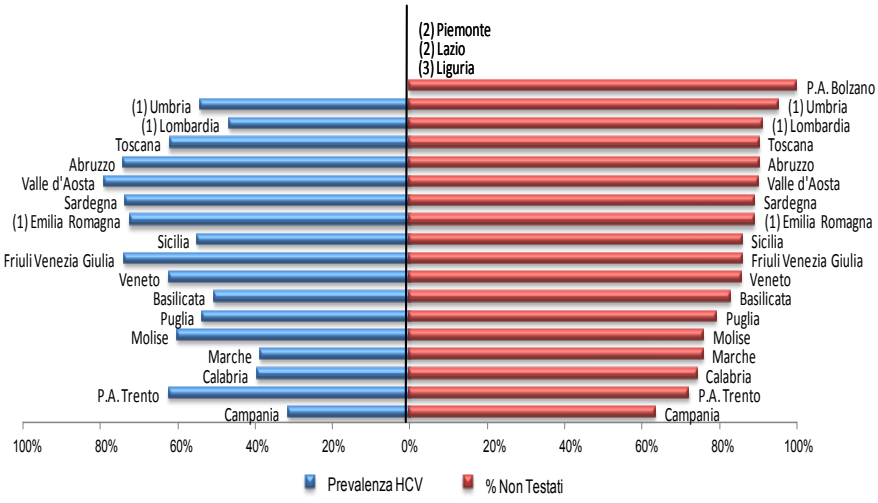
Figura I.4.36: Prevalenza utenti HCV positivi, Per Regione. Anno 2010 e 2011



(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Figura I.4.37: Percentuale di utenti **Non testati** e Prevalenza di utenti HCV positivi. Anno 2011



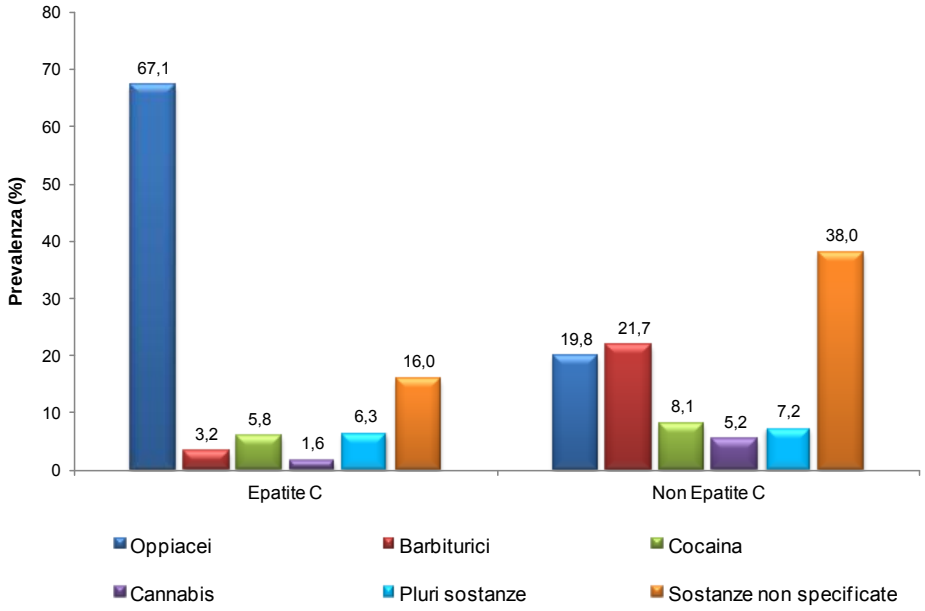
(1) Flusso informativo SIND
(2) Flusso SIND parziale (Indicatore non calcolabile)
(3) Dato richiesto ma non pervenuto

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

Ricoveri ospedalieri droga correlati

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di epatiti virali C sono pari all'7,4% corrispondente a 1.780 ricoveri.
Tra i ricoveri con diagnosi di infezione da HCV sintomatica o asintomatica, nel 2010 si osserva una percentuale più elevata di maschi rispetto alle femmine (76,1% contro 23,9%); inoltre si registra una percentuale più bassa di situazioni che presentano un'età inferiore ai 24 anni (2,8% contro 11,5%), rispetto ai casi non comorbili per tali patologie.

Figura I.4.38: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per le epatiti virali C e tipo di sostanza assunta. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

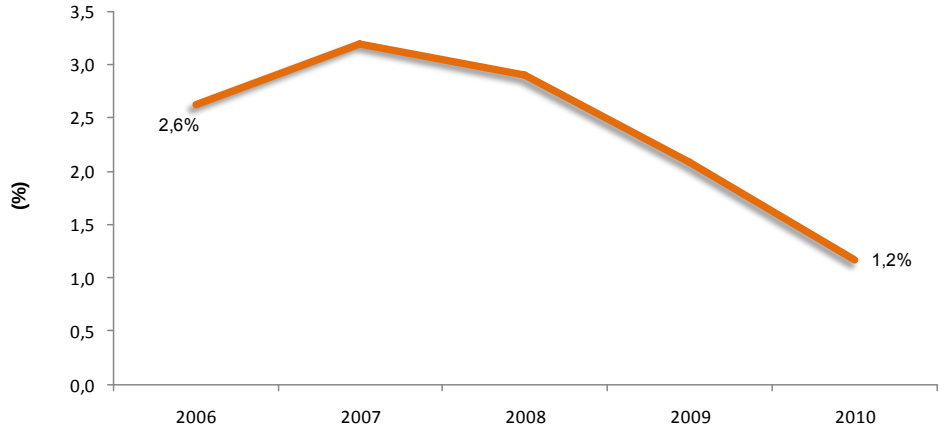
Lo studio della sostanza d'uso effettuato in base alla condizione di positività alle epatiti virali C evidenzia una quota più elevata di assuntori di oppiacei (67,1% contro 19,9%), in forte analogia con gli andamenti osservati nei ricoveri droga correlati in comorbilità con le altre malattie infettive (Figura I.4.38).

I.4.1.4 Diffusione di Tubercolosi

Presenza di ricoveri per TBC

Nel 2010 tra i ricoveri droga correlati le diagnosi (principale o concomitante) relative alla presenza di infezione da tubercolosi sono inferiori al 2,0% corrispondente a 28 ricoveri. Nel 2007 si è osservato un aumento di infezione da tubercolosi rispetto al 2006 (2,6% vs 3,2%), per diminuire negli ultimi tre anni (2,8% nel 2008, 2,1% nel 2009 e 1,2% nel 2010).

Figura I.4.39: Percentuale dei ricoveri droga correlati per condizione di malattia/positività per TBC. Anno 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

I.4.2. Altre implicazioni e conseguenze per la salute droga correlate

Schede di dimissione ospedaliera (SDO): ricoveri correlati al consumo di stupefacenti

Mediante l'analisi delle informazioni cliniche contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO), è possibile definire un profilo conoscitivo delle caratteristiche dei ricoveri di pazienti assuntori di sostanze psicoattive, e di desumere quindi un profilo delle principali patologie droga correlate.
Come anticipato nel precedente paragrafo, l'analisi della SDO è stata utilizzata anche per la descrizione delle malattie infettive rilevate nei ricoveri ospedalieri droga correlati.
L'archivio raccoglie dati anagrafici dei dimessi dalle strutture ospedaliere ed informazioni relative all'episodio di ricovero, quali diagnosi, procedure chirurgiche ed interventi diagnostico-terapeutici, codificati in base alla classificazione internazionale ICD-9-CM. In particolare, sono state considerate le dimissioni da regime di ricovero ordinario e day hospital, che presentano diagnosi principale o diagnosi secondarie droga correlate, corrispondenti alle seguenti categorie diagnostiche (codici ICD9-CM): Psicosi da droghe (292, 292.0-9), Dipendenza da droghe (304, 304.0-9), Abuso di droghe senza dipendenza (305, 305.2-9), Avvelenamento da oppiacei e narcotici correlati (965.0), Avvelenamenti da anestetici di superficie (topici) e da infiltrazione-cocaina (968.5,9), Avvelenamenti da sostanze psicotrope (969, 969.0-9), Avvelenamenti da sedativi e ipnotici (967, 967.0-6,8-9), Complicazioni della gravidanza dovute a tossicodipendenza (6483, 6483.0-4), Danni da droghe al feto o al neonato e sindrome da astinenza del neonato (7607.2-3,5, 779.4-5).

Il consumo di stupefacenti come diagnosi principale o secondaria

La struttura della SDO prevede la possibilità di riportare una diagnosi principale di dimissione, che rappresenta la condizione morbosa che nel corso del ricovero ha comportato i più importanti problemi assistenziali, e quindi ha assorbito la maggiore quantità di risorse in termini diagnostici e/o terapeutici. Oltre alla diagnosi principale, possono essere riportate, se presenti, una o più diagnosi secondarie (fino ad un massimo di 5); le diagnosi secondarie si riferiscono a patologie che coesistono o che si sviluppano nel corso del ricovero, oppure sono complicanze insorte durante il ricovero, o specificazioni della diagnosi principale. L'archivio selezionato per l'analisi include tutte le SDO che contengono diagnosi droga correlate, riportate in diagnosi principale o secondaria.

I.4.2.1 Ricoveri droga correlati

Nel triennio 2008 - 2010 i ricoveri complessivi per qualsiasi patologia sono diminuiti del 6,7% (12.112.389 nel 2008, 11.674.098 nel 2009 e 11.294.892 nel 2010); le schede di dimissione ospedaliera che presentano diagnosi (principale o secondaria) relative all'utilizzo di sostanze psicoattive costituiscono circa il 2 per mille (25.910 nel 2008, 23.997 nel 2009 e 23.895 nel 2010) del collettivo nazionale, con una contrazione del 7,8% superiore all'andamento dei ricoveri complessivi.

Riduzione del 7,8% dei i ricoveri droga-correlati nel triennio 2008 - 2010

Tabella I.4.9: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Genere, Nazionalità e Età. Anno 2009-2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Genere					
Maschi	13.738	58,0	13.335	55,8	-2,9
Femmine	10.259	42,0	10.560	44,2	2,9
Totale	23.997	100	23.895	100	-0,4
Nazionalità					
Italiani	22.684	94,6	22.574	94,5	-0,5
Stranieri	1.303	5,4	1.312	5,5	0,7
Età					
Età media maschi	40,2		40,2		0,0
Età media femmine	46,1		46,7		1,3
Età mediana maschi	38		39		2,6
Età mediana femmine	43		44		2,3

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

età media dei ricoverati: 40,2 anni maschi 46,7 anni femmine

Il 94,5% dei ricoveri droga correlati erogati nel 2010 riguarda cittadini italiani, il 55,8% di genere maschile, di età media pari a 40,2 anni, più elevata per le donne rispetto ai maschi (46,7 anni vs. 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 si riduce di tre anni, passando da circa 47 a 44 anni per le femmine.

Tabella I.4.10: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Regime di ricovero, Tipo di ricovero e Modalità di dimissione. Anno 2009-2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Regime di ricovero					
Ordinario	22.081	92,0	21.977	92,0	-0,5
Day hospital	1.916	8,0	1.918	8,0	-0,5
Tipo di ricovero					
Programmato non urgente	7.057	31,5	6.956	31,3	-1,4
Urgente	14.470	64,5	14.540	65,4	0,5
Trattamento sanitario obbligatorio	561	2,5	565	2,5	0,7
Preospedalizzazione	100	0,4	106	0,5	6,0
Altro	244	1,1	58	0,3	-76,2
Modalità di dimissione					
Dimissione ordinaria a domicilio	18.846	78,5	18.945	79,3	0,5
Dimissione volontaria	2.532	10,5	2.313	9,7	-8,6

continua

In diminuzione i ricoveri per:
-Ricoveri programmati (-1,4%)
In aumento i ricoveri per: preospedalizza-zione (+6,0%)

continua

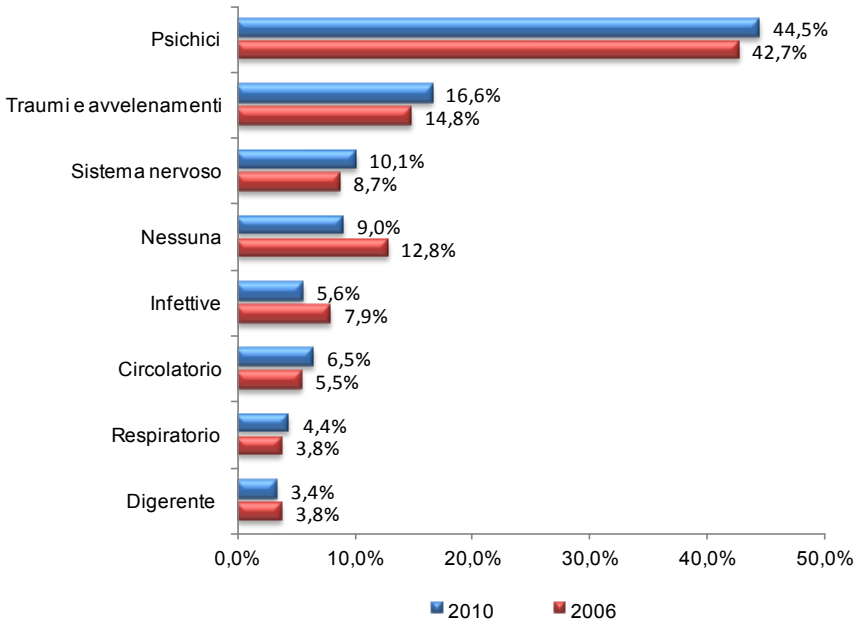
Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Modalità di dimissione					
Trasferimento ad altro istituto	1.024	4,2	1.008	4,2	-1,6
Decesso	177	0,7	208	0,9	17,5
Altro	1.417	5,9	1.418	5,9	0,1

Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Aumento dei decessi (+17,5%)

Il 92% dei ricoveri è stato erogato in regime ordinario, con degenza media pari a 9,9 giornate, valore che si riduce a 6 giornate considerando il valore mediano, meno influenzato da degenze molto elevate, anche oltre 200 giorni, peraltro presenti solo raramente (4 ricoveri).
Nel 79,3% dei ricoveri, il paziente è stato dimesso a domicilio secondo il decorso ordinario del ricovero, il 9,7% è stato dimesso su richiesta volontaria del paziente (-8,6% rispetto al 2009); il 4,2% è stato trasferito ad altro istituto di cura per acuti e lo 0,9% (208) dei ricoveri hanno riguardato pazienti deceduti nel corso della degenza.
Le 23.895 SDO del 2010 contengono complessivamente 32.348 diagnosi non correlate a droghe: in 10.177 schede in cui la diagnosi principale è droga correlata sono ulteriori 15.718 diagnosi secondarie droga correlate (per 2.912 SDO non sono presenti diagnosi secondarie associate), mentre 13.718 schede hanno diagnosi principali non droga correlate, che invece sono riportate come secondarie.
L'insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga sono state raggruppate per categorie anatomiche funzionali al fine di identificare quali siano le comorbilità più frequentemente associate al consumo di sostanze nei ricoveri ospedalieri. Confrontando le schede di dimissione ospedaliera del 2006 e del 2010 si osserva che rispetto al 2006 sono aumentati dell'1,8% sia i disturbi psichici (42,7% nel 2006 vs. 44,5% nel 2010) sia i traumi e avvelenamenti (14,8% nel 2006 vs. 16,6% nel 2010) indotti da droghe, seguono i problemi al sistema nervoso con un aumento dell'1,4% e le malattie del sistema circolatorio in aumento dell'1% (5,5% nel 2006 vs. 6,5% nel 2010). Inoltre si osserva che rispetto al 2010 diminuisce del 3,8% i casi in cui non sono presenti diagnosi secondarie associate (12,8% nel 2009 vs 9,0% nel 2010), seguita dalle malattie infettive con un calo del 2,4% rispetto al 2006 (7,9% nel 2006 vs. 5,6% nel 2010) (Figura I.4.40).

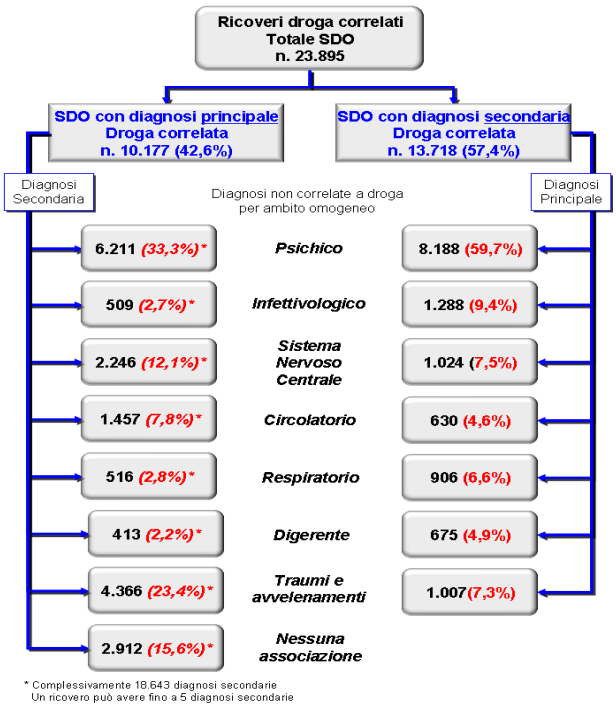
Figura I.4.40: Insieme delle diagnosi (principali o secondarie) non correlate alla droga raggruppate per ambiti omogenei. Anni 2006 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Lo schema seguente riepiloga il flusso 2010. Le SDO sono state separate in due gruppi: quello in cui le diagnosi droga correlate sono primarie e quello dove una diagnosi droga-correlata compare come diagnosi secondaria associata a diagnosi primaria non droga correlata. Nel primo gruppo con diagnosi droga correlata possono essere presenti più diagnosi secondarie. Infine, le diagnosi non correlate al consumo di stupefacenti sono state raggruppate per ambiti omogenei.

Figura I.4.41: Organizzazione flusso SDO. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

L'associazione più frequentemente osservata è quella tra sostanze stupefacenti e disturbi psichici in entrambi i gruppi (42,6% e 57,4%). Considerando i ricoveri con diagnosi principale droga correlata si ha una elevata combinazione con traumi ed avvelenamenti (23,4%) e con patologie al sistema nervoso centrale (12,1%), mentre nel 15,6% dei casi non si hanno diagnosi secondarie associate.
Considerando invece, i ricoveri con diagnosi secondaria droga correlate, le patologie che maggiormente risultano comorbili sono quelle di tipo infettivologico (9,4%), seguite da quelle del sistema nervoso centrale (7,5%) e dai traumi e avvelenamenti (7,3%).
Nel 2010 si rileva una diminuzione dei ricoveri per uso di allucinogeni pari al 12,9% (147 nel 2009 vs 128 nel 2010), seguito dagli oppiacei 5,5% (5.597 nel 2009 vs 5.288 nel 2010), dai cannabinoidi 5,1% (1.194 nel 2009 vs 1.133 nel 2010), dai barbiturici 2,6% (4.884 nel 2009 vs 4.759 nel 2010); infine, si evidenzia un calo del 2,1% di ricoveri per uso di cocaina (1.898 nel 2009 vs 1.858 nel 2010).
Inoltre, si osserva un aumento dell'8,4% di ricoveri per uso di più sostanze (1.706 nel 2009 vs 1.850 nel 2010), nonché un aumento dello 0,4% (7.727 nel 2009 vs 8.046 nel 2010) dei ricoveri per uso di sostanze non specificate.

Tabella I.4.11: Caratteristiche dei soggetti ricoverati nelle strutture ospedaliere per Sostanza d'abuso. Anni 2009-2010

Caratteristiche	2009		2010		Δ %
	N	%	N	%	
Sostanza d'abuso					
Oppiacei	5.597	23,3	5.288	22,1	-5,5
Barbiturici	4.884	20,4	4.759	19,9	-2,6
Cocaina	1.898	7,9	1.858	7,8	-2,1
Pluri sostanze	1.706	7,1	1.850	7,7	8,4
Cannabinoidi	1.194	5,0	1.133	4,7	-5,1
Antidepressivi	765	3,2	754	3,2	-1,4
Allucinogeni	147	0,6	128	0,5	-12,9
Amfetamine	79	0,3	79	0,3	0,0
Sostanze non specificate	7.727	32,2	8.046	33,7	4,1

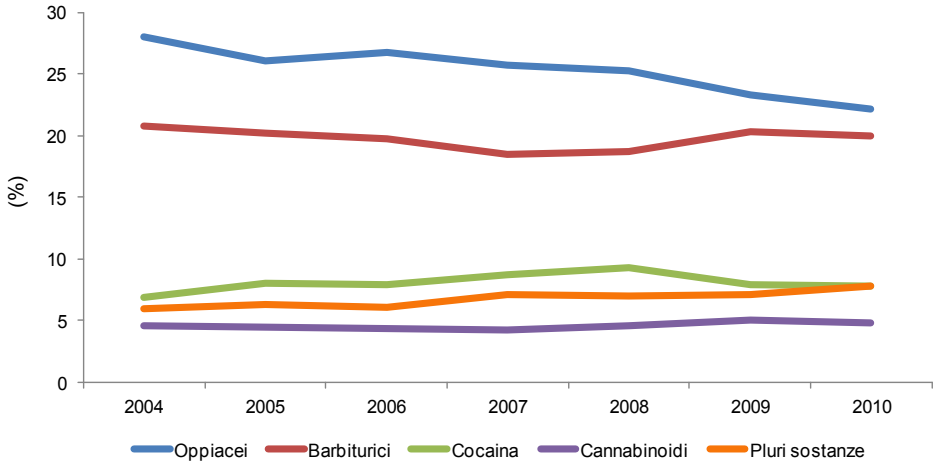
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Diminuzione di ricoveri per uso di: -allucinogeni (-12,9) -oppiacei (-5,5%) cannabinoidi (-5,1) -barbiturici (-2,6) -cocaina (- 2,2%)

Aumento dei ricoveri per poliassunzione (+8,4%)

Negli ultimi sette anni dal 2004 al 2010 si assiste ad un decremento di ricoveri per uso di oppiacei (28,1% del 2004 vs. 22,1% del 2010), uso di barbiturici fino al 2007 (20,8% nel 2004, 21,8% nel 2005, 19,8 nel 2006 e 18,5 nel 2007), per aumentare, se pur di poco, negli ultimi tre anni (18,7% nel 2008, 20,4% nel 2009 e 19,9% nel 2010). Anche per i soggetti ricoverati per uso di cannabis si osserva un aumento fino al 2009 (4,5% nel 2004 vs. 5,0% nel 2009) dato che diminuisce nell'ultimo biennio (5,0% nel 2009 vs 4,7% nel 2010).
Per la cocaina si ha il valore più alto di ricoveri nel 2008 (9,3%) che tende a diminuire e stabilizzarsi negli ultimi due anni (7,9% nel 2009 e 7,8% nel 2010);infine, aumentano i ricoveri per uso di più sostanze passando da 5,9% nel 2004 al 7,7% nel 2010.

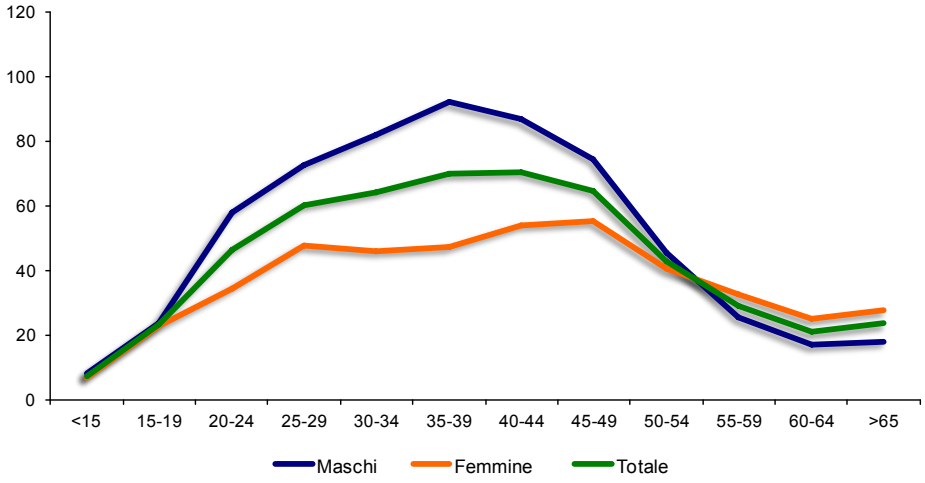
Figura I.4.42: Percentuale dei soggetti ricoverati nelle struttura ospedaliere per sostanza d'abuso. Anni 2004 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Come evidenziato dalla Figura I.4.42, il ricorso all'assistenza ospedaliera riguarda in prevalenza il genere maschile nella fascia di età 15-49 anni, con punte massime nella classe di età 35-39 anni, con circa 92 ricoveri ogni 100.000 residenti; diversamente, il numero dei ricoveri delle donne prevale su quello dei maschi dopo i 54 anni, con punte massime nella fascia di età 40-49 anni, con circa 109 ricoveri ogni 100.000 residenti.

Figura I.4.43: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per genere e classi di età. Anno 2010

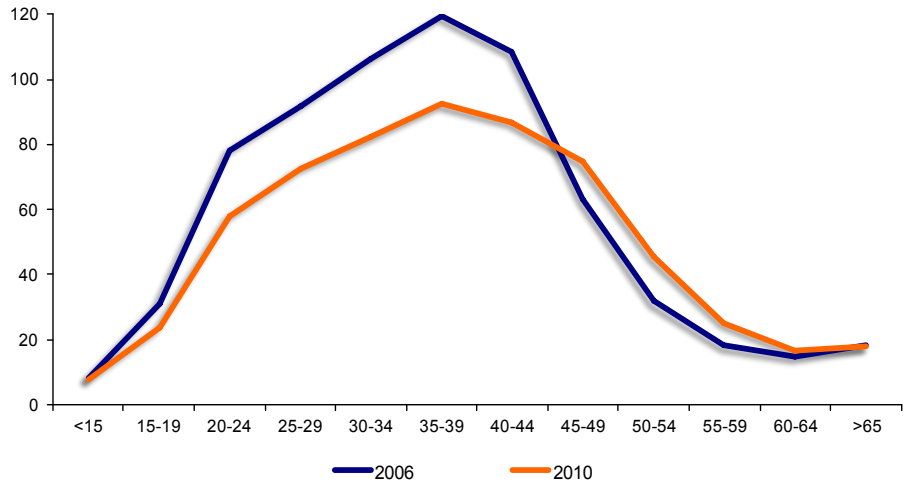


Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Evidenziando l'analisi per genere rispetto agli anni 2006 e 2010, nei maschi si osserva che il tasso di ospedalizzazione diminuisce per le fasce di età più giovani, infatti, si ha una diminuzione di 27,3 punti percentuali nella fascia di età 35 – 39 anni (circa 120 ricoveri nel 2006 vs. circa 92 ricoveri nel 2010); mentre nelle fasce di età avanzate vi è un aumento del tasso di ospedalizzazione pari a 13,8 punti percentuali per la fascia di età 50 – 54 anni (circa 32 ricoveri nel 2006 vs 45 ricoveri nel 2010). Tale traslazione del tasso di ospedalizzazione ad età più avanzate, secondo alcune

elaborazioni approfondite, è imputabile all'invecchiamento dei tossicodipendenti in trattamento per uso di oppiacei, che ricorrono periodicamente all'assistenza ospedaliera.

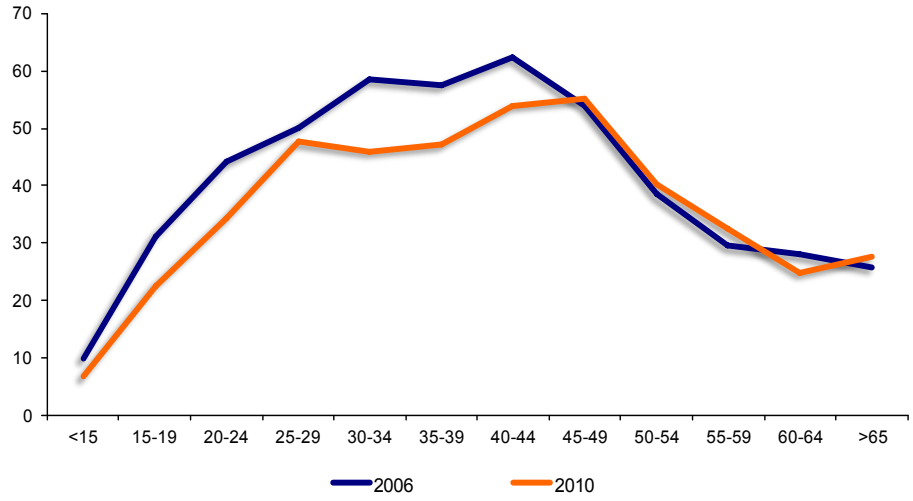
Figura I.4.44: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per **Maschi** e classi di età. Anni 2006 e 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Se pur con minore intensità, anche per le femmine si osserva una diminuzione nelle fasce di età più giovani,. Nella fascia di età 30 – 34 anni si evidenzia una diminuzione di 12,6 punti percentuali (circa 58 ricoveri nel il 2006 vs. 46 ricoveri nel 2010). Aumenta, di circa 2 punti percentuali il tasso di ospedalizzazione sia nella fascia di età 50 – 54 anni (circa 39 ricoveri nel 2006 vs. 41 ricoveri nel 2010) sia nelle femmine con un'età maggiore di 65 anni (26 ricoveri nel 2006 e circa 28 ricoveri nel 2010).

Figura I.4.45: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati per **Femmine** e classi di età. Anni 2006 e 2010



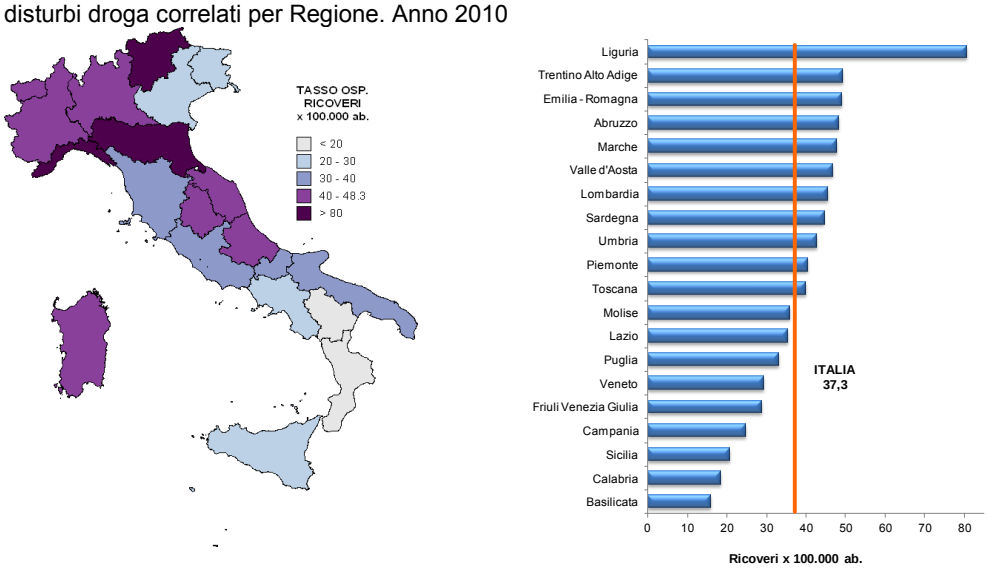
Fonte: Elaborazione su dati SDO - Ministero della Salute

Ricoveri di soggetti con età avanzata e uso di barbiturici

Come si vedrà in seguito l'elevata ospedalizzazione nelle fasce di età avanzate riguardano in prevalenza l'abuso di barbiturici.

A livello regionale i ricoveri droga correlati rapportati alla popolazione residente evidenziano un elevato ricorso all'assistenza ospedaliera in alcune regioni del centro-nord ed isole. In particolare in Liguria si osserva il tasso di ospedalizzazione standardizzato[1] più elevato con circa 81 ricoveri ogni 100.000 residenti, seguito a distanza dalle regioni, Trentino Alto Adige, Emilia - Romagna, Abruzzo e dalle Marche per le quali si registra un tasso di ospedalizzazione compreso tra 47 e 50 ricoveri per 100.000 residenti (Figura I.4.46).

Figura I.4.46: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione. Anno 2010



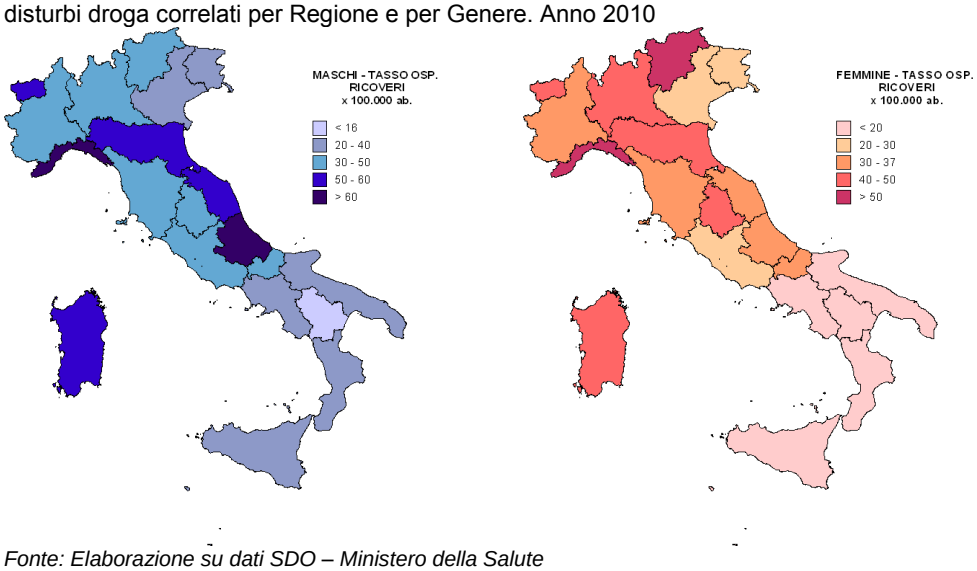
Regioni a più alto tasso di ricovero: Liguria, Trentino Alto Adige, Emilia – Romagna e Marche

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 93 ricoveri, seguita dall'Abruzzo con 63 ricoveri, dalle Marche con circa 60 ricoveri, dalla Valle d'Aosta con 54 ricoveri e dall'Emilia – Romagna con circa 53 ricoveri per 100.000 ab.. Le regioni con un minor numero di ricoveri, per il genere maschile, risultano le regioni del sud: la Basilicata con 16 ricoveri, la Calabria con 21 ricoveri e la Sicilia con circa 25 ricoveri.
Anche per il genere femminile la regione che detiene il primato di ricoveri risulta essere la Liguria con circa 69 ricoveri, seguita da Trentino Alto Adige con circa 51 ricoveri, dall'Emilia - Romagna con 45 ricoveri e, infine, dalla Lombardia con 42 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 e Calabria con 16 ricoveri e la Campania e la Sicilia con 17 ricoveri (Figura I.4.47).

[1] Al fine di depurare l'indicatore da effetti imputabili alla differente distribuzione per età della popolazione nelle singole Regioni, il tasso di ospedalizzazione è stato calcolato mediante l'applicazione del metodo di standardizzazione indiretta con una popolazione standard di riferimento.

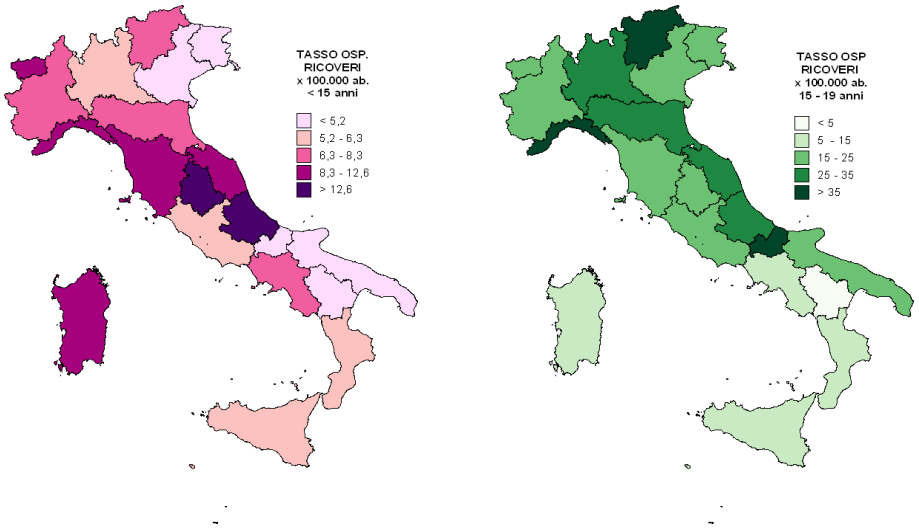
Figura I.4.47: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per Regione e per Genere. Anno 2010



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 l'Abruzzo con 31 ricoveri, la Liguria con 30 ricoveri e infine il Trentino Alto Adige con 29 ricoveri. Le regioni con minor frequenza di ricoveri risultano essere la Valle d'Aosta con 0 ricoveri, la Basilicata con 6 ricoveri e la Sicilia con 10 ricoveri. Nella Regione Valle d'Aosta non sono stati registrati ricoveri per soggetti maschi over 55.
Per il genere femminile le regioni con più ricoveri sono il Trentino Alto Adige e la Valle d'Aosta con 52 ricoveri, la Liguria e l'Emilia – Romagna con 44 ricoveri e, la Sardegna con 38 ricoveri. Le regioni con minor numero di ricoveri, per le over 55, risultano essere le regioni del sud, la Puglia con 2 ricoveri, la Basilicata con circa 12 ricoveri e la Campania con circa 13 ricoveri .
Particolare rilevanza assume l'analisi del ricorso all'assistenza ospedaliera da parte della popolazione più giovane; nel 2010 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 l'Umbria, con 17 ricoveri ogni 100.000 residenti di quella fascia di età. Segue l'Abruzzo con circa 15 ricoveri per 100.000 abitanti e le Marche con 13 ricoveri (Figura I.4.48).
Nella fascia di età 15-19 anni, il maggior ricorso al ricovero ospedaliero si osserva in Liguria (53 ricoveri ogni 100.000 residenti), 46 ricoveri in Trentino Alto Adige e in Molise con circa 42 ricoveri. A ridosso di queste regioni si affaccia l'Umbria con un tasso pari a 30 ricoveri ogni 100.000 abitanti (Figura I.4.48).

Figura I.4.48: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati, nei giovani di età inferiore a 15 anni e tra 15 e 19 anni per Regione. Anno 2010

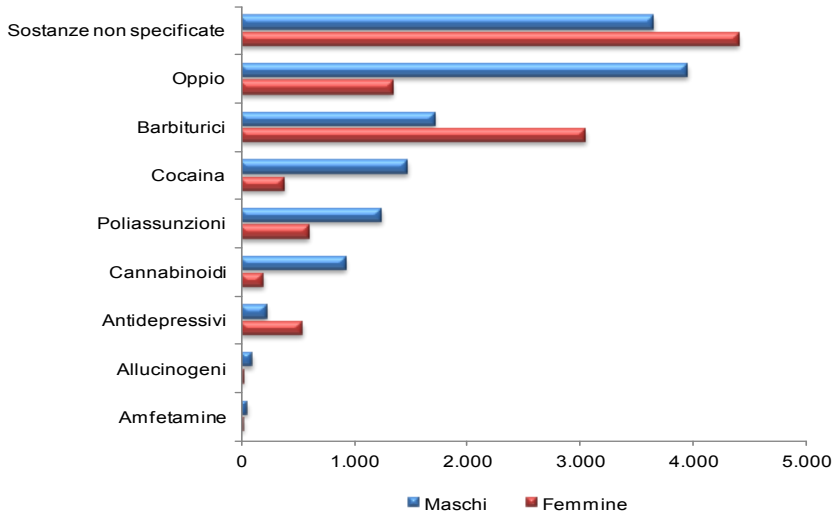


Regioni a più alto tasso di ricovero delle fasce giovanili 15-19: Umbria, Abruzzo, Marche, Valle d'Aosta, Sardegna, Toscana e Liguria

Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

La presenza in diagnosi principale di disturbi legati a dipendenza da sostanze psicotrope, abuso o avvelenamento, psicosi indotte da assunzione di droghe, tossicodipendenza in gravidanza o danni al feto indotte dall'assunzione di droghe da parte della madre, è stata indicata in 10.379 ricoveri pari al 43,4% del totale ricoveri droga-correlati del 2010. In particolare, nella maggior parte dei casi di disturbi nevrotici e della personalità indotti dall'uso di sostanze psicoattive sono stati indicati disturbi psichici in diagnosi principale o secondaria (l'87% dei ricoveri). Nel 24,5% dei ricoveri è stata indicata una diagnosi della categoria dei traumatismi ed avvelenamenti da farmaci medicamenti e prodotti biologici.
Con riferimento a 8.046 ricoveri droga correlati, pari al 33,7% del totale non è stata specificata la sostanza; per ulteriori 5.288 ricoveri (22,1%) è stata indicata in diagnosi principale o secondaria l'assunzione di oppiacei, nel 19,9% dei casi l'assunzione di barbiturici ed a seguire cocaina (7,8%), pluri sostanze (7,7%), cannabis (4,7%), antidepressivi (3,2%) ed in quantità trascurabili allucinogeni (0,5%) e amfetamine (0,3%) (Figura I.4.49).

Figura I.4.49: Distribuzione del numero di ricoveri per sostanza d'abuso secondo il genere dei pazienti ricoverati. Anno 2010



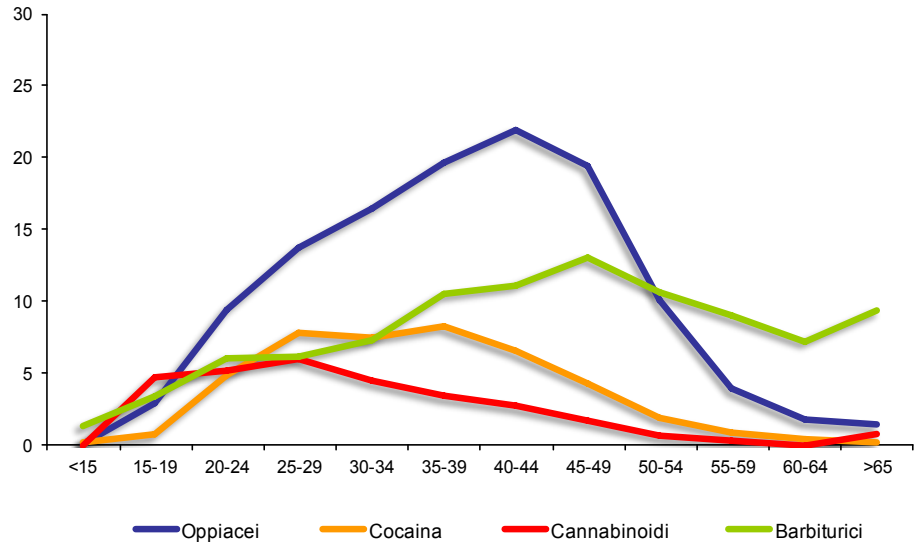
Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

La distribuzione per genere evidenzia comportamenti assuntivi differenziati, maggiormente orientati all'uso di oppiacei, cocaina, poliassunzione, cannabis e allucinogeni nel caso dei maschi, e maggiormente polarizzati sull'uso di psicofarmaci da parte delle femmine, in particolare barbiturici e antidepressivi. L'abuso di barbiturici ed altre sostanze non specificate si osserva in prevalenza nelle donne in età avanzata, oltre i 65 anni, mentre l'assunzione congiunta di più sostanze riguarda in prevalenza la combinazione oppiacei – cocaina, seguita da cocaina – cannabis e oppiacei – barbiturici.

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

Ulteriori aspetti rilevanti ed interessanti a conferma dei profili caratteristici del tipo di sostanza psicoattiva assunta, emergono dalla distribuzione per età del tasso di ospedalizzazione secondo le principali sostanze psicotrope.

Figura I.4.50: Tasso di ospedalizzazione standardizzato (ricoveri x 100.000 residenti) per disturbi droga correlati per patologia di sostanza. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Età più frequente nei ricoveri per : oppiacei 35-44 anni, psicofarmaci 45-49 anni, cocaina 25-39 anni, cannabis 20-29 anni

Il ricorso all'ospedalizzazione, se confrontato con le altre sostanze, è particolarmente frequente tra gli assuntori di oppiacei, in prevalenza tra i 35 e 44 anni, seguita dai consumatori di barbiturici, principalmente nelle fasce di età più anziane e in quella tra i 45 e 49 anni. Meno frequenti i ricoveri correlati all'uso di cocaina e cannabis che si verificano prevalentemente nella fascia di età adulta (25-39 anni) per i cocainomani e nella fascia di età giovane adulta (20-29 anni) per i consumatori di cannabis (Figura I.4.50).

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

I.4.2.2 Ricoveri droga correlati in comorbilità con le malattie infettive

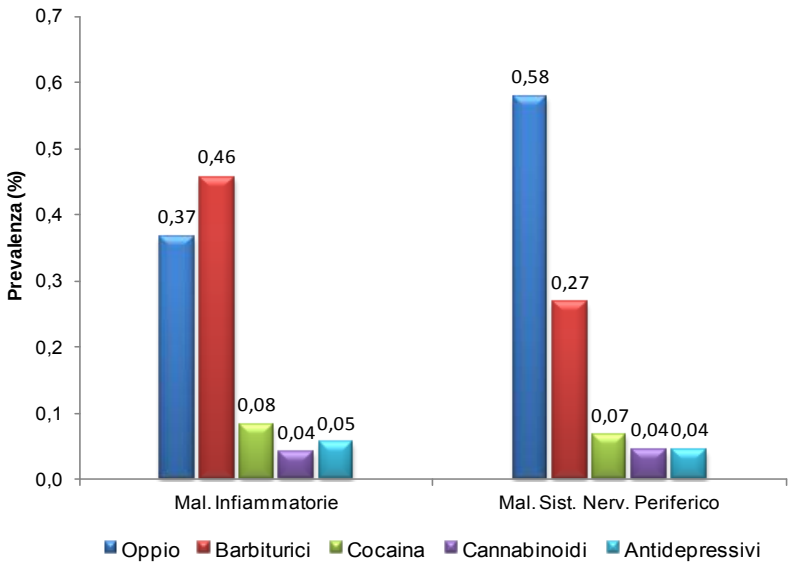
Concentrando l'analisi sui ricoveri con diagnosi principale riferita alle malattie dei tossicodipendenti e in secondaria alle sostanze da loro assunte, si osserva che tra i pazienti con diagnosi principale "malattie infettive", il 74% fa uso di oppiacei, seguito da altre droghe con il 12%. Tra i pazienti con diagnosi droga - correlata e ricoverati per disturbi all'apparato digerente, il consumo da oppiacei si osserva nel 51% 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 16% con consumo di cocaina.

I.4.2.3 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema nervoso centrale e degli organi dei sensi

Lieve aumento dei ricoveri droga correlati con malattie del sistema nervoso

Nel triennio 2008 - 2010 la percentuale di ricoveri droga correlati, in cui sono stati indicati in diagnosi principale o secondaria, disturbi relativi al sistema nervoso centrale ed agli organi di senso, ha subito un lieve aumentato di 1,4 punti percentuali (13,1 % nel 2008 vs 14,5% nel 2010).
Maggiormente soggette a comorbilità con malattie del sistema nervoso sembrano essere le donne, alle quali si riferisce il 65,6% dei ricoveri con tali caratteristiche. Circa 1.400 ricoveri, che rappresentano il 33,1% del totale droga correlati e comorbili con tali patologie, riguardano pazienti di età compresa tra 35 e 49 anni ed un ulteriore 16,6% si riferisce a pazienti ultra sessantacinquenni.
Un'analisi più approfondita, relativa alle diverse tipologie di malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi diagnosticate tra i ricoveri correlati all'uso di sostanze psicotrope, evidenzia la preponderanza di sindromi infiammatorie (oltre il 90% del totale delle patologie del sistema nervoso); in (Figura I.4.51) 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.4.51: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema nervoso centrale, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Le sindromi infiammatorie si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici (circa il 46%), contrariamente ai disturbi del sistema nervoso periferico, che, sebbene molto meno frequenti, si osservano in prevalenza tra i consumatori di oppiacei (circa il 58%).

I.4.2.4 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie del sistema circolatorio

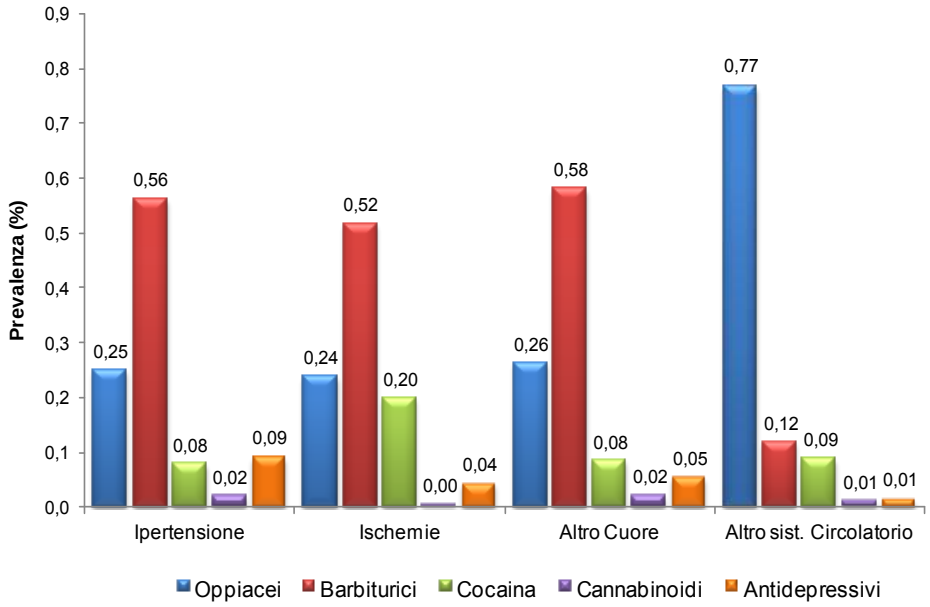
Nel 2010 i ricoveri droga correlati comorbili con patologie del sistema circolatorio hanno colpito in egual misura entrambi i generi e in quasi la metà dei casi (46,4%), pazienti ultra sessantacinquenni; raramente, vengono colpiti soggetti di età giovane

(4% fino a 30 anni).
Il 92% dei ricoveri droga correlati abbinati a malattie del sistema circolatorio risultano avvenuti in regime ordinario e il 60,8% 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 (44,1%), altre malattie del cuore (42,8%) e malattie ischemiche del cuore (12,1%).

Figura I.4.52: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza concomitante di patologie del sistema circolatorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Ischemia e cocaina

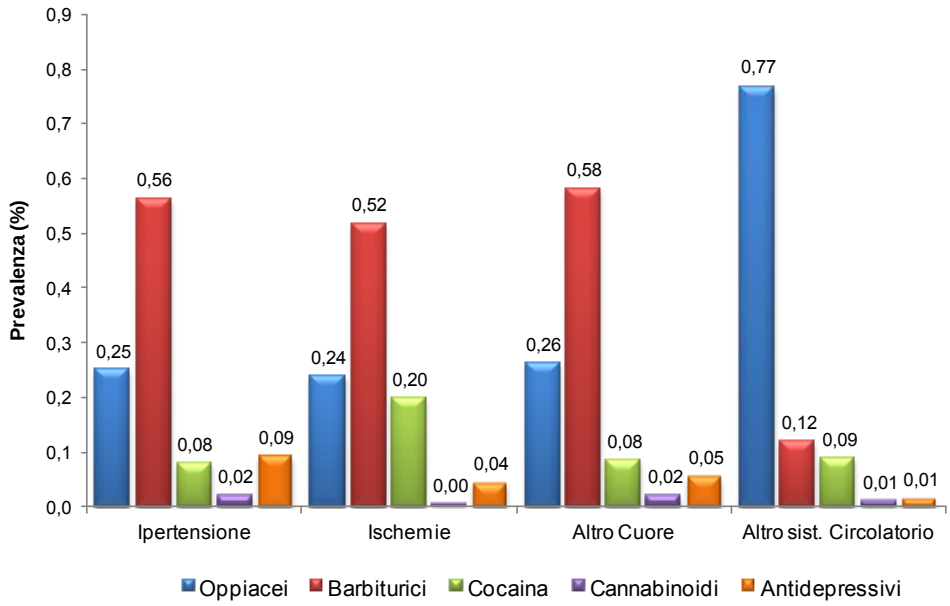
Le sindromi indicate in precedenza si manifestano in prevalenza in coloro che hanno abusato di barbiturici, sebbene le ischemie si riscontrino piuttosto frequentemente anche in pazienti cocainomani e pazienti che abusano di oppiacei. Altri disturbi del sistema circolatorio si osservano quasi esclusivamente tra i consumatori di oppiacei. Nell'interpretazione delle prevalenze delle classi di patologie, va considerato che i pazienti che assumono barbiturici presentano di norma una maggior età, pertanto, essi sono maggiormente esposti a patologie cardio-vascolari.

I.4.2.5 Ricoveri droga correlati in comorbilità con malattie dell'apparato respiratorio

Nel 2010 i ricoveri droga correlati comorbili con situazioni di diagnosi principale o secondaria relative a malattie dell'apparato respiratorio, costituiscono l'8,7% (pari a 2.077 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 (59,1%) e di ultra 65enni: il 22,3%. Un ulteriore 43,6% di ricoveri si osserva per pazienti di età compresa tra 30 e 49 anni.
I ricoveri droga correlati abbinati a malattie dell'apparato respiratorio risultano erogati in regime ordinario nel 98,2%; e il 79,5% è a carattere urgente, a fronte di valori più contenuti osservati per i ricoveri non comorbili (circa il 92% regime ordinario e oltre il 60% carattere urgente).
Nel 48,7% dei ricoveri in comorbilità con patologie dell'apparato respiratorio non è

stata indicata una diagnosi specifica e in un ulteriore 28,8% di ricoveri (600) è stata riscontrata una malattia polmonare cronica ostruttiva.
Un'analisi più approfondita effettuata in base alla sostanza d'uso, rilevata tra i ricoveri droga correlati, ed alla condizione di comorbilità con le malattie in studio, evidenzia tra i comorbili la quota più elevata di assuntori di oppiacei (33,0%), seguiti da abuso di barbiturici (25,1%) e altre droghe non specificate (22,2%).

Figura I.4.53: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per presenza di patologie dell'apparato respiratorio, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Malattie respiratorie e oppiacei

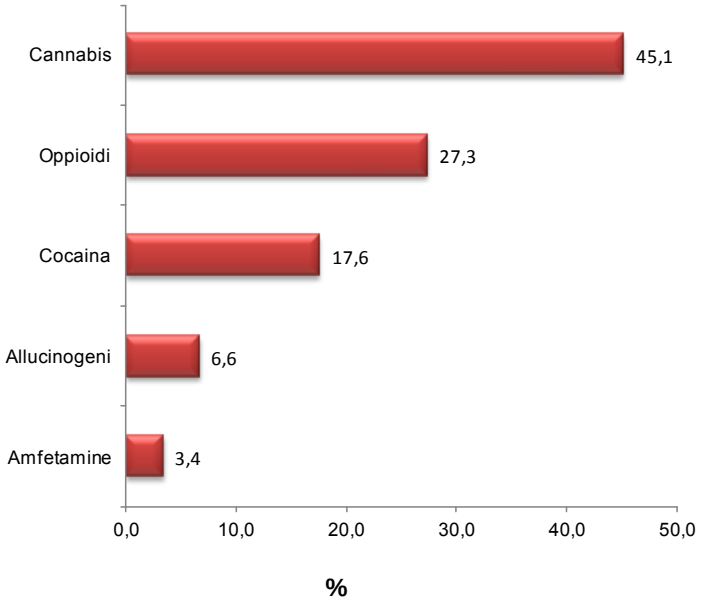
Le sindromi alle vie respiratorie colpiscono principalmente gli assuntori di oppiacei e di barbiturici, meno marcate le differenze tra gli assuntori di oppiacei e tra coloro che lamentano disturbi polmonari cronici o altre patologie del sistema respiratorio (Figura I.4.53).

I.4.2.6 Ricoveri in soggetti minorenni (periodo 2006-2010)

Nel periodo compreso tra 2006 e 2010 i ricoveri correlati a droghe per soggetti minorenni sono stati complessivamente 3.525, di cui 1.843 (pari al 52,3%) riferiti a neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti.

Le analisi per sostanze evidenziano che la cannabis rappresenta la sostanza stupefacente più frequentemente associata (45,1% dei casi) alla diagnosi (primaria o secondaria), seguita dagli oppioidi con il 27,3%, dalla cocaina con il 17,6% dagli allucinogeni con il 6,6% ed infine dalle amfetamine con il 3,4% dei casi

Figura I.4.54: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati per sostanza coinvolta.



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

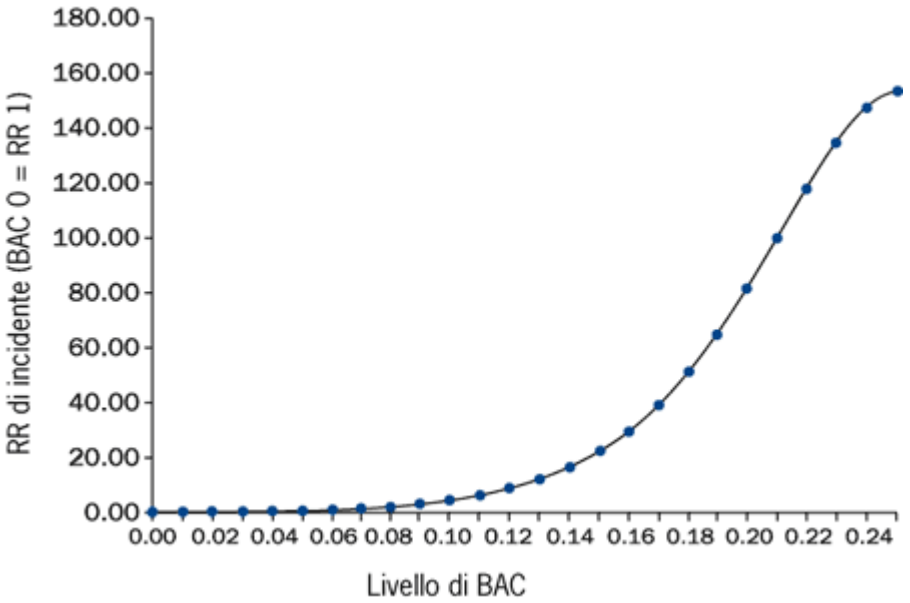
Infatti, nel 52,3% dei casi (pari a 1.843 SDO) si è trattato di neonati di madri consumatrici o tossicodipendenti che hanno avuto necessità di ricovero per sindrome da astinenza neonatale.

I.4.3 Incidenti stradali droga correlati

Premesse

Per l'Organizzazione Mondiale della Sanità gli incidenti stradali sono la nona causa di morte nel mondo fra gli adulti, la prima fra i giovani di età compresa tra i 15 e i 19 anni e la seconda per i ragazzi dai 10 ai 14 e dai 20 ai 24 anni. Si stima, inoltre, che senza adeguate contromisure, entro il 2020 rappresenteranno la terza causa globale di morte e disabilità.
Ci sono diversi fattori che possono contribuire al fenomeno degli incidenti stradali: il comportamento e lo stato psicofisico del conducente, la sicurezza dei mezzi di trasporto, le condizioni della circolazione sulle strade e i rischi legati al trasporto di prodotti pericolosi.
Tra i fattori legati allo stato del conducente, si possono classificare 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 auspicare un contesto "Alcool free".
Si parla di guida sotto l'effetto dell'alcol quando la concentrazione ematica di alcol (BAC: Blood Alcohol Concentration) è superiore al limite legale, che in Italia si ricorda è pari a 0,5 grammi per litro; la revisione della letteratura e le esperienze in atto in ambito europeo e internazionale evidenziano che un livello di alcolemia compreso tra 0,2 e 0,5 grammi/litro alcolemici si accompagna a un rischio di incidente fatale 3 volte maggiore rispetto al livello di alcolemia zero (tra 0,5 e 0,8 il rischio è 6 volte superiore; tra 0,8 e 0,9 ben 11 volte maggiore); ciò è evidente anche dalla Figura I.4.55.

Figura I.4.55: Stima del rischio relativo di morte per livello di BAC dei guidatori in incidenti senza il coinvolgimento di altri veicoli



Fonte: Osservatorio Nazionale Alcol

Per quanto concerne la concentrazione alcolica nel sangue, l'ultima raccomandazione emanata dal Parlamento Europeo risale al gennaio 2001 e fissa in 0,2 g/l la soglia indicata per trasportatori professionisti e neopatentati.
E' in itinere il provvedimento che raccomanderà la "tolleranza zero" per le due categorie così come già in vigore in Italia. Di seguito, nella tabella I.4.12, i limiti vigenti nella UE27 al novembre 2011.

Tabella I.4.12: Limiti legali del valore BAC – UE27 – anno 2011

Nazione	BAC STANDARD	BAC AUTISTI PROFESSIONISTI	BAC NEOPATENTATI/2001
Austria	0.5	0.1	0.1
Belgio	0.5	0.5	0.5
Bulgaria	0.5	0.5	0.5
Cipro	0.5	0.5	0.5
Danimarca	0.5	0.5	0.5
Estonia	0.2	0.2	0.2
Finlandia	0.5	0.5	0.5
Francia	0.5	0.5 (0.2 autisti di bus)	0.5
Germania	0.5	0.0	0.0
Grecia	0.5	0.2	0.2
Irlanda	0.5	0.2	0.2
Italia	0.5	0.0	0.0
Lettonia	0.5	0.5	0.2
Lituania	0.4	0.2	0.2
Lussemburgo	0.5	0.1	0.1
Malta	0.8	0.8	0.8
Olanda	0.5	0.2	0.2
Polonia	0.2	0.2	0.2
Portogallo	0.5	0.5	0.5

continua

continua

Nazione	BAC STANDARD	BAC AUTISTI PROFESSIONISTI	BAC NEOPATENTATI/2001
Regno Unito	0.5	0.8	0.8
Repubblica Ceca	0.0	0.0	0.0
Romania	0.0	0.0	0.0
Slovacchia	0.0	0.0	0.0
Slovenia	0.2	0.0	0.0
Spagna	0.5	0.3	0.3
Svezia	0.2	0.2	0.2
Ungheria	0.0	0.0	0.0

Fonte: European Transport Safety Council – Drink driving: Towards Zero Tolerance

Di particolare interesse la Tabella I.4.13 con il numero degli alcol test rispetto alla popolazione e la percentuale di riscontri positivi, notiamo che siamo ultimi per l'anno 2010 e penultimi nel triennio 2007-2009, il solo Regno Unito è riuscito a fare peggio. Il numero degli alcol test effettuati in Spagna e Francia è pari, rispettivamente, al quadruplo e al sestuplo di quelli effettuati in Italia.
L'Italia, comunque, in 3 anni ha più che raddoppiato il proprio impegno, passando dal 13 ‰ al 27 ‰ più che dimezzando nel contempo la percentuale di positivi dal 6% al 2,5% del 2010, performance che ci colloca meglio della Francia, rimasta stabile nel periodo in esame.
L'associazione tra test effettuati e positività andrebbe a confermare per l'Italia quanto la percezione di poter essere sottoposti ad alcol test mentre si è alla guida possa produrre un ottimo effetto deterrente.

Tabella I.4.13: Alcol test per mille abitanti e % test sopra il limite –UE– Anni 2007 – 2010

Nazione	2007		2008		2009		2010	
	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test per mille abitanti	% test sopra limite	Alcol test mille abitanti	% test sopra limite
Finlandia	318	1,6	385	1,3	421	1,0	429	0,9
Norvegia	n.d.	0,2	336	0,3	n.d.	0,3	367	0,2
Svezia	283	0,7	256	0,8	293	0,7	287	0,6
Cipro	149	6,8	182	5,9	196	6,2	217	5,3
Slovenia	191	7,3	202	5,8	212	4,7	198	4,7
Francia	182	3,3	189	3,3	181	3,3	173	3,4
Grecia	143	2,9	135	3,1	147	2,8	161	2,1
Irlanda	113	4,1	128	3,2	119	2,6	126	1,9
Austria	77	7,0	n.d	5,8	102	4,8	122	3,7
Ungheria	143	3,2	130	3,1	127	3,3	120	3,6
Spagna	96	2,2	112	1,8	128	1,8	114	1,8
Portogallo	57	5,6	63	5,9	81	4,3	106	3,8
Estonia	68	1,0	95	1,1	98	0,8	105	0,7
Polonia	n.d	n.d	47	9,5	n.d	7,5	88	4,9
Italia	13	6,0	23	3,4	27	2,9	27	2,5
Lituania	34	1,6	40	1,7	n.d	n.d	n.d	n.d
Germania	n.d	n.d	36	5,7	n.d	n.d	n.d	n.d
Regno Unito	10	16,3	12	12,9	14	11,6	n.d	n.d

Fonte: European Transport Safety Council - Drink driving: Towards Zero Tolerance

L'obiettivo fissato dall'Unione Europea nel Libro Bianco del 13 settembre 2001, che prevedeva la riduzione della mortalità del 50% entro il 2010, è stato perseguito in media dai 27 Paesi UE al 42,8% (Italia 42,4%), centrato solo da 7 con in testa le tre repubbliche baltiche (Lettonia, Estonia e Lituania) seguite da Spagna, Lussemburgo, Francia e Slovenia (vedi tabella 1.4.14) .
L'Italia, confrontata con le altre grandi nazioni europee, si ritrova purtroppo fanalino di coda; oltre a Spagna (-55,2%) e Francia (-51,1%) che hanno raggiunto l'obiettivo, siamo dietro anche a Portogallo (-49,4%) , Germania (-47,7%) e Regno Unito (-46%).

Tabella I.4.14: Morti in incidenti stradali nei paesi membri dell'Unione Europea (UE27) valori assoluti e variazione percentuale - anni 2001-2010

Nazione	2001	2010	Δ % 2010/2001
Austria	958	552	-42,4
Belgio	1.486	840	-43,5
Bulgaria	1.011	775	-23,3
Cipro	98	60	-38,8
Danimarca	431	265	-38,5
Estonia	199	78	-60,8
Finlandia	433	270	-37,6
Francia	8.162	3.992	-51,1
Germania	6.977	3.651	-47,7
Grecia	1.880	1.281	-31,9
Irlanda	411	212	-48,4
Italia	7.096	4.090	-42,4
Lettonia	558	218	-60,9
Lituania	706	300	-57,5
Lussemburgo	70	32	-54,3
Malta	16	15	-6,3
Olanda	1.083	640	-40,9
Polonia	5.534	3.907	-29,4
Portogallo	1.670	845	-49,4
Regno Unito	3.598	1.943	-46
Repubblica Ceca	1.334	802	-39,9
Romania	2.454	2.377	-3,1
Slovacchia	625	353	-43,5
Slovenia	278	138	-50,4
Spagna	5.517	2.470	-55,2
Svezia	531	266	-49,9
Ungheria	1.239	739	-40,4
UE27	54.355	31.111	-42,8

Fonte: European Transport Safety Council – Drink driving: Towards Zero Tolerance

L'informazione statistica sull'incidentalità è raccolta dall'Istat mediante una rilevazione totale a cadenza mensile degli 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. Come sopra accennato l'Unione Europea, nel libro Bianco del 13 settembre 2001, ha fissato l'obiettivo che prevedeva, entro il 2010, la riduzione del 50% della mortalità dovuta agli incidenti stradali.

Italia 2001-2010

riduzione degli incidenti stradali -19,6%

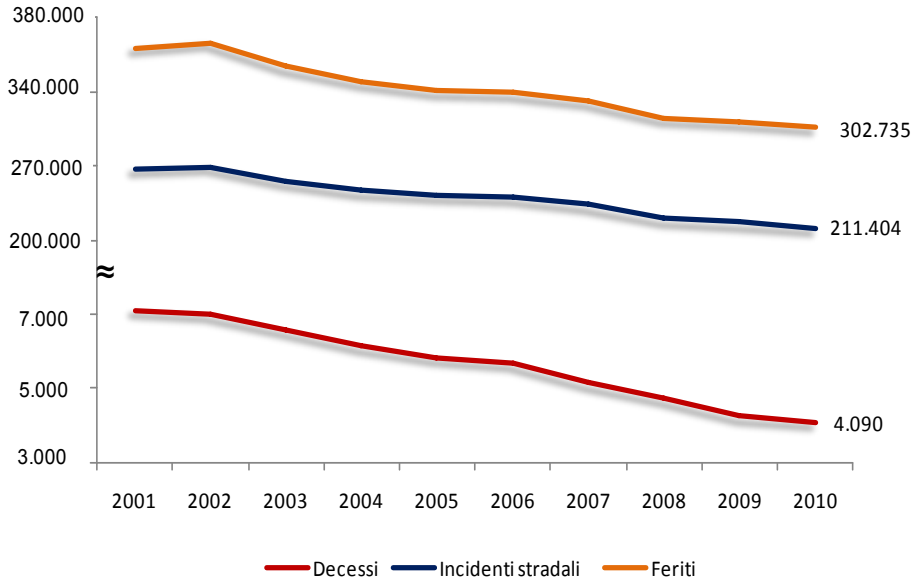
In Italia, tra il 2001 e il 2010, gli incidenti stradali con lesioni a persone sono passati da 263.100 a 211.404, con un calo del 19,6%; i morti sono diminuiti da 7.096 a 4.090 (-42,4%) e i feriti da 373.286 a 302.735 (-18,9%).
Considerando che nello stesso arco temporale (2001-2010) il parco veicolare è cresciuto di circa il 17%, la performance dell'Italia è da considerarsi soddisfacente anche se l'obiettivo (riduzione del 50%) non è stato centrato; il dato italiano confrontato con quello UE27 è in linea (-42,4% vs -42,8%) .
Nel 2010, rispetto al 2009, si riscontra una diminuzione del numero degli incidenti (-1,9%) e dei feriti (-1,5%) e un calo più consistente del numero dei morti (-3,5%).

riduzione dei morti: - 42,4%

riduzione dei feriti: - 18,9%

aumento parco veicolare: +17%

Figura I.4.56: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia – Anni 2001-2010 - valori assoluti



Fonte: Rapporto ACI-ISTAT 2011

Dal raffronto 2009-2010 si evince una sostanziale stabilità per quanto concerne gli incidenti ed i feriti sia a causa dell'alcol che di droghe, mentre varia il quadro legato ai decessi; per l'alcol scende dal 4,25% al 3,33% mentre per droga si sale dallo 0,83% all'1,47% .

Quadro generale

Tabella I.4.15: Incidenti e cause , valori assoluti e percentuali, anni 2009-2010

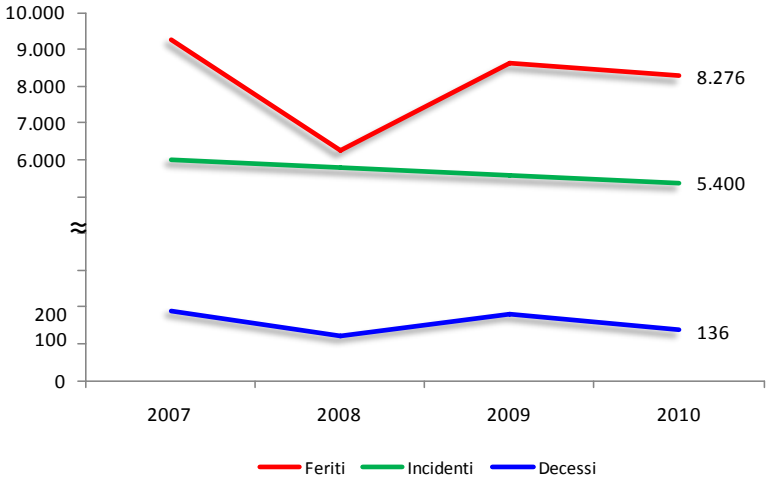
	2009			2010		
	Incidenti	**Deceduti**	**Feriti**	**Incidenti**	**Deceduti**	**Feriti**
Alcol	5.597	180	8.638	5.400	136	8.276
Droghe	848	35	1.489	916	60	1.471
Totale	**6.445**	**215**	**10.127**	**6.316**	**166**	**9.717**
Nessuna	208.960	4.022	297.131	205.088	3.924	293.018
Totale Gen.	**215.405**	**4.237**	**307.258**	**211.404**	**4.090**	**302.735**
Alcol	2,60%	4,25%	2,81%	2,55%	3,33%	2,73%
Droghe	0,39%	0,83%	0,48%	0,43%	1,47%	0,49%
Totale	**2,99%**	**5,08%**	**3,29%**	**2,98%**	**4,80%**	**3,22%**

Fonte: Elaborazioni DPA su dati ISTAT

Dal 2009 al 2010 aumentano i decessi per droghe (1,47%) e diminuiscono quelli per alcol (3,33%)

Quasi il 5% dei decessi 2010 è causato ufficialmente da alcol o droga

Figura I.4.57: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia alcol correlati – Italia - anni 2007-2010 - valori assoluti

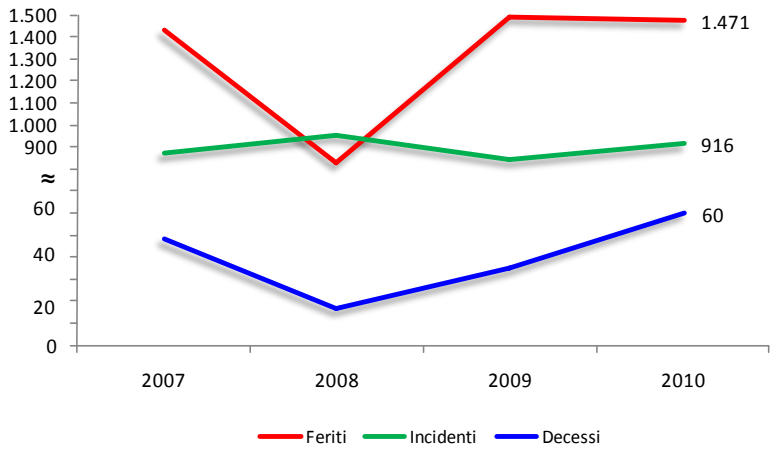


Gli incidenti alcol correlati causano molti più decessi della media

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Nella figura I.4.57 si evidenzia un trend molto stabile degli incidenti alcol correlati, mentre per i decessi e feriti è rilevante notare l'incremento in valore assoluto negli anni 2009 e 2010. Lo stesso fenomeno, in maniera ancora più rilevante, è evidenziato per i decessi droga correlati nella successiva figura I.4.58

Figura I.4.58: Andamento incidenti stradali, decessi e feriti Italia droga correlati – Italia - anni 2007-2010 - valori assoluti



Anche gli incidenti droga correlati causano molti più decessi della media

Fonte: Elaborazioni su dati ISTAT

Tabella I.4.16: Infrazioni accertate per art. 186 e 187 CdS e percentuali sul totale delle stesse - Italia - anni 2009-2011

	2009	2010	2011	%09	%10	%11
Guida sotto l'influenza di alcool (art. 186)	26.785	24.744	25.956	+1,09	+1,04	+1,07
Guida sotto l'effetto di sost. stup. (art. 187)	2.211	2.083	2.003	+0,09	+0,09	+0,08
Totale infrazioni per art. 186 e 187	28.996	26.827	27.959	+1,18	+1,13	+1,15
Tot. Gen. Infrazioni	2.448.641	2.369.540	2.426.956			

Fonte: Elaborazione su dati Ministero Interno - Polizia Stradale

Più dell'1% le infrazioni accertate per alcool

Dall'analisi della tabella I.4.16 si riscontra che. nell'ultimo anno considerato, le infrazioni accertate dalla Polizia Stradale per violazione dell'art. 186 del Codice della Strada sono in aumento, così come il totale generale delle infrazioni, mentre quelle legate all'art. 187 CdS fanno registrare un ulteriore calo. Il rapporto tra le infrazioni per alcool e sostanze stupefacenti rispetto al totale generale delle infrazioni evidenzia un trend in aumento per violazione art. 186 mentre è di segno opposto per l'art. 187 del Codice della Strada.

Più controlli meno infrazioni

I dati relativi all'incidentalità nei fine settimana forniti da ASAPS (Associazione Sostenitori Amici Polizia Stradale) per l'anno 2011 evidenziano un andamento positivo. Secondo i rilievi della sola Polizia Stradale e dell'Arma dei Carabinieri, rispetto al 2010, si registrano lievi diminuzioni per: numero complessivo dei sinistri, vittime, decessi al di sotto dei 30 anni, feriti e incidenti mortali su due ruote.

Dati del weekend:

Incidenti -10,3%

Decessi -12,2%

Feriti -9,8%

Anche gli incidenti e le vittime nelle ore notturne (22,00-06,00), diminuiscono: gli incidenti complessivi sono passati da 45.757 nel 2010 a 41.042 nel 2011, -4.715 incidenti pari a un calo del 10,3%; le vittime sono passate da 1.263 a 1.100 (-163 soggetti, pari ad una diminuzione del 12,2%) e i feriti da 36.327 sono scesi a 32.762, -3.565 pari a una diminuzione del 9,8%. I ragazzi con meno di 30 anni che hanno perso la vita nel 2011 sono stati 377, contro i 453 del 2010 -76 decessi pari al -16,8%.

Decessi Under 30: -16,8%

Per l'incidentalità notturna, (relativa alla fascia oraria cha va dalle 22,00 alle 06,00 del venerdì sul sabato e del sabato sulla domenica) 345 persone hanno perso la vita in 305 incidenti. Rispetto al 2010, si registra un decremento del 13,1%, ovvero ben 52 decessi in meno rispetto alle 397 vittime delle notti dei week-end dell'anno precedente.

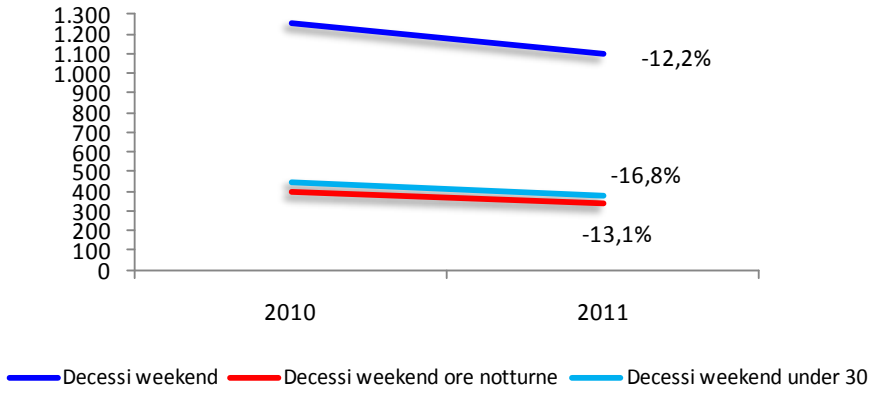
Decessi notturni -13,1%

Tabella I.4.17: Incidentalità nel fine settimana - anni 2010-2011

	2010	2011	Δ % 2011/2010
Incidenti complessivi nei weekend	45.757	41.042	-10,3
Decessi nei weekend	1.263	1.100	-12,2
Decessi nei weekend ore notturne	397	345	-13,1
Decessi nei weekend under 30	453	377	-16,8
Feriti nei weekend	36.327	32.762	-9,8

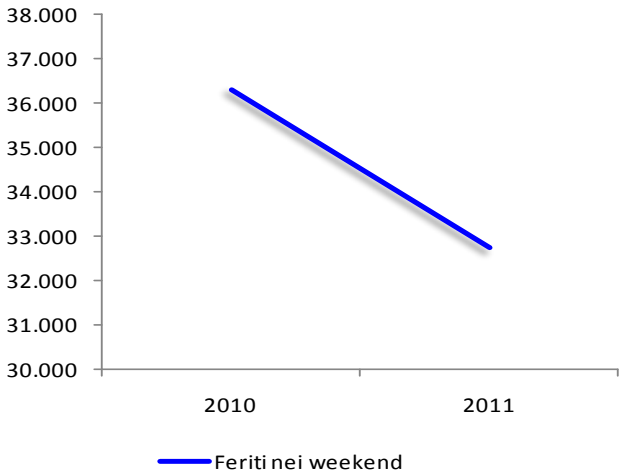
Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.59: Confronto decessi nel fine settimana 2010-2011



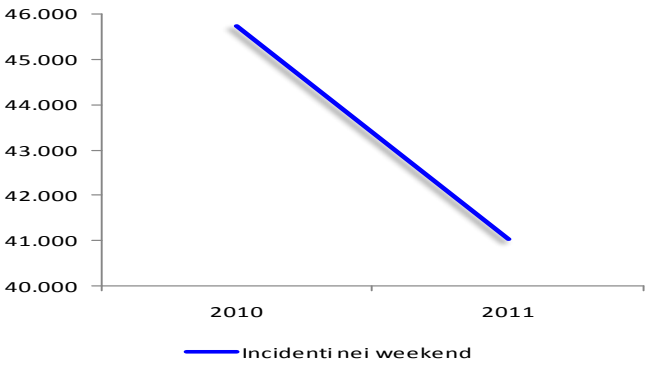
Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.60: Confronto feriti nel fine settimana, anni 2010-2011



Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

Figura I.4.61: Confronto incidenti nel fine settimana, anni 2010-2011



Fonte: Elaborazione su dati ASAPS

L'Osservatorio "Sbirri Pikkiati" del Centauro - ASAPS nel 2011 ha registrato 2.230 casi di aggressione fisica (referto medico per lesioni fisiche subite) ad operatori di polizia che operano su strada. In 496 casi (22%) per aggredire l'operatore sono state usate armi proprie o improprie (bastoni, coltelli, crick, in molti casi la stessa vettura

757 aggressioni fisiche ad agenti di strada causate da alcol o droga

per travolgere l'operatore). Il 52,6% delle aggressioni hanno riguardato appartenenti all'Arma dei Carabinieri, il 35,8% alla Polizia di Stato, il 10,4% alla Polizia Locale, il 5,7% ad altri corpi. In 757 casi (34%) l'aggressore era sotto gli effetti di alcol o sostanze stupefacenti . Nel 2010 le aggressioni erano state 2.079, l'incremento è quindi del 7%. Il 35,5% degli episodi avviene al nord, il 24,8% al centro e il 39,8% al sud.

L'Osservatorio ASAPS "I contromano", che registra le infrazioni da cui conseguono incidenti, pur nella limitata casistica, indica che, nel 2011, su 304 episodi riscontrati in ben 72, pari al 23,7% , è stato accertata nel conducente lo stato di ebbrezza da alcol o l'uso di sostanze stupefacenti.

Il 23,7% dei conducenti "contromano" sotto l'effetto di alcol o droga

I.4.3.1. Il Progetto quadro NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli Incidenti stradali Droga e Alcol Correlati – Protocollo D.O.S.

Il Dipartimento Politiche Antidroga, a partire dall'anno 2009, ha promosso la diffusione del Protocollo Drugs on Street (D.O.S.), un'iniziativa che ha l'intento di favorire l'attivazione a livello nazionale di attività di controllo volte alla prevenzione degli incidenti stradali causati dalla guida sotto effetto di alcol e droghe.

Il protocollo Drugs on Street

L'attività di controllo svolta attraverso il protocollo D.O.S. ha consentito di definire una modalità di rilevazione specifica per individuare i conducenti che, pur non avendo assunto alcol, risultano in stato di alterazione psico-fisica per assunzione di sostanze stupefacenti.

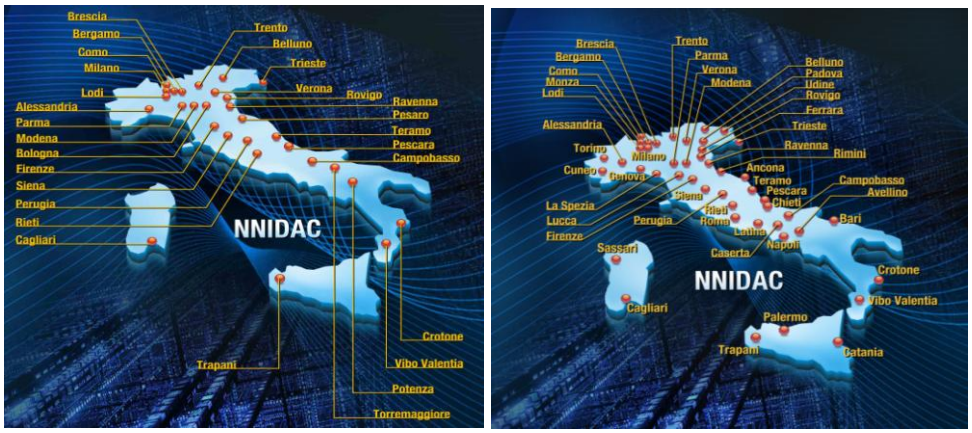
A seguito della fattiva esperienza portata avanti dal Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 20 di Verona, il Dipartimento Politiche Antidroga ha esteso l'iniziativa coinvolgendo gran parte del territorio nazionale invitando alla creazione di network locali che ripercorressero l'esperienza veronese: al fine di implementare le attività di controllo sul territorio locale, attraverso l'invio di materiale informativo relativo al Protocollo Drugs on Street, sono state contattate Prefetture, Assessorati Regionali, Province Autonome e Comuni italiani.

In seguito ad un'attenta valutazione dei tassi di incidentalità e sulla base delle manifestazioni di interesse fornite dalle Prefetture, nell'anno 2009 sono stati individuati 29 Comuni italiani ai quali è stato attribuito un finanziamento per l'attivazione di progetti esecutivi territoriali adattabili alle esigenze locali, nel rispetto degli obiettivi previsti dal Progetto Quadro NNIDAC - Protocollo D.O.S.

Sperimentazione attiva in 29 Comuni italiani

Il progetto, che si avvale della collaborazione del Ministero delle Infrastrutture e dei Trasporti, del Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome, dell'ANCI, del Gruppo Tossicologi Forensi Italiani e del coordinamento delle Prefetture, è stato attivato per il biennio 2010/2011 nei 29 Comuni riportati a sinistra in figura 1. Il progetto proseguirà per il biennio 2012/2013 ampliando a circa 50 il numero di Comuni partecipanti.

Figura I.4.62: Comuni aderenti e partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011(a sin) e ampiamento a 50 comuni nel 2012-2013 (a dx.) – Protocollo Drugs on Street.



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS

I controlli, svolti grazie alla collaborazione sinergica tra le Forze dell'Ordine (Polizia Stradale, Arma dei Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Municipale, Polizia Provinciale) ed una equipe di medici e infermieri, hanno interessato una vasta superficie del territorio italiano, corrispondente a 5.256,06 kmq, 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 attività 2010/2011

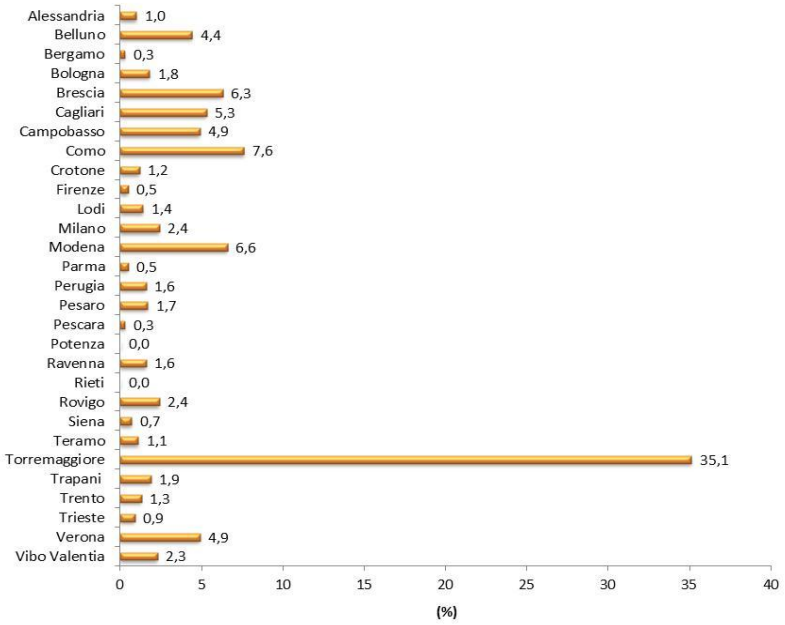
I risultati di seguito riportati sono relativi alle attività di controllo condotte presso i Comuni interessati nel biennio 2010/2011.

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, e sabato e domenica.

Durante l'attività di controllo sono stati fermati quasi 44.300 veicoli e sottoposti ad accertamenti clinici e tossicologici oltre 25.000 conducenti, nella fascia d'età compresa tra i 15 e i 64 anni.

Figura I.4.63: Distribuzione percentuale dei veicoli controllati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010/2011.

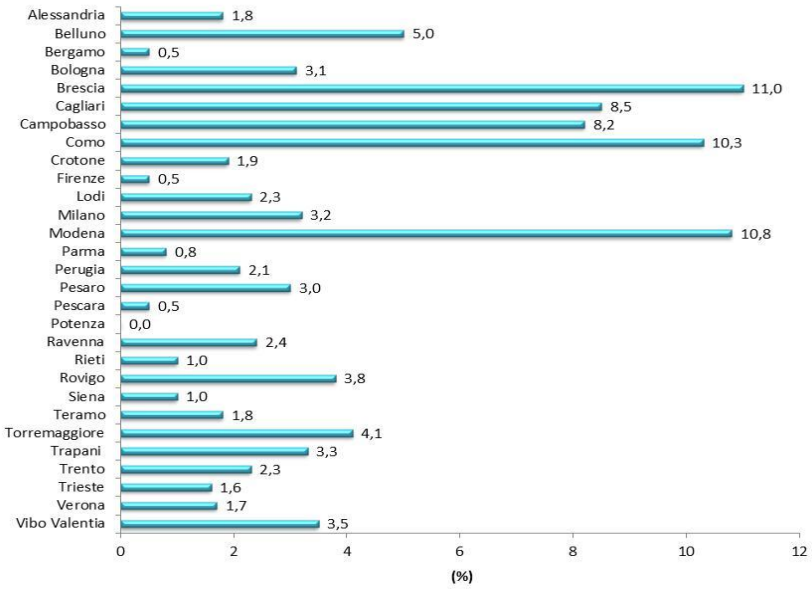
44.300 Veicoli controllati



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS
Nota: il comune di Torremaggiore ha operato in ambito provinciale

Fgura I.4.64: Distribuzione percentuale dei conducenti esaminati nei comuni partecipanti al Progetto Quadro NNIDAC 2010/2011

Oltre 25.000 conducenti sottoposti ad accertamenti clinico-tossicologici



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC 2010-2011 – Protocollo DOS

In oltre il 5,5% dei fermati è stata riscontrata positività per alcol o droghe

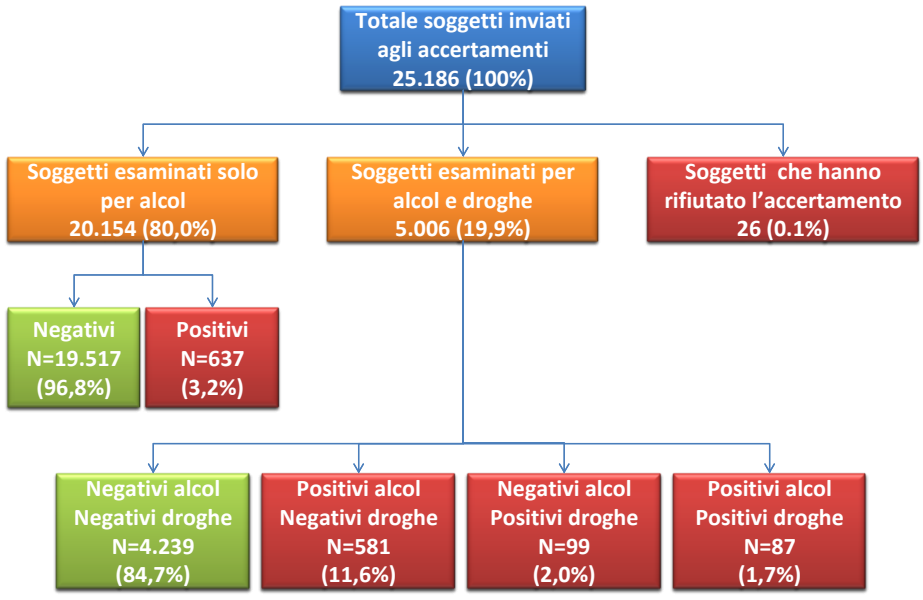
Tabella I.4.18: Controlli effettuati sui conducenti fermati per accertamenti ai sensi degli artt. 186 e 187 CdS, ed esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati

Caratteristiche	N	% c
Controlli effettuati		
Totale Conducenti inviati agli accertamenti	25.186	100
Totale esaminati solo per alcol	20.154	80,0
Totale esaminati per alcol e droga	5.006	19,9
Rifiuti ad effettuare esami clinico-tossicologici	26	0,1
Esiti degli accertamenti sui conducenti esaminati (25.160 soggetti)		
Conducenti negativi	23.756	94,3
Positivi Solo Alcol (art. 186 e 186bis del C.d.S.)	1.218	4,8
Positivi Solo Droghe (art. 187 C.d.S.)	99	0,4
Positivi Alcol e Droghe (artt. 186, 187 C.d.S.)	87	0,3
Totale Conducenti Positivi	**1.404**	**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 5,6%. Tra i conducenti positivi all'etilometro (1.218), la maggior parte (81,4%) 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), il 9,9% ha 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 8,7% un'alcolemia superiore a 1,5 g/l cui corrisponde la confisca del veicolo.

Figura I.4.65: Esiti degli accertamenti riscontrati nel campione di conducenti esaminati per alcol e droga.

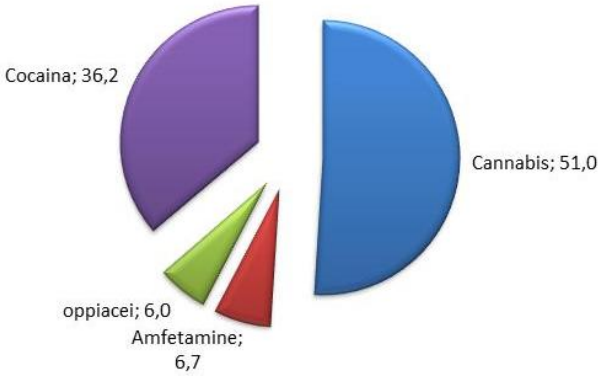


Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC – Protocollo DOS

Il dettaglio delle sostanze presenti nei soggetti testati per alcol e droghe è riportato nella figura I.4.66.

Figura I.4.66: Positività alle sostanze psicoattive riscontrate tra i conducenti esaminati per droghe (5.006 soggetti)

51% positivi per cannabis, 36,2% positivi per cocaina



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 (51% 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, segue la cocaina (36,2%), seguono le amfetamine (6,7 %) e gli oppiacei (6%)2.

Poliassunzione

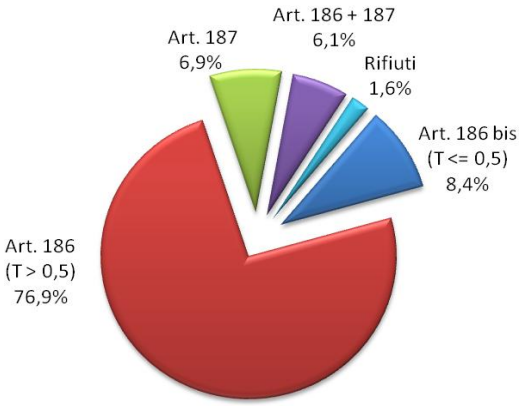
Un fenomeno riscontrato con una certa frequenza riguarda la poliassunzione, ossia l'assunzione contemporanea di diversi tipi di droghe o l'associazione di alcol e droghe. Nonostante l'esiguità dei dati, è possibile evidenziare la frequente combinazione di cannabis e cocaina, alcol e cannabis o alcol e cocaina.

Il nuovo Codice della Strada

Il nuovo Codice della Strada, legge 29 luglio 2010, n. 120, regolamenta la guida in stato psicofisico alterato con tre articoli specifici. Agli articoli 186 "Guida sotto l'influenza dell'alcool", 187 "Guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di sostanze stupefacenti", si è aggiunto l'articolo 186-bis, che regolamenta la "Guida sotto l'influenza dell'alcol per conducenti di età inferiore a ventuno anni, per i neo-patentati e per chi esercita professionalmente l'attività di trasporto di persone o di cose". Con l'attivazione del Protocollo Drugs on Street e sulla base del nuovo sistema normativo che prevede sanzioni più severe per i trasgressori, sono state intensificate le azioni di controllo e monitoraggio sulle strade.

[2] Fonte: Zalesky A., Solowij N., Yu Cel M., Dan, et al: "Effect of long-term cannabis use on axonal fiber connectivity". Brain, June 2010; Wadsworth E.J.K., Moss, S.C., Simpson S.A., Smith A.P. "A community based investigation of the association between cannabis use, injures and accidents" – Journal of Psychopharmacology, 2005

Figura I.4.67: Sanzioni a carico dei conducenti risultati positivi



Fonte: Elaborazione su dati Dipartimento Politiche Antidroga - Progetto Quadro NNIDAC

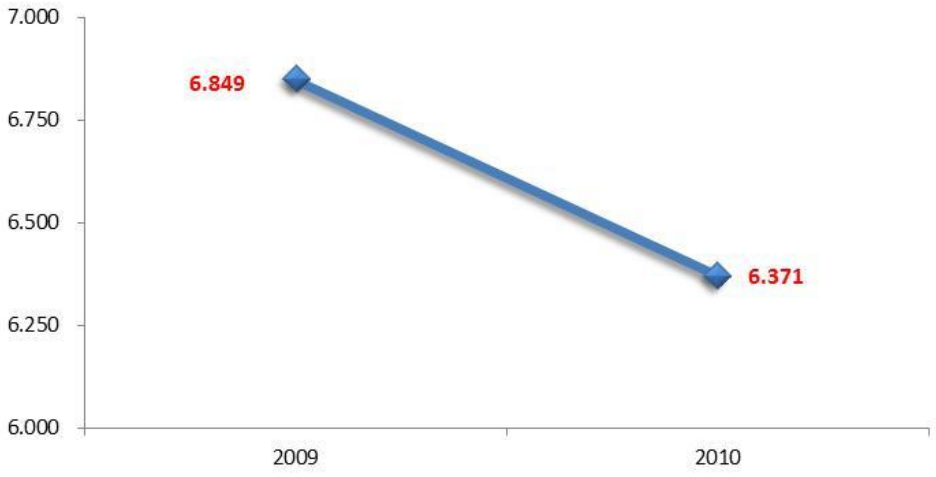
1.310 patenti ritirate 112 veicoli sequestrati

Sul totale dei conducenti sanzionati (1.430), sono state ritirate 1.310 patenti e sequestrati 112 veicoli.
Il 76,9% dei conducenti esaminati è stato sanzionato per abuso di alcol (tra 0,5 – 1,5 g/l), condizione che risulta anche essere il fattore più rilevante nel caso di incidenti stradali gravi o mortali. Seguono le sanzioni per gli articoli 186-bis con l'8,4%, 187 con il 6,9% e la poliassunzione di sostanze stupefacenti associata all'uso di alcol col il 6,1%.

Rilevazione dell'incidentalità notturna

Nei Comuni aderenti al progetto è stata effettuata un'analisi comparata dell'incidentalità notturna tra il periodo di applicazione del Protocollo D.O.S durante i controlli su strada e lo stesso periodo dell'anno precedente; nella maggioranza di essi, si è riscontrata una diminuzione dell'incidentalità notturna.
L'elaborazione, eseguita su una base dati di 19 Comuni su 29, evidenzia nel 2010 un calo sia degli incidenti sia dei feriti rispetto al 2009, ma un aumento dei decessi. E' stato rilevata, inoltre, una diminuzione generale delle sanzioni applicate.

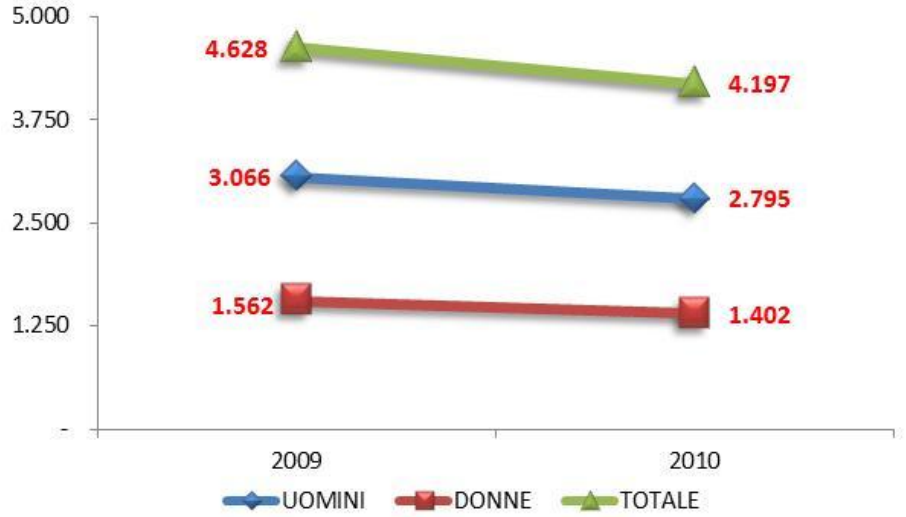
Figura I.4.68: Andamento degli incidenti stradali 2009-2010



Diminuzione degli incidenti stradali dal 2009 al 2010

Rispetto al 2009, nel 2010 gli incidenti stradali nei 19 comuni hanno subito una diminuzione pari a 478 episodi (meno 7% rispetto all'anno precedente).

Figura I.4.69: Numero di feriti causati da incidenti stradali 2009-2010



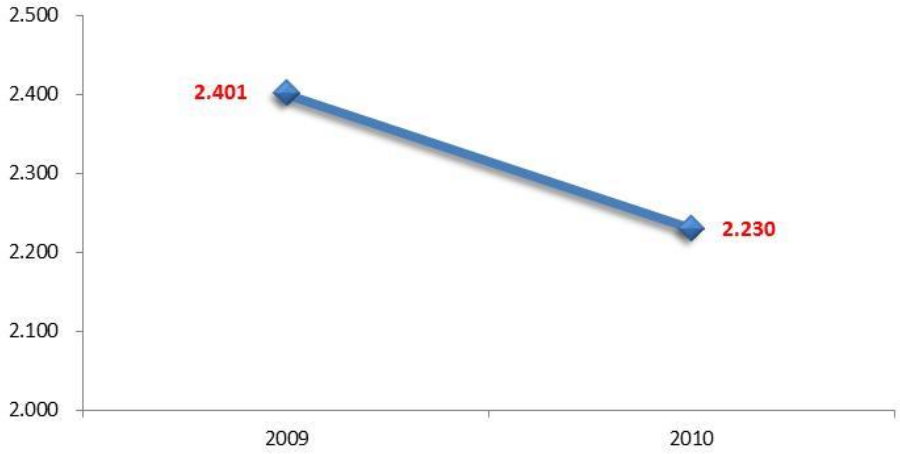
Diminuzione del numero di feriti causati da incidenti stradali dal 2009 al 2010

Anche il numero dei feriti è diminuito, passando, complessivamente, 4.628 a 4.197 (2009 vs, 2010), con una riduzione di 431 casi (meno 9%)

Nei 19 territori che hanno contribuito alla rilevazione dei dati sulla incidentalità con danni a persone è stata anche rilevata l'applicazione delle sanzioni CdS a carico dei conducenti.

Applicazione delle sanzioni 2009-2010

Figura I.4.70: Applicazione delle sanzioni 2009-2010



Rispetto al 2009 le sanzioni mostrano complessivamente una riduzione del 7%; questo valore risulta del tutto sovrapponibile a quello osservato per gli incidenti.

La diffusione del Protocollo Drugs on Street a livello nazionale ha posto le basi per lo sviluppo e l'implementazione di azioni di prevenzione e controllo mirate a contrastare l'incidentalità stradale alcol e droga correlata.La creazione di reti a livello locale composte da 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 la realizzazione e l'incremento di 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 mettono alla guida. A seguito delle manifestazioni di interesse espresse dai Comuni aderenti al progetto NNIDAC 2010/2011 e sulla base dei risultati ottenuti, che hanno dimostrato l'efficacia degli interventi in termini di individuazione dei

conducenti alla guida in stato alterato, il Dipartimento Politiche Antidroga ha ritenuto opportuno estendere per il biennio 2012/2013 il Progetto Quadro NNIDAC a circa 50 Comuni Italiani.

I.4.4. 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 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 Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, che rileva gli episodi in cui siano state interessate le Forze di Polizia su base indiziaria (segni inequivocabili di intossicazione da sostanze psicoattive).
In base ai dati forniti dalla DCSA, dal 1999, anno in cui si sono registrati 1.002 casi di decesso per overdose, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2003 raggiungendo 517 decessi annui; dal 2004 al 2007 si osserva una sostanziale stabilità, sebbene con una discreta variabilità, tra i 551 e i 653 decessi. Negli anni successivi si osserva un nuovo decremento che raggiunge il valore minimo nel 2011 con un numero di decessi pari a 362 (Figura I.4.71). Gli andamenti per genere non evidenziano particolari differenze ed il rapporto dei decessi tra maschi e femmine si attesta all'incirca a 9 maschi ogni donna (9,3); tale quoziente varia da un minimo di 6,5 nel 2011 (in cui il 13,3% dei deceduti era costituito da donne) ad un massimo di 11,8 nel 2004-2005 (in cui le donne hanno rappresentato il 7,8% dei decessi) (Tabella I.4.19).

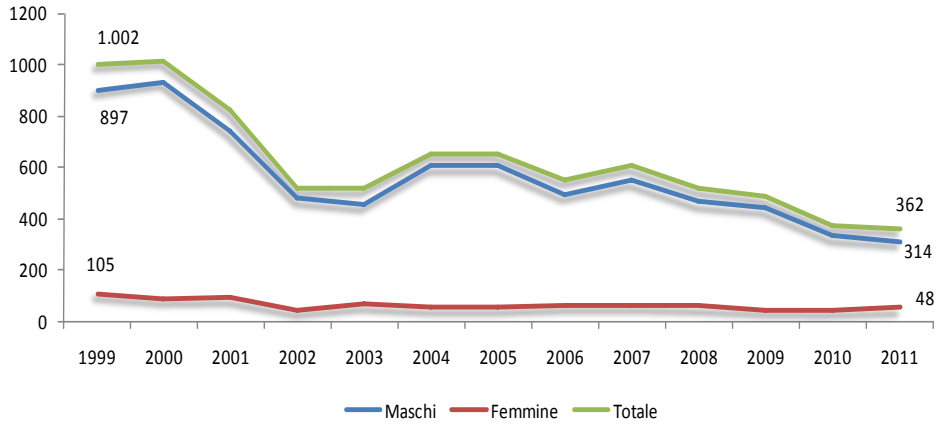
Trend in forte decremento dei decessi droga correlati: da 1.002 decessi nel 1999 a 362 nel 2011

Tabella I.4.19: Decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999 – 2011

	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
M	897	931	737	478	454	602	602	492	546	462	440	332	314
F	105	85	88	42	63	51	51	59	60	55	44	42	48
Tot.	**1002**	**1016**	**825**	**520**	**517**	**653**	**653**	**551**	**606**	**517**	**484**	**374**	**362**
M/F	8,5	11,0	8,4	11,4	7,2	11,8	11,8	8,3	9,1	8,4	10,0	7,9	6,5

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

Figura I.4.71: Trend dei decessi per overdose, secondo il genere e l'anno di decesso. Anni 1999-2011



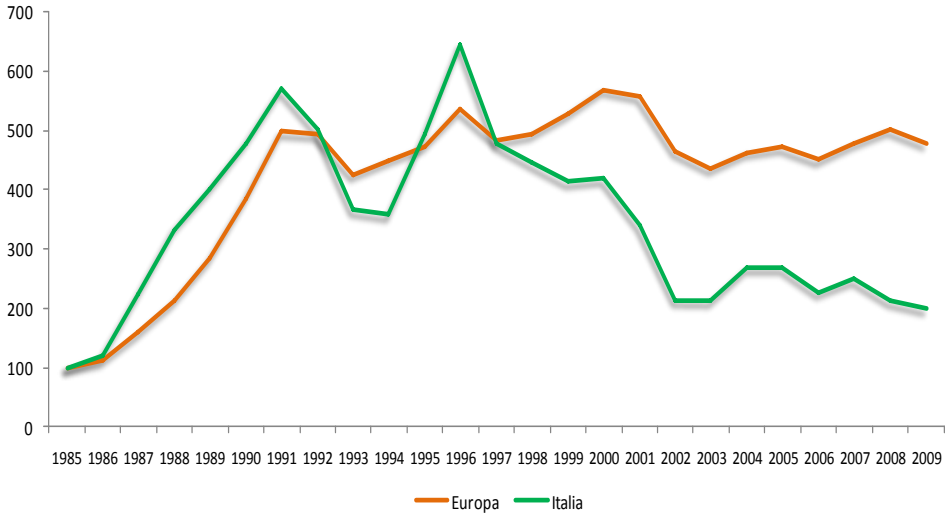
Continua la diminuzione dei decessi

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 nei primi anni novanta; in Italia, ciò è avvenuto soprattutto in associazione all'aumento del consumo di eroina e dell'assunzione di sostanze per via endovenosa. Dal 1997, in Italia, il trend della mortalità segue un andamento progressivamente decrescente fino al 2002, con molta probabilità dovuto all'aumento in quegli anni delle strutture che forniscono servizi terapeutici ed alla diversificazione delle scelte delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori. Nel periodo successivo, dal 2003 al 2009, il trend si stabilizza a valori lievemente superiori, contrariamente all'andamento medio europeo che si stabilizza a valori più elevati (Figura I.4.2).

Figura I.4.72: Trend indicizzato dei decessi per intossicazione acuta di stupefacenti in Europa e in Italia. Anni 1985 – 2009 (Anno base 1985=100)

Maggior decremento dei decessi in Italia rispetto al trend europeo

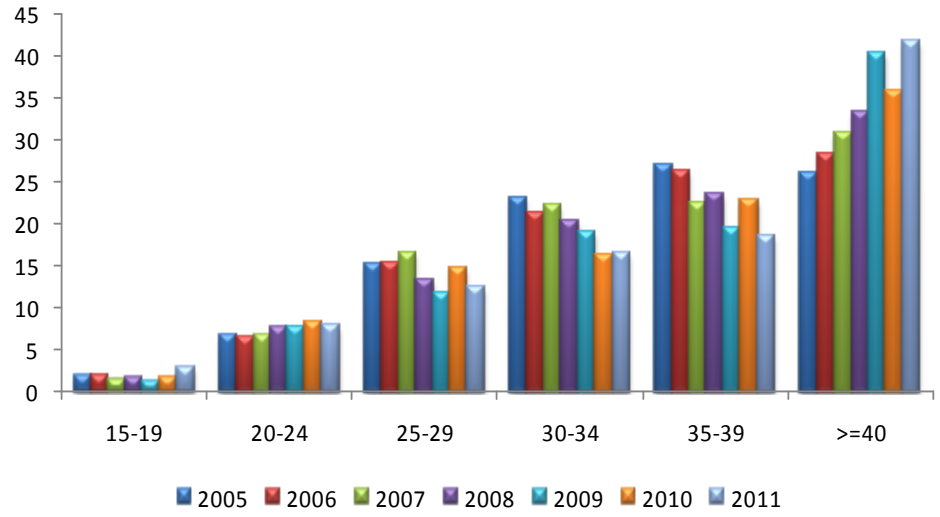


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA e Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Bollettino Statistico 2011

Aumento dell'età media del decesso: da 32 anni nel 1999 a 37 anni nel 2011

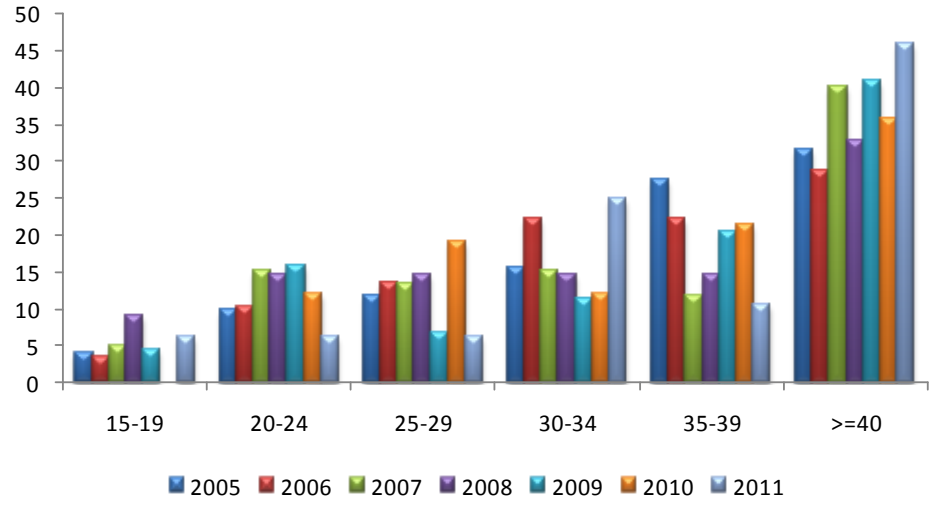
Nell'ultimo decennio l'età del decesso è progressivamente aumentata, passando in media dai 32 anni circa del 1999 ai 37 anni del 2011; se all'inizio del periodo considerato circa il 31% dei decessi era costituito da persone con più di 35 anni, nel 2011 tale quota raggiunge il 60% circa, che risulta il valore più alto insieme a quello registrato 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. Prendendo in analisi l'anno 2011, si osserva una riduzione dei decessi nelle fasce di età 25-29 e 35-39 sia per i maschi che per le femmine; per queste ultime vi è una diminuzione anche nella classe 20-24 anni.

Figura I.4.73: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nei maschi per fascia di età. Anni 2005 – 2011



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

Figura I.4.74: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nelle femmine per fascia di età. Anni 2005 – 2011



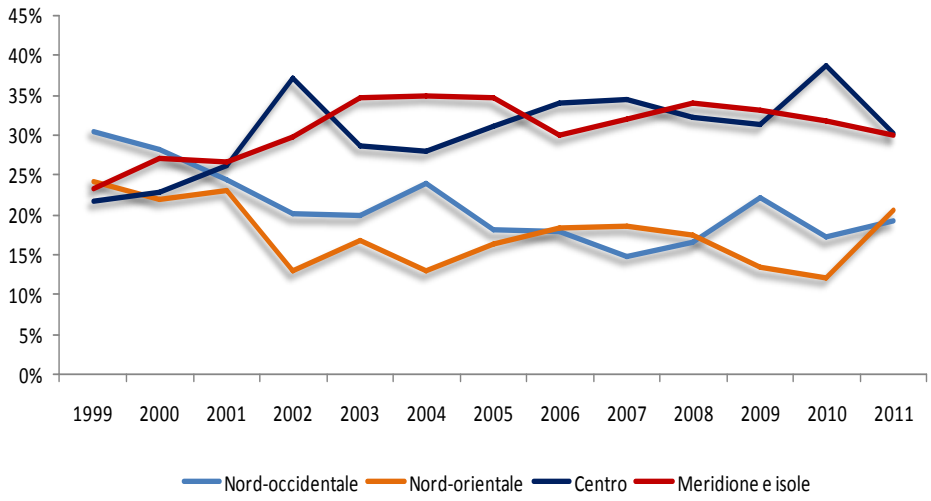
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

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 negli ultimi due anni. Per quanto riguarda le femmine, invece, la percentuale di decessi è costantemente superiore a quella dei maschi di giovane età, con valori massimi nel 2008 (9,1%); nel 2010, non si sono registrati decessi tra le femmine, mentre nel 2011 si registra una percentuale pari al 6,3% (Figura I.4.74).

Figura I.4.75: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose per area geografica. Anni 1999 – 2011

Percentuale maggiore di decessi in meridione/isole e centro

Trend geograficamente differenziati: diminuzione al centro aumento al nord,



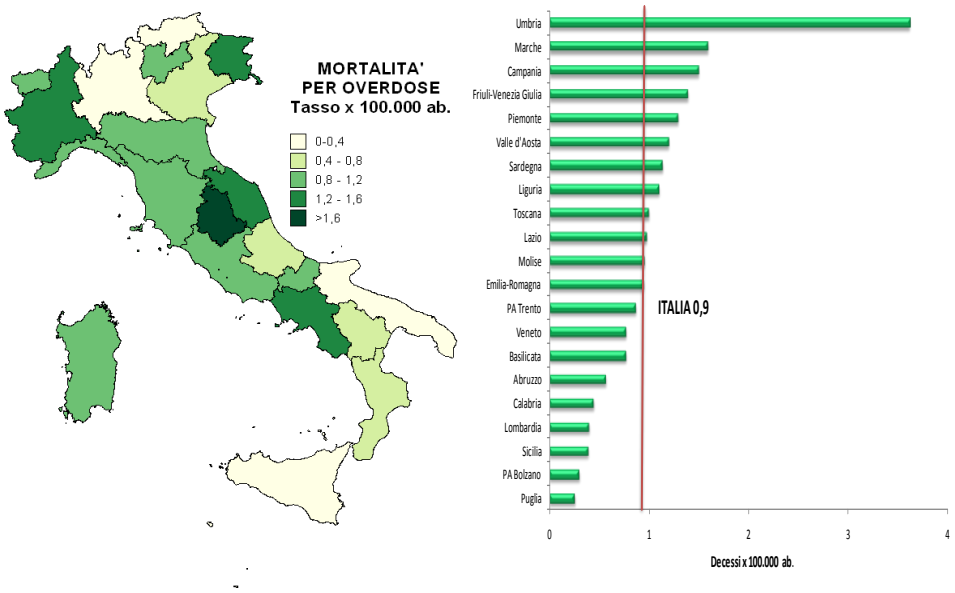
Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

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 2011, si osserva una diminuzione dei decessi nel centro Italia ed un aumento nelle zone Nord del Paese, mentre è quasi stabile per meridione ed isole (Figura I.4.75).

Anche nel 2011, l'Umbria risulta essere la Regione maggiormente colpita dai decessi per overdose facendo registrare un tasso di mortalità[3] pari a quasi 4 decessi ogni 100.000 residenti, seguita dalle Marche e dalla Campania. I quattro casi registrati nel Trentino Alto Adige, sono localizzati uno nella Provincia Autonoma di Bolzano e tre nella Provincia Autonoma di Trento (Figura I.4.76).

[3] Il tasso di mortalità per intossicazione acuta viene calcolato dividendo il numero dei deceduti per i residenti in una determinata regione sulla popolazione (15-64 anni - a rischio) residente nella regione alla data del 1 gennaio 2011.

Figura I.4.76: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011



Le regioni più colpite: Umbria, Marche, Campania, Friuli Venezia Giulia

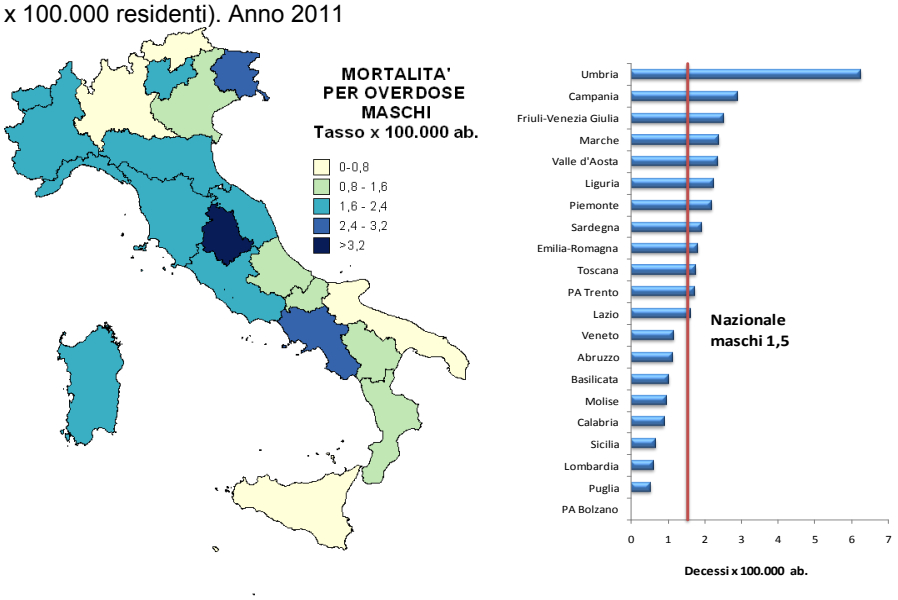
Le regioni meno colpite: Puglia, PA Bolzano, Sicilia, Lombardia

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

La distribuzione del tasso di mortalità per intossicazione acuta nei maschi per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Regione Umbria (6 decessi per 100.000 residenti), seguita dalla Campania e dal Friuli Venezia Giulia con 3 decessi per 100.000 residenti (Figura I.4.77).

Il tasso di mortalità nei maschi in Umbria è 4 volte la media nazionale

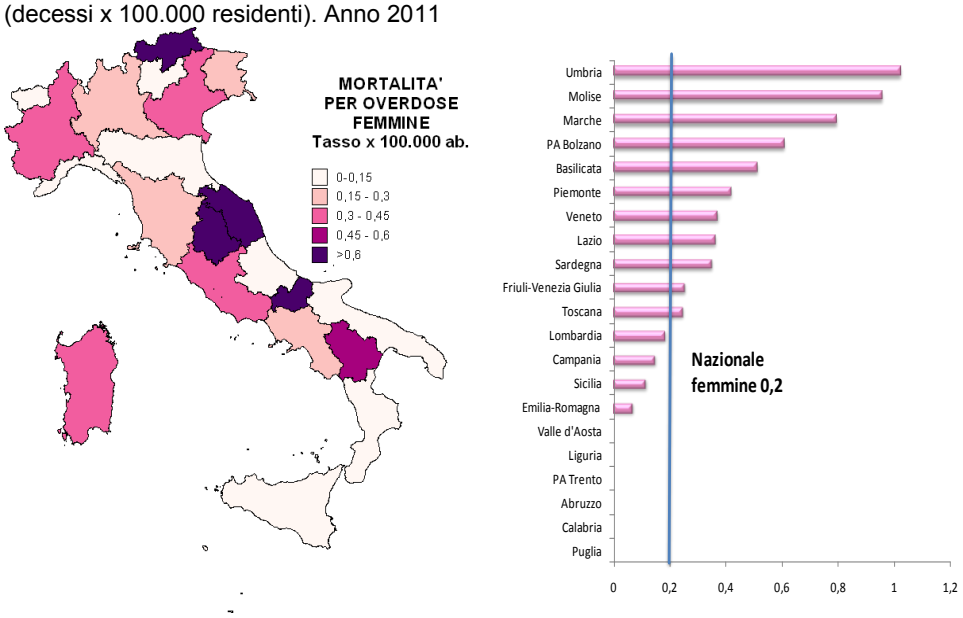
Figura I.4.77: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nei maschi (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011



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

Per le femmine il tasso di mortalità risulta essere sensibilmente inferiore rispetto a quello dei maschi in quasi tutte le regioni; il valore medio nazionale è pari a 0,2 decessi per 100.000 residenti a fronte di 1,5 decessi per 100.000 residenti osservato nei maschi. Anche in questo caso la regione più colpita è l'Umbria con un 1 decesso per 100.000 residenti (Figura I.4.78).

Figura I.4.78: Tasso di mortalità per intossicazione acuta da stupefacenti nelle femmine (decessi x 100.000 residenti). Anno 2011

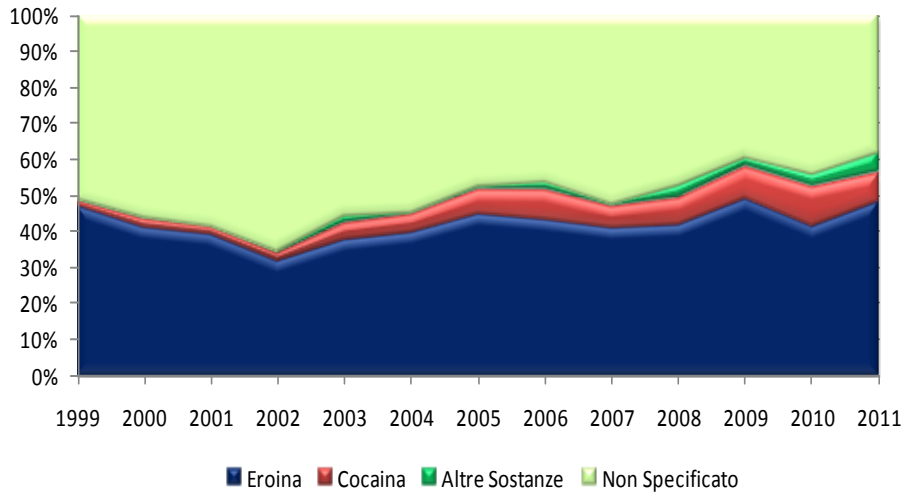


Fonte: Elaborazione su dati del Ministero dell'Interno – DCSA

Per circa il 38% dei decessi registrati nel 2011 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 48% dei casi il decesso è stato ricondotto, con ragionevole sicurezza, all'eroina, nell'8% alla cocaina, nel 4% al metadone nel restante 1% ad altre sostanze (un decesso per M.D.M.A, uno per metamfetamina, uno per crack, uno per hashish e due per barbiturici) . L'eroina si conferma, quindi, lo stupefacente che causa il maggior numero di decessi e di tossicodipendenze. Come nel 2010, l'età media dei decessi sia per l'eroina che per la cocaina risulta pari a 37 anni.

Eroina prima sostanza responsabile dei decessi

Figura I.4.79: Percentuale dei decessi attribuiti ad intossicazione per tipologia di sostanza. Anni 1999 – 2011



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

Dal 1999, anno in cui si sono registrati 470 decessi attribuiti ad intossicazione da eroina, si è assistito ad un decremento del fenomeno fino al 2002 raggiungendo 165 decessi; dal 2004 al 2009 (ad eccezione di un picco nel 2005) si osserva una

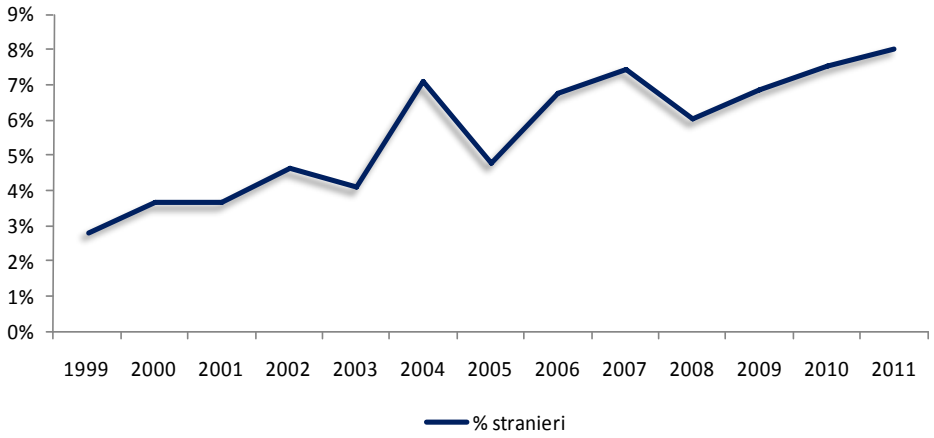
Trend in diminuzione di

tendenziale stabilità del fenomeno, tra i 200 e i 250 casi l'anno; nel 2010 si registra un nuovo forte decremento (154 decessi, pari a -34,7%). Nel 2011, invece, viene registrato un aumento con un numero di decessi per eroina pari a 174 (+13%). Per quanto riguarda la quota di morti attribuite ad intossicazione da cocaina, questa risulta in lento ma graduale aumento fino al 2010, mentre nel 2011 si registra una diminuzione, passando da 41 a 29 decessi (-29,3%) (Figura I.4.79).

overdose per la cocaina, in aumento per l'eroina

La quota di stranieri deceduti nel nostro Paese (Figura I.4.80) nell'ultimo decennio evidenzia un andamento irregolarmente crescente, al di sotto del 3% ad inizio periodo, arrivando all' 8% nel 2011.

Figura I.4.80: Distribuzione percentuale dei decessi per overdose nella popolazione straniera. Anni 1999 – 2011



Aumento percentuale delle overdose nella popolazione straniera

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

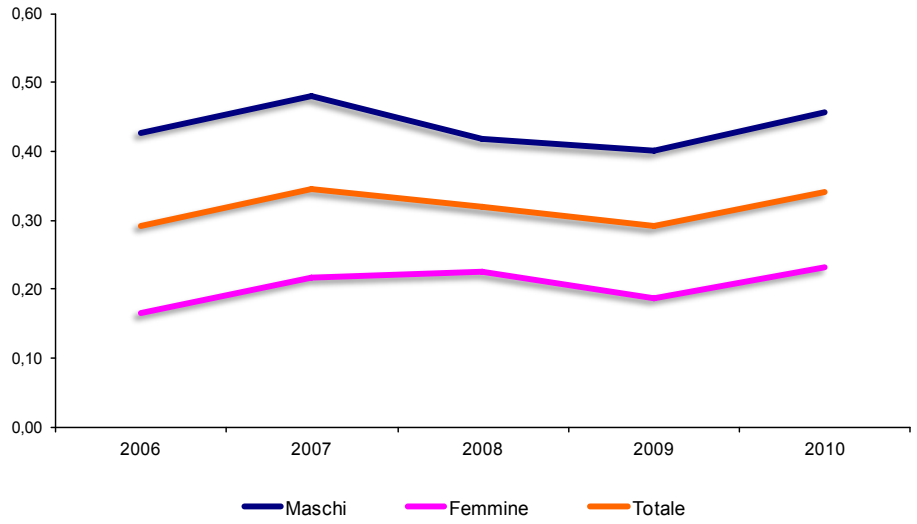
I.4.5. Mortalità tra i consumatori di droga

L'intossicazione acuta da una o più sostanze psicoattive rappresenta la causa più frequente di decesso tra gli assuntori di droghe. Tuttavia il fenomeno della mortalità si estende anche ad altre cause, meno immediatamente "attribuibili" all'effetto diretto della stessa sostanza (mortalità da incidenti cardiovascolari e patologie) o di decessi indirettamente correlati all'uso di droghe (es. incidenti, patologie direttamente connesse ma diverse dall'intossicazione acuta).

Ancora difficoltosa la ricostruzione delle varie cause di morte droga correlate

L'attribuzione della causa di morte si basa sulla prima diagnosi del medico che certifica la morte o del necroscopo e non su una specifica documentazione clinica; c'è quindi un problema di corretta e completa certificazione clinica, di accuratezza nella "causa iniziale", cioè "la malattia, o causa, che ha dato inizio al concatenamento di eventi che ha avuto il decesso come esito finale".
La morte prematura che può riguardare persone anche molto giovani e non necessariamente in fase di uso dipendente o in situazione di cronicità, è determinata sia da cause naturali (soprattutto infezioni e problemi/complicanze cardiovascolari) che da cause non naturali (overdose, suicidi, omicidi, incidenti stradali e sul lavoro). La registrazione di tali elementi viene però raramente rilevata in relazione all'azione delle sostanze psicoattive. Una componente informativa aggiuntiva rispetto alla mortalità droga correlata, sebbene parziale in relazione a quanto sopra esposto, può essere desunta dall'analisi della scheda di dimissione ospedaliera, relativamente ai ricoveri droga correlati.

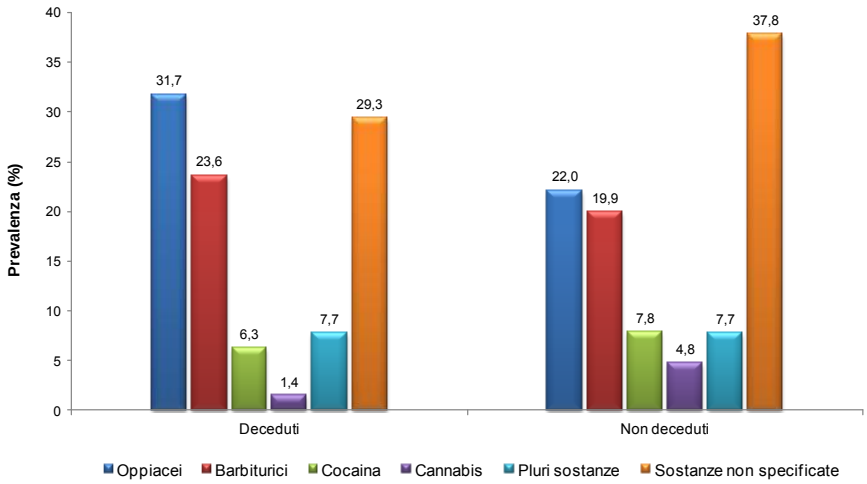
Figura I.4.81: Tasso di ospedalizzazione (ricoveri per 100.000 residenti) di ricoveri droga correlati con esito di decesso per genere. Anni 2006 – 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Anche nel 2010, i ricoveri con esito infausto si attestano a valori inferiori all'1% del totale dei ricoveri droga correlati (208). Il confronto del tasso di ospedalizzazione dei decessi negli ultimi cinque anni evidenzia una contrazione dal 2007 al 2009 (206 nel 2007, 192 nel 2008 e 177 nel 2009) a fronte di un aumento dei decessi nell'ultimo anno (17,5%). Considerando la differenza per genere, rispetto al 2009 nel 2010 si osserva un aumento dei decessi per entrambi i generi; per il genere maschile si rileva un aumento dell'1,0% sul totale maschi ricoverati (0,81%nel 2008 e 0,7% nel 2010), per il genere femminile si evidenzia un aumento dello 0,7% sul totale delle ricoverate (0,65% nel 2008 e 0,58% nel 2009).

Figura I.4.82: Distribuzione percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso e non, secondo la sostanza d'abuso. Anno 2010

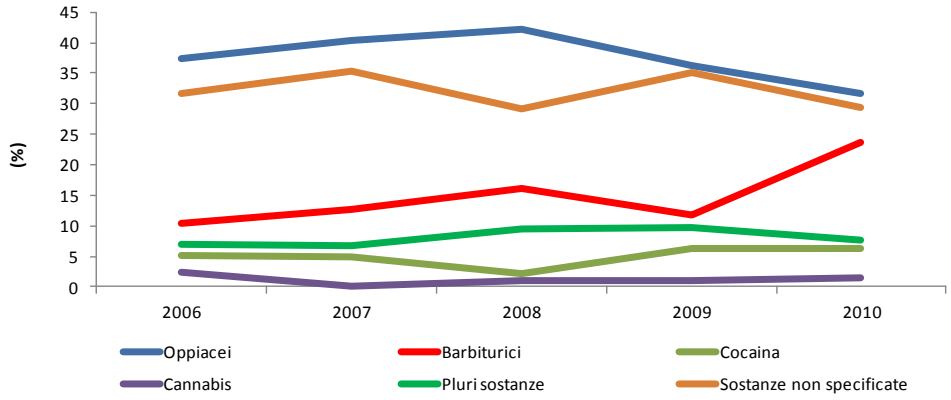


Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

Dal 2006 al 2010 le sostanze di abuso che hanno provocato più decessi sono risultate essere gli oppiacei con un aumento fino al 2008 (37,4% nel 2006, 40,3 % nel 2007 e

42,2% nel 2008) per poi diminuire nel biennio successivo (36,2% nel 2009 e 32,7% nel 2010), mentre le sostanze non specificate sono risultate essere in calo nell'ultimo biennio (11,8% nel 2009 e 23,6% nel 2010). Tra le sostanze con minore percentuale di decessi, si osservano i barbiturici, che, peraltro, nell'ultimo biennio hanno fatto registrare un aumento di 11,7 punti percentuali con 21 decessi nel 2009 vs. 49 decessi nel 2010; in particolar modo i più colpiti risultano essere i soggetti con età maggiore di 65 anni.

Figura I.4.83: Percentuale dei ricoveri droga correlati con esito di decesso, secondo la sostanza d'abuso. Anni 2006 - 2010



Fonte: Elaborazione su dati SDO – Ministero della Salute

CAPITOLO I.5.

GAMBLING E GIOCO D'AZZARDO E PATOLOGICO

I.5.1. Introduzione

I.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia

I.5.3. Le indagini SPS-DPA e GPS-DPA 2012

I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011

I.5.5. Usura e dati finanziari

I.5.6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni

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

I.5.1. Introduzione

Il Gioco d'Azzardo Patologico è un fenomeno caratterizzato da elementi molto vicini alle classiche forme di dipendenza.
La gravità del gioco d'azzardo può essere classificata con l'utilizzo di test specifici attraverso i quali è possibile identificare differenti livelli di compromissione: non problematico, problematico e patologico.
Nell'ambito dell'inquadramento del fenomeno si ritiene opportuno adottare la seguente terminologia:

- **Persone vulnerabili**: soggetti che per alcune loro caratteristiche neuro-psico-biologiche e sociali presentano una probabilità maggiore, rispetto alla popolazione generale esposta al gioco d'azzardo, di esplicitare un comportamento a rischio (gioco d'azzardo problematico) e di evolvere in malattia (gioco d'azzardo patologico).
- **Gioco d'Azzardo Problematico**: identifica il gioco d'azzardo compulsivo in cui non si è ancora instaurata una dipendenza, ma con una possibile progressione verso una forma di malattia. E' quindi da considerare un comportamento a rischio per la salute psico-fisica e sociale della persona in quanto spesso è evolutivo verso la forma patologica, caratterizzata proprio da dipendenza. E' una condizione comportamentale prevenibile ed estinguibile con interventi preventivi e supporti psicologici ed educativi. Questo comportamento necessità di diagnosi precoce e interventi immediati.
- **Gioco d'Azzardo Patologico**: E' una malattia del cervello che si connota come una dipendenza patologica "sine substancia", caratterizzata da andamento cronico e recidivante in grado di compromettere lo stato di salute fisica e psichica e la socialità della persona affetta da tale disturbo. E' una malattia prevenibile, curabile e guaribile che necessita di diagnosi precoce, cure specialistiche e supporto sociale. La sua diagnosi si basa sulla rispondenza ai criteri diagnostici descritti nella Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (ICD-X) e nel DSM-IV-TR dell'American Psychiatric Association.

Fase della vincita

Il gioco d'azzardo patologico è stato caratterizzato come una patologia progressiva, a vari livelli. La prima fase, della vincita, è favorita dai primi successi ed è spesso riscontrabile negli uomini, riflettendo probabilmente un aspetto più competitivo del gioco d'azzardo maschile. Vincere conferisce un senso di prestigio, di potere e di onnipotenza. Le caratteristiche che accompagnano questa fase sono alti livelli di energia, concentrazione focalizzata, migliore abilità con i numeri e interesse nelle strategie di gioco d'azzardo. Molti attribuiscono le loro vincite iniziali all'abilità piuttosto che alla fortuna. Si ritiene che molti giocatori derivino una sostanziale porzione della loro autostima dal gioco d'azzardo e che dipendano dal gioco nel gestire delusioni e stati d'umore negativi. Il giocatore può iniziare a ritirarsi da famiglia e amici e può dedicare più tempo ed energia al gioco d'azzardo. Fantasie di vincita e pensieri di grande successo sono tipici.

Fase perdente

Perdite inaspettate, spesso percepite come segni di sfortuna, portano ad una seconda fase, chiamata la fase perdente, caratterizzata dalla rincorsa. Il giocatore cerca di recuperare disperatamente il denaro perso scommettendo più frequentemente e con somme più ingenti. Spesso mente alle persone importanti (familiari, amici e datori di lavoro) per nascondere le perdite. Le relazioni generalmente si deteriorano e le finanze peggiorano. Alla fine il giocatore

sperimenta una situazione difficile, in cui le sorgenti legittime di denaro sono esaurite. I familiari possono provvedere alla cauzione economica in cambio di promesse di smettere di giocare.

Fase della disperazione

Uno schema a spirale, di perdita e di rincorsa alla perdita, porta alla terza fase, la disperazione. Il giocatore può venire coinvolto in attività illegali quali frode, appropriazione indebita, assegni scoperti o furto per poter sostenere i propri problemi di gioco. Il comportamento illegale viene razionalizzato, spesso con l'intenzione di restituire i fondi dopo la grossa vincita che si crede imminente. Fantasie di fuga e pensieri suicidi sono riportati comunemente durante questa fase.

Fase della rinuncia

Alcuni giocatori sperimentano una quarta fase di rinuncia. Il giocatore può cercare trattamento, spesso sotto insistenza del datore di lavoro, del coniuge o di un familiare. Depressione, pensieri suicidi e sintomi legati allo stress quali ipertensione, palpitazioni, insonnia e disturbi gastro-intestinali possono essere presenti. (Rosenthal 1992).

Gambling e neuroscienze

Il Gioco d'Azzardo Patologico ha dei correlati neuropsicobiologici molto forti e gli studi di neuroscienze hanno dimostrato che questa malattia si basa sulla presenza di anomalie documentabili anche attraverso le moderne tecniche di neuroimaging relativamente al sistema per il controllo degli impulsi (corteccia prefrontale-serotonina) il sistema dopaminergico della gratificazione, il sistema adrenergico e degli oppioidi endogeni.

Questi sistemi risultano con un funzionamento alterato nelle persone con Gioco d'Azzardo Patologico e condizionano, quindi, in maniera fondamentale l'espressione e il mantenimento della malattia così come è stata riconosciuta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

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).

Gravi conseguenze sociali legate all'usura

Questa condizione 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.

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 ciò, 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.

I.5.2. Quadro epidemiologico in Europa e in Italia

Il gioco problematico in Europa

Secondo una ricognizione eseguita nel 2009, sono 11 gli stati europei che, tra il 2001 e il 2008, hanno condotto indagini di popolazione per stimare la prevalenza di gambling problematico. Le percentuali di presenza di questa condizione nella vita variano dallo 0,7% (Danimarca) al 3,3% (Svizzera), mentre le stime riferite all'ultimo anno sono comprese tra 0,5% (Gran Bretagna) e 6,5% (Estonia).

Ampia variabilità della prevalenza in Europa

Tabella I.5.1. Sintesi delle più recente indagini su popolazione adulta per la presenza di gambling problematico in Europa

Stato	Anno	Nr. soggetti	Strumento	Prevalenza
Denmark	2006	8,153	NODS	0.7 (nella vita)
			SOGS-RA	1.7 (nella vita)
Norway	2003	5,235	NODS	1.4 (nella vita)
Netherlands	2006	5,575	SOGS	2.5 (nella vita)
Switzerland	2006	2,803	SOGS	3.3 (nella vita)
Great Britain	2007	8,996	PGSI	0.5 (ultimo anno)
			DSM-IV	0.6 (ultimo anno)
Iceland	2006	3,358	DSM-IV	1.1 (ultimo anno)
Germany	2008	7,981	DSM-IV	1.2 (ultimo anno)
Belgium	2006	3,002	DSM-IV	2.0 (ultimo anno)
Sweden	2001	7,139	SOGS	2.0 (ultimo anno)
Finland	2003	5,013	SOGS	5.5 (ultimo anno)
Estonia	2006	2,005	SOGS	6.5 (ultimo anno)

Fonte: M. Griffits, 2009

Altre ricerche internazionali hanno riportato valori del 1,4-2,2% per il gioco problematico, e dello 0,7-0,9% per il gambling patologico.

Le rilevazioni epidemiologiche italiane

Nonostante anche in Italia negli scorsi anni siano state effettuate delle indagini di popolazione, la situazione nazionale è stata poco rappresentabile a causa di differenze metodologiche tra i vari studi. Queste differenze consistevano nello strumento impiegato nella rilevazione, nella modalità di somministrazione (postale, telefonica, face to face), nel periodo indagato (nella vita, nell'ultimo anno, nell'ultimo mese), nella popolazione target (adulti, adolescenti), nell'estensione dell'indagine (locale, nazionale) e nella numerosità della popolazione intervistata. La tabella che segue riporta le caratteristiche e i risultati delle ricerche effettuate fino al 2009 sul territorio italiano.

Tabella I.5.2. Elenco delle ricerche svolte in Italia fino al 2009 sul gambling patologico

SEDE	PERIODO	STRUMENTO	METODO	TIPO POPOLAZIONE	CAMPIONE	STIMA GIOCATORI TOTALI	STIMA GIOCATORI PATOLOGICI	ECCESSIVI A RISCHIO MODERATO-ALTO	PROBLEMATICI	PERIODO INDAGATO
BOLZANO	2000	SOGS	HOUSEHOLD	ADULTI	500		2,2%		3,8%	?
VALDINEVOLE (PT)	2002	?	TELEFONICA	18-65 ANNI	516	43%			1,9-2,5%	ULTIMO MESE
PAVIA	ott2003-feb2004	SOGS	TELEFONICA	18-74 ANNI	707		0,40%	0,7%	1,1%	ULTIMO ANNO
PISTOIA-PRATO-FIRENZE	2004-2005	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1568				2%	?
CONAGGA-CNCA MULTISITE	2008	?	ON THE FLY	10-80+ANNI	1625	80-82%	2,75%			?
AREZZO	2008	LIE/BET	?	?	97	62%			5%	?
MONZA	2008?	SOGS	TELEFONICA	ADULTI	1520	63%	0,50%	0,8%	1,30%	ULTIMO ANNO
ROMA	2002-2006	?	SCUOLE	13-21 ANNI	2798	84,9%	5,10%		9,7%	?
VENEZIA	2006	?	SCUOLE	15-20ANNI	327				1,8%?	?
CASERTA	2005-2006	DSMIV	SCUOLE	15-18ANNI	1002				6%	?
TOSCANA	2008	LIE/BET	SCUOLE	14-19ANNI	5231	50,8%			9,7%	VITA
EURISPES	2007	?	?	18-80		78%	?	?	?	?
NOMISMA	2008	?	SCUOLE	17-17 ANNI	6700	68%	?	?	?	ULTIMO ANNO
IPSAD	2007-2008	LIE/BET	POSTALE	15-65 ANNI	10940	38%			3,3%	?
		CPGI-SF					0,80%	4,6%?	5,4%?	ULTIMO ANNO
ESPAD	2009	SOGS-RA	SCUOLE	15-19 ANNI	32461	47,1%	0,6%M-0,1%F		11,1%?	ULTIMO ANNO

Fonti: Dipendenze Comportamentali/Gioco d'azzardo patologico: progetto sperimentale nazionale di sorveglianza e coordinamento/monitoraggio degli interventi.
Rapporto Eurispes 2010
Rapporto Nomisma 2009
IPSAD 2007/2008
ESPAD 2009

I.5.3. Le indagini SPS-DPA e GPS-DPA 2012

Nel corso del 2012 l'Osservatorio del Dipartimento Politiche Antidroga ha condotto le indagini SPS e GPS, rivolte rispettivamente alla popolazione studentesca (15-18 anni) e a quella generale (19-64 anni) delle quali si è ampiamente riportato nel capitolo 1.
In entrambe le survey era presente una sezione specifica indirizzata a investigare la frequenza e l'abitudine al gioco.
In particolare, per gli studenti è stata rilevata anche la presenza di gioco problematico attraverso il questionario Lie/Bet. Questo strumento di indagine è composto da due domande:

- Hai mai mentito ai tuoi genitori o a persone per te importanti su quanto hai speso nel gioco?
- Hai mai sentito la necessità di puntare sempre più denaro?

La risposta affermativa ad almeno una domanda è indicativo per presenza di gioco problematico nella vita.
Negli studenti intervistati la percentuale di coloro i quali hanno risposto affermativamente ad almeno una domanda è pari al 7,5%.

34.427 studenti intervistati

Tabella I.5.3. Distribuzione percentuale di positività al Lie/Bet Questionnaire tra gli adolescenti

Genere	15 anni	16 anni	17 anni	18 anni	19 anni	Totale	Pop riferimento
Maschi	7,7	8,5	9,7	10,5	10,5	9,4	17.190
Femmine	5,8	6,1	6,1	5,6	5,3	5,8	17.237
Totale	**6,7**	**7,2**	**7,8**	**7,9**	**7,8**	**7,5**	**34.427**

Fonte: Studio SPS - DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

I maschi presentano prevalenze superiori alle femmine (9,4 vs. 5,8 rispettivamente) e mostrano un aumento correlato all'età. Per le femmine il valore più alto si osserva tra 16 e 17 anni (6,1%).

Gli adolescenti maschi giocano più delle femmine

I giochi più frequentemente praticati dagli adolescenti sono le scommesse sportive, le lotterie istantanee, i giochi di carte e i giochi on line.

Tabella I.5.4. Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adolescente

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e Vinci	44,0	44,2	11,8
Scommesse Sportive in Agenzia o Internet	65,0	15,9	19,0
Giochi di Carte	70,1	19,7	10,1
Giochi on-Line	74,6	13,8	11,5
Video-Poker	84,3	17,1	3,9
Totocalcio	89,4	7,9	8,5
Bingo	87,5	9,5	6,2
Giochi Telefonici	83,6	10,8	3,1
Superenalotto	79,0	9,7	2,8
Lotto	86,1	6,4	4,2
Lotterie Nazionali	92,4	5,4	2,2

Fonte: Studio SPS - DPA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Le lotterie istantanee sono i giochi preferiti da giovani e adulti

Nella popolazione adulta intervistata nell'indagine GPS è stata rilevata la frequenza di gioco a varie tipologie di lotterie/giochi nel corso degli ultimi 12 mesi.

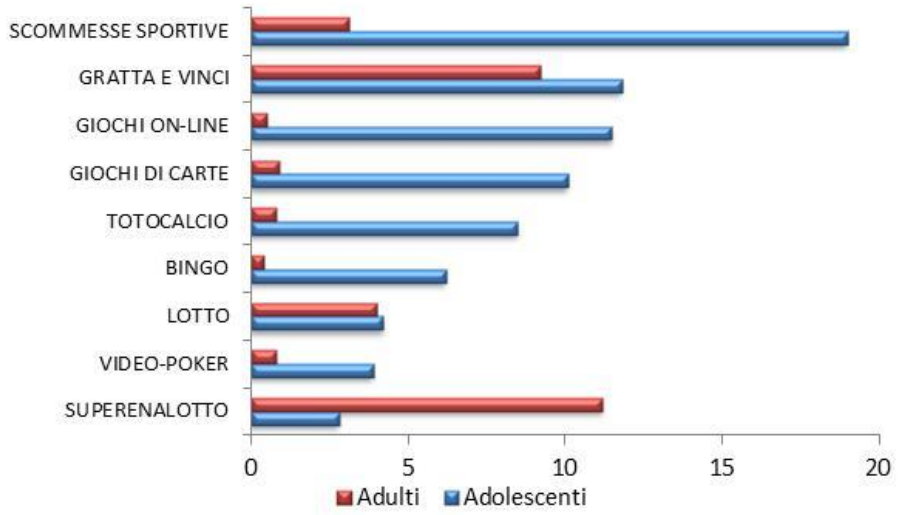
Tabella I.5.5. Distribuzione della frequenza di gioco per tipologia di intrattenimento nella popolazione adulta

	Mai	1-2 volte/ non tutti i mesi	Più volte al mese
Gratta e vinci	46,4	44,4	9,2
Superenalotto	53,5	35,3	11,2
Lotto	70,1	25,9	4,0
Giochi di carte con denaro in palio	90,8	8,3	0,9
Scommesse sportive in agenzia	91,1	5,7	3,1
Totocalcio	92,1	7,1	0,8
Bingo	93,5	6,0	0,4
Giochi al casino'	95,4	4,4	0,2
Videopoker	97,1	2,1	0,8
Giochi On-Line con denaro in palio	98,0	1,5	0,5
Scommesse ippiche in agenzia	98,8	0,9	0,2

Fonte: GPS-DPA 2012

Anche nella popolazione adulta le lotterie istantanee sono i giochi più praticati, seguiti dai più tradizionali lotto e superenalotto.
Negli ultimi dodici mesi gli adolescenti mostrano un utilizzo di giochi nettamente superiore agli adulti, fatta eccezione per il superenalotto.

Figura I.5.1. Percentuale di gioco per tipologia in soggetti adolescenti e adulti



Fonte: GPS-DPA e SPS-DPA 2012

I.5.4. Soggetti in trattamento in Italia nel 2011

La rilevazione GAP-DPA

Attraverso la rilevazione GAP-DPA è stato chiesto alle Regioni/Province Autonome di trasmettere dati riepilogativi sui soggetti affetti da gambling patologico e sottoposti a trattamento presso le proprie strutture di cura. Emilia Romagna e Toscana non hanno trasmesso i dati in quanto tale flusso era opzionale e non obbligatorio, mentre Basilicata, Sardegna, Umbria e Valle d'Aosta non hanno un sistema di rilevazione specifico avviato.
Le rilevazioni disponibili danno informazioni indicative sull'entità di un fenomeno emergente e probabilmente in fase di evoluzione

Nel 2011, limitatamente alle Regioni/Province Autonome che hanno trasmesso i dati, sono risultati in trattamento per gioco d'azzardo patologico 4.687 soggetti, di cui 82% maschi. In circa la metà dei casi si è trattato di soggetti che per la prima volta accedevano al trattamento

4.687 soggetti in trattamento per gambling patologico

Rapporto M/F: 4,6

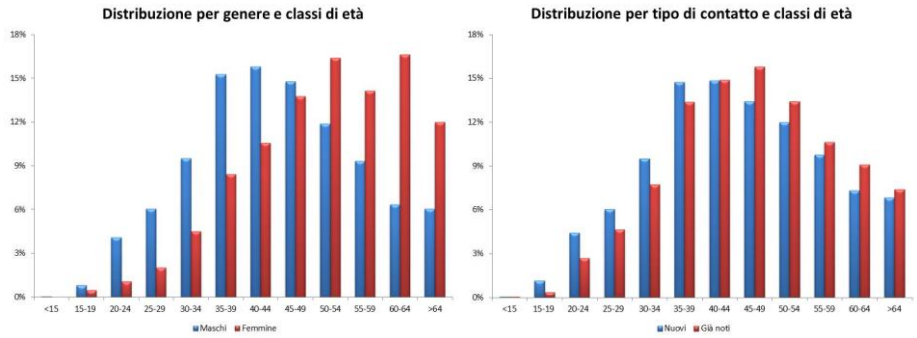
Tabella I.5.6. Soggetti sottoposti a trattamento per gambling patologico – Anno 2011

Genere	Nuovi	Già noti	Totale
Maschi	1.916	1.929	3.845
Femmine	440	402	842
Totale	**2.356**	**2.331**	**4.687**

Fonte: flusso GAP-DPA

I maschi sono rappresentati da una popolazione più giovane rispetto a alle femmine, come i soggetti nuovi rispetto a quelli già noti (cioè già sottoposti a trattamento in passato rispetto al 2011).

Figura I.5.2. Distribuzione dell'utenza trattata nel 2011

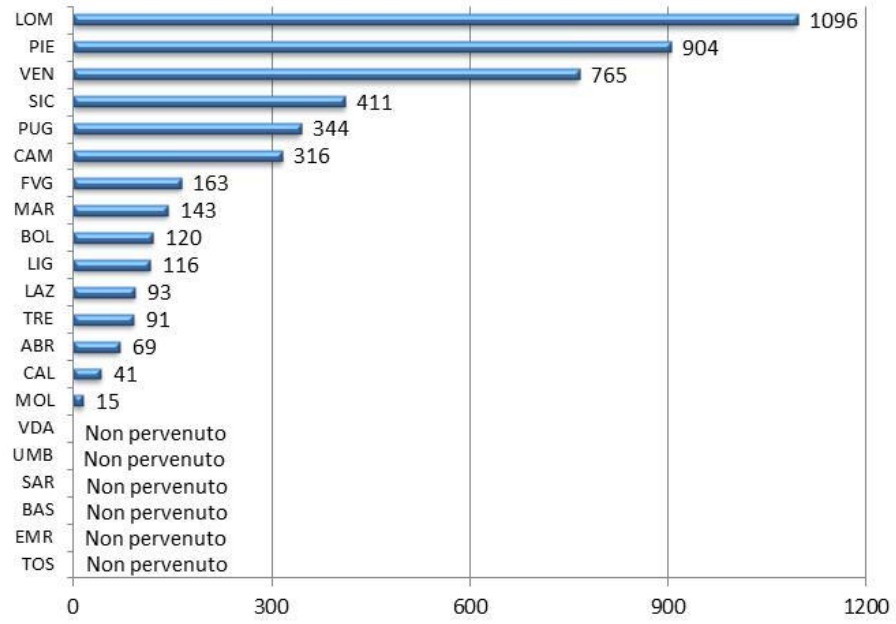


Fonte: flusso GAP-DPA

Per quanto mancante di alcune realtà regionali, la distribuzione assoluta per Regione/PP.AA. mostra una maggior rappresentazione dei soggetti trattati nel nord, dove è presente oltre il 60% della popolazione assistita.

Figura I.5.3. Numero assoluto dei soggetti in trattamento per Regione/PPAA

In Lombardia il 23,4% dei soggetti trattati



Fonte: flusso GAP-DPA

La maggior parte dei trattamenti è eseguita presso i SerT e tali percorsi di cura sono prevalentemente basati su colloqui, visite e psicoterapie.

Tabella I.5.7. Riepilogo delle prestazioni erogate per tipologia di sede e stima dei costi assistenziali diretti

Prestazioni erogate	Sede del trattamento							
	Ser.T.		Struttura Socio-riabilitativa		Altra sede			
	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Numero Soggetti	Numero Prestazioni	Totale Prestazioni	Stima Costi Assistenziali*
Visite	1.813	7.692	17	117	14	30	7.839	151.841
Colloqui	2.705	20.084	88	465	101	575	21.124	409.171
Psicoterapie	1.371	13.868	16	159	44	445	14.472	280.322
Reinserimento	260	2.477	5	41	23	896	3.414	95.216
Somministrazione farmaci	405	4.886	2	21	2	18	4.952	Non rilevato
Totale	**6.554**	**49.007**	**128**	**803**	**184**	**1.964**	**51.774**	**936.552**

Fonte: flusso GAP-DPA
**La stima dei costi assistenziali è basata sul nomenclature tariffario nazionale e sulle tariffe del Progetto SESIT*

Il numero dei soggetti è superiore a quello riportato in tabella I.5.6 in quanto uno stesso soggetto può essere sottoposto a più tipologie di trattamento in contemporanea o in successione.

La valutazione dei costi assistenziali diretti, sicuramente sottostimata, evidenzia che il totale delle prestazioni erogate ammonta a quasi un milione di euro. A questi vanno aggiunti i costi dei farmaci prescritti e somministrati.

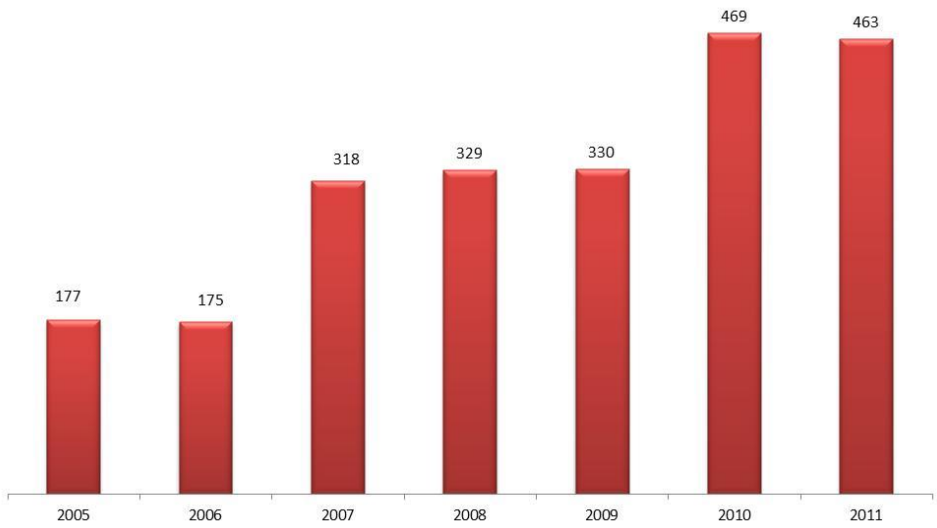
Un milione di euro per l'assistenza diretta nel 2011

I.5.5. Usura e dati finanziari

Un dato interessante e prossimo all'evoluzione della questione sociale del gioco d'azzardo problematico e/o patologico è l'accesso al fondo di solidarietà per le vittime dell'usura, che dal 2005 al 2011 è aumentato del 161%.

Aumento del 161% delle istanze di accesso al fondo antiusura

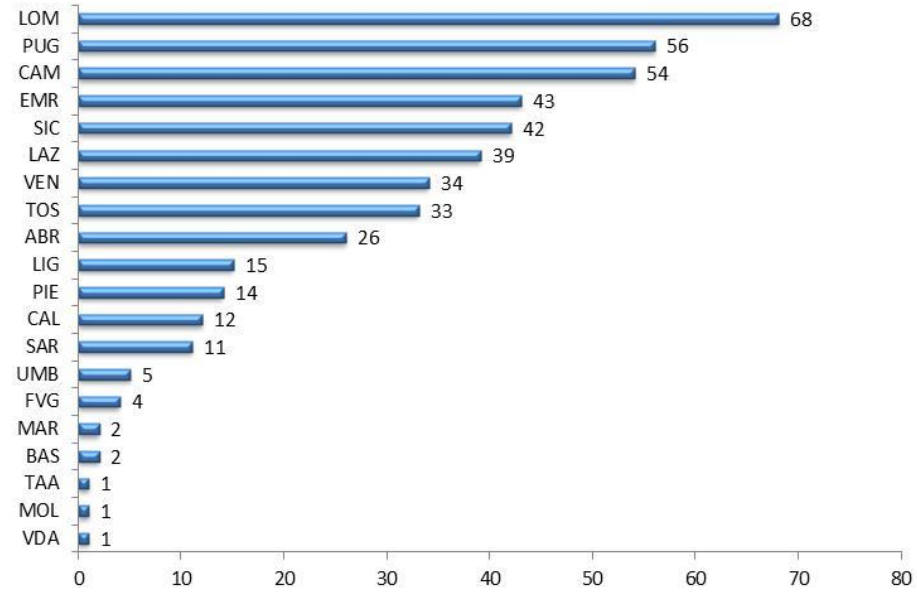
Figura I.5.4. Istanze di accesso al fondo di solidarietà per le vittime di usura. Anni 2005-2011



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.

Figura I.5.5. Numero di istanze presentate all'Ufficio Antiracket e Antiusura per regione. Anno 2011

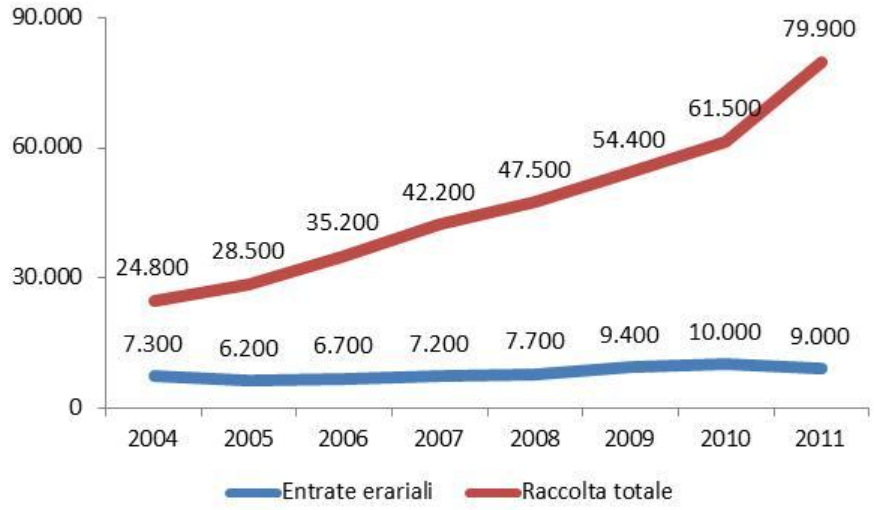


Fonte: Ufficio Antiracket e Antiusura del Ministero dell'Interno

Aumento del 222% della spesa per il gioco a fronte del 24% del ricavo lordo per l'erario

Attraverso una elaborazione incrociata su dati Ministero dell'Economia e delle Finanze (MEF), Amministrazione autonoma dei monopoli di Stato (AAMS) e Agenzia Giornalistica Concorsi e Scommesse (Agicos), si è osservato che, dal 2004 al 2011, a fronte di un incremento del 222% della spesa per il gioco, il ricavato lordo per l'erario è aumentato del 24%, comportando una riduzione di quasi due terzi del valore delle entrate erariali sul totale della spesa (29,4% nel 2004. 11,2% nel 2011) (Commissione Parlamentare Antimafia). Questo deriva probabilmente dal ribaltamento dell'indotto imprenditoriale internamente a un sistema "multilevel marketing".

Figura I.5.6. Gioco pubblico d'azzardo in Italia: andamento della spesa per consumo e del ricavato lordo per l'erario (milioni di euro). Anni 2004 - 2011

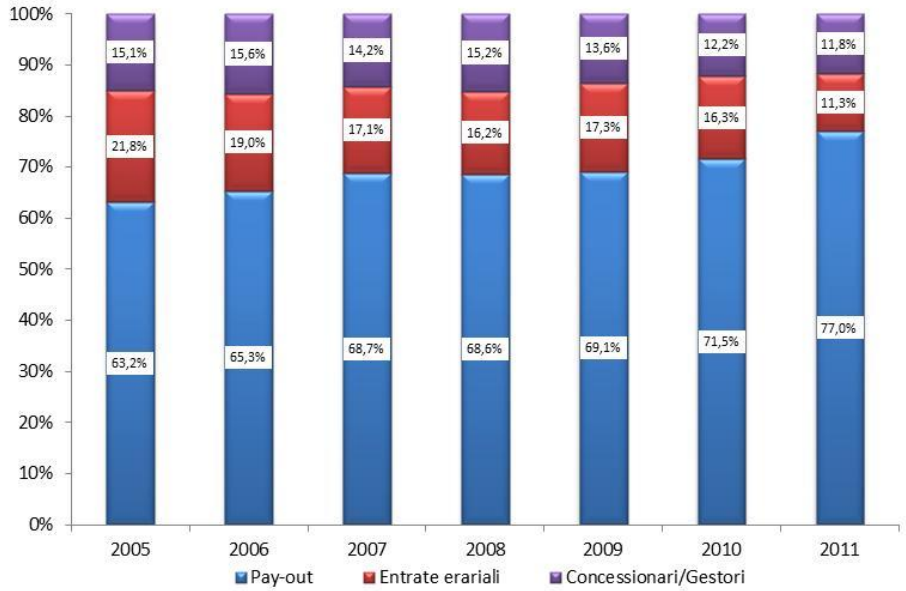


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

La ripartizione delle entrate totali ha avuto un progressivo incremento nel pay-out, passando dal 62,2% del 2005 al 77,0% del 2011. In questo periodo la quota per l'erario si è ridotta dal 21,8% al 11,3% e quella per i gestori dal 15,1% al 11,8%.

Quota di pay-out aumentato dal 2005 al 2011

Figura I.5.7. Distribuzione percentuale delle entrate totali (2005-2011)

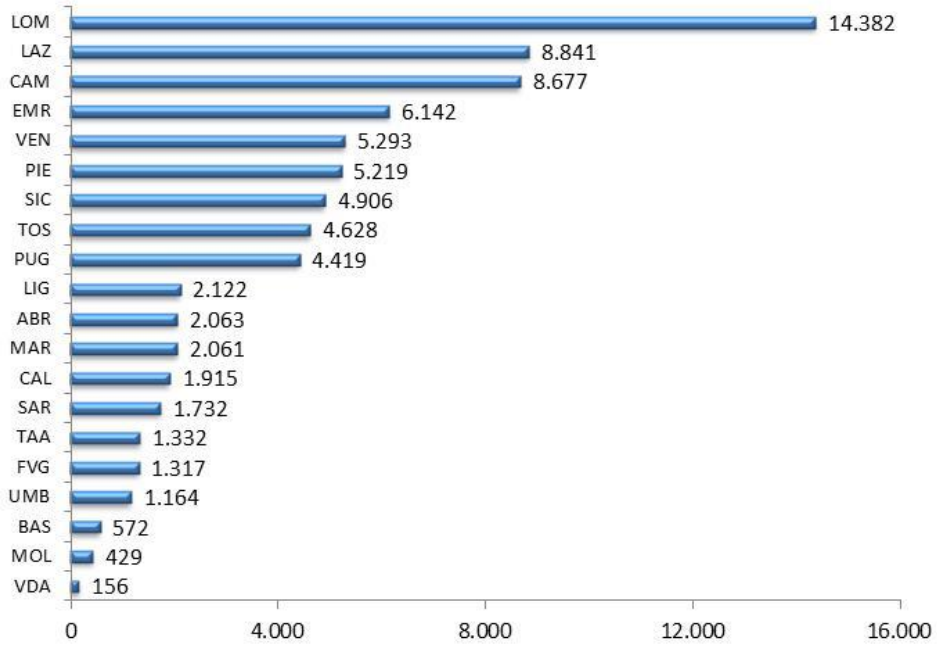


Fonte: MEF, AAMS e Agicos

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 sia aumentata nel tempo all'interno della popolazione generale.
La spesa regionale nel corso del 2011 evidenzia che la Lombardia è la regione che in assoluto ha giocato di più rispetto alle altre regioni.

Figura I.5.8. Spesa regionale 2011 (milioni di euro)

In Lombardia la maggiore spesa per il gioco d'azzardo

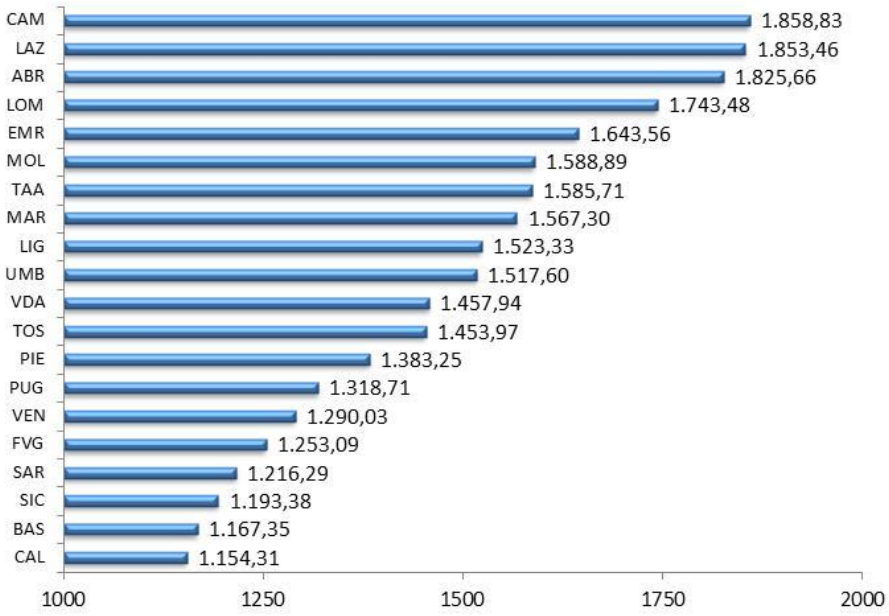


Fonte: AAMF

In Campania la spesa pro-capite più alta

Tenendo in considerazione la popolazione maggiorenne residente le regioni che hanno la maggiore spesa pro-capite sono Campania, Lazio e Abruzzo, con quote oltre 1.800 euro all'anno. Sicilia, Basilicata a Calabria sono invece quelle con spesa più bassa, inferiore a 1.200 euro/anno.

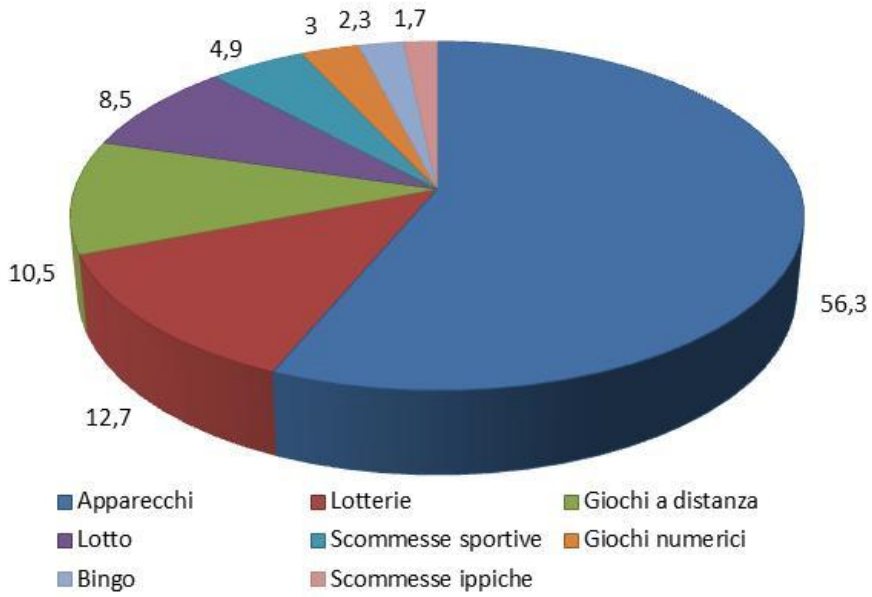
Figura I.5.9. Denaro giocato pro-capite per regione – anno 2011 (pop. maggiorenne)



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

Le tipologie di giochi più frequentemente praticati sono le slot-machines e le lotterie, in particolare quelle istantanee (Gratta e Vinci).

Figura I.5.10. Distribuzione percentuale della tipologia di giochi praticati



Fonte: AAMF. Elaborazioni Osservatorio DPA

I.5.6. Considerazioni conclusive e raccomandazioni

Servono nuove strategie ed azioni

L'aumento del fenomeno implica la necessità di organizzare e avviare strategie specifiche come definito nel Piano di Azione Nazionale sulle droghe (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:

Prevenzione

- fornire un'informazione preventiva sui rischi connessi al gioco d'azzardo patologico presso le sale da gioco con particolare riguardo alle tipologie di soggetti vulnerabili (giovani con disturbi comportamentali e "novelty seeking", persone con problemi mentali o con uso di sostanze o abuso alcolico, giovani con disturbi del controllo dell'impulsività, presenza di familiarità per il GAP, anziani con carenti attività ricreative e socializzanti)

Pubblicità e media

- controllare e regolamentare la pubblicità sul gioco d'azzardo legale riducendo l'impatto pubblicitario mediatico indiscriminato e incontrollato, vietando e sanzionando la pubblicità ingannevole e non veritiera relativamente alle probabilità di vincita, non utilizzando "testimonial" famosi, riducendo fortemente i passaggi degli spot sui media. Dichiarare inoltre in modo esplicito che il gioco d'azzardo può creare dipendenza e generare una serie di effetti collaterali sulla condizione di salute mentale, fisica e sociale.

Inserimento nei LEA

- proporre di inserire il gambling patologico nei Livelli Essenziali di Assistenza come per le altre 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

Linee di indirizzo

- realizzare e diffondere Linee di Indirizzo tecnico scientifiche rivolte ai professionisti del settore e per altri servizi sanitari coinvolti (Medici di Medicina Generale)

Cura e riabilitazione

- attivare interventi di supporto e di assistenza specifica presso i Dipartimenti delle Dipendenze per le persone con gambling patologico (e i loro famigliari) col rispetto di requisiti minimi per l'erogazione del trattamento: valutazione diagnostica con strumenti scientificamente validati, utilizzo di terapie cognitivo comportamentali e di gruppo o auto-mutuo aiuto e counseling motivazionale, valutazione di comorbilità associata.

Contrasto e repressione

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.

Bibliografia principale

1. AA.VV. II Dipartimento delle Dipendenze. Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi. Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri. Nov. 2011;
2. Binde P. "You could become a millionaire": Truth, deception and immagination in gambling advertising. Global Gambling: Cultural Perspectives on Gambling Organizations. Red. S.F. Kingma. - New York & London : Routledge. - 0-415-99677; S. 171-194;
3. Gaboury A, Ladoucer R. Evaluation of a prevention program for pathological gambling among adolescents. J Prim Prev 14: 21-28. 1993;
4. Grant JE, Potenza MN. I1 gioco d'azzardo patologico, Argo TR, Black DW, Caratteristiche Cliniche, 37-58, 2010;
5. Griffiths MD, Parke J. Adolescent gambling on the internet: a review. Int J Adolesc Med Health. 2010 Jan-Mar; vol. 22(1) pp. 59-75.
6. lbanez A, Blanco C, Saiz-Ruiz J. Neurobiology and genetics of pathological gambling. Psychiatr Ann 32: 181-185. 2002;
7. Ladoucer R, Sylvain C, Boutin C, et al. Cognitive treatment of pathological gambling. J Nerv Ment Dis 189: 774-780. 2001 ;
8. Lee KM, Chan HN, Cheah B, Gentica GF, Guo S, Lim HK, Lim YC, Noorul F, Tan HS, Teo P, Yeo HN. Ministry of Health clinical practice guidelines: management of gambling disorders. Singapore Med J. 201 1 Jun; vol. 52(6) pp. 456-8; quiz 459;

9. McComb JL, Sabiston CM. Family influences on adolescent gambling behavior: a review of the literature. J Gambl Stud. 2010 Dec; vol. 26(4) pp. 503-20;
10. Petry NM. Pathological gamblers, with and without substance use disorders, discount delayed rewards at high rates. J Abnorm Psychol 1 10:482-487 2001;
11. Potenza MN, Steinberg MA, Skudlarski P, et al. An fMRl study of gambling urges in pathological gamblers. Arch Gen Psychiatry 60:828-836. 2003 b;
12. Rahman AS, Pilver CE, Desai RA, Steinberg MA, Rugle L, Krishnan-Sarin S, Potenza MN. The relationship between age of gambling onset and adolescent problematic gambling severity. Journal of psychiatric research. 2012 Mar 10;
13. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A Meta. Analysis. Boston, MA, Harvard Medical School, Division on Addictions, 1997;
14. Stea JN, Hodgins DC. A critical review of treatment approaches for gambling disorders. Curr Drug Abuse Rev. 201 1 Jun 1 ; VOI. 4(2) pp. 67-80;
15. Thomas SA, Merkouris SS, Radermacher HL, Dowling NA, Misso ML, Anderson CJ, Jackson AC. Australian guideline for treatment of problem gambling: an abridged outline. Med. J. Aust. 201 1 Dec 19; vol. 195(11-12) pp. 664-5;
16. Welte JB, Barnes GM, Wieczorek WF, et al: Gambling participation in the US - results from a national survey. J Gambl Stud 17:81 - 100, 2001;

CAPITOLO II.1.

NORMATIVE SULLE DROGHE

II.1.1. Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2011

II.1.2. Normative regionali approvate nell'anno 2011

II.1.3. Sintesi dell'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. NORMATIVE SULLE DROGHE

II.1.1. Normative nazionali ed internazionali emanate nell'anno 2011

Si fa riferimento a quanto già riportato nella Relazione annuale al Parlamento 2011 per il D. lsg. 24 marzo 2011, n. 50 recante "Attuazione dei *Regolamenti (CE) numeri 273/2004, 111/2005* e *1277/2005*, come modificato dal *Regolamento (CE) n. 297/2009*, in tema di precursori di droghe, a norma dell'*articolo 45 della legge 4 giugno 2010, n. 96*."
Di seguito si accenna brevemente all'ulteriore normativa d'interesse, intervenuta nel corso del 2011.
L'art. 34, comma 7 del D.lsg. 1 settembre 2011, n. 150, recante "Disposizioni complementari dal codice di procedura civile in materia di riduzione e semplificazione dei procedimenti civili di cognizione, ai sensi dell'articolo 54 della legge 18 giugno 2009, n. 69", ha sostituito il comma 9 dell'art. 75 del D.P.R. n. 309/1990, contenente la disciplina delle controversie che possono essere instaurate dinanzi all'autorità giudiziaria ordinaria avverso il decreto con il quale il prefetto irroga le sanzioni di cui al comma 1 del citato art. 75.
L'obiettivo n. 3, azione 3.1 dell'area di intervento "legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile" del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 prevede uno snellimento della procedura per l'aggiornamento delle tabelle annesse al Testo Unico in materia di stupefacenti, al fine di garantire un tempestivo inserimento nelle tabelle in questione delle nuove sostanze che compaiono sul mercato illecito. In linea con tale obiettivo e grazie alla collaborazione tra il Ministero della Salute, il Dipartimento per le Politiche Antidroga e il Consiglio Superiore di Sanità, nel periodo considerato sono stati emanati quattro decreti ministeriali:

D.M. 31 marzo 2011 recante "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 del tapentadolo nell'allegato III-bis, e dei composti medicinali a base di tapentadolo, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale, nella tabella II, sezione D";

D.M. 11 maggio 2011 recante "Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309* e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento nella tabella I delle sostanze 3, 4-Metilendiossipirovalerone (MDPV), JWH-250, JWH-122 ed analoghi di struttura derivanti dal 3-fenilacetilindolo e dal 3-(1-naftoil)indolo";

D.M. 2 agosto 2011 "Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni. Ricollocazione in tabella I delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo";

D.M. 29 dicembre 2011 recante "Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al *decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309* e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento nella tabella I della sostanza Butilone e bk-MBDB, di

taluni analoghi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone e della sostanza AM-694 e analoghi di struttura derivanti dal 3-benzoilindolo."

Conferenza unificata del 18 maggio 2011

Con atto del 18 MAGGIO 2011 in CONFERENZA UNIFICATA si è raggiunto l'Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento**,** proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria**,** concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcoldipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU). (Rep. n. 48/CU del 18 maggio 2011). (11A07486) (G.U. Serie Generale n. 132 del 9 giugno 2011).

Linee di indirizzo per l'incremento delle misure alternative al carcere

Coerentemente con quanto stabilito dall'obiettivo n. 11, azione 11.1 dell'area di intervento "legislazione e attività di contrasto e giustizia minorile" del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, sono state predisposte e divulgate, nel novembre 2011 dal Dipartimento Politiche Antidroga, le linee di indirizzo "Carcere e droga". Le linee di indirizzo riguardano persone tossicodipendenti e alcoldipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale.
L'obiettivo è quello di creare un costante e migliore flusso di uscita dal carcere per evitare il crearsi di situazioni di sovraffollamento e, contemporaneamente, fornire un'alternativa terapeutica valida. La pubblicazione è rivolta agli operatori del settore, delle Regioni e delle Province autonome (nel rispetto della piena autonomia organizzativa e programmatoria) e vuole dare un contributo nell'affrontare problemi particolarmente rilevanti, quali: la disomogeneità che attualmente esiste nella formulazione della diagnosi di "tossicodipendenza", le difficoltose procedure seguite per poter più celermente annettere alla fruizione delle misure alternative; il coordinamento con la magistratura di sorveglianza.

Accertamento di assenza di tossicodipendenz a Accordo Stato Regioni del 30 ottobre 2007

L'obiettivo n.10 azione 10.1 e seguenti dell'area di intervento "legislazione attività di contrasto con strato e giustizia minorile" del citato Piano di Azionale Nazionale Antidroga, in attuazione dell'art. 41 comma 4 bis del D.L.gs 81/08, prevede che con accordo in sede di Conferenza Stato-Regioni siano rivisitate condizioni e modalità per l'accertamento della tossicodipendenza e dell'alcoldipendenza nei luoghi di lavoro. A tal fine, il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato da tempo un tavolo tecnico, di concerto con le amministrazioni competenti nel settore, per aggiornare l'Intesa n. 99/CU del 30 ottobre 2007.

La disciplina normativa comunitaria ed internazionale sui precursori di droghe

Quadro normativo internazionale. La convenzione di Vienna contro il traffico illecito di stupefacenti

La normativa comunitaria vigente in materia di precursori ha lo scopo di dare attenzione attuazione alla Convenzione delle Nazioni Unite contro il traffico illecito di stupefacenti e di sostanze psicotrope, adottata a Vienna il dicembre 1988 e ratificata in Italia con legge 5 novembre 1990, n. 328. L'articolo 12 della legge citata prevede la legislazione applicabile a livello internazionale per il controllo di 23 precursori chimici.
In sintesi, per le sostanze suscettibili d'impiego nella produzione di droghe, la Convenzione stabilisce un sistema di sorveglianza del commercio internazionale.
Si segnala che nel corso del 2011 un'importante innovazione in materia è derivata dalla modifica introdotta dal Regolamento (CE) n. 2011/225 della Commissione del 7 marzo 2011.

archiviazione della procedura d'infrazione

L'adeguamento della normativa interna ai regolamenti comunitari ha portato il collegio dei Commissari UE ad archiviare definitivamente la procedura d'infrazione 2007/2443 "per violazione del diritto comunitario" riguardante la

non conformità con il regolamento n.273/2004 relativo ai precursori di droghe.

Tabella II.1.1: Normative nazionali ed Internazionali emanate nel 2011.

Atti normativi nazionali	Ambito di intervento
Decreto Legislativo n. 150 del 1 settembre 2011	Ha disposto (con l'art. 36, commi 1 e 2) la modifica dell'art. 75, comma 9. del D.P.R. 309/90
Regolamento CE 225/2011	Recante modifica del regolamento (CE) n. 1277/2005 della Commissione che stabilisce le modalità di applicazione del regolamento (CE) n. 273/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio relativo ai precursori di droghe e del regolamento (CE) n. 111/2005 del Consiglio recante norme per il controllo del commercio dei precursori di droghe tra la Comunità e i paesi terzi.
Decreto Legislativo n.50 del 24 marzo 2011	Attuazione dei Regolamenti (CE) numeri 273/2004, 111/2005 e 1277/2005, come modificato dal Regolamento (CE) n. 297/2009, in tema di precursori di droghe, a norma dell'articolo 45 della legge 4 giugno 2010, n. 96.
D.M. del 29 dicembre 2011	Aggiornamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento nella tabella I della sostanza Butilone o bk-MBDB, di taluni analoghi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone e della sostanza AM-694 e analoghi di struttura derivanti dal 3-benzoilindolo
D.M. del 02 agosto 2011	Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni. Ricollocazione in tabella I delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo.
D.M. dell' 11 maggio 2011	Aggiornamento e completamento delle tabelle contenenti l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope, di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni. Inserimento nella tabella I delle sostanze 3,4-Metilendiossipirovalerone (MDPV), JWH-250, JWH-122 ed analoghi di struttura derivanti dal 3-fenilacetilindolo e dal 3-(1-naftoil)indolo.
D.M. del 31 marzo 2011	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 del tapentadolo nell'allegato III-bis, e dei composti medicinali a base di tapentadolo, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale, nella tabella II, sezione D.
CONFERENZA UNIFICATA accordo del 18 MAGGIO 2011	Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanita' penitenziaria concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcoldipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010 (Rep. Atti n. 59/CU). (Rep. n. 48/CU del 18 maggio 2011). (11A07486) (G.U. Serie Generale n. 132 del 9 giugno 2011)

Fonte: Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento Politiche Antidroga

II.1.2. Normative regionali approvate nell'anno 2011

Nel corso del 2011 il Molise non ha adottato nessun atto normativo. Per le Regioni Abruzzo, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Umbria e Valle d'Aosta, il dato è stato richiesto ma non è pervenuto.

Tabella II.1.2: Normative regionali approvate nel 2011 per macro categoria.

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
Basilicata			D.G.R. 1190 08/08/2011		D.G.R. 1603 08/11/2011 D.G.R. 1608 08/11/2011			
Bolzano P.A.								L.P. n.13 22/11/2010 D.G.R. 474 21/03/2011 L.P. n.15 2112/2011
Calabria	D.G.R. 291 12/07/2011			D.G.R. 52 28/02/2011 D.G.R. 192 20/05/2011 D.D.G. 10260 22/08/2011 D.D.G. 4539 06/05/2011			D.G.R. 194 20/05/2011 D.G.R. 443 14/10/2011	
Campania	D.G.R.C 1448/2009 12/04/2011 D.G.R. 309 21/06/201	Decreto n.22 22/03/2011		D.G.R. 135 12/04/2011	D.G.R. 121 28/03/2011			D.G.R. 2073 21/06/2011
Emilia Romagna		D.G.R. 999 11/07/2011					Circ.Reg. 11/2011	D.G.R. 600 09/05/2011 D.G.R. 1135 27/07/2011
Friuli Venezia Giulia	D.G.R. 106 27/01/2011 D.G.R. 532 25/03/2011 D.G.R. 1943 21/10/2011							D.G.R. 1941 21/10/2011 L.R. n.8 17/06/2011
Lazio	Proposta D.G.R. 15082 14/07/2011			D.G. R. 159 29/04/2011				D.Com.acta n.40 10/06/2011
Lombardia		D.G.R. 9/1388 02/03/2011				D.G.R. 9/1999 13/07/201		D.G.R. 9/2000 13/07/2011

continua

continua

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.T. n1232 27/12/2011	D.G.R.T. n.292 26/04/2011 D.G.R.T. n.583 11/07/2011 D.G.R.T. n.794 12/9/2011 D.D.N. 4007 19/09/2011 DGRT 4011 19/09/2011 D.D. 4257 04/10/2011	D.D.6433 14/12/2011 D.D. 5958 23/12/2011 D.D. 5963 23/12/2011	D.G.R.T. n.761 05/9/2011 D.G.R.T. n.857 10/10/2011 D.D.N. 1193 21/03/2011 D.D.N. 1193 21/03/2011 D.D. 4994 04/11/2011 D.D. 5161 15/11/2011 D.D. 5108 15/11/2011 D.D. 5426 28/11/2011 D.D. 5544 28/11/2011 D.D. 6059 19/12/2011 Decreto 6186 22/12/2011 D.D. 6228 22/12/2011 D.D. 6231 22/12/2011 D.D. 6232 22/12/2011 D.D. 6372 28/12/2011		D.G.R.T. n.487 13/6/2011 D.G.R.T. n.759 05/9/2011 D.G.R.T. n.949 7/11/2011	D.G.R.T. n.196 28/03/2011 D.D. 4337 21/09/2011	D.G.R.T. n.950 07/11/2011 D.D.N. 3154 25/07/2011 D.D.N. 3693 05/09/2011
Trento P.A.			D.G.P. 1253 10/06/2011					
Veneto				D.G.R. 1378 03/08/2011 D.G.R. 1504 20/09/2011				

Fonte: Regioni e Province Autonome

II.1.3. Sintesi dell'attività istituzionale del Dipartimento per le Politiche Antidroga in ambito internazionale

Ambiti di intervento

Nell'anno 2011 il Dipartimento Politiche Antidroga ha rafforzato ulteriormente l'attività in ambito internazionale sia con gli organismi istituzionali europei, sia con gli enti internazionali**,** sia attraverso accordi bilateri.

ONU - CND

L'attività italiana alle Nazioni Unite è caratterizzata principalmente dalla partecipazione alla Commissione Stupefacenti (CND), istituita dal Consiglio Economico e Sociale delle Nazioni Unite (ECOSOC) con la risoluzione 9 (I) del 16 febbraio 1946, quale suo organo sussidiario in materia di droga. La 54ma sessione della Commissione Stupefacenti, tenutasi a Vienna dal 21 al 25 marzo

2011, ha costituito, come ogni anno, il principale evento nell'ambito delle Nazioni Unite per discutere sul problema globale della droga e concordare strategie internazionali comuni per affrontarlo. Questa sessione ha rappresentato un momento molto importante per l'Italia, che ha visto approvata la sua proposta di risoluzione, in primis in sede di consiglio dell'Unione Europea e quindi dai 193 stati delle Nazioni Unite: "*Promuovere strategie orientate alla riabilitazione e al reinserimento in risposta ai disturbi connessi al consumo di droga e alle loro conseguenze che sono dirette a favorire la salute e il benessere sociale fra individui,famiglie e comunità*",
La risoluzione ha lo scopo di promuovere strategie d'intervento che valorizzino in maniera prioritaria il concetto di recupero totale della persona dipendente.

ONU – Riunione di Alto Livello su HIV/AIDS

Il Dipartimento inoltre ha avuto un ruolo rilevante nelle fasi di negoziazione della Dichiarazione Politica sull'HIV/AIDS durante l'incontro di Alto Livello dell'Assemblea Generale, tenutasi presso la sede delle Nazioni Unite di New York dall'8 al 10 giugno 2011; tale ruolo si è sostanziato nel proporre un approccio equilibrato che tenesse in debito conto, anche a livello internazionale, quanto concordato in sede di Unione Europea.

Accordi bilaterali Italia - USA

Il 2011 ha visto l'intensificarsi dei rapporti bilaterali tra l'Italia e gli Stati Uniti grazie alla firma di due importanti accordi di collaborazione con *l'Office of National Drug Control Policy* (ONDCP), l'organo della Casa Bianca che si occupa di politiche sul controllo della droga, e con il *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), il principale centro di ricerca americano in materia di droga e tossicodipendenza. Il Memorandum d'Intenti con l'ONDCP, firmato a Washington l'11 luglio 2011, mira a creare basi condivise per rafforzare ed implementare la collaborazione bilaterale in materia di prevenzione, ricerca nel campo delle neuroscienze e riabilitazione delle persone dipendenti da droghe, nonché delle politiche/strategie generali di azione. L'accordo, che prevede la stipulazione di accordi specifici destinati a condividere ricerca e migliori prassi cliniche, è il frutto di un percorso e di valori condivisi fra i governi dei due paesi.
Successivamente, in ambito più tecnico, il Dipartimento ha siglato un secondo accordo con gli Stati Uniti. Nello specifico, è stato sottoscritto a Roma il 25 luglio 2011 un Memorandum d'Intenti con il NIDA. L'accordo mira a favorire lo sviluppo di ricerche congiunte nelle aree che comprendono: la ricerca, la diagnosi precoce, lo screening, il trattamento e gli interventi brevi per disturbi da dipendenza, soprattutto tra adolescenti e giovani adulti.

ONU
UNODC – INCB

Nel corso del 2011 inoltre è stata mantenuta l'attività di collaborazione sinergica con le principali organizzazioni competenti in materia di droga delle Nazioni Unite: in particolare, con l'Ufficio delle Nazioni Unite contro la Droga e il Crimine (UNODC), l'Organismo delle Nazioni Unite impegnato nella lotta contro la droga e la criminalità internazionale, al quale il Dipartimento ha rinnovato la sua partecipazione al Programma congiunto, già avviato nell'anno 2009, in collaborazione con l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), in materia di trattamento e cura della tossicodipendenza nella regione dei Balcani. L'obiettivo del programma consiste nella riduzione della domanda di sostanze illecite, nell'alleviare la sofferenza e nel diminuire i danni correlati alla droga per individui, famiglie, comunità e società. La cooperazione tra i due organismi in questo settore è fondamentale e mira a promuovere trattamenti e cure efficaci per tossicodipendenti e a rafforzare gli obblighi specifici assunti da tutti gli attori nazionali e internazionali interessati, per quanto riguarda le loro responsabilità nel contrasto al problema mondiale della droga.
E' proseguito inoltre nel corso del 2011 il lavoro con l'Organo Internazionale di Controllo sugli Stupefacenti (INCB), l'organismo indipendente di monitoraggio dell'attuazione delle Convenzioni internazionali delle Nazioni Unite per il controllo della droga. Il lavoro ha riguardato la trattazione e compilazione di questionari inviati dall'INCB al fine di monitorare le tendenze attuali ed

emergenti nell'abuso di droghe.

Attività UE – HDG

L'attività italiana nell'ambito dell'Unione Europea è caratterizzata dall'attiva e costante partecipazione al lavoro del Gruppo Orizzontale Droga (HDG), il Gruppo di lavoro interdisciplinare del Consiglio dell'Unione Europea che ha il compito di avviare, controllare e coordinare tutte le attività riguardanti il settore della droga, elaborando la politica antidroga del Consiglio.

Attività UE – Coordinatori Nazionali

Il Dipartimento ha preso parte alle attività dei Coordinatori Nazionali Antidroga. Le riunioni dei coordinatori sono indette due volte l'anno dalla Presidenza del Consiglio dell'Unione Europea, secondo quanto stabilito dal Piano d'Azione dell'UE in materia di lotta contro la droga 2009-2012. Ciò, ai fini di un efficace coordinamento delle politiche comunitarie in tema di droga. Lo scopo di questi incontri consiste nel garantire un efficace coordinamento e un impatto reale sul piano strategico su questioni specifiche e/o urgenti. Gli argomenti discussi in queste riunioni sono decisi dallo Stato che detiene la Presidenza del Consiglio dell'UE.

Attività UE – Varie

L'attività europea del Dipartimento prevede anche la partecipazione e la collaborazione per la compilazione di questionari inviati dalle istituzioni dei paesi europei. Per la realizzazione di tale attività, il Dipartimento ha coinvolto e coordinato le altre amministrazioni centrali italiane competenti. Nello specifico per il 2011, il Dipartimento ha partecipato alle seguenti iniziative:

- questionario per la valutazione della strategia europea in materia di droga 2005-2012; consultazione pubblica sulle attività future di finanziamento nel settore della giustizia, diritti fondamentali e uguaglianza;
- consultazione pubblica sui finanziamenti dell'UE per le politiche degli affari interni dopo il 2013;
- consultazione pubblica sul programma di ricerca dell'UE; questionario sugli standard minimi di qualità nella riduzione della domanda di droga;
- questionario "Verso una più efficace risposta europea alle droghe";
- questionario sull'attuazione della raccomandazione del Consiglio del 18 giugno 2003 sulla prevenzione e riduzione dei danni alla salute correlati alla tossicodipendenza;
- questionario sulla valutazione dell'impatto su un nuovo strumento atto a sostituire la Decisione del Consiglio 2005/387/JHA sulle nuove sostanze psicoattive.

Foundraising: Unione europea – Programmi di finanziamento – progetto S.O.N

Oltre a queste attività, il Dipartimento considera di essenziale rilevanza l'attività di foundraising. A tale proposito, il Dipartimento è parte attiva nel promuovere e/o sostenere nuovi progetti sia a carattere europeo che internazionale, verso una politica contro la droga sempre più efficace.

Nello specifico, nell'ambito del Programma europeo di prevenzione e lotta alla criminalità (ISEC), il Dipartimento ha ottenuto da parte della Commissione europea il finanziamento per l'implementazione di un innovativo progetto :"*Save Our Net (S.O.N.): Drug Sale and Trade under Attack. Let the Civil Society give Minors a Safer Internet*" il cui obiettivo principale è l'elaborazione di una nuova ed efficiente metodologia per monitorare e disincentivare la vendita e il traffico di sostanze dannose on line da parte dei minori e, nel contempo, la realizzazione di campagne di informazione sui pericoli della rete, rivolte ai genitori.

Unione europea – Progetto ERANID

Ancora in ambito europeo e all'interno del 7° Programma Quadro per la Ricerca per il periodo 2007-2013, il Dipartimento ha partecipato attivamente alla creazione di ERANID (ERA-NET sulle droghe illecite), un consorzio di Stati europei, quali Italia, Paesi Bassi, Belgio, Francia, Portogallo e Regno Unito, finalizzato a mettere in comune le risorse dei vari Stati per la ricerca in tema di droghe. L'obiettivo principale della rete, tramite la quale ogni Stato riceverà un finanziamento comunitario per la realizzazione delle attività, consiste nell'identificare le priorità comuni nell'ambito della ricerca scientifica in materia di droghe allo scopo di redigere un Piano di Ricerca Strategica e di presentare,

entro la fine del 2013, due bandi (*joint call)* rivolti alla comunità scientifica europea.

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 2011.

Esso si articola in molteplici formazioni regionali, i cosiddetti «minigruppi di Dublino», e per il terzo anno, l'Italia ha presieduto il minigruppo che monitora alcuni Paesi dell'Asia centrale, intesa come Tagikistan, Uzbekistan, Kazakistan, Kirghizistan, Turkmenistan.

Attività Consiglio d'Europa

L'attività italiana nell'ambito del Consiglio d'Europa è caratterizzata dalla partecipazione al Gruppo Pompidou, organismo intergovernativo di cooperazione per la lotta all'abuso e al traffico illecito di droga, che consente ai 37 Stati membri di condividere politiche e prassi nazionali con l'obiettivo di uniformare e rendere coerenti ed efficaci le rispettive azioni e strategie.

La politica del Gruppo segue il programma di lavoro approvato per il periodo 2011-2014. Esso prevede un bilanciamento maggiore tra la riduzione della domanda e la riduzione dell'offerta, potenziando quest'ultima; mira allo sviluppo di una strategia multidisciplinare e di una sempre più stretta cooperazione tra i vari Stai membri.

Gruppo Pompidou – Corrispondenti Permanenti

Il Dipartimento ha continuato, nel corso del 2011, a contribuire alle attività del Gruppo Pompidou, inviando commenti periodici attraverso contributi e proposte rinnovando una costante partecipazione alle riunioni dei singoli Gruppi ad hoc e dei Corrispondenti Permanenti (rappresentanti di ciascun Paese membro del Gruppo in merito alle questioni riguardanti le sostanze stupefacenti e la tossicodipendenza, il cui compito è quello di monitorare e dirigere lo sviluppo delle attività del Gruppo Pompidou e di predisporre il programma di lavoro)

Gruppo Pompidou – Rete MedNET

La rete MedNET – Rete Mediterranea di cooperazione sulle droghe e sulle tossicodipendenze, promuove la cooperazione, lo scambio e il trasferimento di conoscenze ed esperienze tra i Paesi del Mediterraneo del Sud, beneficiari delle attività condotte, e i Paesi del Mediterraneo del Nord, che hanno il ruolo di paesi donatori.

In questo ambito, il Dipartimento ha continuato a sostenere le attività previste dal programma della Rete. Nello specifico nel corso del 2011 il Dipartimento ha svolto attività di cooperazione in Egitto, Libano e Marocco.

Progetto "Donne, Alcol e Droga" – DAD.NET

Il Dipartimento ha promosso, in collaborazione con l'Istituto interregionale delle Nazioni Unite sul crimine e la ricerca (UNICRI), il Progetto DAD.NET. Il progetto ha come obiettivo principale la stesura di guidelines e l'organizzazione di corsi di formazione on line, per soddisfare, con servizi più adeguati, i bisogni assistenziali femminili e fornire, nel contempo, idonei strumenti per proporre attività di prevenzione e di riabilitazione diversificati rispetto al genere

Il Progetto è stato avviato e presentato nel marzo del 2011 con l'organizzazione di una conferenza internazionale svoltasi presso la sede della FAO di Roma.

Il Progetto ha come target principale tre categorie specifiche del genere femminile: giovani donne che non usano droghe, ma considerate a rischio, ragazze e donne che fanno uso occasionale di droghe; ragazze e donne che hanno già sviluppato problemi di dipendenza e/o affette da patologie correlate che necessitano di una assistenza rispettosa del loro genere a copertura dell'ambito assistenziale e del reinserimento.

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 2011, 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 2011

Anche per il 2011, il Punto Focale italiano ha stipulato il contratto annuale con il Coordinamento Reitox dell'OEDT e portato a termine tutte le attività previste. Si è trattato, in particolare:

- Predisposizione e trasmissione a 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 dell' "Early Warning System" europeo.
- Revisione e aggiornamento in merito agli sviluppi istituzionali, legislativi e politici a livello nazionale
- Revisione dei dati e delle informazioni nazionali trasmesse a 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

Il Punto Focale ha, inoltre, garantito la partecipazione di propri rappresentanti ed esperti a tutte le riunioni previste in calendario, vale a dire:

- Riunioni semestrali dei responsabili del Punto Focale
- Riunioni annuali dei 5 indicatori epidemiologici chiave
- Riunione annuale dell'Early Warning System
- Riunione annuale dei corrispondenti per il database legislativo
- Riunione tecnica su "Uso di droga nella popolazione carceraria: obiettivi e risposte"
- Riunione tecnica su "Revisione del protocollo indicatore TDI"
- Riunione tecnica su "Strategia e prospettive di promozione delle Best Practices per lo sviluppo dei Punti Focali nazionali"

Seconda NIOD Reitox Academy

In stretta collaborazione con l'Osservatorio sulle droghe e le tossicodipendenze di Lisbona, il Punto Focale italiano ha organizzato la Seconda Reitox Academy del progetto NIOD (Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze).
L'Academy si è svolta a Roma dal 7 al 9 settembre 2011 e ha visto la partecipazione dei referenti delle Regioni e delle Province Autonome aderenti al progetto NIOD. Hanno, inoltre, preso parte ai lavori i rappresentanti del Punto Focale polacco e i responsabili dell'Osservatorio sulle droghe di Israele.
A seguito e sviluppo dei contenuti della Prima Academy svoltasi a Lisbona nel dicembre 2010, il programma di lavoro della Seconda Reitox NIOD Academy si è posto l'obiettivo di analizzare e valutare lo stato dell'arte della costituzione degli osservatori regionali e provinciali e l'acquisizione di strumenti per il monitoraggio del loro funzionamento e delle attività svolte.
In pieno accordo con l'Osservatorio europeo di Lisbona, è stato stabilito di prevedere lo svolgimento di una Terza Reitox Academy, a conclusione del progetto NIOD, nell'anno 2012.

CAPITOLO II.2.

ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2011

II.2.2. La rete degli osservatori regionali: Progetto NIOD

II.2.3. Amministrazioni Centrali

II.2.4. Amministrazioni Regionali

II.2.5. Strutture di trattamento socio-sanitario

II.2.6. Analisi dei costi/benefici

II.2.6.1 Premessa

II.2.6.2 Stima dei costi sociali

II.2.6.3 Stima dei benefici derivanti dal trattamento dei consumatori di sostanze

II.2.6.4 Aspetti metodologici

II.2. ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI CONTRASTO ALLA DROGA

II.2.1. Dipartimento Politiche Antidroga - Organizzazione e attività 2011

Il Dipartimento come Struttura della Presidenza del Consiglio dei Ministri

L'organizzazione del Dipartimento Politiche Antidroga, che con DPCM del 29 ottobre 2009 è diventato struttura di supporto per la promozione, il coordinamento ed il raccordo dell'azione di Governo in materia di politiche antidroga, è stata definita con decreto adottato in data 31/12/2009 dal Sottosegretario delegato pro-tempore.

Delega sulle tossicodipendenze al Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione

Con D.P.C.M. del 13 dicembre 2011 al Ministro per la Cooperazione Internazionale e l'Integrazione sono state delegate mansioni relative alla promozione ed all'indirizzo delle politiche per prevenire, monitorare e contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate, di cui al testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, e successive modificazioni.

Figura II.2.1: Organigramma del Dipartimento Politiche Antidroga



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Attività svolta nel corso del 2011

Nel corso del 2011 sono proseguite, e in parte concluse, le numerose attività avviate nel corso degli anni precedenti; inoltre, sono state sviluppate una serie di altre iniziative che rappresentano la prosecuzione della realizzazione delle strategie pluriennali elaborate nel 2009.

Conferma del Piano Nazionale d'Azione 2010-2013

Il Piano Nazionale di Azione Antidroga (PAN) 2010-2013, già approvato dal Consiglio dei Ministri seduta del 29 ottobre 2010, è stato confermato dall'attuale esecutivo.

Nel corso del 2011 è stata avviata una attività di valutazione del PAN che ha evidenziato un buon riscontro da parte delle organizzazioni di settore e di cui si rendiconta nel capitolo VII.

È proseguita inoltre l'attività progettuale del Dipartimento a sostegno della realizzazione di tutte le azioni e le raccomandazioni contenute nel PAN.

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 2011 l'Osservatorio ha partecipato alla realizzazione e valutazione di

tutte le attività progettuali avviate**,** collaborando alla pianificazione di quelle in fase di sviluppo e avvio.
L'Osservatorio, in stretta collaborazione con il Punto focale nazionale, ha anche attivato e attualmente conduce in collaborazione con il Ministero della Salute la riorganizzazione dei flussi dati nazionali e degli osservatori regionali per i flussi sulle tossicodipendenze secondo gli standard europei (progetto "Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze"-SIND e progetto "Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze"-NIOD).
In particolare ha sviluppato e pubblicato:

- Manuale Operativo "Sistema Informativo nazionale sulle Dipendenze" (maggio 2011)
- Manuale operativo "Linee di Indirizzo per la costituzione e il funzionamento degli Osservatori Regionali" (settembre 2011)
- "Linee Guida per la stesura del report standard NIOD". Ha anche contribuito alla stesura delle "Linee di indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi nei Dipartimenti delle Dipendenze" (novembre 2011).

Sono state avviate due nuove rilevazioni dati: la prima fa riferimento all'accordo Stato-Regioni del 18 maggio 2011 relativo alla ricognizione dei detenuti tossicodipendenti, mentre la seconda è condotta soggetti in trattamento presso i SerT per gioco d'azzardo patologico.

Sistema di Allerta Rapida

Nel 2011 sono proseguite le attività del Sistema Nazionale di Allerta Rapida la cui organizzazione consente 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. Il Sistema consente inoltre di attivare le segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgono 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 2011 sono riportati nel capitolo V.3.

Gruppi di lavoro

Le funzioni interne al Dipartimento 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) 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 in materia, partecipano 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, dell'ENAV e della Rete Ferroviaria Italiana. A quest'ultima è stato affidato nel 2010 un progetto specifico (DTLR) con 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. Il 18 maggio 2011 è stato sancito l'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"

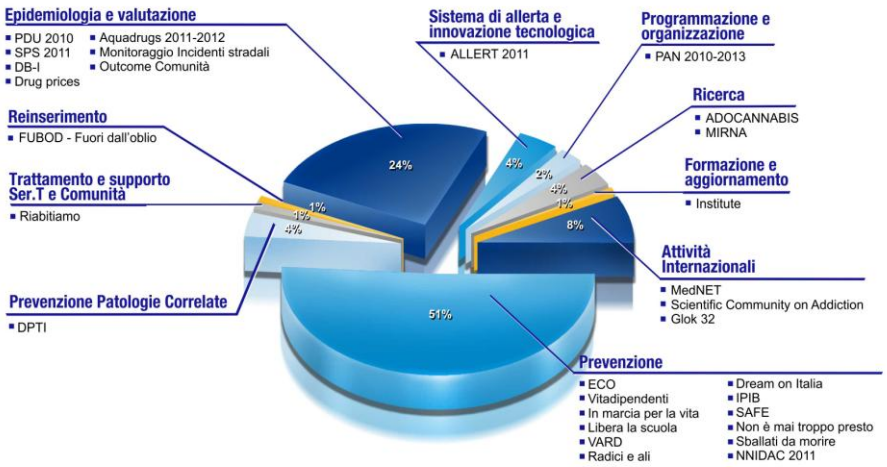
Sempre nel corso del 2011 sono state pubblicate e diffuse le linee di indirizzo a sostegno della prevenzione di patologie infettive correlate al consumo di stupefacenti. L'importanza di questo documento, basato su dati e prove di evidenza, è fondamentale per favorire l'accesso allo screening per HIV ed epatiti in soggetti a rischio, essendo emerso 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 attivato 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.

Piano progetti 2011

Alle 49 attività progettuali già definite nel piano 2009-2010, nel corso del 2011 si sono aggiunti altri 31 progetti per un investimento complessivo di 9.212.141 €, ripartiti come da figura che segue.

Figura II.2.2: Ripartizione dei finanziamenti del Piano Progetti 2011



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.

Molti dei risultati dei progetti affidati nel 2009/2010 costituiscono paragrafi della presente Relazione.

Progetto RELI: 127 progetti territoriali attivati

L'obiettivo del progetto Reinserimento Lavorativo Integrato (RELI) è quello 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.
Dal RELI sono stati attivati 127 progetti per comunità terapeutiche e servizi pubblici su tutto il territorio nazionale per un finanziamento disponibile di 8.200.000,00 € di budget (maggior finanziamento europeo in questo ambito).

Figura II.2.3: Numero di progetti attivati per regione – Progetto R.E.L.I.



Progetti NIOD e SIND Support

Il 2011 ha anche visto la prosecuzione 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). Del progetto NIOD si riporta lo stato di avanzamento e i risultati preliminari nel paragrafo II.2.1.2.

Progetto Edu.Care: coinvolti 50 territori

La finalità principale del progetto Edu.Care è 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, i rapporti con i giovanissimi figli, e le varie possibili problematiche con riferimento al potenziale uso di droghe o abuso alcolico fra i minori.
A tal fine sono stati coinvolt1 48 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.
I risultati preliminari sono stati i seguenti:

- 48 unità operative attivate su tutte le regioni italiane
- 14.380 adulti coinvolti
- 1.038 ragazzi coinvolti
- 522 insegnanti
- 134 istituti scolastici
- 266 enti/istituzioni convolte
- 58.017 ore di formazione eseguite

Data Base Integrato

Di particolare interesse il progetto Data Base Integrato (DB-I) che prevede lo sviluppo di un sistema informativo che centralizzi tutti i flussi dati provenienti dai vari interlocutori e fornitori (Ministeri, Regioni e Province Autonome) 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, sono state realizzate 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. La presentazione dettagliata delle attività svolte nel 2011 è riportata nel capitolo V.5.

DAD.NET

Promuovere strategie per le donne

Il Dipartimento sta inoltre portando avanti, come accennato al paragrafo II.1.3, un progetto dedicato alle problematiche di genere femminile, il progetto DAD.NET, Questo progetto viene realizzato in collaborazione con l'Istituto delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine e la Giustizia (UNICRI). I principali obiettivi sono la realizzazione di linee guida che verranno implementate sul territorio nazionale. Target del progetto sono: giovani donne che non usano droghe ma considerate a rischio**;** quindi tale intervento sarà essenzialmente di tipo preventivo; ragazze e donne che fanno uso occasionale di droghe; ragazze e donne che hanno già sviluppato problemi di dipendenza e/o sono affette da patologie correlate che necessitano di una assistenza rispettosa del loro genere a copertura dell'ambito assistenziale e del reinserimento. Target secondario di questo progetto sono: operatori del pubblico e del privato sociale che si trovano nella necessità di avere una formazione più approfondita per coprire i bisogni preventivi, assistenziali e di reinserimento**;** genitori, educatori e insegnanti che necessitano di una formazione più approfondita e selezionata per supportare il percorso educativo delle giovani donne che non hanno ancora il problema della dipendenza, ma che potrebbero essere esposte ad un rischio molto elevato

II.2.2. La rete degli osservatori regionali: Progetto NIOD

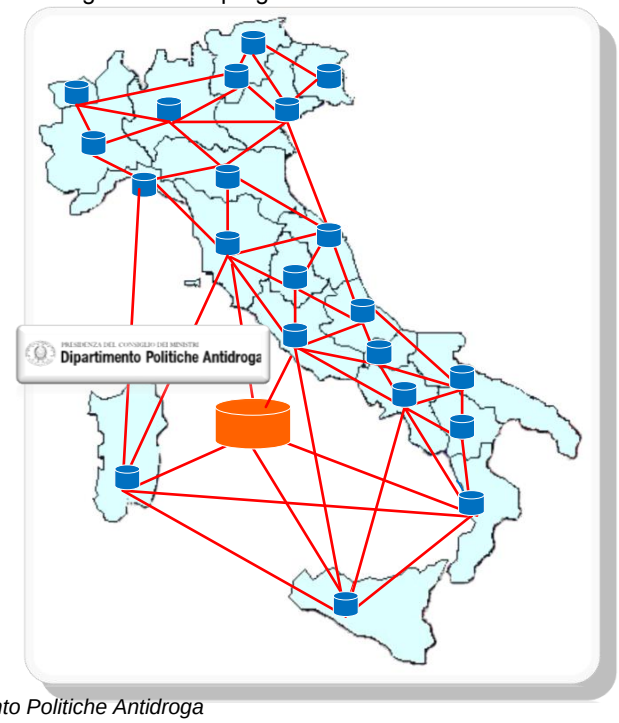
Nel 2010 l'osservatorio europeo EMCDDA congiuntamente con CICAD-OAS, ha pubblicato il manuale "Building a National Observatory: a joint manual", tradotto anche nella versione italiana, a cura del DPA in stretta collaborazione con l'EMCDDA. Il documento tecnico fornisce uno schema operativo di riferimento per la costituzione degli Osservatori nazionali, nell'ambito della loro funzione principale di supporto tecnico 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 che ne consentono la declinazione nelle 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, 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 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/Provincia Autonoma 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

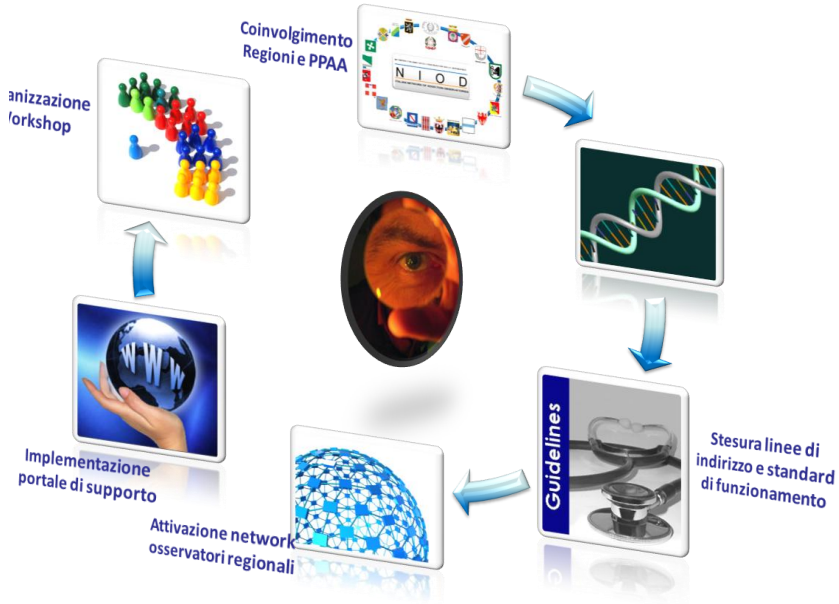


Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Obiettivi specifici progetto NIOD

L'obiettivo generale del progetto è stato declinato in obiettivi specifici a supporto delle diverse fasi operative. Tra gli obiettivi specifici carattere prioritario rivestono: la creazione di un gruppo di lavoro permanente con le amministrazioni regionali interessate all'iniziativa; la ricognizione della presenza e dello stato di implementazione di osservatori per le dipendenze a livello regionale.

Figura II.2.5: Obiettivi specifici del progetto NIOD



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Attività svolte nel 2011 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 Province Autonome 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/Province Autonome.

Gruppo di lavoro interregionale

Al fine di conseguire l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici del progetto, in fase di start-up del progetto stesso 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.

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 secondo meeting formativo, in prosecuzione di quello tenutosi presso la sede dell'EMCDDA di Lisbona nel 2010, che si è svolto nel mese di settembre 2011 a Roma.

Nel corso di questa seconda academy, che ha visto la partecipazione dell'EMCDDA e, in qualità di osservatori, di una delegazione polacca e una israeliana, sono proseguite le attività rivolte alla costituzione degli osservatori regionali. Tra le altre, è stata compilata una check-list derivata dal manuale "Building a National Observatory: a joint manual" con la quale si è avviato un metodo di monitoraggio dello stato di avanzamento del progetto nelle singole Regioni/Province Autonome.

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 2011 nello svolgimento delle attività, soluzioni possibili/auspicate e la programmazione delle attività previste per il 2012.

Ministero della Salute
Lavoratori a rischio
Messa a regime SIND
Bollettino dipendenze online

Il Ministero della Salute, attraverso il Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione - Direzione Generale della Prevenzione e il Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale del Sistema informativo, ha partecipato al gruppo di lavoro 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 raccordo del Dipartimento Politiche Antidroga, è proseguito il lavoro di messa a regime del 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 2011 è terminata la pubblicazione del Bollettino delle dipendenze pubblicato in versione on-line, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga,
sul sito dedicato
http://www.droganews.it/bollettino/3/Bollettino+sulle+Dipendenze+2010+vol.1.html

Ministero della Salute
Ufficio Centrale Stupefacenti

Il Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio sanitario Nazionale – Direzione Generale Farmaci e Dispositivi medici, ha collaborato alle attività del Sistema di allerta precoce tramite la predisposizione di numerosi decreti ministeriali e l'emanazione di provvedimenti occorrenti all'applicazione delle disposizioni legislative e delle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope.

Ministero della 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 emanazione) o la consistenza di alcuni fenomeni di rilevanza penale non sempre connessi ad una precisa normativa ma comunque ritenuti di particolare interesse. Nel caso della rilevazione sulle tossicodipendenze, ai sensi dell' art. 1, comma 9 del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309, anche il Ministero della Giustizia è tenuto a trasmettere i dati relativi alle questioni di sua competenza all'Osservatorio permanente per la verifica dell'andamento del fenomeno della tossicodipendenza.
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 della gestione dei dati sulle tossicodipendenze, per l'elaborazione di apposite schede che consentiranno la conoscenza reale del fenomeno in carcere..

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 il collocamento in comunità terapeutiche. In attuazione del DPCM 10 aprile 2008 è previsto che l'individuazione della struttura sia effettuata congiuntamente dalla ASL competente per territorio e dal Servizio Minorile della Giustizia che ha in carico il minore sulla base di una valutazione delle specifiche esigenze dello stesso.

Ministero dell'Interno
Servizi di Polizia in materia di stupefacenti

La Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, D.C.S.A, Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno, è la struttura per l'attuazione del coordinamento, pianificazione e alta direzione dei servizi di polizia in materia di stupefacenti. La D.C.S.A. E' organizzata in quattro articolazioni: I Servizio Affari Generali e Internazionali, II Servizio Studi, Ricerche e Informazioni, III Servizio Operazioni antidroga, IV Servizio Ufficio programmazione e Coordinamento generale. L'espletamento dei compiti istituzionali della D.C.S.A., in termini di coordinamento delle operazioni antidroga, costituisce un osservatorio privilegiato del quadro internazionale, in continua evoluzione, dei traffici illeciti di stupefacenti.

La Scuola Superiore della Amministrazione dell'Interno

La Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno, Documentazione e Statistica – Ufficio I Documentazione Generale sin dall'entrata in vigore del D.P.R. N. 309/1990, cura tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. suddetto, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale), i tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione.

Sinergia Esteri/DPA nella promozione della posizione italiana sulla riduzione del danno

I tre uffici del Ministero degli esteri competenti in materia, Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza, Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, Direzione Generale per l'Unione Europea, hanno, anche nel 2011, collaborato in sinergia con il DPA, proseguendo e rafforzando l'impegno in materia di promozione della prevenzione del consumo e, in maniera correlata, di definizione, nei competenti fora internazionali, del concetto di "riduzione del danno" alla luce delle normative e priorità nazionali volte al recupero clinico e sociale dei tossicodipendenti. Per poter continuare a svolgere un ruolo dinamico nel dibattito in seno alle Nazioni Unite in materia di droga, l'Italia ha presentato la propria candidatura per l'elezione dei membri della Commissione Droghe Narcotiche dell'ECOSOC per il triennio 2012-2015, le cui elezioni si sono svolte a New York nell'aprile 2011. Analogamente, il Ministero degli Affari Esteri ha presentato la candidatura italiana per il triennio 2012-2014 per la Commissione per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale, organismo

che svolge un ruolo rilevante anche nella prevenzione della criminalità legata alla droga. Il 28 aprile 2011 l'Italia è stata eletta membro di entrambe le predette Commissioni.

Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca
Progettualità di prevenzione

L'attenzione del Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca (MIUR) è focalizzata verso i comportamenti che determinano rischio per la salute dei giovani e che contribuiscono a provocare problemi sociali, disabilità e decessi. Questi comportamenti, spesso acquisiti durante la prima adolescenza, includono il fumo di sigaretta, l'alcol, e l'abuso di sostanze stupefacenti. Il MIUR ha, pertanto, implementato diverse iniziative di formazione ed informazione per la prevenzione delle dipendenze condotte sia a livello nazionale che locale. Di particolare rilevanza 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 è stato realizzato 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.

Ministero della Difesa
Stato Maggiore dell'Esercito Ufficio generale della Sanità Militare

La materia nell'ambito Difesa è attualmente disciplinata dal Codice dell'Ordinamento Militare (D-lgs. 66/2010) e dal "Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa.(DIFESAN-2010)".

Le Forze Armate italiane assorbono dalla società civile le proprie risorse umane e risentono dunque del trend sociale, soprattutto per quel che riguarda le fasce di età tra i 20 e 30 anni. In tal senso l'Amministrazione della Difesa è particolarmente sensibile al *fenomeno droga* e ai comportamenti d'abuso.

II.2.4. Amministrazioni Regionali

Sulla base delle indicazioni trasmesse dalle Regioni e dalle Province Autonome di Trento e Bolzano, attraverso le schede riportate integralmente al Capitolo VI.2.3., le Amministrazioni Regionali hanno mantenuto anche per l'anno 2011 un livello di attività organizzativa, normativa e programmatica estremamente diversificato e non omogeneo. Tuttavia, conseguentemente all'approvazione e pubblicazione di alcune importanti procedure formali da parte del Dipartimento per le Politiche Antidroga, in accordo con la Conferenza Stato-Regioni e i Ministeri competenti, nonché in linea con le indicazioni fornite nel Piano Nazionale di Azione Antidroga si è potuto riscontrare uniformità, almeno per un congruo numero di Regioni, in merito ai seguenti punti.

- Sono stati adottati nel 2011, o sono in via di adozione, i provvedimenti regionali attuativi dell'Intesa Stato-Regioni del 30/10/07 e dell'Accordo Stato-Regioni del 18/09/08 in tema di accertamento di assenza di tossicodipendenza e consumo di sostanze in determinate categorie di lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi.

Accertamenti tossicologici per i lavoratori con mansioni a rischio

- 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

Sistema informativo nazionale sulle dipendenze - SIND

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 e Seconda Reitox Academy

- A seguito dell'adesione da parte di quasi tutte le Regioni al Progetto NIOD – Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze, promosso dal DPA, è stato dato impulso e sostegno alla istituzione o rafforzamento degli Osservatori regionali per la raccolta dei dati e delle informazioni. I rappresentanti delle Regioni aderenti al progetto, hanno partecipato alla seconda riunione di formazione per la Creazione di una Rete di Osservatori regionali organizzata a Roma, in collaborazione con l'OEDT, nel mese di settembre 2011.

Priorità azioni di prevenzione

- In tutte le Regioni è stato dato nuovo impulso agli interventi di prevenzione, sia attraverso l'adozione di Piani o programmi regionali, sia con la stipula di accordi di cooperazione fra i diversi soggetti istituzionali e del privato sociale interessati a questa area di intervento specifico, vale a dire le aziende sanitarie, le Prefetture, le Direzioni scolastiche regionali, i Comuni, le Province, le associazioni accreditate e il mondo della società civile.

Anche a seguito dell'approvazione di nuovi Piani sociali e sanitari o di deliberazioni ad hoc, si è poi assistito alla creazione o individuazione di organismi di coordinamento regionale a carattere diversificato. Alcune Regioni hanno promosso la realizzazione di Comitati o tavoli di coordinamento o per la prevenzione delle tossicodipendenze e/o dell'alcolismo 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

1.630 strutture di assistenza, di cui:

563 Ser.T.

1.067 strutture socio-riabilitative di cui 66,4% comunità residenziali

Al 31.12.2011, 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 1.630, di cui 563 (34,5%) servizi pubblici per le tossicodipendenze (Ser.T.) e le rimanenti 1.067 sono strutture socio-riabilitative, in prevalenza strutture residenziali (66,4%), a seguire quelle semiresidenziali (17,9%) ed i servizi ambulatoriali (15,7%). Rispetto al 2010 si osserva una riduzione delle strutture socio-riabilitative pari al 2,4% (26 strutture), più marcata per le strutture semiresidenziali (5,4%) e per le strutture ambulatoriali (4,5%).

Maggiore concentrazione al nord

La distribuzione delle strutture socio-riabilitative sul territorio nazionale evidenzia una maggior concentrazione nelle Regioni del nord: nel 2011, come nel 2010, il 17% ha sede in Lombardia, il 13% in Veneto e l'11% in Emilia Romagna. Nel 2011 rispetto all'anno 2010, in relazione a possibili attività di riorganizzazione dei servizi, si osserva principalmente un aumento dei servizi per le tossicodipendenze in Lombardia (+11) e in Campania (+3), mentre sul versante delle strutture socio-riabilitative la riduzione di strutture residenziali si registra in Calabria, Basilicata, Piemonte e Toscana (-2). Con riferimento alle altre tipologie di strutture, in Emilia Romagna si riporta la diminuzione di 4 strutture e nelle regioni Lazio e Campania si osserva una diminuzione di 3

strutture semiresidenziali (Tabella II.2.1).

Tabella II.2.1: Strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti attive tra il 31.12.10 e il 31.12.11 secondo il tipo di assistenza

	Servizi [1] Tossicodipendenze			Strutture Socio-riabilitative [2]								
				Residenziali			Semiresidenziali			Ambulatoriali		
	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %	2010	2011	Δ %
Abruzzo	11	10	0,0	14	14	0,0	4	3	25,0	8	7	-12,5
Basilicata	6	6	0,0	7	5	-28,6	1	0	-100,0	5	5	0,0
Calabria	17	15	-11,8	25	23	-8,0	10	9	-10,0	3	3	0,0
Campania	43	46	7,0	20	21	5,0	8	5	-37,5	12	11	-8,3
Emilia Romagna	45	45	0,0	83	86	3,6	23	19	-17,4	15	16	6,7
Friuli Venezia Giulia	6	6	0,0	9	8	-11,1	5	6	20,0	6	6	0,0
Lazio	47	46	-2,1	29	29	0,0	13	10	-23,1	9	7	-22,2
Liguria	6	ND	0,0	24	24	0,0	5	7	40,0	6	4	-33,3
Lombardia	72	83	15,3	134	134	0,0	20	19	-5,0	29	29	0,0
Marche	15	14	-6,7	32	31	-3,1	13	14	7,7	10	8	-20,0
Molise	6	6	0,0	6	5	-16,7	0	0	0,0	2	2	0,0
PA Bolzano	4	4	0,0	2	2	0,0	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	59	ND	0,0	68	66	-2,9	3	4	33,3	8	6	-25,0
Puglia	57	58	1,8	47	46	-2,1	17	19	11,8	19	20	5,3
Sardegna	14	14	0,0	23	22	-4,3	2	0	-100,0	8	8	0,0
Sicilia	52	52	0,0	26	26	0,0	7	7	0,0	8	8	0,0
Toscana	42	41	-2,4	55	53	-3,6	19	18	-5,3	8	8	0,0
Umbria	11	11	-9,1	27	27	0,0	4	4	0,0	1	1	0,0
Valle d'Aosta	1	1	0,0	1	2	100,0	0	1	-	0	0	0,0
Veneto	39	39	0,0	79	80	1,3	46	44	-4,3	18	18	0,0
Totale	**554**	**563(*)**	**1,6**	**715**	**708**	**-1,0**	**202**	**191**	**-5,4**	**176**	**168**	**-4,5**

ND = dato non disponibile

(*) Dato stimato considerando il valore 2010 della Liguria e del Piemonte

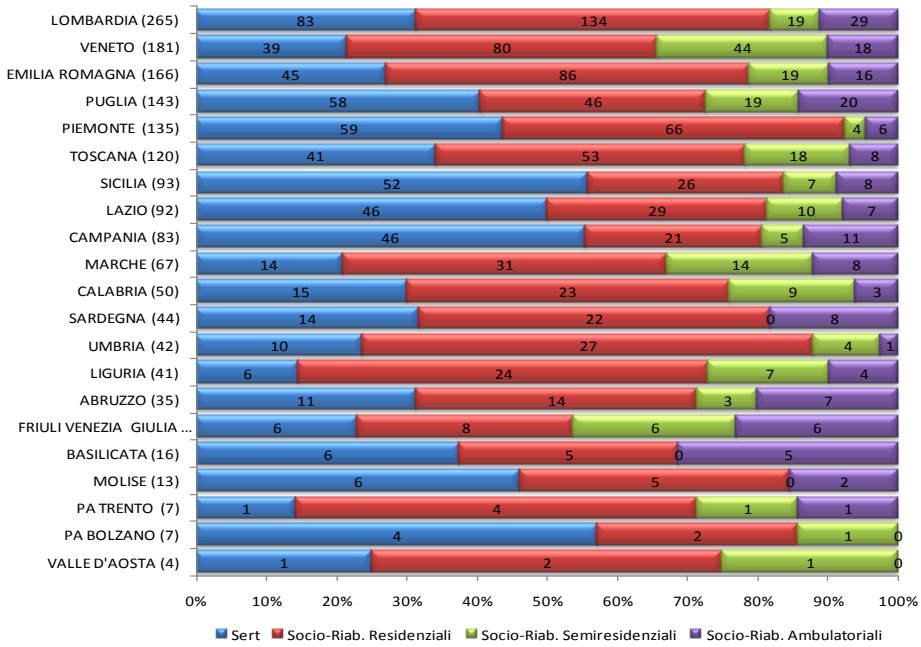
Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Aumento dell'1,6% dei Ser.T. (2010-2011)

Diminuzione dello 1% delle strutture residenziali, del 5,4% delle strutture semiresidenziali e del 4,5% delle strutture ambulatoriali

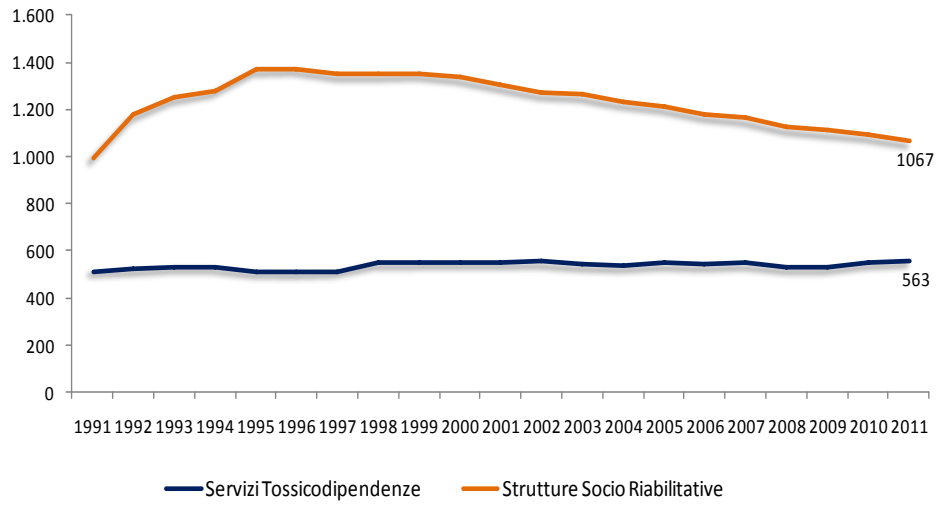
Dal punto di vista della ripartizione tra strutture sanitarie pubbliche e del privato sociale, si evidenzia una maggiore distribuzione percentuale di Sert nella Provincia Autonoma di Bolzano, in Sicilia, in Campania e nel Lazio (Figura II.2.8).

Figura II.2.8: Distribuzione delle strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti secondo la tipologia e per regione - Anno 2011



Fonte: Elaborazioni su dati (1) Ministero della Salute; (2) Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Figura II.2.9: Andamento numero strutture socio-sanitarie per tossicodipendenti - Anni 1991 – 2011



Fonte: Elaborazioni su dati Ministero della Salute

Il numero dei Ser.T. aumenta dell'8,7% dal 1991 al 2011

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 563 nel 2011, pari ad un aumento dell'8,7%. Molto più variabile appare il trend delle strutture socio-riabilitative, che secondo quanto riportato dal 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

Dal 1996 calo delle strutture socio riabilitative

sempre più consistente a partire dal 2002 fino ad arrivare a 1.067 strutture esistenti nel 2011.

Nel corso del primo quadrimestre del 2012 è stata condotta una rilevazione presso gli Assessorati regionali riguardante la ricognizione delle strutture del privato sociale (Enti Ausiliari accreditati/autorizzati ex artt. 115 e 166 del DPR 309/90) e del pubblico di tipo diagnostico terapeutico riabilitativo secondo l'articolazione dello Schema Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999. Dalle informazioni online fornite in una specifica piattaforma creata dal Dipartimento per le Politiche Antidroga, da tutte le Regioni e PP. AA. esclusa la Valle D'Aosta, emerge che le strutture private diagnostico – terapeutico - riabilitative residenziali e semiresidenziali non inserite o inseribili nella casistica prevista dall'Atto d'intesa Stato-Regioni sono complessivamente 52, 15 in meno rispetto all'anno precedente (Tabella II.2.2). Diminuiscono fortemente le strutture residenziali, confermando la tendenza già osservata lo scorso anno (-31,8% rispetto al 2010) e diminuiscono anche le strutture semiresidenziali (-30,4% rispetto al 2010). In aumento i servizi classificati nella tipologia "Accoglienza" nello Schema Atto d'Intesa (+6,7%), non è possibile effettuare un confronto diretto con il 2010 tra strutture residenziali e semiresidenziali in quanto nel 2011 c'è un sostanziale numero di strutture in corrispondenza delle quali non è stata definita la tipologia. Diminuisce invece il numero di strutture afferenti all'area terapeutico-riabilitativa (-10%), all'area dei servizi pedagogico riabilitativi e all'area dei servizi di trattamento specialistico (-13,1%). Queste ultime sono complessivamente 153 di cui il 26% eroga servizi per pazienti in doppia diagnosi, il 20% per alcolisti, il 16% sono case alloggio per pazienti con AIDS ed il 12 % eroga servizi per donne con bambini.

Atto di Intesa Stato-Regioni del 5 agosto 1999

Strutture residenziali in calo del 31,8%

Servizi di accoglienza in aumento del 6,7%

Strutture di trattamento specialistico: -13,1%

Tabella II.2.2: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anni 2010 – 2011

	Residenziali			Semiresidenziali			Non specificato			Totale strutture		
	2010	**2011**	**Δ %**	**2010**	**2011**	**Δ %**	**2010**	**2011**	**Δ %**	**2010**	**2011**	**Δ %**
Dipendenze patologiche generiche (non inserite o inseribili nella casistica Schema Atto di Intesa)	44	30	-31,8	23	16	-30,4	-	6	n□ c	67	52	-22,4
Servizi di accoglienza art.11	35	21	-40,0	10	6	-40,0	-	21	n.c	45	48	6,7
Servizi terapeutico-riabilitativi art.12	353	285	-19,3	77	49	-36,4	-	53	n.c	430	387	-10,0
Servizi di trattamento specialistici art.13	170	136	-20,0	6	12	100,0	-	5	n.c	176	153	-13,1
13 a) Doppia Diagnosi	53	36	-32,1	3	3	0,0	-	1	n.c	56	40	-28,6
13 b) Mamma con bambino	24	18	-25,0	-	0	n.c.	-	0	n.c	24	18	-25,0
13 c) Alcolisti	29	28	-3,4	1	2	100,0	-	1	n.c	30	31	3,3
13 d) Cocainomani	-	1	n.c.	1	1	0,0	-	0	n.c	1	2	100,0
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	-	0	n.c.	-	5	n.c.	-	0	n.c	0	5	n.c.
13 f) Minori	14	14	0,0	1	1	0,0	-	1	n.c	15	16	6,7
13 g) Coppie	1	1	0,0	-	0	n.c.	-	0	n.c	1	1	0,0
13 h) Centri crisi	14	5	-64,3	-	0	n.c.	-	1	n.c	14	6	-57,1
13 i) Casa alloggio AIDS	24	24	0,0	-	0	n.c.	-	1	n.c	24	25	4,2
13 l) Altro	11	9	-18,2	-	0	n.c.	-	0	n.c	11	9	-18,2
Servizi pedagogico-riabilitativi art. 14	155	114	-26,5	32	25	-21,9	-	0	n.c	187	139	-25,7
Servizi multidisciplinari integrati art. 15	10	10	0,0	1	0	-100,0	-	0	n.c	11	10	-9,1
Altri programmi accreditati	-	0	n.c.	-	0	n.c.	-	0	n.c	0	0	n.c.
Totale	**767**	**596**	**-22,3**	**149**	**108**	**-27,5**	**-**	**85**	**n.c**	**916**	**789**	**-13,9**

n. c.= dato non calcolabile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Diminuzione dei centri crisi, dei servizi per doppia diagnosi e per donne con bambini

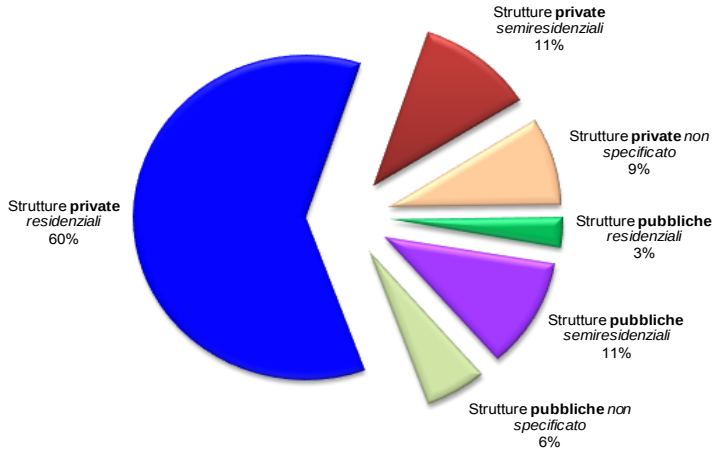
Tabella II.2.3: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di struttura e di assistenza. Anno 2011

	Residenziali	Semiresidenziali	Non specificato	Totale strutture
Dipendenze patologiche generiche	0	5	6	11
Servizi di accoglienza	1	2	33	36
Servizi terapeutico-riabilitativi senza ulteriori specifiche (anche con trattamenti con farmaci sostitutivi)	11	63	9	83
Specialistiche art.13	16	38	9	63
13 a) Doppia Diagnosi	5	1	2	8
13 b) Mamma con bambino	0	0	0	0
13 c) Alcolisti	1	21	2	24
13 d) Cocainomani	1	3	0	4
13 e) Giocatori d'azzardo patologici	0	1	1	2
13 f) Minori	2	12	1	15
13 g) Coppie	0	0	0	0
13 h) Centri crisi	1	0	1	2
13 i) Casa alloggio AIDS	1	0	1	2
13 l) Altro	5	0	1	6
Totale	**28**	**108**	**57**	**193**

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Nelle Regioni censite sono presenti in totale 193 strutture (residenziali, semiresidenziali e non specificate) diagnostico-terapeutico riabilitative pubbliche. Principalmente si ha che il 43% sono strutture terapeutico-riabilitative, il 32,6% sono strutture di trattamento specialistico ed il 18,7 % sono servizi di accoglienza. Per quanto riguarda le strutture specialistico, il 38% si occupa di alcolisti, il 23,8% di minori ed il 12,7 si occupa di pazienti in doppia diagnosi.

Figura II.2.10: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative pubbliche e private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999. Anno 2011



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

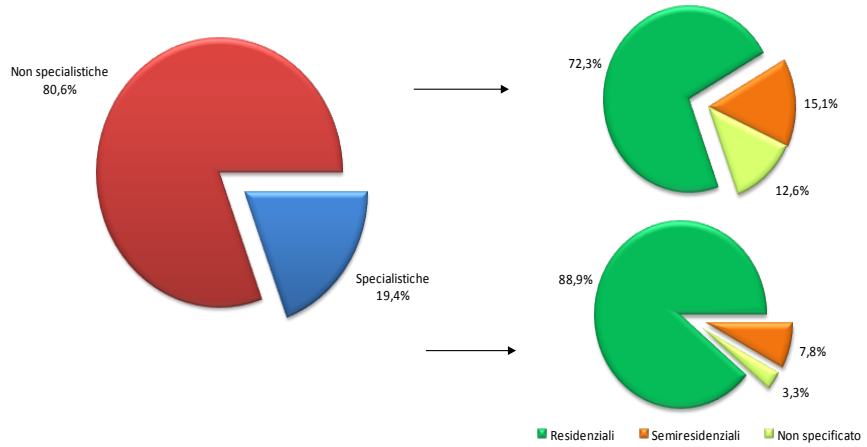
Tabella II.2.4: Strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza e per Regione. Anni 2010 – 2011

	Anno	Strutture specialistiche (art. 13)				Strutt. non specialistiche				Totale
		Resid.	Semi	Non spec	Totale	Resid.	Semi	Non spec	Totale	
Abruzzo	2010	1	-	-	1	13	4	-	17	18
	2011	1	0	0	1	12	4	0	16	17
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	-7,7	0,0	n.c.	-5,9	-5,6
Basilicata	2010	1	-	-	1	5	-	-	5	6
	2011	1	0	0	1	5	0	0	5	6
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,0
Calabria	2010	1	0	-	1	15	9	-	24	25
	2011	1	0	0	1	15	9	0	24	25
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,0	0,0	n.c.	0,0	0,0
Campania	2010	-	-	-	-	22	8	-	30	30
	2011	0	0	0	0	22	8	0	30	30
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	0,0	0,0	n.c.	0,0	0,0
Emilia Romagna	2010	19	-	-	19	57	15	-	72	91
	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Δ %	-100,0	n.c.	n.c.	-100,0	-100,0	100,0	n.c.	100,0	-100,0
Friuli Venezia Giulia	2010	1	-	-	1	5	4	-	9	10
	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Δ %	-100,0	n.c.	n.c.	-100,0	-100,0	100,0	n.c.	100,0	-100,0
Lazio	2010	16	-	-	16	27	16	-	43	59
	2011	8	0	0	8	32	12	0	44	52
	Δ %	-50,0	n.c.	n.c.	-50,0	18,5	-25,0	n.c.	2,3	-11,9
Liguria	2010	36	5	-	41	21	4	-	25	66
	2011	33	10	0	43	24	4	0	28	71
	Δ %	-8,3	100,0	n.c.	4,9	14,3	0,0	n.c.	12,0	7,6
Lombardia	2010	17	-	-	17	120	13	-	133	150
	2011	17	0	0	17	121	14	0	135	152
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,8	7,7	n.c.	1,5	1,3
Marche	2010	9	-	-	9	54	8	-	62	71
	2011	11	0	0	11	26	4	0	30	41
	Δ %	22,2	n.c.	n.c.	22,2	-51,9	-50,0	n.c.	-51,6	-42,3
Molise	2010	-	-	-	-	3	1	-	4	4
	2011	0	0	0	0	4	0	0	4	4
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	33,3	100,0	n.c.	0,0	0,0
PA Bolzano	2010	2	1	-	3	2	-	-	2	5
	2011	2	1	0	3	2	0	0	2	5
	Δ %	0,0	0,0	n.c.	0,0	0,0	n.c.	n.c.	0,0	0,0
PA Trento	2010	3	-	-	3	4	-	-	4	7
	2011	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	Δ %	-100,0	n.c.	n.c.	-100,0	-100,0	n.c.	n.c.	100,0	-100,0
Piemonte	2010	22	-	-	22	48	5	-	53	75
	2011	23	0	0	23	43	4	0	47	70
	Δ %	4,5	n.c.	n.c.	4,5	-10,4	-20,0	n.c.	-11,3	-6,7
Puglia	2010	-	-	-	-	47	15	-	62	62
	2011	0	0	0	0	42	9	6	57	57
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	-10,6	-40,0		-8,1	-8,1
Sardegna	2010	4	-	-	4	39	15	-	54	58
	2011	0	0	5	5	0	0	30	30	35
	Δ %	-100	n.c.	n.c.	25	-100	-100	n.c.	-44,4	-39,7
Sicilia	2010	-	-	-	-	19	5	-	24	24
	2011	1	0	0	1	21	4	0	25	26
	Δ %	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	10,5	-20,0	n.c.	4,2	8,3
Toscana	2010	26	-	-	26	39	11	-	50	76
	2011	28	0	0	28	38	14	0	52	80
	Δ %	7,7	n.c.	n.c.	7,7	-2,6	27,3	n.c.	4,0	5,3
Umbria	2010	7	-	-	7	16	-	-	16	23
	2011	5	1	0	6	17	2	0	19	25
	Δ %	-28,6	n.c.		-14,3	6,3	n.c.		18,8	8,7
Veneto	2010	5	-	-	5	41	10	-	51	56
	2011	5	0	0	5	36	8	44	88	93
	Δ %	0,0	n.c.	n.c.	0,0	-12,2	-20,0	n.c.	72,5	-100,0
Totale	2010	170	6	-	176	597	143	-	740	916
	2011	136	12	5	153	460	96	80	636	789
	Δ %	-20,0	100,0	n.c.	-13,1	-22,9	-32,9	n.c.	-14,1	-13,9

n.c.= dato non calcolabile

Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Figura II.2.11: Distribuzione percentuale delle strutture diagnostico terapeutico riabilitative private secondo lo Schema Atto di Intesa Stato Regioni 5.8.1999, per tipologia di assistenza. Anno 2011



Fonte: Elaborazioni su dati delle Regioni e delle Province Autonome

Il progetto Comunitalia

Premessa

Il progetto ha la finalità di favorire lo spirito aggregativo attraverso la creazione di un coordinamento tecnico nazionale permanente Attraverso cui consorziare tutte le associazioni del privato sociale che operano nel settore della tossicodipendenza, con la finalità della concertazione e della condivisione di strategie e modalità d'intervento.
Nel concreto ci si prefigge l'obiettivo di attivare un monitoraggio sistematico e permanente dei dati relativi alle Comunità Terapeutiche:

- informazioni anagrafiche e strutturali,
- volume e tipo di attività,
- informazioni di tipo economico sul ciclo attivo e relativi crediti.

In questo modo si vuole far fronte alla conoscenza parziale e frammentaria del sistema dei servizi del privato sociale e produrre proposte in grado di garantire lo sviluppo e la crescita qualitativa di queste realtà.
L'analisi dei dati raccolti porterà poi alla definizione di una proposta di criteri standard nazionali per l'accreditamento delle Comunità Terapeutiche, di un tariffario unico e quindi di criteri univoci per la definizione delle rette, per poi poter ottenere un idoneo riconoscimento delle prestazioni erogate su cui istituire un sistema condiviso e permanente di recupero crediti, (a causa del ritardo nei pagamenti delle rette da parte di Regioni, Province autonome e Aziende Sanitarie).
Il presente paragrafo riguarda l'adempimento definito durante l'incontro dell'8 maggio 2012 e relativo alla verifica e alla ridefinizione delle Convenzioni del Progetto Comunitalia nell'ambito della spending review.
Lo sviluppo del progetto prevedeva entro il 31 maggio 2012 la elaborazione di "un report tecnico" contenente l'elaborazione dei dati economici-finanziari delle Comunità Terapeutiche raccolti in fase di acquisizione delle manifestazioni di interesse a partecipare al Progetto Comunitalia. Dall'elaborazione dei dati economico finanziari si dovrà poter evincere il valore del fatturato totale ed il valore del fatturato inevaso, diviso per regione con l'indicazione del periodo temporale a cui i dati si riferiscono e del numero di Comunità Terapeutiche

costituenti il campione di riferimento".
Le adesioni da parte della comunità terapeutiche sono state raccolte con una procedura on line e il successivo invio della documentazione in forma cartacea. Nello specifico si richiedeva la compilazione di una manifestazione di interesse inviata in via informatica attraverso i seguenti passaggi:

- inserimento dei dati dell'Ente Giuridico di riferimento e del referente del progetto,
- conferma dei dati attraverso l'inserimento del codice di controllo,
- inserimento dei dati anagrafici ed economici delle sedi operative.
- stampa e spedizione in formato cartaceo della ricevuta di presentazione online della manifestazione di interesse e della documentazione richiesta comprovante quanto già inviato in via elettronica.

Nello specifico:
Allegato A – Modello per l'autocertificazione del credito (uno per ogni sede operativa registrata nel corso della procedura online);
Allegato B - Modello per l'autorizzazione al trattamento dei dati forniti, sottoscritti e siglati su ogni pagina;
Copia documento Rappresentante legale della struttura.
L'invio in formato elettronico (file xls) dell'allegato A (uno per ogni sede operativa registrata nel corso della procedura online) e dell'allegato B.
Le Comunità terapeutiche hanno potuto aderire al progetto attraverso due chiamate (CALL): la prima dal 1° ottobre 2011 al 15 novembre e, la seconda dal 1° al 31 marzo 2012.
L'attività di verifica della documentazione inviata è in via di conclusione, pertanto i dati che verranno illustrati in questa relazione sono definitivi al netto di una possibile variazione del 10-15%, dovuta, appunto, alle verifiche in corso.
In totale la risposta alle due CALL è stata di 124 Enti che comprendono 352 sedi operative. Ad oggi vi sono 8 enti che pur avendo avviato la procedura di adesione, non sono stati incluse nell'elenco in quanto non in possesso dei requisiti per poter partecipare.
Dai dati richiesti alle Comunità Terapeutiche si è potuto evincere il fatturato complessivo delle strutture e quello che, alla data del 1 luglio 2011, risultava inevaso, e la quota parte del fatturato ceduto pro solvendo e pro soluto.
Nei tre anni di riferimento, il 2009, 2010 e il primo semestre del 2011 il totale fatturato delle comunità che hanno aderito alla iniziativa è stato di € 369.279475,00 .
Di questo totale la quota che risulta ancora inevasa, in data 1 luglio 2011, è risultata essere di € 26.461.354,00.

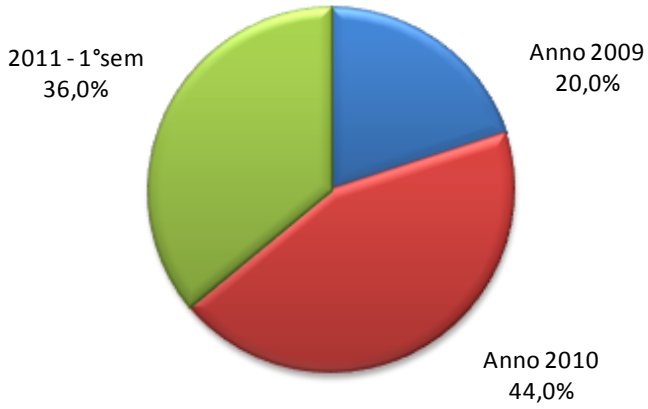
Tabella II.2.5: Fatturato Comunità Terapeutiche anni 2009-2011

	2009	2010	2011 (1sem)	Totale	% sul Totale
Inevaso	5.224.112	11.645.295	9.591.947	26.461.354	7,2
Prosolvendo	1.298.291	1.308.074	832.044	3.438.409	0,9
Prosoluto	732.037	764.317	423.920	1.920.274	0,5
Evaso	200.204.121	106.575.307	30.680.010	337.459.438	91,4
Totale	**207.458.561**	**120.292.998**	**41.527.921**	**369.279.475**	

Fonte: progetto Comunitalia

Del fatturato inevaso poco più di un terzo riguarda il primo semestre del 2011.

Figura II.2.12: Fatturato inevaso C.T. analisi per anno di riferimento



Fonte: Progetto Comunitalia

Considerando che i dati su esposti si riferiscono alla situazione esistente al primo luglio 2011, si deve evidenziare che parte del fatturato potrebbe, ad oggi, essere stato saldato e, per contro potrebbero esserci ulteriori fatture emesse dopo la data di rilevazione tutte, o in gran parte, insolute. Data la situazione economica generale e pur in presenza di significative differenze regionali, la tendenza generale è quella di un ritardo nei pagamenti.
Per contro le fatture emesse dalle comunità seguono il generale andamento delle attività, pertanto si può concludere che la somma delle fatture inevase ad oggi debba essere superiore a quella registrata nel luglio 2011 e non inferiore.

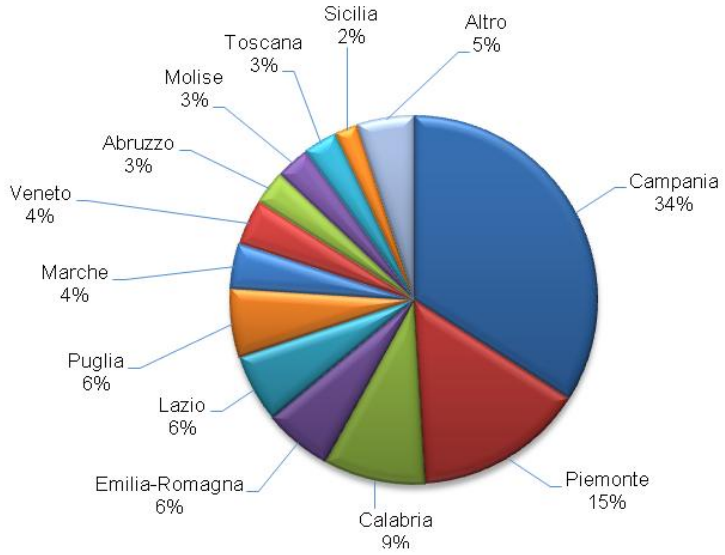
Esposizione verso le Regioni

I dati di fatturato ricevuti dalle Comunità Terapeutiche sono stati elaborati per regione e per anno di riferimento.
In totale le fatture inevase nel 2009, 2010 e nel primo semestre del 2011 risultano essere pari a € 16 456.707,00.
La forte differenza tra il valore delle fatture inevase indicate nel capitolo precedente, e quelle su base regionale, sono dovute ai seguenti motivi:

- i dati ricevuti in forma cartacea si discostano notevolmente da quelli ricevuti dalla procedura on line e l'attività di riallineamento è ancora in corso;
- per dieci comunità vi sono ulteriori e più specifiche verifiche, come anche previsto nell'impianto progettuale. Evidenziamo quindi che il fatturato inevaso per queste comunità, pari a € 7.462.702,00 che pesa per il 28% sul totale, non è stato incluso nei conteggi regionali;
- nei dati che si richiedevano alle Comunità Terapeutiche non veniva esplicitamente richiesto di fornire i dati suddivisi su base regionale, per cui i calcoli effettuati per regione sono oggetto di elaborazioni e non di aggregazioni di dati certi;

Anche se vi sono differenze, la tendenza generale di ripartizione tra gli anni e tra le regioni risulta essere attendibile. In ogni caso verranno effettuate ulteriori verifiche in sede di stipula delle convenzioni.
Dall'analisi dei dati suddivisi per regione risulta che la Campania da sola assorbe un terzo delle fatture inevase e che altre cinque regioni (Piemonte, Calabria, Puglia, Lazio ed Emilia Romagna) assorbono una quota del 43% del totale.

Figura II.2.13: Fatturato inevaso C.T. analisi per Regione



Fonte:Pprogetto Comunitalia

II.2.6. Analisi dei costi/benefici

II.2.6.1 Premessa

I costi sociali legati al fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti

L'analisi del fenomeno del consumo delle sostanze stupefacenti illegali, non può prescindere dalla valutazione dell'impatto economico che lo stesso esercita sul Paese, soprattutto in un contesto epocale come quello attuale, attraversato da profonde difficoltà socio-economiche che interessano tutti i Paesi del mondo.

A supporto del profilo conoscitivo dettagliato relativo alle diverse aree di interesse ed osservazione del fenomeno in oggetto (evoluzione del fenomeno da un lato, che include il mercato illecito e il bisogno/domanda di sostanze - consumo -, ed il sistema di contrasto dall'altro, che include la prevenzione, cura, riabilitazione e reinserimento degli assistiti, ed il contrasto delle FFOO) delineato all'interno del presente volume, in questo paragrafo viene presentata un'ipotesi di valorizzazione monetaria delle componenti maggiormente rilevanti dell'impatto economico del fenomeno sulla società, secondo la definizione ormai consolidata del concetto di "costi sociali".

Con tale termine, infatti, si intendono i costi sopportati dai cittadini e dalla collettività direttamente ed indirettamente, derivanti dalle conseguenze dell'uso di droga e del mercato ad esso connesso. In particolare, la stima dei costi sociali è orientata a quantificare il danno economico subito dalla società, e conseguentemente dal cittadino, a fronte del consumo di sostanze illecite.

Secondo la letteratura scientifica corrente che trae origine dai modelli economici sviluppati in seguito agli studi condotti negli anni '90 negli Stati Uniti dal gruppo di Kenner Rice, il costo sociale del consumo di sostanze è equivalente ai costi cumulativi generati dal consumo, senza tener conto del fatto che alcune attività alle quali il fenomeno dà luogo (assistenza sanitaria, contrasto delle FF.OO.) possono effettivamente creare ricchezza (ad esempio il reddito percepito dal personale che opera nel settore sanitario, nelle Forze dell'Ordine, etc).

Volendo rappresentare e classificare le diverse voci di costo imputabili al

consumo di sostanze in macroaree, alcuni recenti rassegne di studi disponibili in letteratura[1,2] individuano differenti modelli di classificazione, di differente grado di complessità, secondo il dettaglio delle voci di costo in essi rappresentati.

Modello di classificazione dei costi

In particolare, il modello proposto da Kopp e Palle (1998), individua tre macroaree di costi riprese e sviluppate anche nell'analisi economica dei Dipartimenti per le Dipendenze di Serpelloni (2006)[3]: costi attribuibili al singolo individuo (costi individuali, rappresentati prevalentemente dai costi per l'acquisto di sostanze stupefacenti, oltre ad altre spese non rimborsate legate al mancato pagamento delle tasse per la mancata produttività, eventuali spese giuridiche, etc), e costi che sostiene l'intera collettività (costi collettivi, sostenuti dalle Amministrazioni centrali e locali per il contrasto al traffico di sostanze illegali e per l'offerta di assistenza ai consumatori). Questi ultimi costi possono essere distinti in ulteriori tre macro-categorie: contrasto, trattamento e prevenzione, e costi esterni (indiretti per l'individuo e per la collettività, imputabili prevalentemente alla mancata produttività, assenteismo, mortalità prematura, trattamento delle patologie droga-correlate, etc).

Componenti di costi da imputare al consumo di sostanze stupefacenti

Sulla base di tale modello, considerata talvolta la problematicità di distinguere le voci relative al costo per la prevenzione da quelle dell'assistenza socio-sanitaria, qualora sostenute entrambe dai servizi per le dipendenze, le categorie di costo utilizzate ai fini dell'analisi nel presente documento sono riferite a:

- costi individuali, imputabili principalmente all'acquisto delle sostanze stupefacenti illegali;
- costi per l'applicazione della legislazione, misurabili in termini di azioni promosse al fine di contrastare, ridurre e reprimere la domanda e l'offerta di sostanze stupefacenti;
- costi socio-sanitari, connessi alle conseguenze sanitarie ed il conseguente reinserimento sociale derivanti dal consumo di sostanze psicoattive;
- costi relativi alla perdita di produttività: derivante dalla riduzione della capacità lavorativa, in termini sia di giornate di lavoro perse sia di aumento del rischio di disoccupazione o di interruzione precoce del percorso lavorativo.

A fronte dei costi sociali che il fenomeno delle sostanze stupefacenti comporta sulla società, di particolare interesse risulta la valutazione di alcuni benefici derivanti dall'attuazione di interventi socio-sanitari a favore delle persone che si rivolgono ai servizi territoriali. Limitatamente alla componente dei costi socio-sanitari, nel paragrafo II.2.5.3 viene presentata una stima dell'efficacia in termini monetari degli interventi socio-sanitari rivolti ai tossicodipendenti.

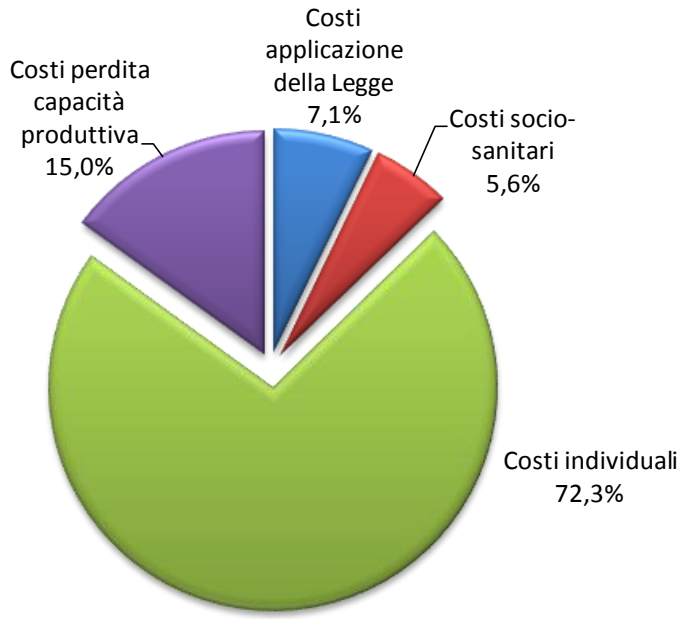
II.2.6.2 Stima dei costi sociali

Circa 31,2 miliardi di euro la stima del costo sociale globale del fenomeno droga nel 2010 (2% del PIL)

Utilizzando i criteri metodologici descritti nel paragrafo II.2.5.4, secondo gli indirizzi proposti anche dall'Osservatorio europeo, il costo sociale complessivo indotto dal consumo di sostanze psicoattive illegali nel corso del 2010 in Italia è stato stimato pari a 31.219.389.542,87 €, corrispondenti all'2,0% della ricchezza prodotta in Italia (PIL) nello stesso periodo, che in termini pro-capite risulta equivalente a 784 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)
[3] Come nota 2

Figura II.2.14: Distribuzione dei costi sociali per macro-categoria. Anno 2010



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.1: Costi sociali per il fenomeno del consumo di sostanze stupefacenti. Anno 2010

Voci di costo	Costo	Percentuale
Costi individuali	22.574.221.857,14 €	72,31%
Costi perdita capacità lavorativa	4.680.632.520,60 €	14,99%
Costi applicazione della legge	2.209.981.956,57 €	7,08%
Costi socio sanitari	1.754.553.208,56 €	5,62%
Totale	31.219.389.542,87 €	100,00%

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Il maggior costo è rappresentato dalla spesa per l'acquisto della droga da parte dei consumatori: 22,6 miliardi di euro

Rispetto alle quattro componenti principali di costo individuate nella parte introduttiva e valorizzate secondo i criteri descritti nel paragrafo metodologico, il maggior costo sociale deriva dalla spesa per l'acquisto delle sostanze stupefacenti (22.574.221.857,14 €) che rappresenta il 72,3% del costo complessivo (Figura II.2.14).

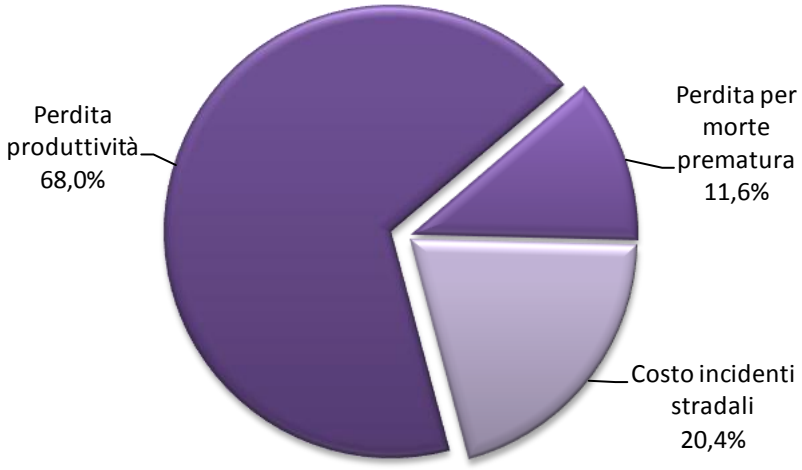
Tabella II.2.2: Stima dei costi per la perdita della capacità lavorativa. Anno 2010

Voci di costo	Costo	Percentuale
Perdita produttività	3.180.976.933,39 €	67,96%
Perdita per morte prematura	542.645.107,66 €	11,59%
Costo incidenti stradali	957.010.479,55 €	20,45%
Totale	4.680.632.520,60 €	100,00%

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Figura II.2.15: Distribuzione dei costi sociali per perdita di produttività per micro-categorie. Anno 2010

4,7 miliardi di spesa per la perdita della capacità produttiva



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

La seconda voce di costo che incide maggiormente sull'ammontare complessivo, in quota percentuale pari al 15,0% si riferisce al costo derivante dalla perdita di capacità produttiva (4.680.632.521 €) in cui figurano, la perdita di produttività in seguito al mancato impiego professionale (3.181 milioni di €), il costo per la perdita di produttività per decesso prematuro (543 milioni di €) ed il costo sociale imputabile ai consumatori in seguito agli incidenti stradali (957 milioni di €).

Tabella II.2.3: Stima dei costi per l'applicazione della legge. Anno 2010

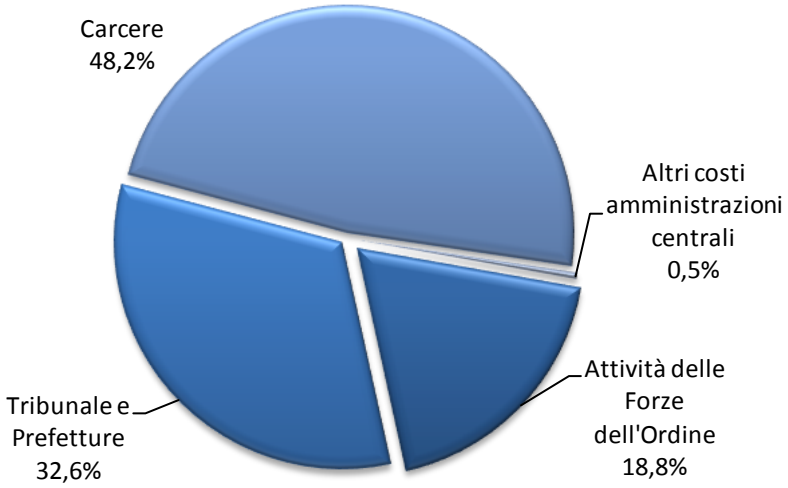
Voci di costo	Costo	Percentuale
Interventi FF.OO.	413.592.760,62 €	18,71%
Detenzione e misure alternative	1.065.924.951,57 €	48,23%
Processi e spese legali	720.336.244,38 €	32,59%
Altri costi amministrazioni centrali	10.128.000,00 €	0,46%
Totale	2.209.981.956,57 €	100,00%

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti incidono sul costo sociale complessivo per il7% circa (2.209.981.957 Euro) (Figura II.2.16), di cui quasi la metà a carico del Ministero della Giustizia per la detenzione di persone denunciate per reati legati al DPR 309/90 o di persone tossicodipendenti recluse per altri reati (Figura II.2.16). Il 19% 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.2.16: Distribuzione dei costi sociali per l'applicazione della Legge per micro-categorie. Anno 2010

2,2 miliardi il costo per le azioni di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di droga



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

1,8 miliardi di Euro la spesa per l'assistenza socio-sanitaria alle persone in trattamento

L'assistenza socio-sanitaria ammonta complessivamente a 1.754.553.209 euro corrispondenti al 5,6% del costo sociale attribuibile al fenomeno; i maggiori costi si rilevano per il trattamento di soggetti affetti da patologie infettive (in particolare HIV ed HCV) (705.840.000 euro), e poco meno per l'assistenza ambulatoriale erogata dai servizi per le tossicodipendenze (circa 695 milioni di euro).
L'inserimento dell'utenza assistita dai servizi territoriali in percorsi socio-riabilitativi determina un ulteriore costo di 250 milioni di euro circa, mentre i ricoveri ospedalieri di consumatori di sostanze psicotrope incidono per una quota minima del 2,9% (53 milioni di euro).

Tabella II.2.4: Stima dei costi socio sanitari. Anno 2010

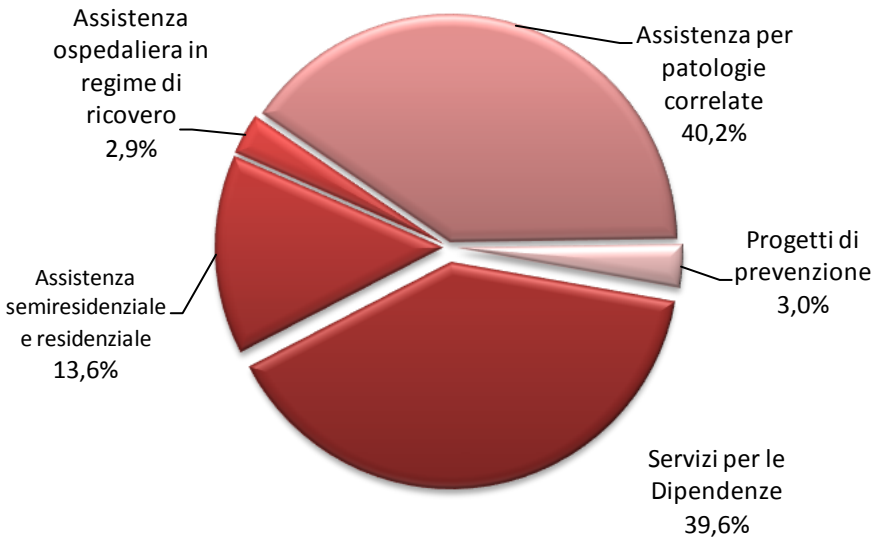
Voci di costo	Costo in Euro	Percentuale
Servizi per le dipendenze	694.769.648,69 €	39,60%
Assistenza semiresidenziale e residenziale	249.560.404,75 €	14,22%
Assistenza ospedaliera in regime di ricovero	51.473.742,64 €	2,93%
Assistenza per patologie correlate	705.840.000,00 €	40,23%
Progetti di prevenzione	52.909.412,48 €	3,02%
Totale	1.754.553.208,56 €	100,00%

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga

Il costo medio dell'assistenza socio-sanitaria procapite varia da 22 euro annui in Calabria a 70 euro in Liguria

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.

Figura II.2.17: Distribuzione dei costi sociali per l'assistenza socio-sanitaria per micro-categorie. Anno 2010



Fonte: Dipartimento Politiche Antidroga

II.2.6.3 Stima dei benefici derivanti dal trattamento dei consumatori di sostanze

A completamento dell'analisi sui costi sociali derivanti dal consumo di sostanze stupefacenti, di particolare interesse ed utilità appare l'approfondimento sulla valutazione economica preliminare, oltre che socio-sanitaria che non è oggetto in questo ambito, dell'efficacia degli interventi socio-sanitari sia di tipo ambulatoriale che residenziale.
A tal fine vengono considerate per le analisi due componenti che costituiscono le voci economiche dei benefici derivanti dall'azione socio-sanitaria e riguardano il risparmio derivante dal mancato acquisto delle sostanze da parte dell'utenza in trattamento ed il reddito da lavoro dei soggetti riabilitati e nuovamente reinseriti nel mondo del lavoro.
Per la stima di tali componenti sono stati considerati i soggetti assistiti nel 2011 dai servizi per le tossicodipendenze; sulla base dell'esperienza clinica, che indica nel 70% i soggetti che in seguito al trattamento socio-sanitario vengono reinseriti nella società e nel mondo del lavoro, è stato stimato il contingente di utenti in trattamento nel 2011 che verranno reinseriti nel mondo del lavoro. I risultati del progetto pluriennale sulla valutazione degli esiti dei trattamenti farmacologici, inoltre, evidenziano che il 70% dell'utenza in terapia farmacologica non assume sostanze stupefacenti nel periodo del trattamento.

70% soggetti vengono reinseriti nel mondo del lavoro

Tabella II.2.5: Stima dei benefici diretti(*) tramite terapie (farmacologiche e residenziali): il 70% dei tossicodipendenti trattati smette di usare e acquistare sostanze stupefacenti per tutto l'anno. Anno 2011

Soggetti	Min (€ 50,00/gg)	Max (€ 200,00/gg)
Utenti in trattamento rispondenti alla terapia (120.056)	2.191.022.000,00 €	8.764.088.000,00 €

(*) Benefici diretti = costo della dose giornaliera x 365 gg

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Sulla base di tali evidenze cliniche, ed utilizzando la stima sui consumi medi giornalieri della popolazione tossicodipendente sono stati stimati gli importi dei benefici diretti raggiunti tramite le terapie quantificando da un minimo di 2.191 milioni di Euro ad un massimo di 8.764 milioni di Euro, il mancato introito della criminalità per il mancato uso di sostanze da parte dell'utenza in trattamento farmacologico.

Almeno 2.191 milioni di euro come benefici da mancato uso di sostanze

Tabella II.2.6: Stima dei benefici diretti derivante dall'inserimento nel mondo del lavoro dell'utenza che conclude il trattamento con successo (circa il 70% dei tossicodipendenti). Anno 2011

Soggetti	Reddito medio annuo	Benefici complessivi
Utenti in trattamento reinseriti nel mondo del lavoro (120.056)	32.372,17 €	3.886.473.242,00 €

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

A questo importo vanno aggiunti gli altri benefici diretti derivanti dal reinserimento nel mondo del lavoro dell'utenza in trattamento farmacologico in assenza di consumo di sostanze o che termina il percorso assistenziale socio-riabilitativo, stimabili in ulteriori 3.886 milioni di Euro, per un totale di almeno 6 miliardi di Euro.

Circa 3.886 milioni di euro come benefici da reinserimento lavorativo

In conclusione si può stimare che, a fronte di ogni miliardo circa di euro annui investiti per l'assistenza socio-sanitaria, deriva un beneficio diretto di circa sei, un terzo dei quali derivanti dal mancato introito alle mafie e i rimanenti due terzi derivanti dal reddito produttivo dei soggetti riabilitati.

Per ogni euro investito se ne hanno 6 di benefici

II.2.6.4 Aspetti metodologici

Nella prima parte di questo paragrafo sono descritte le fonti ed i flussi informativi utilizzati ai fini della valorizzazione economica dei costi sociali conseguenti al consumo di sostanze illecite, mentre la seconda parte è dedicata alla descrizione dei criteri metodologici adottati per l'analisi dei flussi informativi ed il calcolo delle stime delle numerose componenti di costo.

Fonti e flussi informativi

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

Flussi informativi delle Amministrazioni Centrali

Ministero dell'Interno), gli adulti detenuti tossicodipendenti o comunque in carcere per reati inerenti la normativa in materia e i soggetti minorenni transitati presso i diversi servizi della giustizia minorile (Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria e Dipartimento della Giustizia Minorile).
Con riferimento al Ministero dell'Economia e delle Finanze, sono stati acquisiti dalla Ragioneria Generale dello Stato i dati relativi alla "Rilevazione dei costi per l'anno 2010 – Riconciliazione con il rendiconto Generale dello Stato - , da cui sono stati rilevati i costi sostenuti dalle amministrazioni centrali coinvolte a vario titolo nelle azioni di contrasto e gestione delle tossicodipendenze.
In tale sistema i costi vengono rilevati, per ogni Amministrazione centrale dello Stato, con riferimento: a) alla responsabilità organizzativa, attraverso il piano dei Centri di costo; b) alla natura, ossia alle caratteristiche fisico-economiche delle risorse utilizzate mediante il piano dei conti; c) alla finalità o destinazione, in relazione ai risultati da perseguire, rappresentati dalla nuova classificazione per missioni[4] e per programmi[5] che recepisce la legge di Bilancio 2008.

Flussi informativi regionali

Dal punto di vista delle Regioni e Province Autonome, nell'ambito dell'annuale richiesta dati per la stesura della Relazione al Parlamento, sono state richieste informazioni relative ai costi sostenuti per specifiche attività progettuali (prevenzione primaria e secondaria, trattamento, reinserimento) e per l'assistenza erogata alle persone che si sono rivolte ai servizi socio-sanitari (informazioni attinte dai bilanci regionali e della contabilità analitica per centro di costo/responsabilità delle aziende sanitarie).

Metodi di stima dei costi sociali

Per ciascuna macro-categoria di costo individuata in precedenza e relative sottovoci di costo, sulla base dei flussi informativi disponibili presso le Amministrazioni Centrali e Regionali, sono stati applicati opportuni criteri di quantificazione delle componenti di costo da attribuire al fenomeno del consumo di stupefacenti.

Metodi di stima dei costi per l'acquisto delle sostanze stupefacenti

Per quanto riguarda l'acquisto delle sostanze stupefacenti da parte dei consumatori, i criteri metodologici adottati nelle edizioni precedenti, basati sulla stima del consumo di stupefacenti calcolata partendo dai quantitativi di sostanze sequestrate dalle Forze dell'Ordine, sono stati rivisti alla luce di nuove metodologie di stima. Tali metodologie sono sempre improntate sulla stima della domanda di sostanze stupefacenti, ma sono basate su ipotesi di consumo di droga da parte della popolazione, partendo dalle stime dei consumatori classificati in categorie sulla base della frequenza dei consumi, secondo differenti ipotesi[6][7]. Attribuendo un consumo medio giornaliero, settimanale o mensile per ciascuna categoria di consumatore ed applicandolo al contingente di consumatori stimato per ciascuna categoria, sono stati calcolati, quindi, i relativi costi derivanti dall'acquisto delle sostanze.

[4] rappresentano le funzioni principali e gli obiettivi strategici perseguiti con la spesa pubblica, costituiscono una configurazione politico istituzionale delle poste di bilancio tendenzialmente stabile nel tempo e indipendente dall'organizzazione amministrativa del Governo.
[5] rappresentano aggregati omogenei di attività poste in essere da ciascuna Amministrazione per il raggiungimento delle proprie finalità, volti a perseguire un risultato comune, inteso – ove possibile - come impatto dell'azione pubblica sui cittadini e sul territorio.

[6] Il mercato delle droghe – dimensione, protagonisti, politiche, a cura di Rey G.M, Rossi C, Zuliani A.
[7] Analisi economica dei dipartimenti delle dipendenze: prima ricognizione dei costi e valorizzazione dei risultati. G.Serpelloni, M. Gomma (2006)

Tabella II.2.7: Stima dei consumatori di sostanze stupefacenti per tipologia. Anni 2010-2011

Consumatori	Minimo	Massimo
Totale consumatori (di cui):	2.127.000	2.548.000
• Tossicodipendenti attivi (di cui):	213.600	434.000
- tossicodipendenti in trattamento (di cui):	171.508	171.508
➢ Tossicodipendenti non rispondenti alla terapia farmacologica	51.452	51.452
- tossicodipendenti non in trattamento	42.092	262.492
• Consumatori occasionali	1.913.400	2.114.000

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.8: Costo medio die/settimanale/annuo secondo due ipotesi di minimo e massimo, per tipo di consumatore

Costi individuali	Min € / die	Max € / die	Min annuale €	Max annuale €
Tossicodipendenti	€ 50,00	€ 200,00	€ 18.250,00	€ 73.000,00
Costi individuali	**Min € / sett.**	**Max € / sett.**	**Min annuale €**	**Max annuale €**
Consumatori occasionali	€ 50,00	€ 200,00	€ 2.600,00	€ 10.400,00

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.9: Stima dei costi per acquisto di sostanze stupefacenti per tipologia di consumatore. Anni 2010-2011

Consumatori	Minimo		Massimo	
Consumatori occasionali	1.913.400		2.114.000	
Tossicodipendenti attivi (con consumazione quotidiana)	93.544		313.944	
Costi individuali	**Min (milioni € / anno)**	**Max (milioni € / anno)**	**Min (milioni € / anno)**	**Max (milioni € / anno)**
Consumatori occasionali	4.974,84 €	19.899,36 €	5.496,40 €	21.985,60 €
Tossicodipendenti attivi (con consumazione quotidiana)	1.707,19 €	6.828,74 €	5.729,49 €	22.917,94 €
Totale costi consumo sostanze	6.682,03 €	26.728,10 €	11.226,00€	44.903,54 €

Fonte: Elaborazione Dipartimento Politiche Antidroga

Tabella II.2.10: Stima dei costi (milioni di Euro) per acquisto di sostanze stupefacenti per tipologia di consumatore. Anno 2010

Costi individuali	Ipotesi bassa	Ipotesi media	Ipotesi alta
Consumatori problematici	10.706,58 €	12.847,89 €	12.847,89 €
Consumatori ricreazionali	8.408,13 €	10.096,58 €	10.627,45 €
Consumatori occasionali	736,69 €	959,78 €	1.250,54 €
Totale	19.851,39 €	23.904,25 €	24.725,88 €

Fonte: Il mercato delle droghe – Dimensione, protagonisti, politiche

Il confronto delle stime definite dalle due fonti informative indipendenti (Amministrazioni Centrali e Regionali; Forze dell'Ordine) concordano su un valore medio dello stesso ordine di grandezza, che ha motivato la scelta di adottare il valore medio calcolato come media degli importi derivanti dalle diverse ipotesi.

Criteri per il calcolo dei costi per l'applicazione della Legge

I costi derivanti dall'applicazione della legislazione sono caratterizzati da diverse componenti che spaziano dagli interventi delle Forze dell'Ordine in applicazione del DPR 309/90 e degli artt. 186/187 del codice stradale, agli interventi dei Nuclei Operativi Tossicodipendenze delle Prefetture, ai provvedimenti penali attuati dalle diverse Direzioni del Ministero della Giustizia (dalle spese processuali ai costi per la detenzione, all'applicazione delle misure alternative alla detenzione), infine ai costi per le attività svolte dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri in attuazione della normativa vigente in materia di tossicodipendenze.

Ciascuna di queste componenti è stata stimata valorizzando il costo del personale ed il costo di beni e servizi impiegati nelle attività di contrasto, riduzione e repressione della domanda e dell'offerta di sostanze stupefacenti. In generale, la stima del costo del personale è stata ottenuta applicando il costo medio per unità di personale, al numero complessivo di unità impiegate nel periodo di riferimento per le attività di contrasto. Il costo per beni e servizi è stato valorizzato applicando la quota percentuale del costo del personale per attività di contrasto sul costo del personale complessivo, al costo complessivo per beni e servizi.

A titolo esemplificativo, il costo del personale delle Forze dell'Ordine per le attività di prevenzione art.75 DPR 309/90 è stato calcolato secondo i seguenti punti:

1)stima del tempo persona impiegato per singola segnalazione ex art. 75 DPR 309/90 sulla base di interviste a testimoni privilegiati;

2)calcolo delle unità di personale (in anni persona) complessivamente impiegate per le segnalazioni ex art. 75 (dati forniti dalla Direzione Centrale per la Documentazione Statistica del Ministero dell'Interno), come prodotto del tempo persona per singola segnalazione al numero complessivo di segnalazioni effettuate per organo segnalante (Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza);

3)stima del costo complessivo del personale per segnalazioni ex art 75, come applicazione del costo medio per unità di personale al numero complessivo di unità impiegate in attività di prevenzione per singola segnalazione ex art 75 nel periodo di riferimento. Il costo medio per unità di personale è stato calcolato sulla base dei dati forniti dalla Ragioneria Generale dello Stato, come rapporto tra costo complessivo del personale, per singolo organo segnalante, e volume complessivo di personale (in anni persona).

Tabella II.2.11: Stima dei costi (milioni di Euro) per gli interventi delle FF.OO. per le attività di prevenzione e contrasto. Anno 2010

Voci di costo	Numero interventi FF.OO.	Costo medio per intervento	Costo tolale (Milioni di Euro)
Segnalazioni art 75	50.253	361	18,14 €
Denunce Artt 73/74	138.497	1.989	275,47 €
Controlli Artt. 186/187 (di cui):	1.688.100		
Negativi	1.643.135	26	42,72 €
Positivi art. 186	40.721	281	11,44 €
Positivi art. 187	4.244	421	1,79 €
Interventi NOT			13,36 €
Costi generali (FFOO)			50,67 €
Totale			413,59 €

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero dell'Interno e R.G.S.

Tale procedura è stata applicata anche per il costo dei procedimenti penali ed i dibattimenti processuali in seguito alle denunce di soggetti per i reati inerenti la produzione, il traffico e la vendita di sostanze stupefacenti (artt. 73 e 74 DPR 309/90) o altri reati commessi da tossicodipendenti. Definito il numero medio di udienze per denuncia e calcolato il numero complessivo di udienze effettuate in applicazione del DPR 309/90, sulla base del costo unitario per tipologia di unità di personale impiegato, e del numero di unità di personale (in anni persona) impiegate in tali dibattimenti, è stato calcolato il costo complessivo del personale, applicando il costo unitario per tipologia di unità di personale al contingente di avvocati e giudici (in anni persona) impiegati nell'applicazione della normativa sugli stupefacenti.

Tabella II.2.12: Stima dei costi (milioni di Euro) per le attività processuali. Anno 2010

Voci di costo	Numero processi	Costo medio per intervento	Costo tolale (Milioni di Euro)
Spese legali	93.332	3.702,12	341,82 €
Costi processi artt 73/74	93.332	2.880,90	267,00 €
Costi generali			112,52 €
Totale			720,34 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S.

Con riferimento ai costi sostenuti dal Ministero della Giustizia in seguito alla detenzione di soggetti negli istituti penitenziari per reati legati al DPR 309/90 e/o tossicodipendenti, la stima è stata ottenuta parametrizzando il costo complessivo del personale, in base alla quota parte di tali detenuti presenti al 31.12.2009 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.

Tabella II.2.13: Stima dei costi (milioni di Euro) per detenzione di tossicodipendenti negli istituti penitenziari. Anno 2010

Voci di costo	Numero detenuti tossicodipendenti	Costo medio annuo per detenuto (migliaia di Euro)	Costo tolale (Milioni di Euro)
Adulti	24.008	42,59 €	1.022,37 €
Minori	474	42,59 €	20,19 €
Totale	24.482	42,59 €	1.042,56 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S

Tabella II.2.14: Stima dei costi (milioni di Euro) per affidamento dei tossicodipendenti alle pene alternative. Anno 2010

Voci di costo	Costo totale personale (Migliaia di Euro)	Coefficiente interventi per tossicodipendenti	Costo tolale (Milioni di Euro)
Personale	130.201,71 €	16%	20.792,08 €
Spese generali			2.573,66 €
Totale			23.365,74 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Giustizia e R.G.S.

Tabella II.2.15: Stima dei costi (milioni di Euro) per assistenza ospedaliera a consumatori di sostanze. Anno 2010

Tipologia di ricovero	Numero ricoveri	Costo tolale (Milioni di Euro)
Ricoveri ordinari	19.035	50,23 €
Ricoveri diurni o DH	4.859	1,25 €
Totale	23.894	51,48 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

Tabella II.2.16: Stima dei costi (milioni di Euro) per assistenza per patologie correlate. Anno 2010

Voci di costo	Utenti in trattamento	Costo unitario per annualità (Euro)	Costo tolale (Milioni di Euro)
Trattamento HIV	15.570	12.000 €	186,84 €
Trattamento HCV	25.950	20.000 €	519,00 €
Totale	41.520		705,84 €

Fonte: Elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

Più agevole la rilevazione dei costi inerenti la terza macrocategoria di costo, quella riferita all'assistenza socio-sanitaria e di competenza delle singole Regioni e Province Autonome. Dai bilanci regionali, infatti, è possibile desumere i finanziamenti erogati a favore dei progetti specifici per il settore delle tossicodipendenze e delle strutture socio-riabilitative. Dalla contabilità analitica per centro di costo/ di responsabilità delle Aziende sanitarie, inoltre, le Amministrazioni Regionali hanno dedotto i costi imputabili alle attività erogate dai Servizi per le Dipendenze. Altra voce di costo ascrivibile all'area sanitaria riguarda la valorizzazione economica dei ricoveri erogati a pazienti che in diagnosi principale o secondaria presentano l'uso o l'abuso di sostanze psicotrope. Il costo per l'ospedalizzazione di assuntori di stupefacenti è stato stimato applicando ai ricoveri, classificati per DRG (Diagnosis Related Group,

sistema di classificazione dei ricoveri per gruppi omogenei isorisorse), la corrispettiva tariffa nazionale dei DRG classe C 436/07.
La valorizzazione dell'ultima macrocategoria riferita alla perdita di produttività derivante dalla riduzione della capacità lavorativa dei consumatori di stupefacenti, è stata stimata sull'utenza assistita dai servizi per le tossicodipendenze. Sulla base dei dati forniti dai servizi stessi (utenza assistita, utenza occupata professionalmente, utenza dimessa per conclusione del trattamento), è stato stimato il contingente di assistiti in età produttiva, potenzialmente inseribili nel mondo del lavoro secondo l'attuale tasso di occupazione, quindi la stima economica della perdita di produttività secondo una retribuzione media, a parità di titolo di studio, desunta dai settori industria ed agricoltura.
A questa stima sono stati aggiunti anche i costi sociali attribuibili alle persone decedute prematuramente per intossicazione acuta da sostanze stupefacenti, valorizzati secondo i parametri pubblicati dall'ACI / ISTAT per la valorizzazione dei costi sociali delle persone decedute in seguito ad incidente stradale. Con riferimento a quest'ultima voce, è stato stimato, ed inglobato in questa macrocategoria, anche il costo sociale per gli incidenti stradali correlati all'uso di sostanze stupefacenti.

Tabella II.2.17: Stima dei costi (milioni di Euro) per perdita capacità produttiva. Anno 2010

Voci di costo	Soggetti	Costo unitario per annualità (Euro)	Costo tolale (Milioni di Euro)
Utenza in trattamento reinseribile (al netto del tasso di disoccupazione)	98.263	32.372,17 €	3.180,98 €
Decessi per overdose	374	1.450,92 €	542,65 €
Incidenti stradali			957,01 €
Totale			4.680,64 €

Fonte: elaborazioni Dipartimento Politiche Antidroga su dati del Ministero della Salute

Parte Terza

Interventi di risposta ai bisogni socio sanitari

CAPITOLO III.1.

PREVENZIONE PRIMARIA

III.1.1. Campagne informative

III.1.2. Prevenzione universale

III.1.1.1 A livello di comunità locale

III.1.1.2 Nelle scuole

III.1.3. 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. PREVENZIONE PRIMARIA

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.
Il capitolo presenta in apertura una sintesi generale degli investimenti, delle attività e delle campagne informative di prevenzione universale e selettiva che saranno poi trattate nel primo paragrafo.
Con riferimento ai risultati emersi dalla somministrazione dei questionari dell'EMCDDA (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction), quest'anno effettuata per la prima volta attraverso il Web, 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.
Da una prima valutazione si nota un cospicuo incremento degli investimenti nell'area prevenzione (+60% circa), in particolare di quella universale ma diminuisce il numero di attività, centri, corsi, piani e progetti attivi così come le campagne di comunicazione.

Tabella III.I.1: Sintesi generale attività area prevenzione nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2011

Regioni	Investimenti	Attività, centri, corsi, piani e progetti attivi	Campagne di comunicazione
Abruzzo	310.000,00	7	1
Basilicata	1.439.079,00	41	-
Bolzano	163.500,00	50	2
Calabria	2.239.970,18	37	1
Campania	5.257.922,00	22	3
Emilia - Romagna	3.262.200,00	89	-
Friuli Venezia Giulia	250.000,00	24	6
Lazio	8.482.000,00	12	Dato richiesto e non fornito
Liguria	138.074,00	9	-
Lombardia	6.570.976,80	446	24
Marche	550.824,27	10	1
Molise	0,00	-	-
Piemonte	660.000,00	13	-
Puglia	1.298.087,00	58	3
Sardegna	0,00	5	-
Sicilia	1.497.698,00	24	11
Toscana	6.179.719,77	-	-
Trento	150.000,00	17	4
Umbria	9.548.928,57	114	1
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti		
Veneto	0,00	1	-
Totale	47.998.829,59	979	57

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.1. Campagne informative di prevenzione

I questionari dell'Osservatorio Europeo sulle droghe contengono una sezione dedicata alle campagne informative attivate sull'uso di sostanze lecite ed illecite nell'anno di riferimento (2011).

Tabella III.I.2: Numero di campagne informative di prevenzione universale e selettiva effettuate nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2011

Regioni	Prevenzione Universale	Prevenzione Selettiva	Totale
Abruzzo	1	-	1
Bolzano	2	-	2
Calabria	-	1	1
Campania	1	2	3
Friuli Venezia Giulia	5	1	6
Lombardia	23	1	24
Marche	1	-	1
Puglia	3	-	5
Sicilia	-	11	11
Trento	4	-	4
Umbria	-	1	1
Totale	40	17	57

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

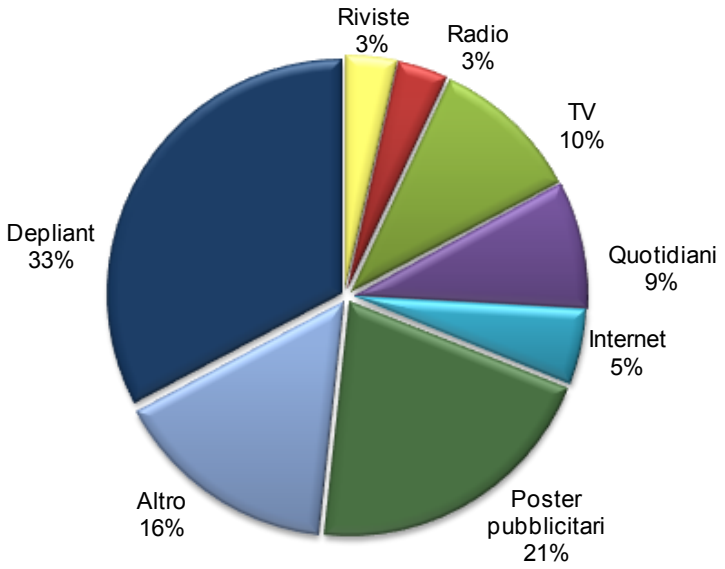
Dall'analisi della Tabella III.1.2 è possibile notare che sono state attivate più campagne di prevenzione universale (40, pari al 70%) rispetto a quelle di prevenzione selettiva, e che solo tre regioni hanno attivato almeno una campagna per ciascuna area rispetto alle 6 dell'anno 2010.

La Regione più impegnata sul fronte mediatico della prevenzione universale è la Lombardia con ben 23 campagne: per quanto concerne la prevenzione selettiva la più attiva è la Sicilia (11 campagne) con circa i 2/3 di tutte le campagne nazionali di questa area.

Molte le campagne di prevenzione universale in Lombardia e di prevenzione selettiva in Sicilia

Lo strumento di comunicazione più adottato si conferma quello del depliant (33%) seguito dai poster pubblicitari; utilizzate anche diverse rappresentazioni artistiche sotto le più varie forme (eventi musicali, teatrali) inserite nella categoria "altro"; sempre meno usate le riviste e la radio con solo il 3% (Figura III.1.1).

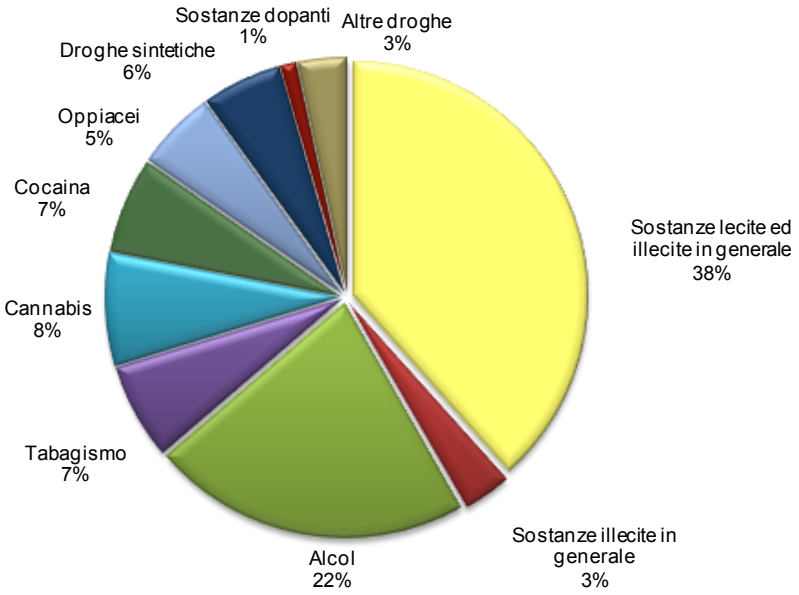
Figura III.1.1: Distribuzione percentuale delle campagne di prevenzione attuate da Regionii e PP.AA nell'anno 2011 per tipo di mass media



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

La tematica più trattata nel corso delle campagne di prevenzione è nettamente quella delle "sostanze lecite ed illecite in generale" con il 38% delle segnalazioni (Figura III.1.2), seguito dall'alcol (22%).
Le sostanze illecite in generale sono trattate solo nel 3% dei casi; meglio le campagne su specifiche sostanze come nel caso della cannabis all'8% .

Figura III.1.2: Distribuzione percentuale delle campagne di prevenzione attuate da Regioni e PP.AA nell'anno 2011 per tematica



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.2. Prevenzione universale

III.1.2.1 A livello di comunità locale

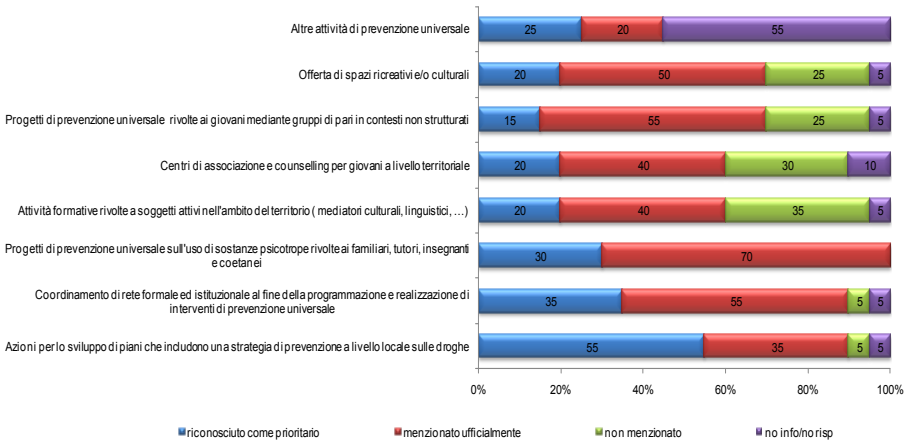
100% delle Regioni e PP.AA hanno una strategia di prevenzione universale rivolta a familiari , tutori, insegnanti e coetanei

Nel corso del 2011, le attività di prevenzione universale a livello di comunità locale, secondo i documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, hanno riguardato lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione universale rivolta:

- ai familiari, tutori, insegnanti e coetanei (tutte le Regioni e Province Autonome),
- di prevenzione a livello locale sulle droghe (90%),
- il coordinamento di rete formale ed istituzionale al fine della programmazione e realizzazione di interventi di prevenzione universale (90%), 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 (70%), formazione rivolta a soggetti attivi nell'ambito del territorio (60%), l'implementazione di centri di associazione e counselling per giovani a livello territoriale (60%).

Le attività di prevenzione a livello familiare, invece, hanno riguardato progetti/programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (65%), progetti/programmi di incontri informativi/formativi rivolti a famiglie e/o genitori (55%), corsi intensivi di formazione dedicati alle famiglie (35%).
Alcune Regioni e Province Autonome hanno fornito informazioni in merito ad ulteriori attività di prevenzione universale sia a livello locale (45%) che a livello familiare (30%) svolte nel 2011.
Nel 2011 più della metà (55%) delle Regioni e Province Autonome 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.1.3).

Figura III.1.3: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alla **comunità locale** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2011

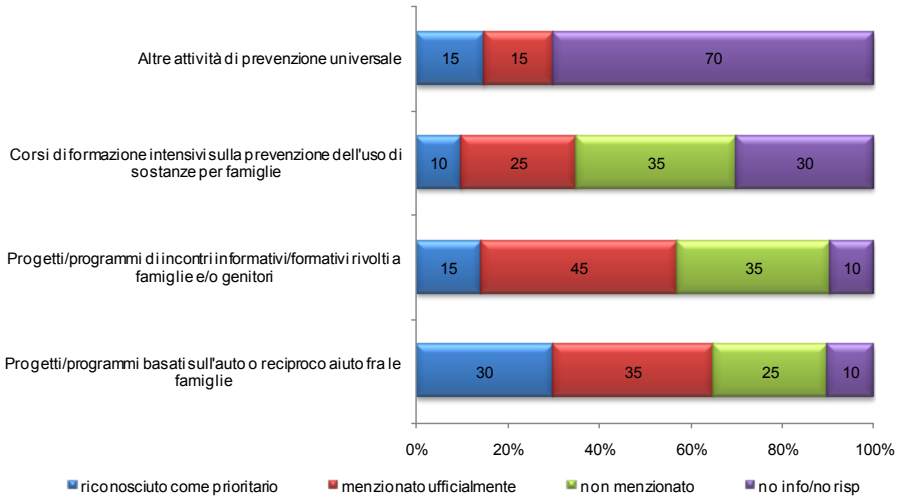


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Prioritari progetti e programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie.

Per quanto riguarda la prevenzione universale a livello familiare, l'attività maggiormente menzionata nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali sono stati i progetti e programmi basati sull'auto o reciproco aiuto fra le famiglie (ritenuta prioritaria nel 30% dei casi e menzionata ufficialmente in un ulteriore 35%).

Figura III.1.4: Distribuzione percentuale di riferimenti espliciti ai diversi programmi rivolti alle **famiglie** nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali relativi al 2011

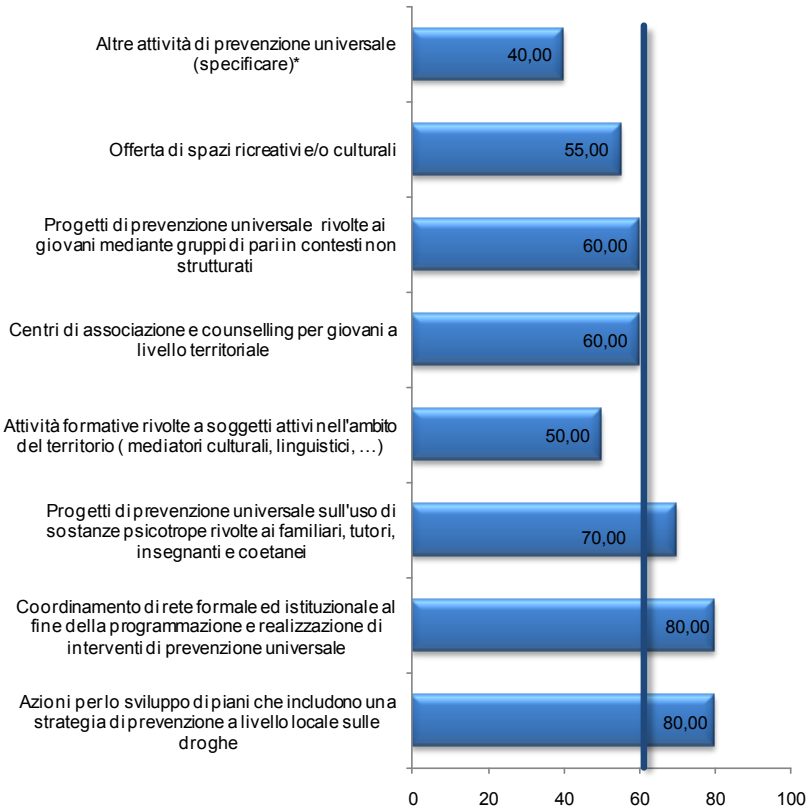


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Elevato l'impegno territoriale di Regioni Province Autonome in ambito preventivo

Dal punto di vista operativo, nel corso del 2011 ben l'80% delle Regioni e Province Autonome ha attivato o aveva in corso di realizzazione azioni per lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe (Figura III.1.5).

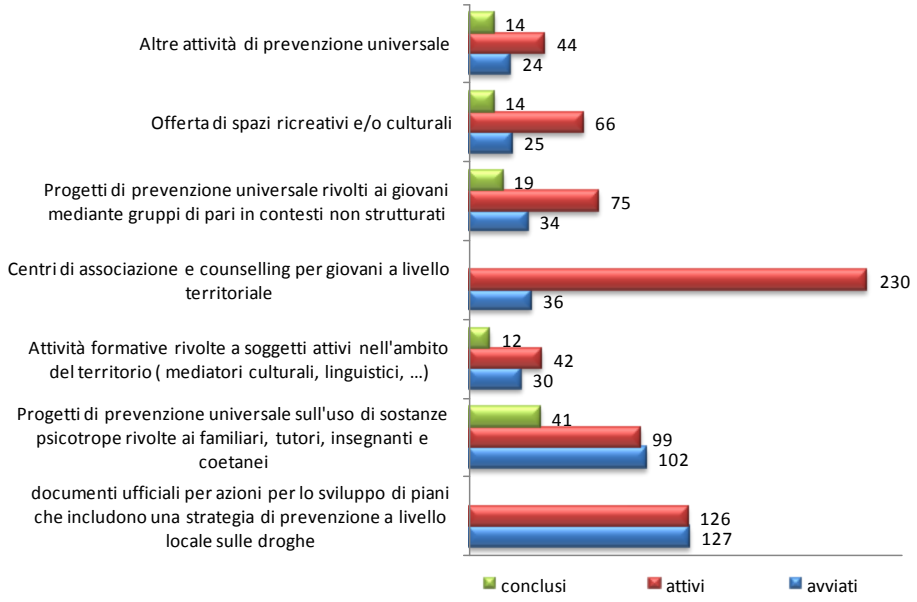
Figura III.1.5: Percentuale di regioni che hanno piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2011, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

In molte Regioni e Province Autonome sono stati avviati o erano già attivi progetti per l'incentivazione dell'offerta di spazi ricreativi e/o culturali; in particolare, tra i progetti di prevenzione universale a livello di comunità locale, risulta più elevata l'offerta di centri di associazione e counseling (230) (Figura III.1.6) .
Particolare attenzione da parte delle Regioni e PP.AA. è stata dedicata anche all'avvio di documenti ufficiali per azioni per lo sviluppo di piani che includono una strategia di prevenzione a livello locale sulle droghe (ben 127 quelli avviati nel 2011).

Figura III.1.6: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2011, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di comunità locale



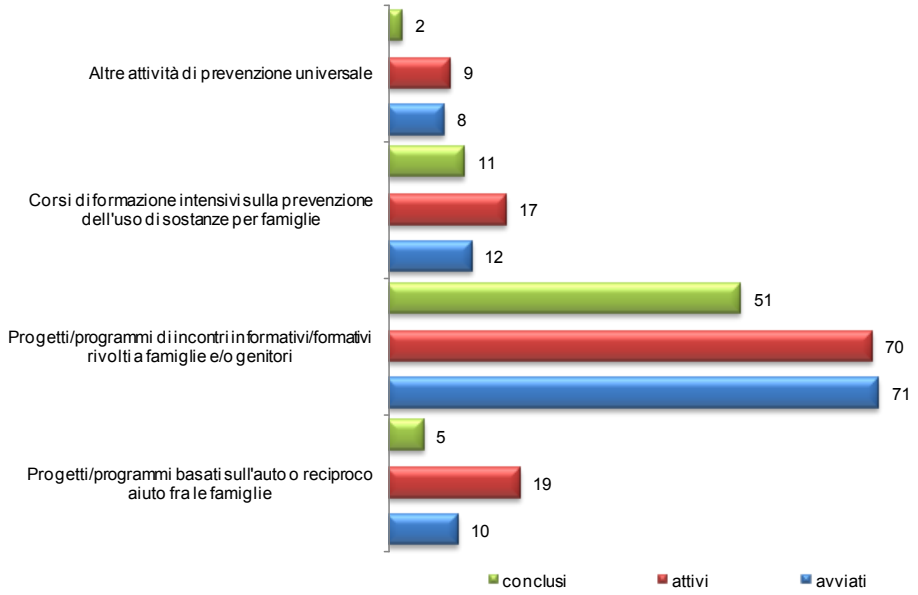
Spicca l'offerta di centri di associazione e counseling per giovani a livello territoriale

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Piani e programmi per famiglie e genitori

Nel 2011 le Regioni e Province Autonome 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 (71 avviati e 51 conclusi nel 2011) dei progetti costituiti da incontri informativi/formativi rivolti alle famiglie e/o ai genitori (Figura III.1.7).

Figura III.1.7: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2011, relativi ai progetti di prevenzione universale, a livello di nucleo familiare



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tabella III.I.3: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione universale nelle Regioni e Province Autonome nel corso del 2011 e confronto con l'anno 2010

Regioni	Importo	%	Δ % 2011/ 2010*	€ pro capite investiti in prev. universale su popolazione 15-64
Abruzzo	200.000,00	0,7	19,8%	0,23
Basilicata	1.414.079,00	5,0	648,6%	3,62
Bolzano	4.500,00	0,0	-88,3%	0,01
Calabria	1.573.462,18	5,6	-3,4%	1,17
Campania	3.478.971,00	12,4	20,4%	0,88
Emilia - Romagna	144.500,00	0,5	33,8%	0,05
Friuli Venezia Giulia	0,00	-	-	-
Lazio	5.875.000,00	20,9	247,7%	1,55
Liguria	78.074,00	0,3	-	0,08
Lombardia	3.185.059,22	11,3	10,5%	0,49
Marche	365.854,27	1,3	-	0,36
Molise	0,00	0,0	-100,0%	-
Piemonte	300.000,00	1,1	14,4%	0,10
Puglia	806.856,00	2,9	-	0,30
Sardegna	0,00	-	-	-
Sicilia	0,00	-	-	-
Toscana	2.259.818,14	8,0	-31,4%	0,94
Trento	150.000,00	0,5	0,0%	0,43
Umbria	8.288.928,57	29,5	503,1%	14,28
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti			
Veneto	0,00	-	-	-
Totale	28.125.102,38	100	91,9	0,71

*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Quasi raddoppiati i fondi per la prevenzione universale investiti dalle Regioni e Province Autonome

Nella Tabella III.1.3 sono state riportate tutte le Regioni e Province Autonome 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 2011.

Nel complesso sono stati stanziati più di 28 milioni di Euro, di cui quasi il 30% dello stanziamento complessivo è stato erogato dalla Regione Umbria, seguita dalla Regione Lazio (quasi 21%), dalla Campania e Lombardia con oltre il 10%. Gli incrementi in termini assoluti più rilevanti sono stati registrati da Umbria (quasi più di 7 milioni di euro) e Lazio (più di 4 milioni di euro).

III.1.2.2 Nelle scuole

Questionario sulle attività di prevenzione svolte nelle scuole

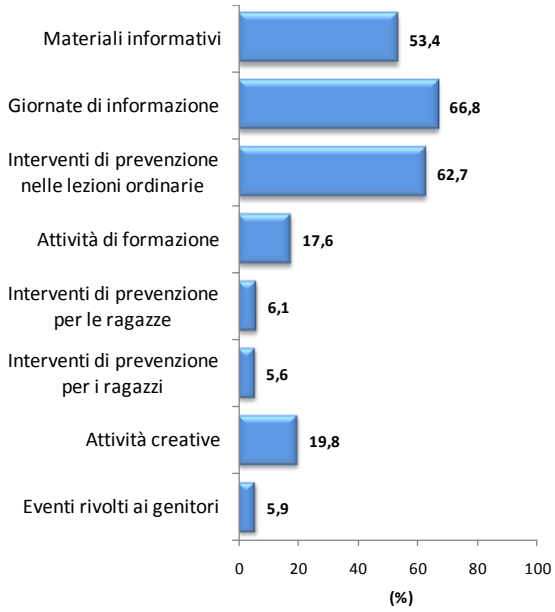
Nell'ambito dell'indagine sul consumo di sostanze psicotrope nelle scuole secondarie di secondo grado, ai referenti scolastici è stato somministrato un questionario sulle attività di prevenzione universale e selettiva realizzata nell'anno scolastico 2011/2012.

Su 480 scuole che alla data del 15 maggio 2012 avevano partecipato all'indagine, 411 (85,6%) avevano compilato anche il suddetto questionario, in relazione alle quali sono state svolte le analisi.

Nell'ambito della realizzazione di interventi di prevenzione al consumo di sostanze, il 7,8% delle scuole ha indicato l'attivazione di programmi di prevenzione secondo la metodologia MUSTAP (MUlti-session, STandardised, Printed programmes).

Nell'anno scolastico 2011/2012 l'intervento di prevenzione più diffuso nelle scuole secondarie è stato quello relativo alle giornate di informazione (66,8%), seguito dalle lezioni ordinarie dedicate alla prevenzione (62,7%) e dalla distribuzione di materiali informativi (53,4%) (Figura III.1.8).

Figura III.1.8: Distribuzione degli interventi di prevenzione universale sull'uso di sostanze psicotrope realizzati nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2011/2012



Interventi di prevenzione sull'uso di sostanze psicotrope:
- 66,8% di scuole che hanno organizzato giornate di informazione
- 62,7% di scuole che hanno svolto interventi di prevenzione nelle lezioni ordinarie
- 53,4% di scuole che hanno divulgato materiale informativo

Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Maggiore distribuzione di materiali informativi

Nell'anno scolastico 2011/2012, il 53,4% degli istituti ha divulgato materiali informativi inerenti alla prevenzione sull'uso sostanze psicotrope.

Tra le scuole che hanno dichiarato di aver distribuito materiali informativi, i licei artistici e gli istituti d'arte hanno dedicato maggiore attenzione al consumo di

alcol (94,1%), gli istituti professionali si sono dedicati maggiormente alla prevenzione al consumo di droga (90,2%), mentre gli istituti tecnici si sono concentrati maggiormente sulla prevenzione all'uso di tabacco e farmaci, rispettivamente l'89,0% e il 32,9% (Tabella III.1.4).

Tabella III.I.4: Distribuzione di materiali informativi nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2011/2012

Materiali Informativi		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	69	82	51	17	219
	%	46,3	60,7	57,3	45,9	53,4
Prevenzione alcol	N	63	76	45	16	200
	%	91,3	92,7	88,2	94,1	91,3
Prevenzione tabacco	N	55	73	43	13	184
	%	79,7	89,0	84,3	76,5	84,0
Prevenzione droga	N	60	70	46	14	190
	%	87,0	85,4	90,2	82,4	86,8
Prevenzione farmaci	N	22	27	15	4	68
	%	31,9	32,9	29,4	23,5	31,1
Totale(*)	N	200	246	149	47	642

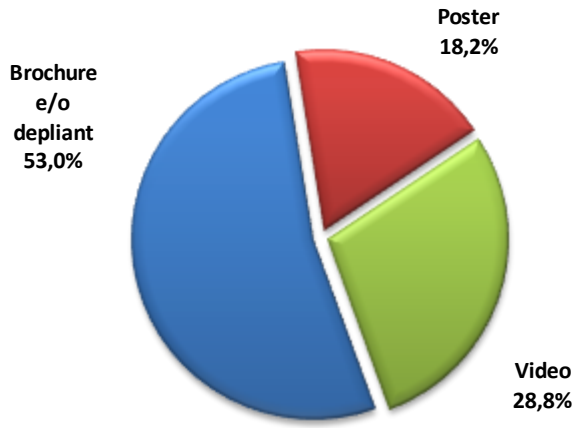
(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito alla distribuzione di materiali informativi per più aree di prevenzione

Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Distribuzione di materiali informativi nel 53,5% del campione di scuole intervistate

Il materiale informativo più distribuito negli istituti scolastici è stato la brochure e/o depliant con 53,0% delle preferenze di utilizzo (Figura III.1.9), con lieve variabilità tra tipologia d'istituto (48,3% negli istituti professionali, 54,2% nei licei ed ex-magistrali, 54,0% negli istituti tecnici, 58,3% nei licei artistici e istituti d'arte).

Figura III.1.9: Distribuzione di frequenza dei materiali informativi distribuiti nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2011/2012



Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Nell'anno scolastico 2011/2012, il 66,8% degli istituti ha organizzato delle giornate informative di prevenzione sull'uso sostanze psicotrope. In particolare, gli istituti professionali risultano essere le scuole che hanno maggiormente utilizzato gli interventi formativi come forma di prevenzione (75,3%).

Il 66,8% degli istituti scolastici hanno realizzato interventi informativi

Tra le scuole che hanno dichiarato di aver organizzato giornate di informazione, gli istituti tecnici hanno dedicato maggiore attenzione alla prevenzione sull'uso di alcol (84,0%), tabacco (75,5%) e droga (84,0).

Tabella III.I.5: Distribuzione delle giornate d'informazione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2011/2012

Giornata di informazione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	93	94	67	20	274
	%	62,4	69,6	75,3	54,1	66,8
Prevenzione alcol	N	75	79	52	16	222
	%	80,6	84,0	77,6	80,0	81,0
Prevenzione tabacco	N	68	71	49	15	203
	%	73,1	75,5	73,1	75,0	74,1
Prevenzione droga	N	72	79	53	16	220
	%	77,4	84,0	79,1	80,0	80,3
Prevenzione farmaci	N	36	28	20	7	91
	%	38,7	29,8	29,9	35,0	33,2
Di cui effettuate dalle forze dell'ordine	N	32	42	27	7	108
	%	34,4	44,7	40,3	35,0	39,4
Di cui effettuate da docenti esterni	N	76	74	47	17	214
	%	81,7	78,7	70,1	85,0	78,1
Totale(*)		251	257	174	54	736

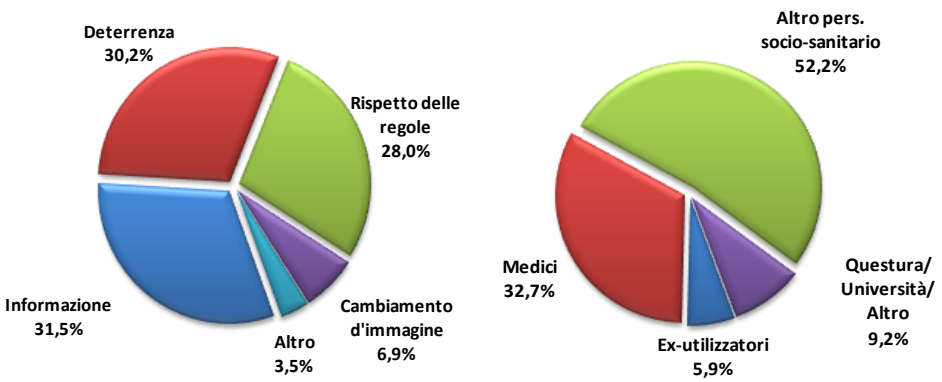
(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito a giornate di prevenzione tenute sia dalle forze dell'ordine sia da docenti esterni

Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

L'85,0% dei licei artistici e istituti d'arte hanno coinvolto docenti esterni

Per quanto riguarda invece la docenza, il 78,1% delle scuole ha organizzato interventi di informazione tenuti da docenti esterni, con percentuali maggiori per i licei artistici e istituti d'arte (85,0%) (Tabella III.1.5).
Nell'ambito degli interventi informativi realizzati con il contributo di docenti esterni, sono stati coinvolti *Operatori socio-sanitari* (esclusi medici) nel 52,2% dei casi, *Medici* nel 32,7%, *Ex-consumatori* nel 5,9% e infine *Funzionari della Questura*, *Docenti Universitari* e altri esperti nel 9,2% (Figura III.1.10).

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 nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2011/2012



Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

In generale tra le scuole che hanno organizzato giornate d'informazione, il 39,4% degli istituti ha coinvolto le forze dell'ordine nelle giornate di prevenzione; in particolare, invece, gli istituti tecnici si sono avvalsi maggiormente del supporto delle forze dell'ordine (44,7%) (Tabella III.1.5).

Il 44,7% degli istituti tecnici hanno coinvolto le Forze dell'Ordine

Per quanto riguarda invece le giornate informative organizzate dalle scuole, la partecipazione delle forze dell'ordine è stata prevista con la finalità dell'*informazione* nel 31,5%, della *deterrenza* nel 30,2% e del *rispetto delle regole* nel 28,0% (Figura III.1.10).

Dal punto di vista della metodologia didattica, gli interventi informativi sono stati svolti prevalentemente tramite *lezioni frontali* (33,9%) e *discussioni tra docente studente* (30,3%); meno frequenti gli interventi con maggiore interattività con gli studenti, in particolare *discussione tra pari* (18,4%) e *role playing, lavori di gruppo* (17,3%).

Nell'anno scolastico 2011/2012, il 62,7% degli istituti ha trattato argomenti di prevenzione nell'ambito delle lezioni ordinarie: gli istituti tecnici hanno dedicato maggiore attenzione al consumo di alcol (97,4%), gli istituti professionali si sono dedicati maggiormente alla prevenzione al consumo di tabacco e droga (rispettivamente 93,8% e 96,9%) (Tabella III.1.6).

Tabella III.I.6: Distribuzione degli interventi di prevenzione svolti nell'ambito delle lezioni ordinarie nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2011/2012

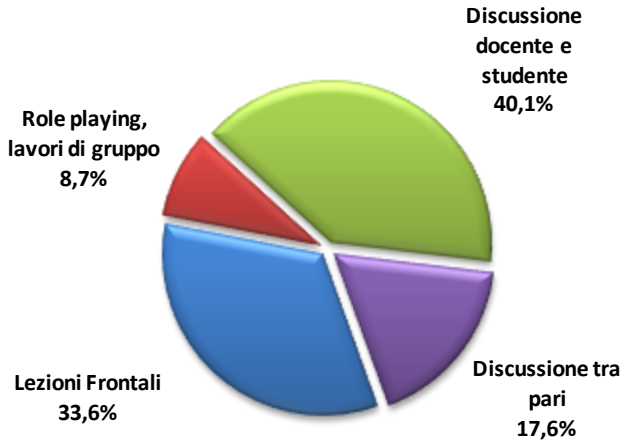
Interventi nelle lezioni ordinarie		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	91	77	64	25	257
	%	61,1	57,0	71,9	67,6	62,7
Prevenzione alcol	N	83	75	61	24	243
	%	91,2	97,4	95,3	96,0	94,6
Prevenzione tabacco	N	81	72	60	23	236
	%	89,0	93,5	93,8	92,0	91,8
Prevenzione droga	N	85	73	62	23	243
	%	93,4	94,8	96,9	92,0	94,6
Prevenzione farmaci	N	42	35	21	14	112
	%	46,2	45,5	32,8	56,0	43,6
Totale(*)	N	291	255	204	84	834

(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito allo svolgimento di più interventi per più aree di prevenzione

Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 71,9% degli istituti professionali hanno trattato argomenti di prevenzione nelle lezioni ordinarie

Figura III.1.11: Distribuzione della metodologia didattica utilizzata durante gli interventi di prevenzione svolti nell'ambito delle lezioni ordinarie effettuati nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2011/2012



Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal punto di vista della metodologia didattica utilizzata nelle lezioni ordinarie in cui sono stati trattati argomenti di prevenzione sulle sostanze psicotrope, gli interventi sono stati svolti prevalentemente tramite *discussioni tra docente studente* (40,1%) e *lezioni frontali* (33,6%); meno frequenti gli interventi con maggiore interattività con gli studenti, in particolare *discussione tra pari* (17,6%) e *role playing, lavori di gruppo* (8,7%) (Figura III.1.11).
Il 17,6% 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 (20,7% negli istituti tecnici, 19,1% negli istituti professionali, 16,1% nei licei ed ex-magistrali e 8,1% nei licei artistici e istituti d'arte) (Tabella III.1.7)..

Tabella III.I.7: Distribuzione delle attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali, non previsti dai programmi scolastici ordinari, organizzate nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto e area di prevenzione – A.S. 2011/2012

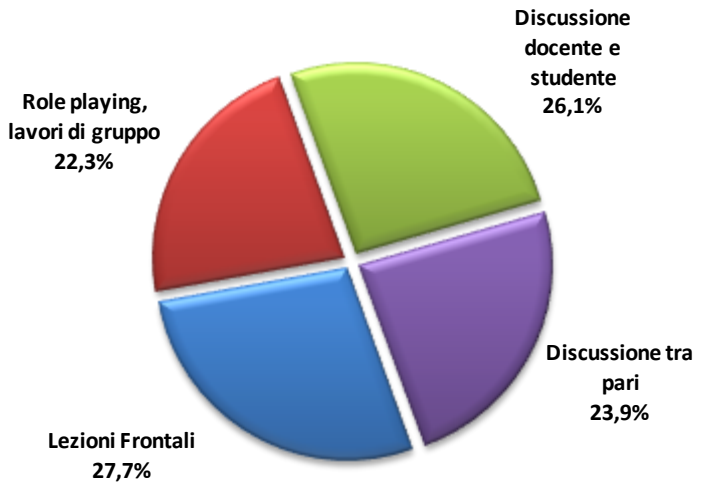
Attività di formazione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	24	28	17	3	72
	%	16,1	20,7	19,1	8,1	17,6
Prevenzione alcol	N	22	24	15	3	64
	%	91,7	85,7	88,2	100,0	88,9
Prevenzione tabacco	N	22	21	16	3	62
	%	91,7	75,0	94,1	100,0	86,1
Prevenzione droga	N	20	23	15	2	60
	%	83,3	82,1	88,2	66,7	83,3
Prevenzione farmaci	N	10	11	6	1	28
	%	41,7	39,3	35,3	33,3	38,9
Totale(*)	N	74	79	52	9	214

(*) Il totale risulta inferiore alla somma delle singole aree di prevenzione, in relazione al conteggio multiplo di alcuni istituti in seguito allo svolgimento di più attività per più aree di prevenzione

Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 17,6% delle scuole ha organizzato attività di formazione sulle abilità personali

Figura III.1.12: Distribuzione della metodologia didattica utilizzata nelle attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali organizzate nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2011/2012



Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Dal punto di vista della metodologia didattica utilizzata nelle attività di formazione sulle abilità personali e/o sociali, gli interventi sono stati svolti in modo piuttosto uniforme tramite le metodologie proposte: *lezioni frontali* (27,7%) e *discussioni tra docente studente* (26,1%), *discussione tra pari* (23,9%) e *role playing, lavori di gruppo* (22,3%) (Figura III.1.12).

Pochi gli interventi di prevenzione mirata solo al genere maschile o femminile

Gli interventi di prevenzione mirati e differenziati per i maschi e femmine sono stati organizzati da circa 25 istituti per entrambi i generi, pur essendo istituti differenti, con una distribuzione piuttosto uniforme tra le diverse tipologie di istituti (Tabella III.1.8).

Tabella III.I.8: Distribuzione degli interventi di prevenzione sull'uso di sostanze psicotrope nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto – A.S. 2011/2012

Interventi di prevenzione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Per maschi	N	7	8	7	1	23
	%	4,7	5,9	7,9	2,7	5,6
Per femmine	N	8	9	6	2	25
	%	5,4	6,7	6,7	5,4	6,1

Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Il 19,8% del campione di scuole intervistate ha organizzato nell'istituto attività creative con finalità di prevenzione sulle sostanze psicotrope, con una distribuzione piuttosto uniforme tra le diverse tipologie di istituti (Tabella III.1.9).

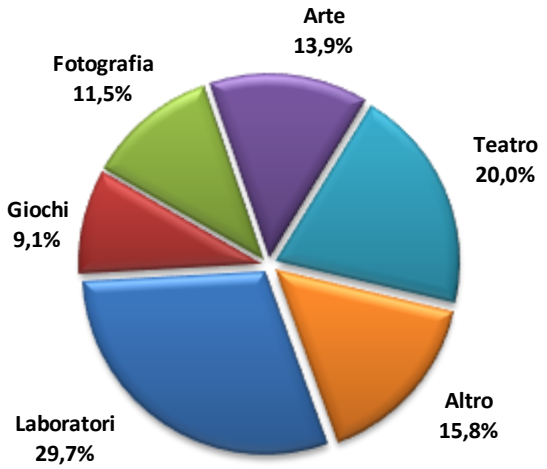
Tabella III.1.4: Distribuzione delle attività creative con finalità di prevenzione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado per tipo di istituto – A.S. 2011/2012

Attività creative volte alla prevenzione		Licei ed ex - magistrali	Istituti tecnici	Istituti professionali	Licei artistici e istituti d'arte	Totale
Scuole	N	23	25	25	8	81
	%	15,4	18,5	28,1	21,6	19,8

Il 19,8% delle scuole ha organizzato attività ricreative con finalità preventive

Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Figura III.1.13: Distribuzione delle attività creative volte alla prevenzione effettuate nelle scuole secondarie di secondo grado – A.S. 2011/2012



Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

Attività creative: nel 29,7% laboratori, nel 20,0% teatro e nel 13,9% arte

Nel complesso degli istituti che hanno organizzato attività creative con finalità di prevenzione, la tipologia di attività creativa maggiormente proposta nelle varie scuole sono i *laboratori* (29,7%), seguiti dal *teatro* (20,0%) e dall'*arte* (13,9%) (Figura III.1.13).
La percentuale di scuole in cui sono stati organizzati eventi rivolti ai genitori si colloca a quasi il 6%, maggiormente diffusi nei licei artistici e istituti d'arte (8,1%) (Tabella III.1.10).

Tabella III.I.9: Distribuzione degli eventi di prevenzione dell'uso di sostanze, organizzati per i genitori, per istituto e durata media (in ore) per evento – A.S. 2011/2012

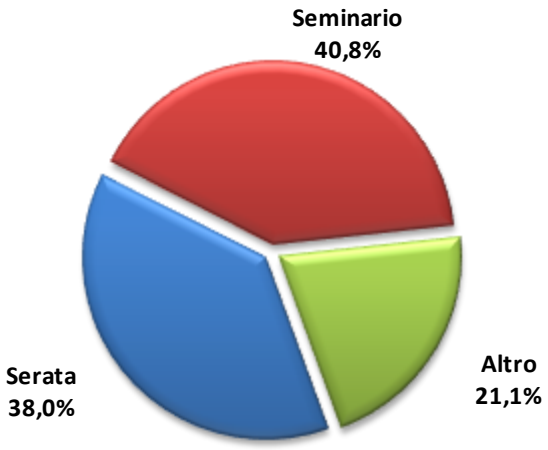
Il 5,9% delle scuole ha organizzato interventi per i genitori

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	6	3	24
	%	4,7	5,9	6,7	8,1	5,9

Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – 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%) (Figura III.1.14).

Figura III.1.14: Distribuzione degli eventi d'informazione rivolti ai genitori degli studenti delle scuole secondarie di secondo grado per tipologia di evento – A.S. 2011/2012



Fonte: Studio SPS-ITA 2012 – Dipartimento Politiche Antidroga

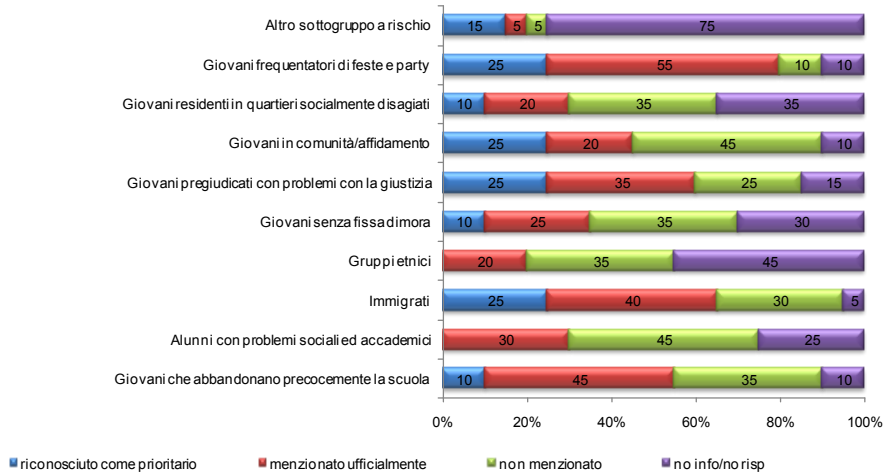
III.1.3. Prevenzione selettiva verso gruppi a rischio

III.1.3.1 Gruppi a rischio

Particolare attenzione dichiarata per immigrati e giovani frequentatori di feste e party

Nel corso del 2011, nei documenti ufficiali sulle politiche sanitarie e/o sociali, si è fatto maggiormente riferimento ai giovani frequentatori di feste e party (80% delle Regioni e Province Autonome) e alle attività di prevenzione selettiva rivolta a immigrati (65%) (Figura III.1.15).
Molto bassi i riferimenti espliciti alle voci, "altro sottogruppo a rischio" e gruppi etnici (20%) nonché "alunni con problemi sociali ed accademici" e "giovani residenti in quartieri socialmente disagiati" (30%).

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 2011.



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Buono il numero totale di progetti di prevenzione selettiva e mirata attivi e/o conclusi da Regioni e Province Autonome, nel complesso 254, più dell'anno precedente (dato 2010: 242) (Figura III.1.16).

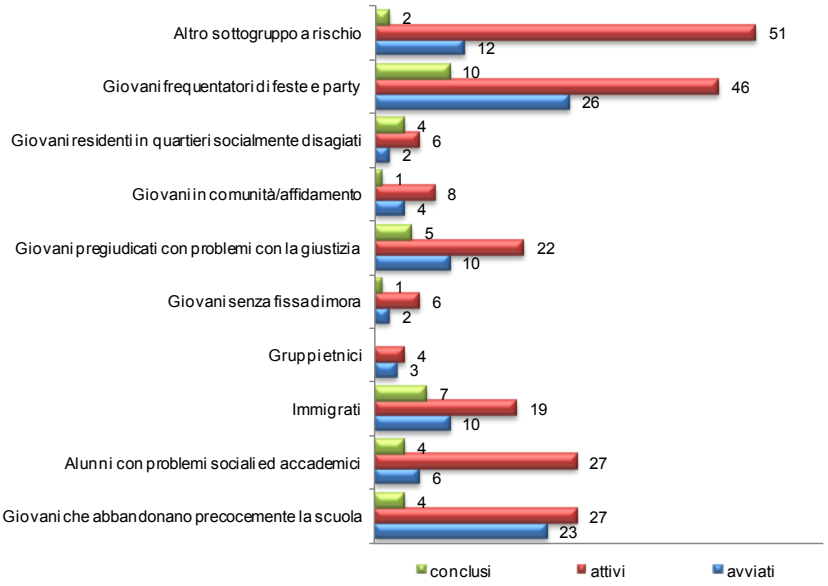
Oltre 200 progetti di prevenzione attivi

Il più alto numero di progetti attivati (26) è a beneficio dei giovani frequentatori di feste e rave party seguita da quella dei "giovani che abbandonano precocemente la scuola" (23).

Gli interventi di prevenzione rivolti ai diversi gruppi a rischio sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Il maggior numero di piani attivi nel 2011 è stato indicato per "altro sottogruppo a rischio" (51), seguito da "giovani frequentatori di feste e party" (46) e giovani che abbondano precocemente la scuola (27) .

Figura III.1.16: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2011, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta a gruppi a rischio



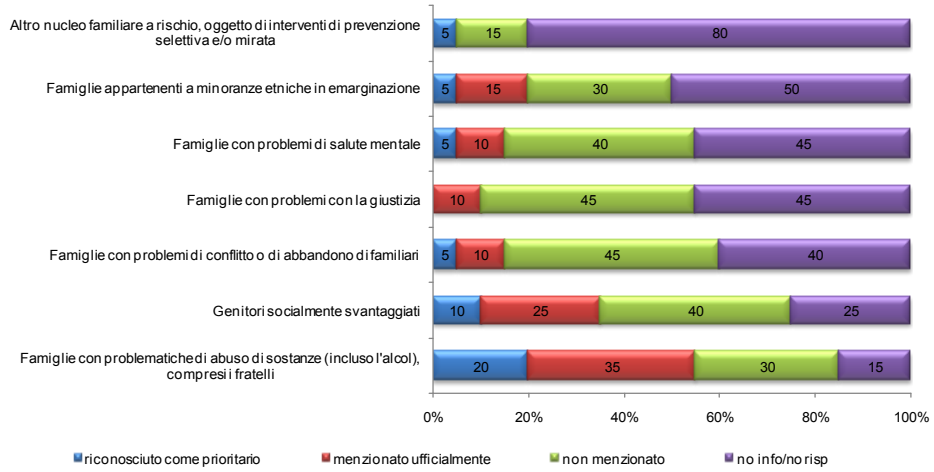
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.3.2 Famiglie a rischio

Per quanto riguarda la prevenzione selettiva a livello di nucleo familiare, tutte le categorie hanno riferimenti espliciti sotto il 50% ad esclusione dei programmi rivolti alle "famiglie con problematiche di abuso di sostanze (incluso l'alcol), compresi i fratelli" che sono i più indicati con il 55% (Figura III.1.17).

Particolare attenzione dichiarata e piani attivati per famiglie problematiche

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 2011

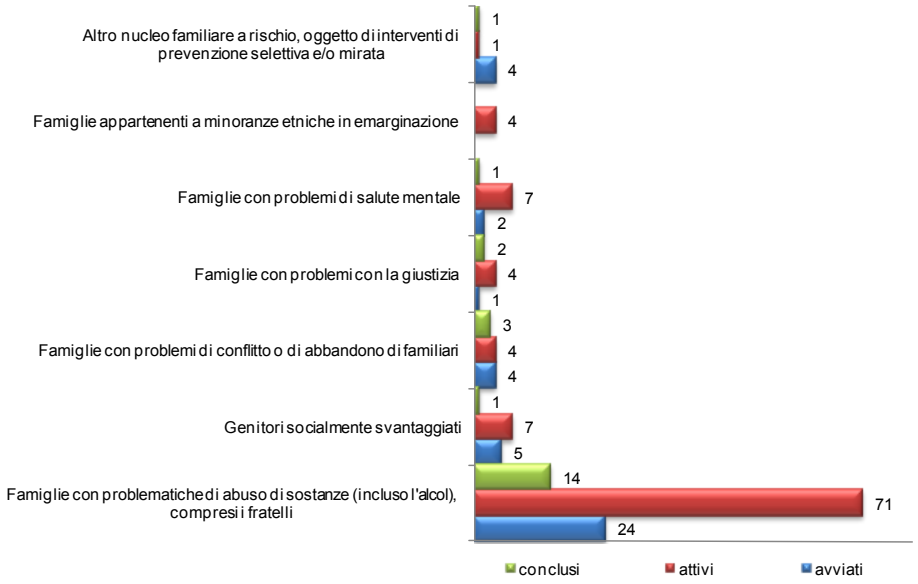


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

98 progetti di prevenzione selettiva sulle famiglie: 71 per famiglie con problematiche di abuso di sostanze

Le Regioni e Province Autonome hanno complessivamente 98 piani attivi relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie concentrati per più del 70% nelle "famiglie con problematiche di abuso di sostanze (incluso l'alcol), compresi i fratelli (Figura III.1.17).
Si segnala un brusco calo dei piani attivi (-33,3% vs 2010) in particolare per i genitori socialmente svantaggiati.
Anche per quanto riguarda le famiglie a rischio, gli interventi di prevenzione sono stati svolti in prevalenza presso strutture/servizi dedicati.

Figura III.1.18: Numero di piani avviati, attivi e/o conclusi nel 2011, relativi ai progetti di prevenzione selettiva rivolta alle famiglie



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Tabella III.I.10: Importo complessivo finanziato per i progetti di prevenzione selettiva e mirata nelle Regioni e PP.AA 2011 e confronto con il 2010

Regioni	Importo	%	Δ % 2011/ 2010*
Abruzzo	110.000,00	0,6	-75,4
Basilicata	25.000,00	0,1	-93,8
Bolzano	159.000,00	0,8	-61,7
Calabria	666.508,00	5,6	-11,5
Campania	1.778.951,00	9,0	34,9
Emilia - Romagna	3.117.700,00	15,7	-15,9
Friuli Venezia Giulia	250.000,00	1,3	73,2
Lazio	2.607.000,00	13,1	54,8
Liguria	60.000,00	1,2	-66,0
Lombardia	3.385.737,58	17,0	32,0
Marche	185.000,00	0,9	-
Molise	0,00	0,0	-100,0
Piemonte	360.000,00	1,8	103,2
Puglia	491.231,00	2,5	-
Sardegna	0,00	0,0	-
Sicilia	1.497.698,00	1,7	-
Toscana	3.919.901,63	20,7	24,4
Trento	0,00	0,0	-
Umbria	1.260.000,00	0,1	6200,0
Valle d'Aosta	Dati richiesti e non forniti	-	-
Veneto	0,00	0,0	-
Totale	19.873.727,21	100	30,4

*I progetti finanziati possono avere anche durata pluriennale

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Quasi 20 milioni investiti dalle Regioni in prevenzione selettiva (+30%)

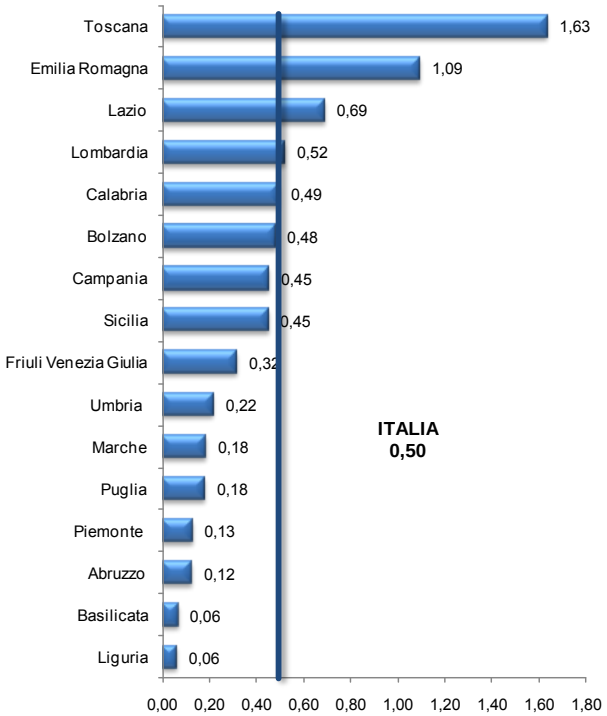
Nella Tabella III.1.11 sono state riportati gli importi finanziati dalle Regioni e Province Autonome sia per progetti di prevenzione selettiva su gruppi a rischio sia mirata a gruppi specifici, a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico con sviluppo operativo interamente o parzialmente attivo nel 2011.

Nel complesso sono stati finanziati quasi 20 milioni di Euro, (incremento del 30,4% rispetto al 2010) principalmente nelle regioni Toscana (20,7%), Lombardia (17% del totale) ed Emilia Romagna (15,7%).

Rispetto all'anno 2010, sulla base dei dati a disposizione, Sicilia ed Umbria sono le Regioni che hanno aumentato maggiormente, in valore assoluto, gli appositi finanziamenti per importi di oltre un milione di euro.

Facendo il raffronto con la popolazione 15-64 anni (Figura III.1.19) primeggiano Toscana ed Emilia Romagna con valori superiori ad 1 € pro capite, sopra la media nazionale anche Lazio e Lombardia.

Figura III.1.19: Importo pro capite in € per popolazione 15-64 anni investito in prevenzione selettiva nelle Regioni e PP.AA. Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.1.3.3 Nelle scuole

Nell'ambito della prevenzione selettiva sull'uso di sostanze stupefacenti, l'utilizzo di protocolli e/o criteri standard per l'individuazione precoce degli studenti con comportamenti a rischio relativamente all'uso di sostanze psicotrope è stato indicato dal 4,6% circa del campione di scuole intervistate: per gli istituti tecnici il 6,7%, per gli istituti professionali il 5,6% ed il 2,7% sia dei licei ed ex-magistrali che dei licei artistici e istituti d'arte.
Il 52,6% di questi istituti usufruisce di *centri d'ascolto* per la realizzazione degli interventi di prevenzione selettiva, il 36,8% ha attivato *protocolli d'intesa con enti esterni* e il 26,3% usa *provvedimenti interni* attuati nella scuola. Inoltre nel 68,4% di queste scuole sono presenti *referenti per l'educazione alla salute* di riferimento per tali problematiche e nel 47,4% *psico-pedagogisti*.
Altre iniziative di prevenzione selettiva all'uso di sostanze psicotrope, rivolte a studenti con elevato rischio di abbandono scolastico, sono state realizzate da 35 istituti (8,5% degli istituti rispondenti al questionario prevenzione), con una maggior diffusione negli istituti professionali (13,5%), seguiti dagli istituti tecnici (10,4%), licei ed ex-magistrali (5,4%) e licei artistici e istituti d'arte (2,7%).
L'88,6% di queste scuole hanno attuato *servizi di psicologia educativa ai quali vengono indirizzati o si rivolgono direttamente studenti con queste problematiche*, e il 28,6% *corsi di formazione per gli insegnati*, mentre nel 31,4% di queste scuole sono state distribuite *linee guida sulle modalità per come riconoscere gli allievi problematici, compresi i soggetti che fanno uso di droga*.

CAPITOLO III.2.

TRATTAMENTI SOCIO SANITARI

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione

III.2.3.1. Premessa

III.2.3.2. Detenuti con problemi droga correlati

III.2.3.3. Detenuti con problemi alcol correlati

III.2.3.4. Rilevazione del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Anno 2011

III.2.3.5. Minori con problemi droga e alcol correlati ristretti in carcere o in altre strutture di detenzione

III.2.3.6. Il progetto "Carcere e Droga"

III.2.4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)

III.2.5. 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 e presso gli istituti penitenziari. In questo spazio, attraverso l'analisi dei dati derivanti dallo studio multicentrico, verranno approfonditi alcuni aspetti dei trattamenti di cura orientati alla nuova utenza piuttosto che all'utenza già in carico da periodi precedenti ed i profili di cura in relazione alla sostanza d'uso primaria.
A conclusione di questa parte un paragrafo viene riservato alla prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati.

III.2.1. Programmi e qualità dei trattamenti attivati dalle Regioni

Articolazione dei trattamenti secondo lo schema OEDT: antiastinenziali, farmacologici assistiti, drug free

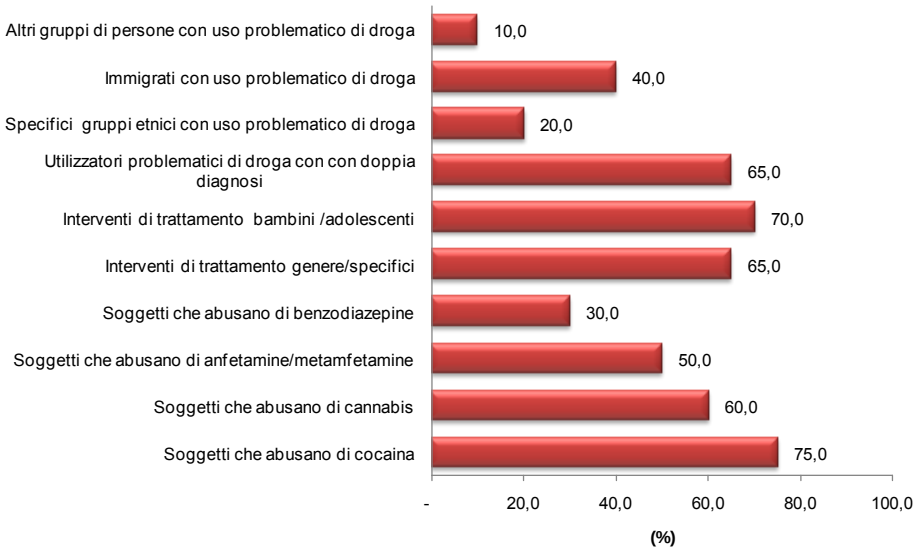
L'Osservatorio europeo sulle droghe propone una suddivisione dei programmi di trattamento in tre categorie articolate a loro volta in base al contesto di applicazione. Nello specifico, quindi, i trattamenti sono distinti in: trattamenti antiastinenziali non sostitutivi aspecifici, trattamenti "farmacologicamente assistiti" con terapia specifica, trattamenti "drug free", "abstinence oriented".
Il trattamento farmacologicamente assistito si suddivide ulteriormente in due sottocategorie: trattamenti con farmaci sostitutivi (metadone e buprenorfina) e trattamenti con antagonisti.
Ognuno degli interventi di trattamento sopra menzionati può essere svolto in strutture ambulatoriali, strutture di ricovero o residenziale ed ambulatori presso i medici di base.
In linea generale, anche in Italia sussiste tale classificazione dei trattamenti, con differenze nelle sedi di erogazione degli stessi. Raramente trattamenti farmacologici vengono erogati da medici di medicina generale e le strutture di ricovero di norma assistono gli utenti nell'ambito della cura di eventi acuti.

Forte attivazione d'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 55% delle Regioni e Province Autonome ne dichiara l'esistenza; di queste il 91% 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 75% ha attivato interventi di trattamento verso soggetti che hanno come sostanza di abuso primaria la cocaina, il 70% ha attivato interventi rivolti a bambini ed adolescenti. Solo nel 20% delle Regioni, invece, esistono specifici

interventi di trattamento rivolti a gruppi etnici con bisogno di trattamento ed appena il 10% per altri gruppi di persone con uso problematico di droga.

Figura III.2.1: Percentuale di Regioni e Province Autonome che hanno attivato specifici interventi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2011

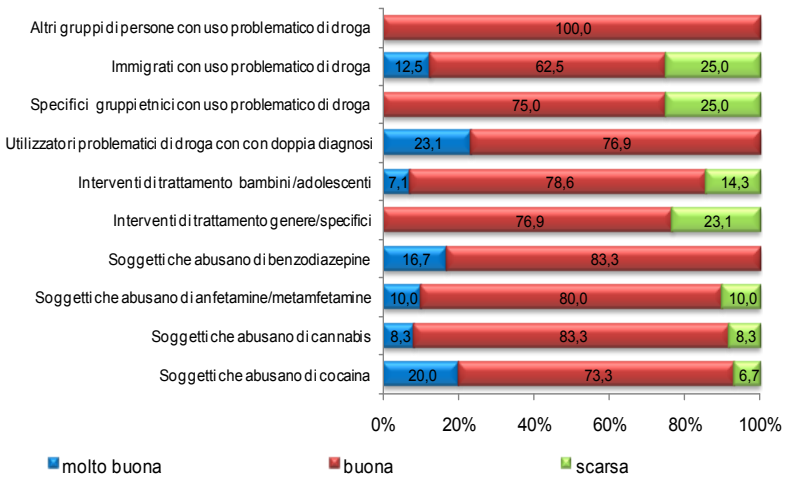


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Scarsità di interventi e sottovalutazione dei soggetti che usano cannabis rispetto all'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 ".

Figura III.2.2: Giudizi sulla disponibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2011

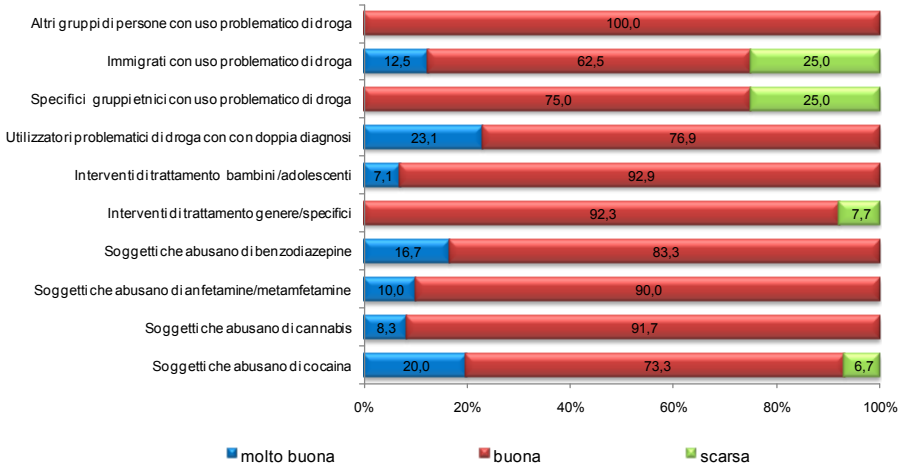


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

L'accessibilità è stata valutata in maniera positiva da almeno il 75% delle Regioni e Province Autonome ed in soli quattro casi su dieci sono presenti giudizi scarsi, in due di questi con percentuali sotto il 10% quindi poco rilevanti.

Molto positiva l'accessibilità dei servizi di trattamento

Figura III.2.3: Giudizi sull'accessibilità dei servizi di trattamento rivolti a diverse tipologie di soggetti. Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Almeno il 65% delle Regioni e Province Autonome utilizza i dati sui trattamenti rilevati nei Ser.T./Dipartimenti per programmare, modulare o modificare politiche e pratiche nel campo della lotta alla droga all'interno della propria realtà regionale programmando e riorganizzando i servizi territoriali, programmando l'aggiornamento professionale, e programmando e attuando interventi nel campo degli interventi, della prevenzione primaria e secondaria.

Quest'anno è stata introdotta un'ulteriore sezione dedicata alla garanzia della qualità di trattamento con l'obiettivo di raccogliere informazioni sull'esistenza a livello regionale/aziendale di protocolli/procedure/linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti erogati nei servizi per le dipendenze.
Si articola in tre parti: Linee guida per la valutazione della qualità del trattamento, Monitoraggio e valutazione e l'ultima, Sviluppo, divulgazione e implementazione di "buone prassi" .

Linee guida per la valutazione della qualità del trattamento

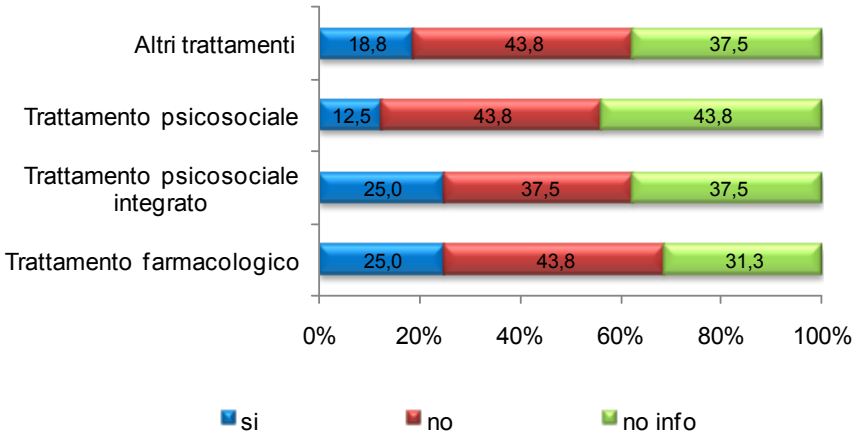
Poco diffuse le linee guida

Nelle Regioni e Province Autonome lo strumento delle linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti è ancora poco diffuso, solo in un quarto delle Regioni esistono linee guida per il trattamento farmacologico e quello psicosociale integrato, ancor meno diffuse le linee guida per il trattamento psicosociale e gli altri trattamenti (Fig. III.2.4).
Rilevante anche la poco disponibilità di informazioni, in almeno il 30% dei casi (con punte di quasi il 44%) non si dispongono di elementi per rispondere.

Molto scarsa l'applicazione obbligatoria delle linee guida

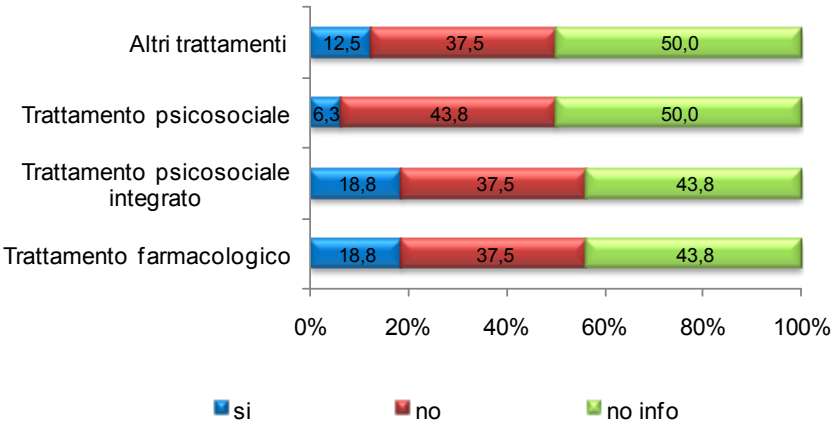
Anche per quanto concerne l'applicazione obbligatoria delle linee guida per la valutazione della qualità al fine dell'erogazione dei trattamenti (Fig. III.2.5) e come pre-requisito per il finanziamento del servizio (Fig. III.2.6) le Regioni solo in pochissimi casi ne fanno uso, addirittura in nessun caso, come per il finanziamento del servizio per il trattamento psicosociale.

Figura III.2.4: Esistenza documenti ufficiali per la valutazione della qualità dei trattamenti. Anno 2011



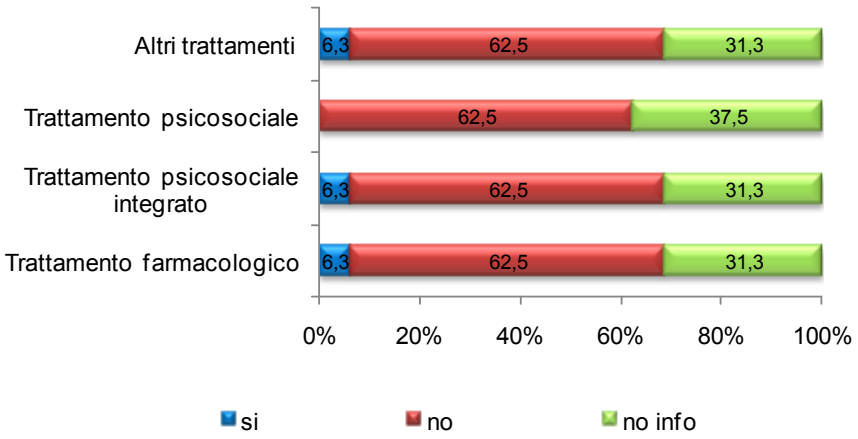
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.5: Applicazione obbligatoria delle linee guida per la valutazione della qualità al fine dell'erogazione dei trattamenti. Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.6: Applicazione delle linee guida come pre-requisito per il finanziamento del servizio . Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Nell'area delle linee guida sono state chieste alle Regioni e Provincie Autonome ulteriori informazioni in merito "all'inclusione nelle linee guida di aspetti/criteri che riguardano i protocolli terapeutici", "la descrizione della documentazione obbligatoria per la valutazione della qualità del trattamento relativa ad ammissione/dimissione, outcome, soddisfazione dei clienti e del personale", "come fossero elaborate le linee guida per la valutazione della qualità dei trattamenti" e l'eventuale esistenza di un "riferimento normativo". In ordine alle tematiche su indicate il tasso di informazioni disponibili è stato sempre inferiore al 50% e, nei casi di elementi a disposizione, la risposta è stata largamente negativa.

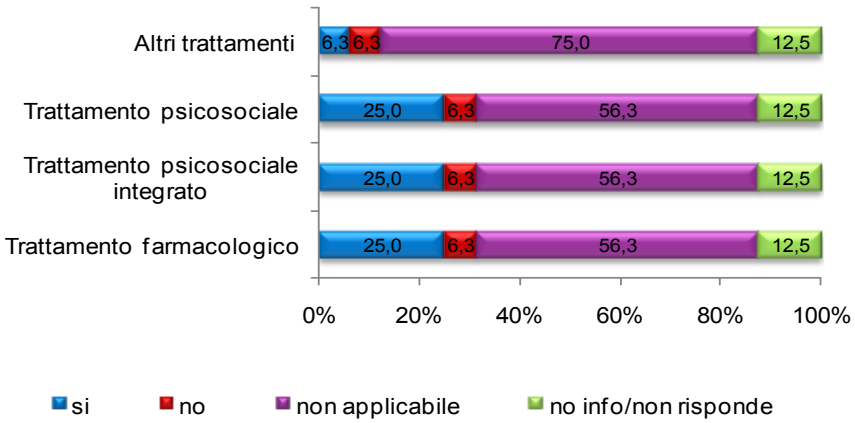
Poche le informazioni messe a disposizione da Regioni e PP.AA

Monitoraggio e valutazione

Ancora poco diffusa la valutazione del risultato dei vari trattamenti che hanno le stesse risultanze per psicosociale, psicosociale integrato e farmacologico con un quarto delle Regioni e PP.AA. che la effettuano e ben il 56,3% che la dichiarano non applicabile.

Poco applicabile la valutazione del risultato dei trattamenti

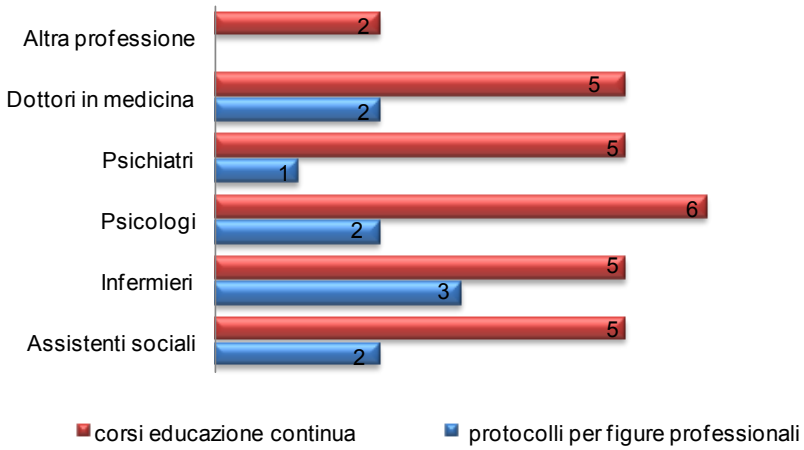
Figura III.2.7: Valutazione del risultato dei trattamenti. Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Sviluppo, divulgazione e implementazione di "buone prassi"

Figura III.2.8: Regioni e PP.AA. che dispongono di un portale on line con protocolli per figure professionali e che forniscono corsi di educazione/formazione continua. Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Molto scarsa la diffusione delle "buone prassi"

Le buone prassi sono ancora in una fase embrionale, nel migliore dei casi (per gli psicologi) solo sei regioni attuano corsi di educazione continua; ancora meno diffuse le piattaforme (portali on line) che forniscono protocolli professionali (conoscenza, comprensione e competenze) per le figure professionali. Il dato più confortante riguarda gli infermieri che in tre regioni hanno la possibilità di fruire di appositi protocolli.

III.2.2. Trattamenti erogati dai Servizi per le Tossicodipendenze

Metodologia

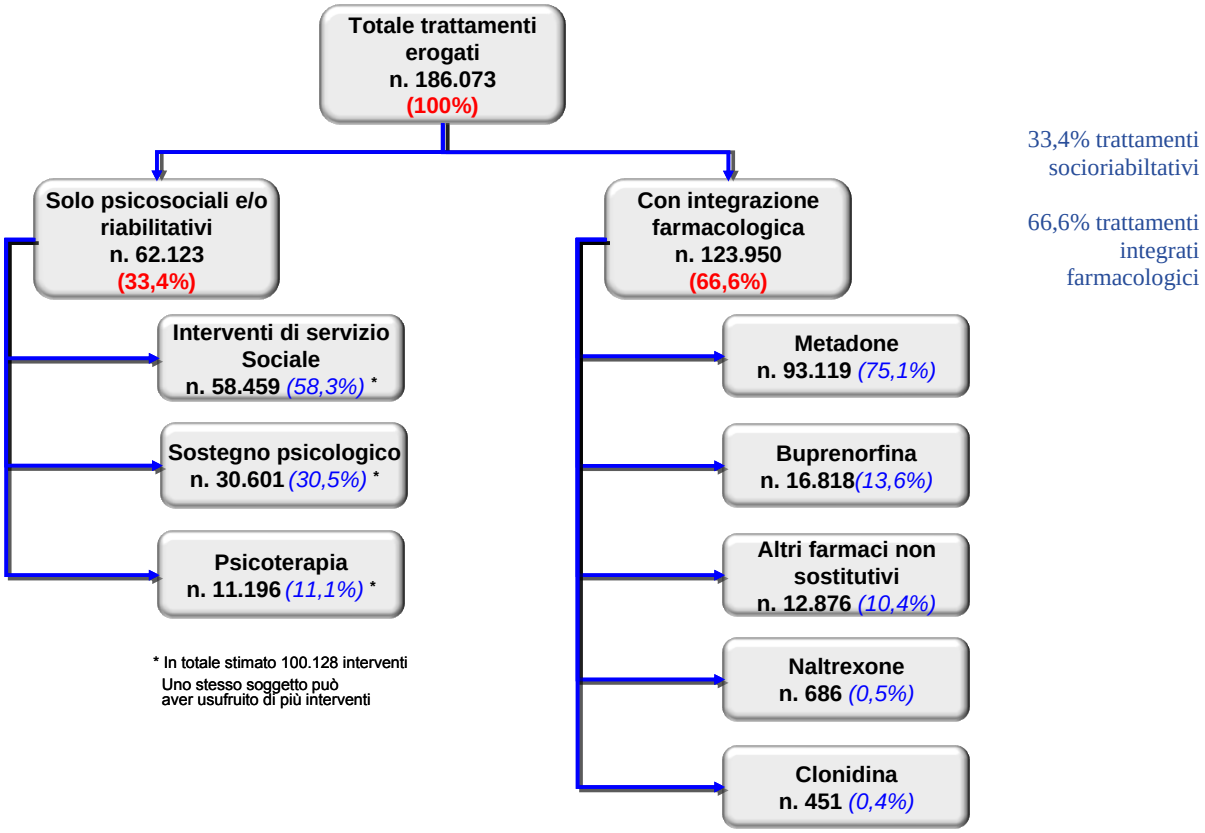
Con riferimento ai dati trasmessi dal Ministero della Salute relativamente al flusso sui trattamenti (ANN 03), alla data del 28 Maggio 2012, non erano disponibili i flussi informativi delle regioni: Emilia – Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte e Umbria in seguito alla trasmissione del flusso SIND. Per queste regioni è stata applicata quindi, una stima, calcolando la differenza percentuale tra l'anno 2011 e l'anno 2010, per le regioni di cui si disponevano le informazioni e moltiplicando questo valore per il numero di soggetti in carico nel 2010 per tipologia di trattamento.

186.073 trattamenti erogati dai SerT

Ad una prima analisi sulla distribuzione stimata dei soggetti assistiti per tipo di trattamento, è possibile rilevare che nella maggior parte dei casi viene erogato un trattamento farmacologico (66,6%), prevalentemente metadone (75,1%), mentre il 30,5% di soggetti è stato sottoposto nel 2011 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 2011.

Figura III.2.9: Schema dell'organizzazione del flusso dati dei trattamenti. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Complessivamente i trattamenti erogati aumentano del 9,1% dal 2000 al 2011, passando da 169.511 al valore stimato di 186.073 (Tabella III.2.1).

Tabella III.2.1: Numero complessivo di trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011

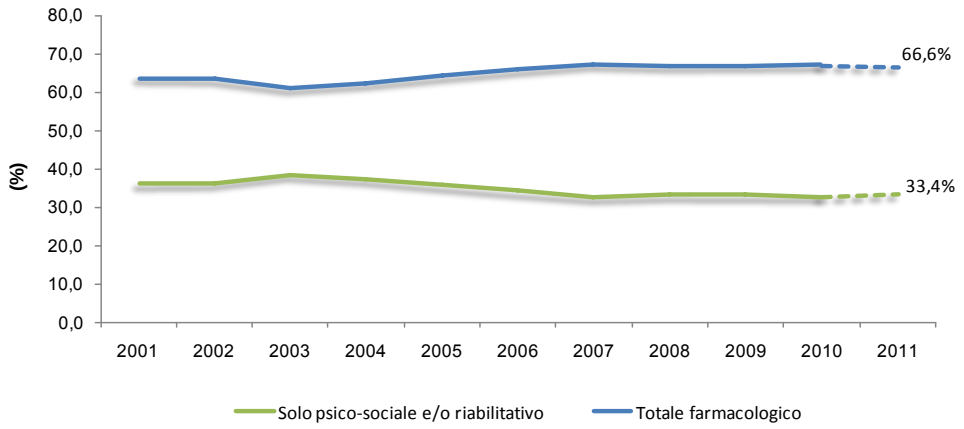
Anno	Solo psico-sociale e/o riabilitativo	Con integrazione farmacologica	Totale
2000	61.270	108.241	169.511
2001	62.914	111.781	174.695
2002	62.323	109.230	171.553
2003	66.606	105.718	172.324
2004	64.527	107.722	172.249
2005	64.370	115.806	180.176
2006	64.293	124.320	188.613
2007	60.681	125.122	185.803
2008	56.081	113.202	169.283
2009	60.885	123.338	184.223
2010	61.216	124.997	186.213
2011 (*)	62.123	123.950	186.073

(*) *Dato stimato*

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Nello stesso periodo quelli con integrazione farmacologica rappresentano i due terzi del totale. (Figura III.2.10)

Figura III.2.10: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai servizi per le tossicodipendenze secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Tra il 2010 e il 2011 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 2010 e 2011

	Anno 2010		Anno 2011 (*)		Diff. %
	Valori	%C	Valori	%C	
Soggetti per tipologia di trattamento					
Psicosociale/riabilitativo	61.216	32,9	62.123	33,4	0,5
Metadone	91.604	49,2	93.119	50,0	0,8
Buprenorfina	17.980	9,7	16.818	9,0	-0,7
Naltrexone	899	0,5	686	0,4	-0,1
Clonidina	622	0,3	451	0,2	-0,1
Altri farmaci non sostitutivi	13.892	7,5	12.766	6,9	-0,6
Totale	186.213	100	186.073	100	-
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Metadone					
Breve termine	10.108	11,0	15.178	16,3	5,3
Medio termine	19.522	21,3	21.883	23,5	2,2
Lungo termine	61.974	67,7	56.058	60,2	-7,5
Totale Metadone	91.604	100	93.119	100	
Soggetti trattati con terapia farmacologica - Buprenorfina					
Breve termine	2.218	12,3	2.237	13,3	1
Medio termine	3.603	20,0	3.078	18,3	-1,7
Lungo termine	12.159	67,7	11.503	68,4	0,7
Totale Buprenorfina	17.980	100	16.818	100	-
Soggetti per tipologia di trattamento psicosociale riabilitativo					
Sostegno psicologico	31.223	31,0	30.610	30,5	-0,5
Psicoterapia	10.852	10,8	11.196	11,2	0,4
Interventi di servizi sociali	58.489	58,2	58.459	58,3	0,1
Totale psicosociale	100.564	100	100.265	100	-

(*) *dato stimato*

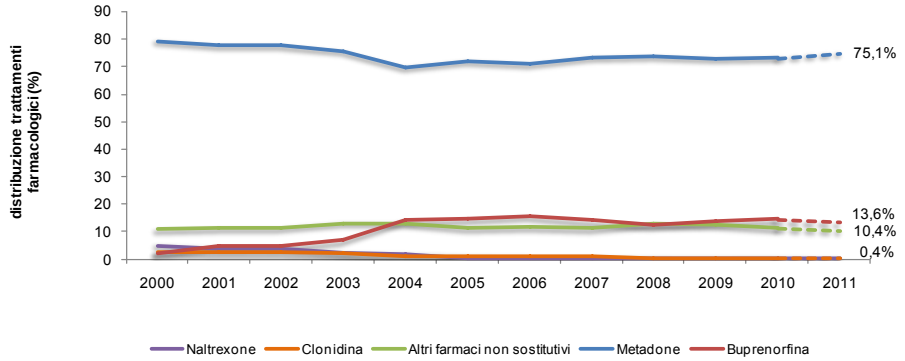
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Metadone: Aumento % dei trattamenti a breve termine e a medio termine

Buprenorfina: diminuzione dei trattamenti in particolare a medio termine

L'andamento 2000-2011 dei farmaci (sia sostitutivi che non sostitutivi) utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica è rappresentato nella Figura III.2.11.

Figura III.2.11: Distribuzione percentuale dei farmaci utilizzati nei trattamenti con integrazione farmacologica erogati dai servizi per le tossicodipendenze. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

]

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'89,4% nel 2011.

Metadone: aumento delle terapie a breve termine (5,3 punti percentuali) e medio termine (2,2 punti)

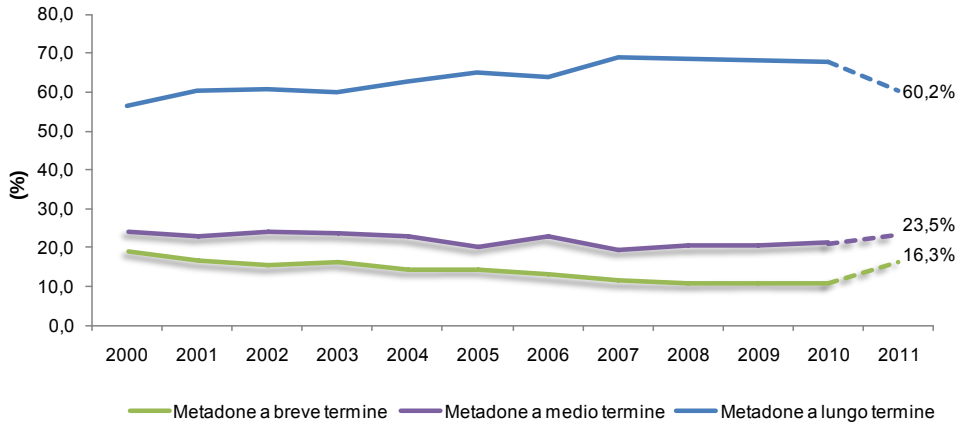
Anche l'impiego di altri farmaci non sostitutivi diminuisce progressivamente nel tempo passando da 11,7% nel 2000 a 10,4% nel 2011.

Per quanto riguarda naltrexone e clonidina si osserva un drastico calo del loro utilizzo: nel 2011 rappresentano lo 0,5% (naltrexone) e lo 0,4% (clonidina).

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 nel 60,2% dei casi, mentre il medio e breve termine rappresentano, rispettivamente, circa il 23,5% e il 16,3% dei casi.

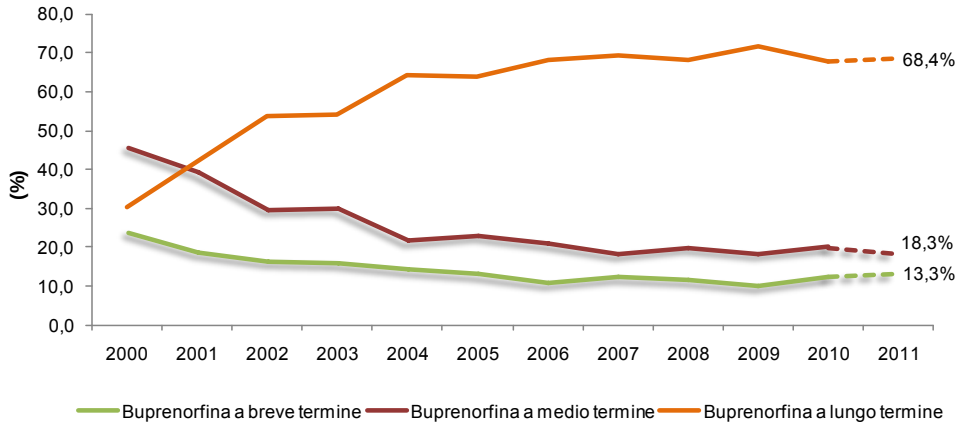
I trattamenti a lungo termine sono utilizzati nel 60,2% dei casi

Figura III.2.12: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con metadone secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.13: Distribuzione percentuale del trattamento farmacologico sostitutivo con buprenorfina secondo la durata della terapia. Anni 2000 - 2011



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 30,5% dei casi si tratta di un sostegno psicologico, nel 11,1% di psicoterapia e nel 58,3% di interventi di servizi sociali. Rispetto al 2000, nel 2011 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 58,3%, sostegno psicologico tra il 31 e 30,5%, psicoterapia tra il 10 e 11,1%) (Tabella III.2.3 e Figura III.2.14).

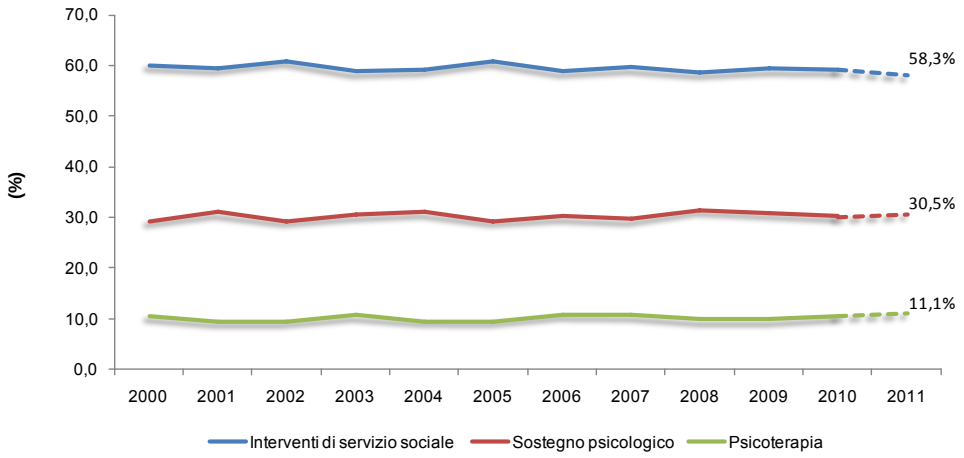
Tabella III.2.10: Numero complessivo di trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011

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	61.216	31.223	10.852	58.498
2011(*)	62.123	30.610	11.196	58.459

(*) Dato stimato

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

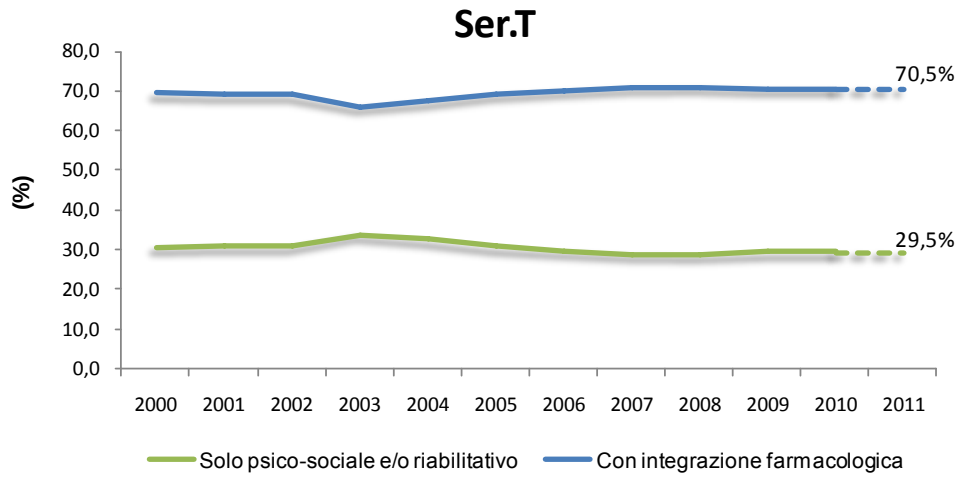
Figura III.2.14: Distribuzione percentuale dei trattamenti psicosociali e/o riabilitativi erogati dai servizi per le tossicodipendenze, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

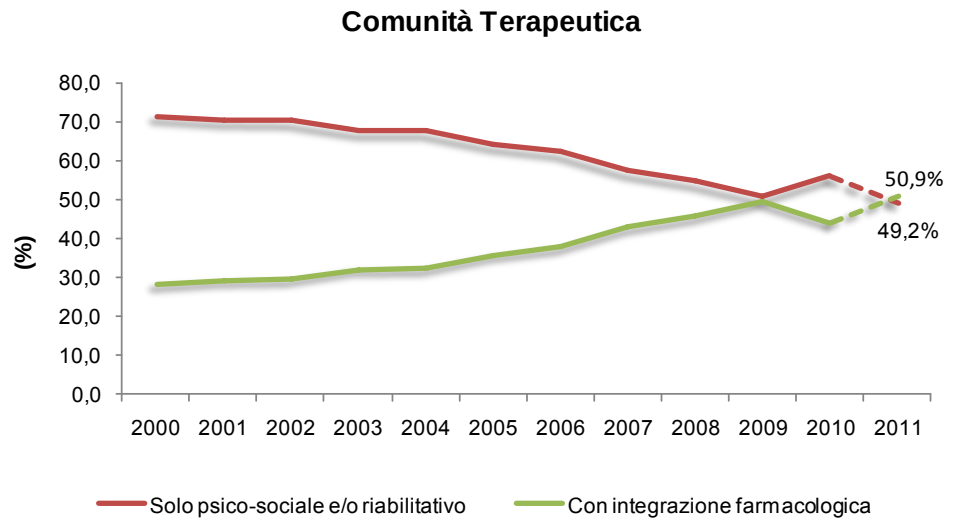
Ulteriori analisi condotte sulla sede di erogazione evidenziano una diversa distribuzione dei trattamenti: quelli farmacologici sono maggiormente rappresentati in sede ambulatoriale (presso il Ser.T.), mentre per quelli erogati presso comunità terapeutiche o in carcere hanno una maggior componente solo psico-socio-riabilitativa; presso queste ultima due sedi è comunque identificabile un progressivo maggior utilizzo di trattamenti integrati con farmaci.

Figura III.2.15: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati dai Ser.T., secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011



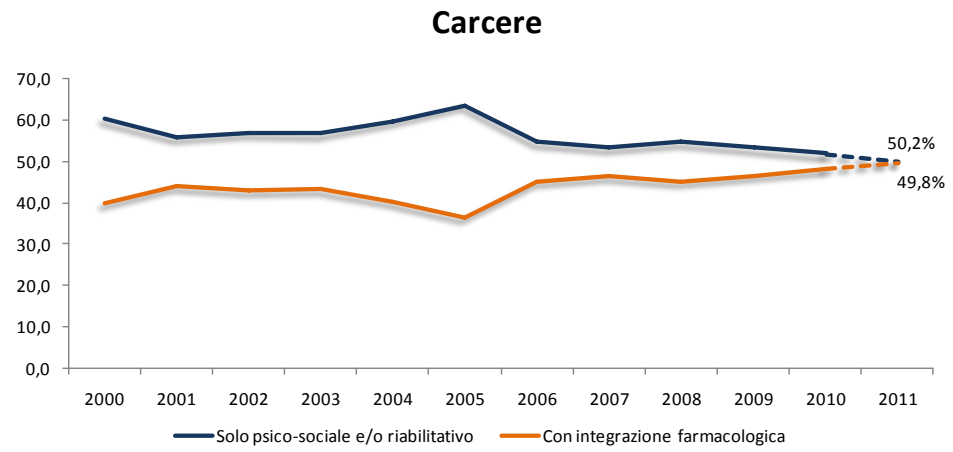
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

Figura III.2.16: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati presso le comunità terapeutiche, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

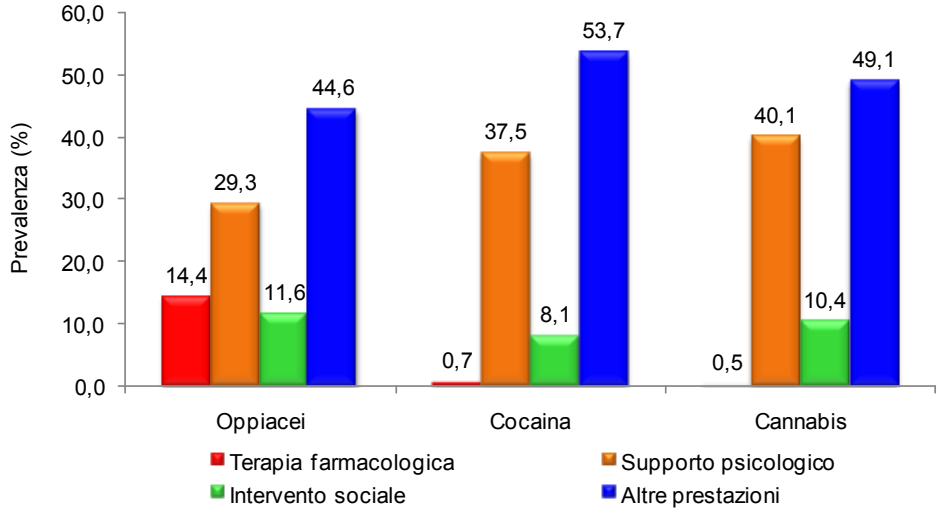
Figura III.2.17: Distribuzione percentuale dei trattamenti erogati presso gli istituti penitenziari, secondo la tipologia. Anni 2000 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Salute

L'analisi approfondita delle informazioni desunte dal campione di servizi che hanno aderito allo studio multicentrico DPA nel 2011, ha evidenziato profili terapeutici differenziati secondo la nuova utenza e l'utenza già assistita dai servizi in periodi precedenti.

Figura III.2.18: Distribuzione percentuale di **nuovi utenti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2011



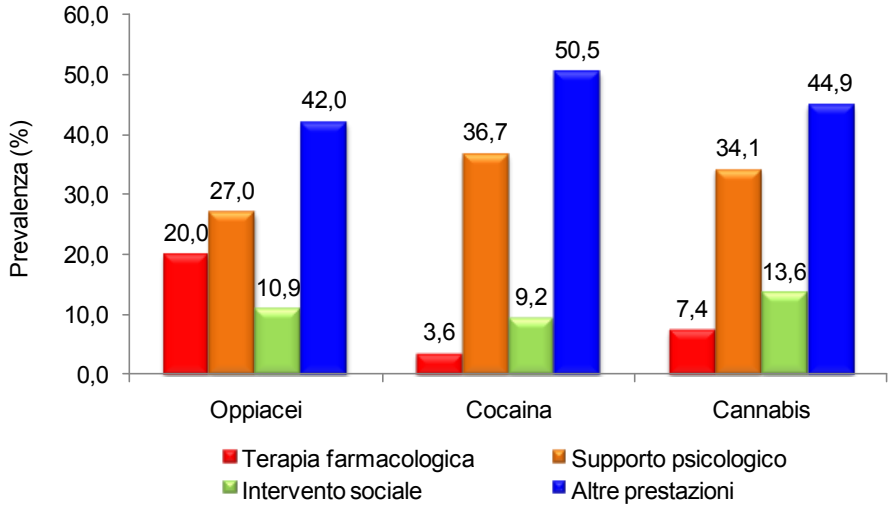
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

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 o naltrexone. Questo deriva dal fatto che mentre il flusso del Ministero della Salute rileva i trattamenti farmacologici in quanto tali anche se integrati da supporto psicosociale e riabilitativo, 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.2.18 e III.2.19).

Figura III.2.19: Distribuzione percentuale di **utenti già assistiti** per tipo di trattamento e secondo la sostanza primaria di abuso. Anno 2011



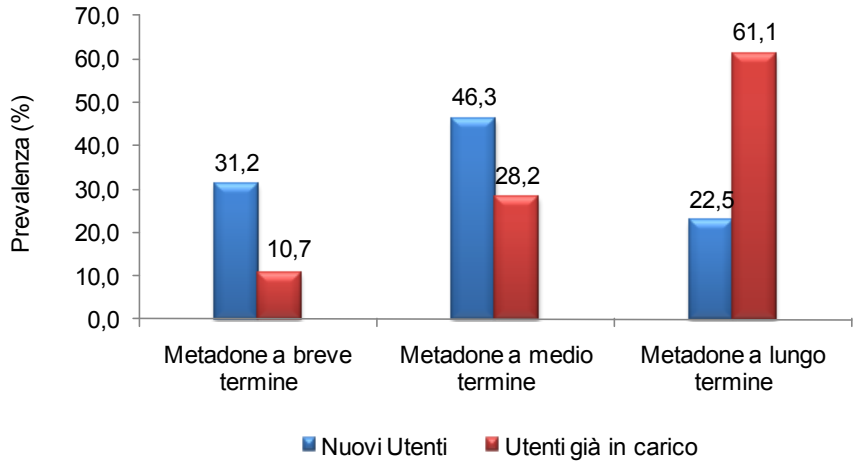
Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

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'85% (90% nuovi utenti vs 87,6% utenti già in carico), seguito dalla buprenorfina somministrata più frequentemente all'utenza già nota rispetto a quella nuova (12,1% vs 9,6%).

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.2.20 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 (31,2% e 46,3%), contrariamente all'utenza già nota ai servizi in cui è prevalente la terapia a lungo termine (oltre sei mesi) con il 61,1%.

Tale risultato, tuttavia, può essere influenzato dalla breve durata della presa in carico della nuova utenza al momento della rilevazione dei dati.

Figura III.2.20: Distribuzione percentuale dell'utenza in trattamento farmacologico con metadone secondo la durata del trattamento ed il tipo di utenza. Anno 2011



Fonte: Elaborazione dati studio multicentrico DPA 2011 su dati Ser.T.

III.2.3. Soggetti tossicodipendenti in stato di detenzione

III.2.3.1. Premessa

Trasferimento al SSN delle competenze in materia di sanità penitenziaria

Con DPCM del 1 aprile 2008 sono state trasferite al Servizio Sanitario Nazionale le funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie, attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria. Il monitoraggio dei detenuti con problemi droga correlati, fino al 2010 di competenza del Ministero di Giustizia- Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria, è così transitato alle Regioni secondo l'accordo in Conferenza Unificata siglato in data 18 maggio 2011. Secondo questo accordo le Regioni sono tenute a raccogliere, per il tramite delle Unità operative dei Sert.T. presenti in carcere, dati sui detenuti tossico e alcol dipendenti attraverso la compilazione di apposite schede. Per gli adulti la rilevazione ha cadenza semestrale (30 giugno e 31 dicembre) e descrive la situazione istantanea a quella data, mentre per i minori si rileva il dato complessivo annuale.
L'obiettivo della rilevazione, oltre a sostituire il flusso del DAP, è quello di consentire la raccolta di dati e informazioni che consentano di rappresentare meglio la situazione dei detenuti tossico e alcol dipendenti, e inoltre di identificare la quota di soggetti che possono accedere e accedono all'alternativa pena attraverso l'art. 94 del D.P.R. 309/90.

Non tutte le Regioni e Province autonome hanno partecipato al monitoraggio

Nel 2011 il monitoraggio dei detenuti con problemi alcol e droga correlati è stato effettuato per la prima volta secondo l'accordo del 18 maggio 2011 e alla data della pubblicazione della presente Relazione non sono disponibili, in quanto non trasmessi, i dati per Molise, Sardegna, Liguria.
L'analisi della qualità del dato depone per una situazione complessivamente sufficiente, seppur parziale, e sicuramente migliorabile con le prossime rilevazioni.

III.2.3.2. Detenuti con problemi droga correlati

Le caratteristiche degli adulti tossicodipendenti in carcere, fino alla scorsa edizione della Relazione Annuale, sono state studiate analizzando i dati del Ministero di Giustizia raccolti su tutto il territorio nazionale a livello di singola

struttura carceraria.
Con il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria alle Aziende Sanitarie, si registra una diversa numerosità di soggetti tossicodipendenti ristretti in carcere: cioè è verosimilmente dovuto alle diverse modalità utilizzate nella definizione e identificazione del soggetto con dipendenza da sostanze. Con la nuova rilevazione la dipendenza da sostanze è definita su base clinica diagnostica (ICD-IX CM) e non solo anamnestica o autodichiarata.

Copertura parziale dai flussi regionali

La tabella III.2.3 riporta informazioni circa la popolazione carceraria rilevata nel 2011 e la quota di tossicodipendenti nelle due fonti di dati prese in esame.
La rilevazione tramite le Regioni ha coperto il 76% della popolazione detenuta complessivamente censita dal Ministero della Giustizia (50.673 soggetti su 66.897). Togliendo le Regioni che non hanno fornito i dati, corrispondenti a 3.967 detenuti, la quota di copertura sale all'80,5%, rendendo il campione rappresentativo della popolazione carcerata.

Tabella III.2.3: Detenuti con problemi droga correlati come risultanti dagli archivi del Ministero di Giustizia e dai dati trasmessi dalle Regioni. Dicembre 2011

Regioni	Ministero di Giustizia			Dati delle Regioni		
	Popolazione carceraria	Detenuti Tossicodip.	%	Popolazione carceraria rappresentata	Detenuti con dipendenza diagnosticata	%
ABRUZZO	2.006	442	22,0	1.921	433	22,5
BASILICATA	472	114	24,2	472	124	26,3
CALABRIA	3.043	267	8,8	2.744	403	14,7
CAMPANIA	7.922	1.620	20,4	7.058	865	12,3
EMILIA R.	4.000	1.178	29,5	3.929	1.152	29,3
FRIULI V.G.	854	181	21,2	854	236	27,6
LAZIO	6.716	1.887	28,1	6.235	1.107	17,8
LIGURIA	1.807	449	24,8	Dati richiesti ma non pervenuti		
LOMBARDIA	9.360	2.580	27,6	8.989	1.969	21,9
MARCHE	1.173	226	19,3	1.004	151	15,0
MOLISE	520	154	29,6	520	180	34,6
PIEMONTE	5.120	1.298	25,4	5.120	1.037	20,3
PUGLIA	4.488	1.209	26,9	2.484	625	25,3
SARDEGNA	2.160	743	34,4	Dati richiesti ma non pervenuti		
SICILIA	7.521	1.433	19,1	3.315	417	12,6
TOSCANA	4.242	1.072	25,3	3.294	633	19,2
P.A. TRENTO	253	67	26,5	253	49	19,4
P.A.BOLZANO	123	49	39,8	123	22	17,9
UMBRIA	1.679	377	22,5	1.679	276	16,4
VALLE D'AOSTA	282	65	23,0	282	37	13,1
VENETO	3.156	953	30,2	397	129	32,5
Totale	**66.897**	**16.364**	**24,5**	**50.673**	**9.845**	**19,4**

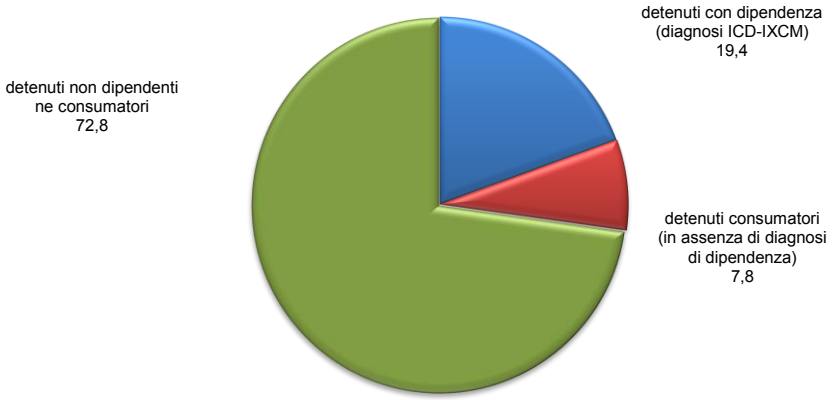
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011.

Minore la quota di tossicodipendenti rilevata dalle Regioni

Rispetto ai dati del DAP, che riportano la presenza di tossicodipendenza nel 24,5% dei detenuti, la rilevazione condotta attraverso le strutture sanitarie delle Regioni mostra che, complessivamente, nel 19,4% dei casi è stata posta una diagnosi clinica di dipendenza da sostanze, con valore massimo nel Molise (34,6%) e minimo in Campania (12,3%). Il consumo, con e senza dipendenza, è riportato nel 27,7% dei casi (13.793 soggetti).

Il 27,7% dei detenuti ha problemi droga correlati

Figura III.2.21: La dipendenza e il consumo di droghe nella popolazione detenuta. Dati percentuali. Anno 2011

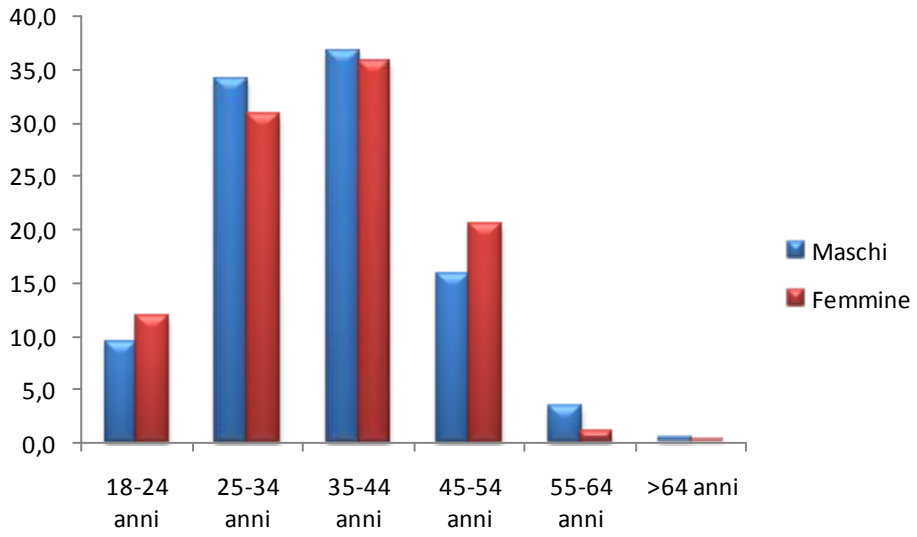


Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011.

Solo il 26,0% dei soggetti con problemi droga correlati risulta essere stato sottoposto al drug test al momento dell'ingresso in carcere. Tuttavia, questo dato in molte Regioni è risultato di difficile reperimento pertanto è ragionevole ipotizzare che sia sottostimato rispetto alla situazione reale. Quanto alle caratteristiche demografiche dei detenuti con problema droga correlati (sia dipendenza che consumo), si evince che il 96,4% di essi è di sesso maschile e che rispettivamente il 71,2% dei maschi e il 66,6% delle femmine ha una età compresa tra i 25 e i 44 anni. La distribuzione per classi di età, che vede sempre una predominanza dei maschi, viene sovvertita tra i giovani (classe 18-24 , 11,8% F vs 9,3% M) e nella classe più adulta (45-54 anni, 20,4% F vs 15,8% M) nelle quali le femmine risultano in termini percentuali più rappresentate.

Il 26,0% dei detenuti tossicodipendenti sottoposto al drug test all'ingresso in carcere

Figura III.2.22: Soggetti con problemi droga correlati per sesso e classi di età. Dati percentuali. Anno 2011

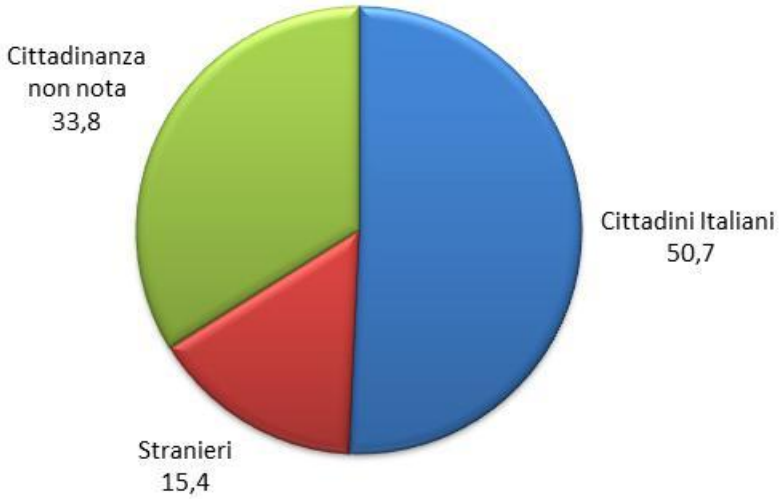


Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011

Circa il 70% dei detenuti tossicodipendenti di ambo i sessi ha età compresa tra i 25- e i 44 anni.

Il 50,7% dei detenuti tossicodipendenti (6.999 soggetti) è cittadino italiano; nel 33,8% dei casi il dato non è disponibile, mentre il rimanente 15,4% è rappresentato da stranieri (di cui l'85% extracomunitari).

Figura III.2.23: Percentuale dei soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza. Anno 2011

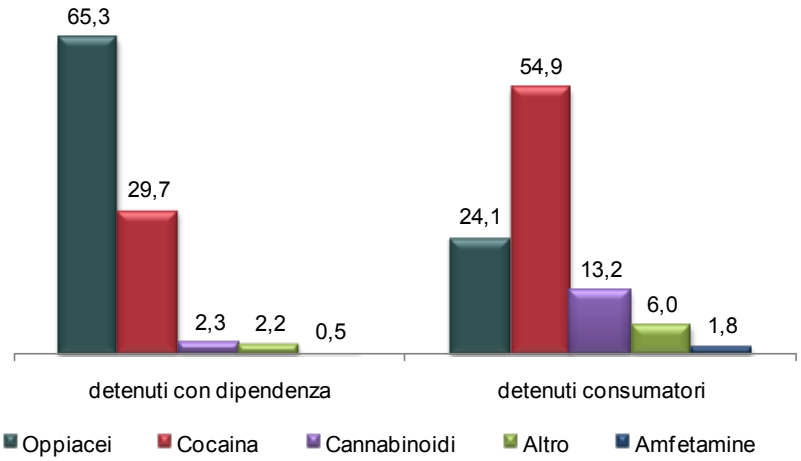


Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011.

Quanto al tipo di consumo, dato riportatonell'86,9% dei casi, i detenuti con problemi droga correlati manifestano una diversa scelta di sostanze a seconda che manifestino dipendenza (diagnosi ICD –IX CM) o consumo: tra i detenuti dipendenti (pari al 68,4% dei detenuti con problemi droga correlati) il 65,3%, per un totale di 5.345 soggetti, ha una diagnosi di dipendenza da oppiacei, il 29,7% (2.429 soggetti) ha una dipendenza da cocaina mentre le altre sostanze raccolgono percentuali minori. Tra i detenuti consumatori invece oltre la metà (2.083 soggetti) manifesta consumo di cocaina. Si attesta a quota 24,1 e 13,2% la percentuale dei consumatori non dipendenti di oppiacei e cannabinoidi.

Diversa scelta di sostanze tra dipendenti e consumatori

Figura III.2.24: Soggetti con problemi droga correlati per tipo di dipendenza e prima sostanza utilizzata. Dati percentuali. Anno 2011



Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011.

A questo dato va aggiunto che, indipendentemente dalla diagnosi di dipendenza o consumo, il 36,8% dei soggetti con problema droga correlati (per un totale di 5.075 casi) presenta poliabuso di sostanze all'ingresso in carcere.

Il 36,8% dei tossicodipendenti in carcere manifesta poliabuso

Solo il 28,5% dei detenuti tossicodipendenti all'ingresso in carcere è stato sottoposto al test per l'HIV (3.926 soggetti), il 30,8% (4.245 soggetti) è stato sottoposto al test per l'HCV e ancora il 29,2% (4.029 soggetti) al test dell'HBV. Le prevalenze di positività sui testati risultano essere 7% per HIV, 44% per HCV e 25% per HBV.

Pochi i test per HIV, HCV e HBV

In merito trattamento della tossicodipendenza, si rileva che il 78,5% dei detenuti con problematiche droga correlate viene sottoposto a trattamento in carcere. Il trattamento più utilizzato sembra essere quello psicosociale integrato farmacologicamente che riguarda oltre 4.457 detenuti.

Tabella III.2.4: Soggetti con problemi droga correlati sottoposti a trattamento. Anno 2011

	Valori assoluti	%
Detenuti sottoposti a trattamento	10.822	78,5
Di cui:		
a trattamento solo farmacologico	*2.391*	*17,3*
a trattamento psicosociale	*3.648*	*26,4*
a trattamento farmacologico, psicosociale (integrato)	*4.457*	*32,3*
Detenuti non sottoposti a trattamento	2.971	21,5
Totale	**13.793**	**100,0**

Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011.

78,5% dei detenuti tossicodipendenti viene sottoposto a trattamento di cura e prevenzione.

Il dato relativo alla situazione giuridica dei detenuti con problemi droga correlati non è disponibile per tutta la popolazione considerata; infatti, solo per 9.305 di essi (pari al 67,5% dei soggetti con problematiche droga correlate) è stato possibile indicare la posizione giuridica. La difficoltà nel reperire questo tipo di informazioni deriva dal fatto che i dati sono presenti in archivi del Sistema AFIS del Ministero della Giustizia e non sono attualmente accessibili ai professionisti delle Unità operative Ser.T.

Tabella III.2.5: Soggetti con problemi droga correlati per cittadinanza e posizione giuridica. Anno 2011

Provenienza geografica	con almeno una sentenza definitiva	in attesa di giudizio	con posizione giuridica mista
Cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'istituto	3.225	1.365	512
Cittadini italiani residenti in altre regioni	1.307	295	295
Cittadini stanieri comunitari	131	144	44
Cittadini stanieri extracomunitari	993	539	280
Con cittadinanza non nota	25	137	13
Totale	**5.681**	**2.480**	**1.144**

Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011.

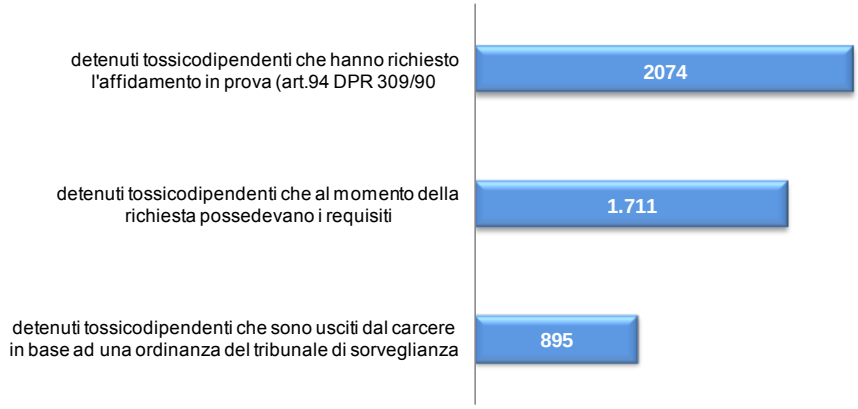
Il 61,1% dei detenuti tossicodipendenti ha una sentenza definitiva

Questa informazione risulta di particolare importanza in quanto l'applicazione dell'art. 94 è possibile solo per i casi in cui si ha una sentenza definitiva. Nei dati a nostra disposizione i soggetti che presentano questa condizione rappresentano una quota pari al 61,1% corrispondenti a 5.681 casi. Per altri 1.144 soggetti la posizione è mista in quanto oltre a sentenze definitive hanno in corso il giudizio per altri reati.

L'accesso all'alternativa pena ai sensi dell'art. 94 è vincolata anche ad altri requisiti tra cui la diagnosi di dipendenza, una pena residua non superiore a sei anni e non aver già usufruito due volte dell'alternativa.

Scarso utilizzo delle misure alternative alla detenzione per i tossicodipendenti

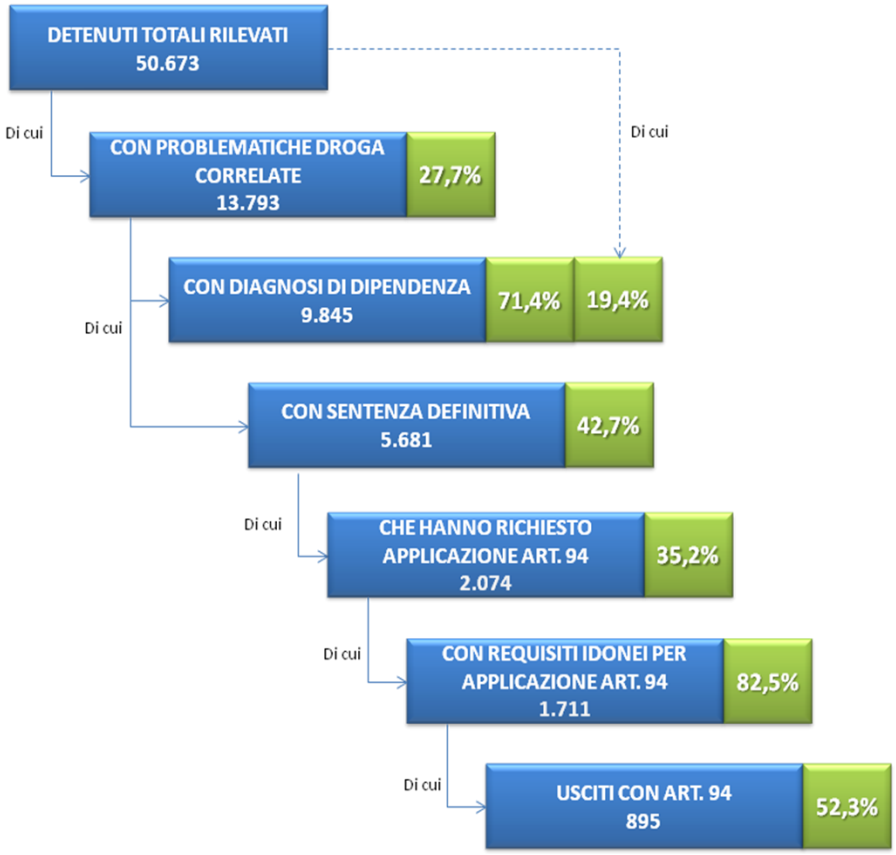
Figura III.2.25: Soggetti con problemi droga correlati rispetto alle misure alternative alla detenzione ai sensi dell'art. 94 D.P.R. 309/90. Anno 2011



Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011.

Dei 2.074 soggetti che risultano aver richiesto l'affidamento art. 94, l'82% presentava i requisiti per potervi accedere. Sul campione preso in esame il 52% degli aventi diritto hanno usufruito dell'alternativa.
Riepilogando la struttura del nuovo flusso dati è quindi possibile costruire un diagramma attraverso il quale identificare con maggiore dettaglio le caratteristiche dei detenuti con problematiche droga correlate .

Figura III.2.26: Flusso della popolazione detenuta (le percentuali fanno riferimento al livello precedente)



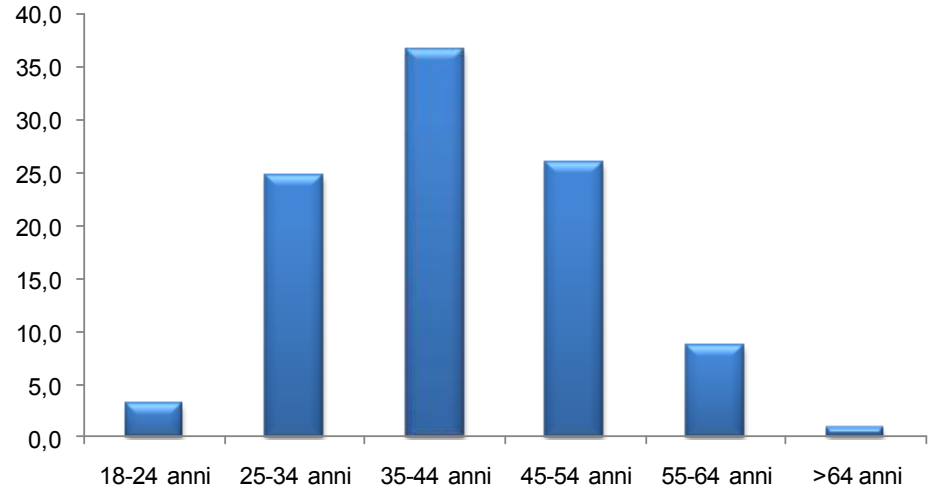
Fonte: elaborazioni su Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011
**Nota: nel corso del 2011 il 58,7% degli affidi è stato archiviato per chiusura del procedimento*

III.2.3.3. Detenuti con problemi alcol correlati

I detenuti con problemi di alcol dipendenza ammontano a 939 unità, di cui il 95,9% di sesso maschile, e per lo più concentrati nella fascia di età 35-44 anni che da sola ne assorbe il 36,6%.

Figura III.2.27: Detenuti con problemi di alcol dipendenza. Dati percentuali per classi di età. Anno 2011

Detenuti alcol dipendenti più numerosi nella classe di età 35-44



Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 2 - Dicembre 2011.

Per il 30,8% di tale categoria di detenuti le Regioni non sono riuscite a fornire informazioni relative alla cittadinanza; il 51,7% dei soggetti, per 485 unità è cittadino italiano e, indipendentemente dalla nazionalità, il 67,0% ha almeno una condanna definitiva.

Tabella III.2.6: Detenuti con problemi di alcoldipendenza per provenienza geografica e posizione giuridica. Anno 2011

Provenienza geografica	con almeno una sentenza definitiva	in attesa di giudizio	con posizione giuridica mista
Cittadini italiani residenti nella regione in cui insiste l'istituto	243	88	34
Cittadini italiani residenti in altre regioni	85	28	7
Cittadini stranieri comunitari	24	7	0
Cittadini stranieri extracomunitari	86	41	7
Con cittadinanza non nota	1	4	0
Totale	**439**	**168**	**48**

Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 2 - Dicembre 2011.

Sono 800, pari all'85,2% del totale, i detenuti con problemi di alcol dipendenza ad essere sottoposti a trattamento di cura da parte del Set.T. In particolar modo, tra coloro che ricevono trattamenti sanitari la maggior parte, pari al 50,9 % (407 soggetti), riceve un trattamento psicosociale. Sono inoltre il 34,6% coloro che ricevono un trattamento psicosociale integrato farmacologicamente.

L'85% degli alcol dipendenti in carcere riceve un trattamento.

Tabella III.2.7: Detenuti con problemi di alcol dipendenza che godono di trattamenti sanitari o di misure alternative alla detenzione. Anno 2011

Trattamenti sanitari per la cura dell'alcol dipendenza		
	Valori assoluti	**%**
Detenuti sottoposti a trattamento per alcoldipendenza	800	85,2
Di cui:		
a trattamento solo farmacologico	116	14,5
a trattamento psicosociale	407	50,9
a trattamento farmacologico, psicosociale (integrato)	277	34,6
Detenuti non sottoposti a trattamento	139	14,8
Totale	**939**	**100,0**

Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 2 - Dicembre 2011.

Il 31% presenta anche dipendenza da stupefacenti all'ingresso

Si rileva che 288 soggetti, pari al 30,7% circa dei detenuti alcol dipendenti, presentava anche dipendenza da sostanze stupefacenti all'ingresso.
Come visto per i tossicodipendenti, risulta bassa la quota dei detenuti sottoposti ai principali test infettivologici: il 24,6% (231 soggetti) è stato testato per HIV, il 27,8% (261 soggetti) per l'HCV e il 27,4% per l'HBV.
Le misure alternative alla detenzione ai sensi dell'art. 94 del D.P.R. 309/90 coinvolgono un piccolo numero di detenuti alcol dipendenti: 155 soggetti, pari al 16,5% del totale degli alcoldipendenti, ha richiesto l'affidamento in prova. Di questi 135 presentavano i requisiti per accedere all'alternativa pena e 48 (pari al 35,5% degli aventi diritto) sono usciti dal carcere con una sentenza del tribunale di sorveglianza.

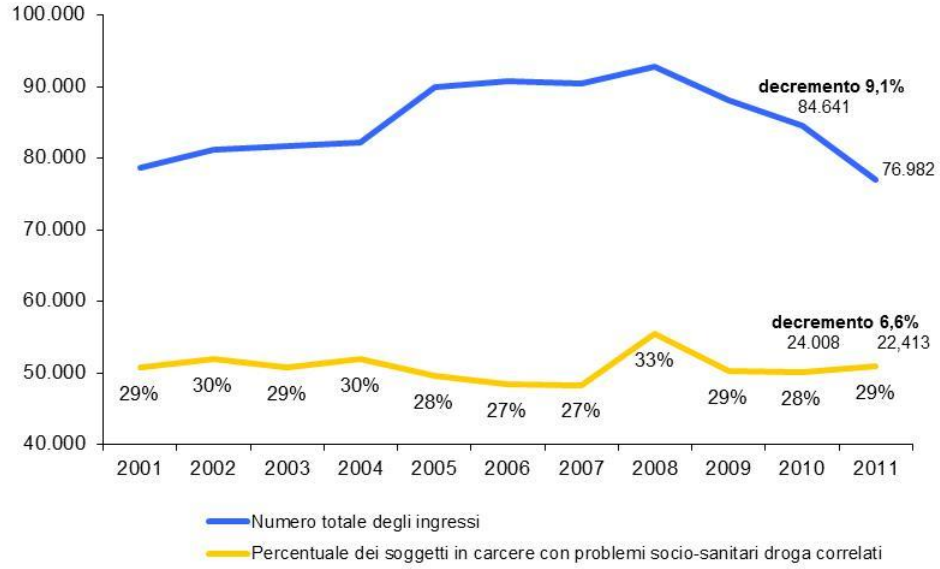
III.2.3.4. Rilevazione del Dipartimento Amministrazione Penitenziaria – Anno 2011

Nonostante l'avvio della rilevazione specifica in base all'accordo in Conferenza Unificata del 18 maggio 2011, il DAP ha mantenuto la sua modalità di rilevazione anche per i detenuti adulti in riferimento alla presenza di problematiche socio-sanitarie droga correlate. Si ritiene utile e opportuno riportare anche questi dati per aggiornare l'andamento storico del flusso. Si tratta del totale degli ingressi dalla libertà nel corso del 2011.

Calo degli ingressi in carcere nel 2011

Rispetto al 2010, nel 2011 si è osservato un calo degli ingressi totali da 84.641 a 76.982, pari a un decremento del 9,1%. Anche i soggetti con problemi socio-sanitari droga correlati hanno subito una riduzione (6,6%) passando da 24.008 a 22.413, ma percentualmente rispetto al totale mostrano un aumento di un punto percentuale.

Figura III.2.28: Andamento degli ingressi annuali e percentuale di soggetti con problemi droga correlati – Anni 2001-2011



Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Un terzo circa dei detenuti con problemi socio-sanitari droga correlati è straniero.

Tabella III.2.8: Ripartizione dei soggetti in base alla cittadinanza e alla presenza di problemi droga correlati

Cittadinanza	Con problemi droga correlati	Senza problemi droga correlati	Totale
Italiani	14.625	29.052	**43.677**
Stranieri	7.788	25.517	**33.305**
Totale	**22.413**	**54.569**	**76.982**

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

Per gli italiani la problematicità droga correlata è presente nel 33,5% dei detenuti, mentre per gli stranieri è stata riscontrata nel 23,4% dei casi.
La tipologia di reato non presenta differenze tra le due popolazioni: infatti negli italiani i reati connessi al D.P.R. 309/90 in relazione all'art. 73 (spaccio) ricorrono nel 32,6% dei casi, mentre negli stranieri questo valore è del 30,1%. Nei rimanenti circa il 70% dei casi si tratta generalmente di reati contro il patrimonio e la persona.

Tabella III.2.9: Ripartizione dei soggetti in base alla cittadinanza e alla tipologia di reato

Cittadinanza	Reati ex art. 73 D.P.R. 309/90	Altri reati	Totale
Italiani	14.226	29.451	**43.677**
Stranieri	10.226	23.079	**33.305**
Totale	**24.452**	**52.530**	**76.982**

Fonte: Ministero della Giustizia – Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria

III.2.3.5. Minori con problemi droga e alcol correlati ristretti in carcere o in altre strutture di detenzione.

Le caratteristiche dei minori tossicodipendenti in carcere, fino alla scorsa edizione della Relazione Annuale, sono state studiate analizzando i dati del Ministero di Giustizia che li raccoglieva su tutto il territorio nazionale a livello di singola

struttura carceraria per minori (Istituti Penali per i Minori).
Con il passaggio delle competenze della sanità penitenziaria alle Aziende Sanitarie, la situazione dei minori tossicodipendenti o alcol dipendenti ristretti in carcere o in strutture di detenzione diverse, è rilevata dai Ser.T secondo il principio della competenza territoriale.
Per ciascun soggetto si distingue la dipendenza da alcol e droga, secondo la diagnosi ICD –IX CM, dal mero consumo in assenza di diagnosi. Quest'anno sono stati rilevati i dati relativi agli IPM, ai Centri di prima accoglienza, Comunità e Servizio sociale Minori; le Regioni che hanno inviato i dati di monitoraggio sono indicate nella tabella sotto riportata.

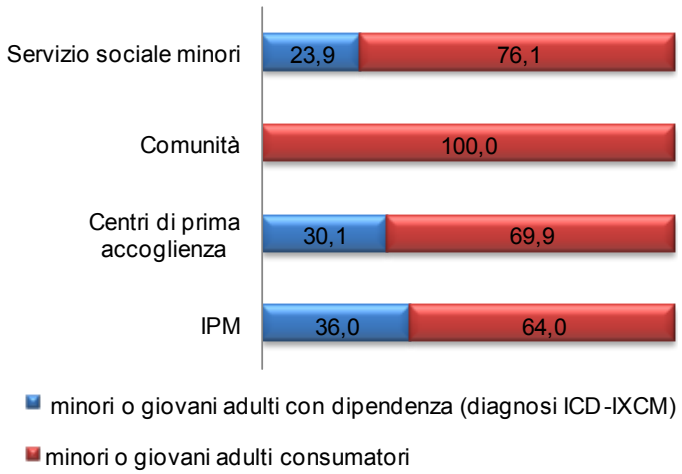
Figura III.2.10: Regioni che hanno fornito informazioni sui Minori con problemi droga e/o alcol correlati ristretti in carcere o in altre strutture di detenzione. Anno 2011

IPM	Centri di prima accoglienza	Comunità	Servizio sociale Minori
Piemonte Lombardia Lazio Campania Puglia Calabria Sicilia	Piemonte Lombardia Toscana Lazio Abruzzo Calabria	Campania Calabria	Piemonte Lombardia P.A. Bolzano Puglia Sicilia

Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2011.

Visto l'esiguo numero di soggetti con dipendenza o consumo di alcol, si descrive esclusivamente la situazione dei minori tossicodipendenti ristretti in carcere o nelle altre strutture di detenzione.
Il 70,5% di essi è dedito al consumo di stupefacenti ma non presenta una diagnosi di dipendenza. Classificando i minori rispetto alla tipologia di struttura che li accoglie si nota che mentre i tossicodipendenti secondo diagnosi ICD IX sono particolarmente presenti nei Centri di prima accoglienza e negli IPM, sono praticamente assenti nelle Comunità.

Figura III.2.29: Minori tossicodipendenti per struttura di detenzione. Anno 2011

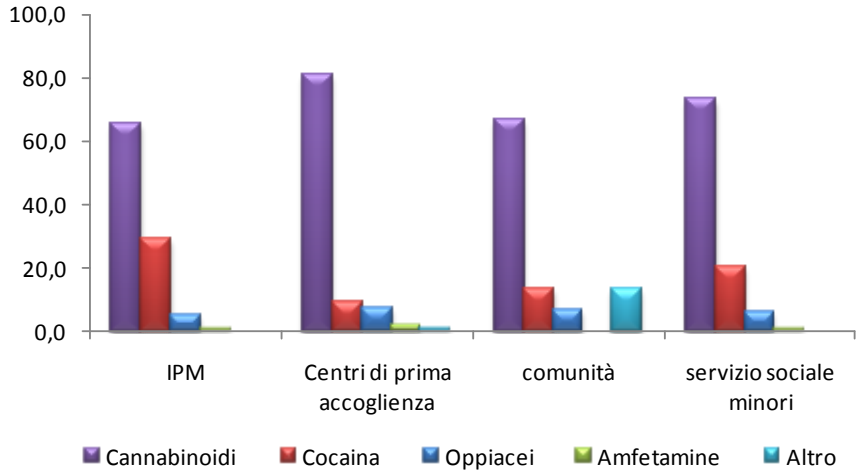


Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2011.

Maggiore la quota di minori tossicodipendenti che consuma cannabinoidi

Quanto al tipo si sostanza consumata, la maggior parte dei minori tossicodipendenti, con o senza diagnosi, utilizza cannabinoidi ed in misura minore cocaina. Bassa la percentuale degli utilizzatori di oppiacei o di altre sostanze. Ad ogni modo, il 25,8% dei minori presenta poliabuso all'entrata della struttura carceraria o alternativa di detenzione.

Figura III.2.30: Minori tossicodipendenti per sostanza utilizzata e struttura di detenzione. Dati percentuali.Anno 2011



Fonte: Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 3- 6 Dicembre 2011.

Il 58,8% dei minori tossicodipendenti presi in esame riceve un trattamento di cura. Di essi il 78,8% è sottoposto a trattamento psicosociale, il 17,8% a trattamento farmacologico psicosociale integrato e il 3,4% solo a intervento farmacologico. Si rileva che solo il 11,9% dei minori trattati (83 soggetti su 697) è stato inviato in comunità terapeutica, socio educativa o socio riabilitativa.

III.2.3.6. Il progetto "Carcere e Droga"

Tra le attività progettuali che il Dipartimento Politiche Antidroga ha avviato nel corso del 2011 particolare rilievo è stato dato a quello denominato "Carcere e Droga: progetto per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al carcere per persone tossicodipendenti e alcoldipendenti detenute", svolto in collaborazione con il Ministero della Giustizia e affidato al Formez PA – Centro servizi, assistenza, studi e formazione per l'ammodernamento della Pubblica Amministrazione.
Il progetto, della durata di due anni, ha come obiettivo principale la semplificazione e l'incremento dell'accesso alle misure alternative al carcere da parte dei soggetti tossico-alcoldipendenti in stato di detenzione attraverso la verifica, la sperimentazione e l'applicazione delle linee di indirizzo DPA. La valutazione dell'efficacia è misurata monitorando il numero di soggetti (tra quelli che presentano i requisiti idonei) posti in alternativa pena.
Lo sviluppo del progetto prevede delle verifiche sul campo presso le sedi giudiziarie coinvolte per eseguire una analisi organizzativa e operativa del processo applicato localmente per i detenuti tossico-alcodipendenti in funzione dell'art. 94 D.P.R. 309/90. I partecipanti alle visite on-site sono il DPA, il Formez PA e, per la rappresentanza locale, il Presidente del Tribunale di Sorveglianza, l'UEPE, Il Direttore del Carcere, il Dipartimento delle Dipendenze e, se coinvolti ne processo, altri rappresentanti dalla Azienda Sanitaria Locale.
Allo stato attuale (giugno 2012) sono state fatte quattro verifiche sul campo a Lecce, Cagliari, Verona e Ancona, da cui emerge che i protocolli e i processi differiscono sostanzialmente tra le sedi sia per quanto riguarda la modalità di collaborazione e interscambio tra gli attori, sia per la tipologia di processi applicati.
Questi primi rilievi consento già di indentificare e inquadrare una serie di elementi comuni su cui sviluppare percorsi di intervento omogenei e condivisi a livello nazionale per favorire l'accesso all'alternativa pena ex art.94.

III.2. 4. Esiti dei trattamenti (OUTCOME)

U.O. che hanno partecipato al progetto Outcome

Unità Operative partecipanti: Dipartimento Dipendenze di Brescia (Montichiari, Rovato, Orzinuovi), Servizio Dipendenze ASL Vallecamonica-Sebino, 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), ASL Savonese (Savona, Albenga, Finale, Cairo), Dipartimento delle Dipendenze di Macerata, Dipartimento Dipendenze di Foligno (Spoleto e Foligno), Dipartimento Dipendenze La Spezia, unità operative Città di Castello (Alto Tevere, Servizio Alcologia Alto Tevere, Ser.T. Alto Chiascio e Servizio di Alcologia Alto Chiascio), 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 (Enna e Nicosia), unità operativa di Palermo (Sert PA13, SerT PA14, Termini Imerese, 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 III.2.11).

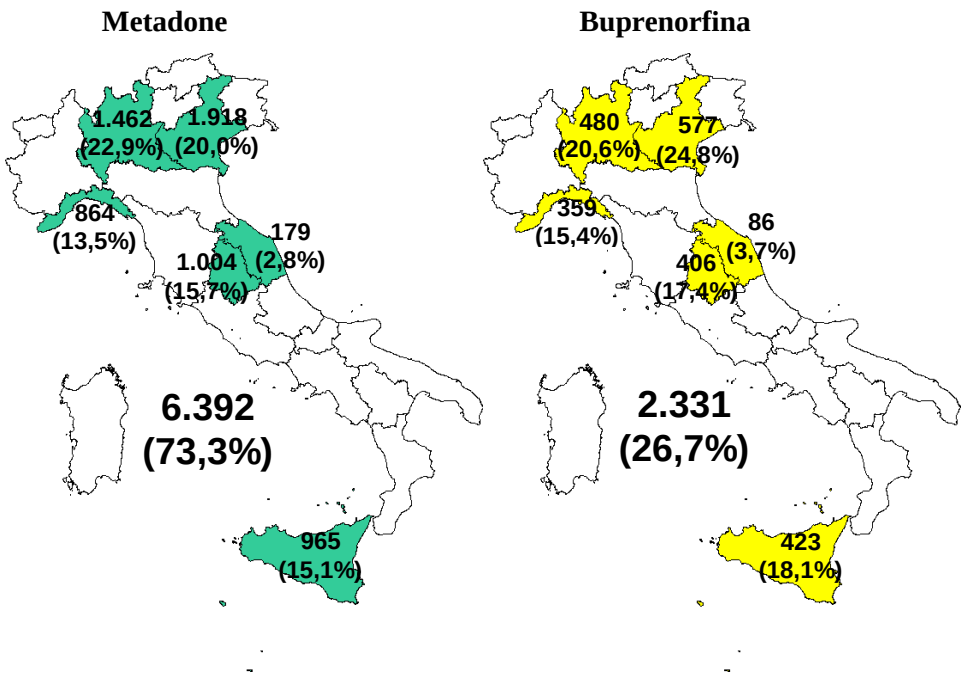
Tabella III.2.21: Stratificazione dell'utenza secondo il grado di risposta al trattamento farmacologico

	No Responder	Low Responder	Responder
Percentuale di giorni liberi dall'uso di droghe	< 30%	30-60%	> 60%

Fonte: Progetto Outcome DPA

Nel complesso sono stati campionati 8.723 utenti in carico presso le strutture sanitarie per almeno trenta giorni, 6.392 in trattamento con metadone e 2.331 in terapia con buprenorfina (Figura III.2.31).

Figura III.2.31: Percentuale e numero di utenti per tipo di trattamento farmacologico e per Regione. Anno 2011



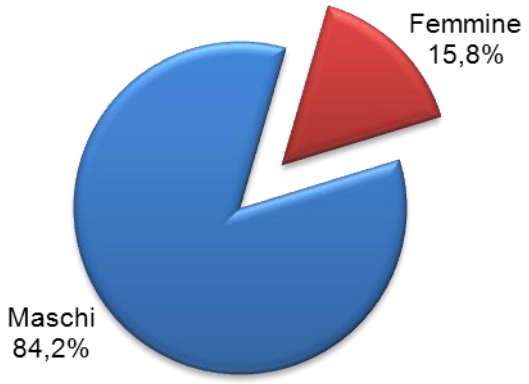
8.723 soggetti esaminati, di cui: 6.392 soggetti in terapia con metadone 2.331 soggetti in terapia con buprenorfina

Fonte: Progetto Outcome DPA

L'analisi delle caratteristiche demografiche-sociali degli utenti mostrano in maggioranza soggetti di sesso maschile (7.340, 84,2%) e di nazionalità italiana (8.394, 96,3%), con importanti differenze se si considera il tipo di trattamento farmacologico (Tabella III.2.12). Riguardo gli stranieri, il gruppo più cospicuo è rappresentato da cittadini africani, seguito dagli asiatici e dagli utenti provenienti dai paesi dell'Europa (Figura III.2.33).

Figura III.2.32: Percentuale di utenti in trattamento farmacologico secondo il genere. Anno 2011

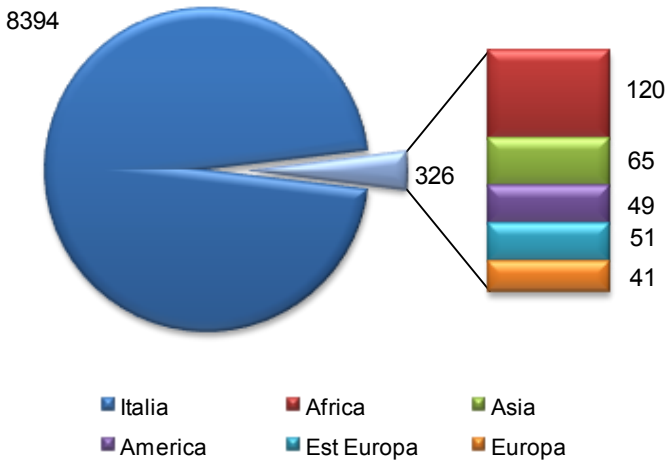
L'84,2% degli utenti in trattamento è di genere maschile



Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.33: Utenti in trattamento farmacologico secondo la provenienza geografica. Anno 2011

La maggior parte degli utenti è italiana



Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.12: Soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per sesso e cittadinanza. Anno 2011

	Buprenorfina		Metadone		Totale	
Sesso	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Maschi	2.052	88,0	5.288	82,8	7.340	84,2
Femmine	279	12,0	1.102	17,2	1.381	15,8
Totale (%R)	2.331	26,7	6.390(1)	73,3	8.721	100,0
Cittadinanza						
Italiani	2.264	97,3	6.130	95,9	8.394	96,3
Stranieri	64	2,7	262	4,1	326	3,7
Totale (%R)	2.328	26,7	6.392	100,0	8.720(2)	100,0

(1) per due soggetti l'informazione è mancante

(2) per tre soggetti l'informazione è mancante

Fonte: Progetto Outcome DPA

La distribuzione percentuale dell'utenza per stato civile evidenzia una prevalenza di utenza in trattamento farmacologico celibe o nubile (59,4%), mentre solo il 15,5% dichiara di avere creato un proprio nucleo familiare diverso da quello di origine. Il dettaglio per genere mostra sostanzialmente un andamento simile tra i maschi e le femmine, sebbene queste ultime siano in percentuale maggiore separate/divorziate o vedove rispetto ai maschi (Tabella III.2.13).
Dall'analisi, invece, del grado di istruzione si nota come la maggior parte degli utenti possiede un livello di istruzione medio con oltre il 60% di soggetti in possesso di un diploma di licenza media inferiore (61,8% maschi e 54% femmine) e solo l'1,5% della laurea (percentuale maggiore tra le femmine pari al 2,4%), segno ulteriore del grado di disagio sociale nel quale versano i soggetti che si rivolgono ai Ser.T. .
A ulteriore conferma delle differenze tra genere, si osserva una percentuale di utenza femminile che vive con il partner più elevata rispetto ai maschi, che per contro vivono in percentuale maggiore nella famiglia di origine.

Tabella III.2.13: Distribuzione dei soggetti in terapia farmacologica con metadone e buprenorfina, per titolo di studio, occupazione e convivenza. Anno 2011

	Buprenorfina		Metadone		Totale	
Titolo di studio						
Livello basso [1]	1.522	70,4	4.389	74,7	5.911	73,5
Livello medio [2]	603	27,9	1.395	23,7	1.998	24,9
Livello alto [3]	38	1,8	92	1,6	130	1,6
Totale (%R)	2.163	26,9	5.876	73,1	8.039	100,0
Occupazione						
Occupato	1.503	68,0	3.634	60,0	5.137	62,1
Disoccupato	600	27,1	2.232	36,9	2.832	34,3
Altro (studente, casalingo/a, altro)	108	4,9	189	3,1	297	3,6
Totale (%R)	2.211	26,7	6.055	73,3	8.266	100,0
Convivenza						
Da solo/da solo con figli	208	12,7	652	14,2	860	13,8
Con i genitori	837	51,0	2.108	46,0	2.945	47,3
Con partner/con partner e figli	483	29,5	1.257	27,4	1.740	28,0
Con amici/altro	112	6,8	565	12,3	677	10,9
Totale (%R)	1.640	26,4	4.582	73,6	6.222	100,0

Basso livello di istruzione

Il 62,1% dei soggetti ha un'occupazione

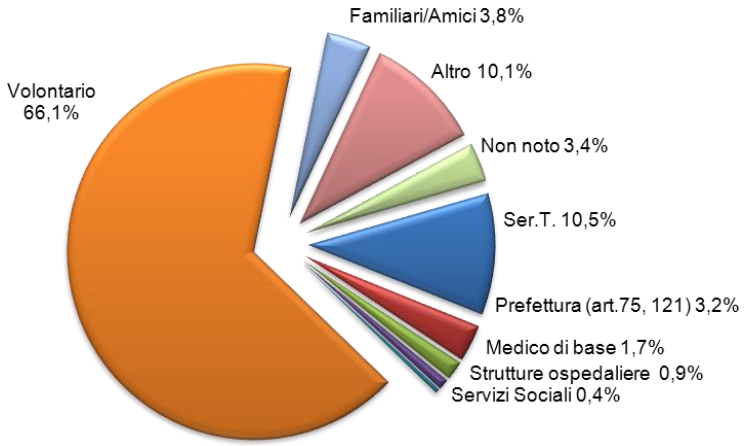
Il 47,3% dei soggetti vive con i genitori

[1] livello di istruzione nullo, licenza elementare, licenza media inferiore
[2] diploma di qualifica professionale
[3] laurea e laurea magistrale

Fonte: Progetto Outcome DPA

Per quanto riguarda l'accesso dell'utenza ai servizi per le tossicodipendenze, essa avviene con diverse modalità, sebbene la percentuale più elevata si riscontri in corrispondenza dell'accesso volontario (66,1%), seguito, con valori nettamente inferiori, da invio da altri Ser.T. (10,5%) e dalla famiglia o dagli amici (3,8%).

Figura III.2.34: Percentuale di soggetti in trattamento secondo il canale di invio. Anno 2011

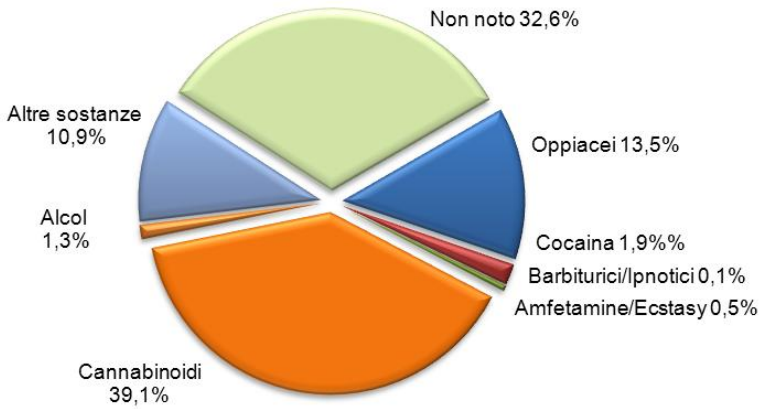


Il 66,1% degli utenti ha avuto un accesso volontario al SerT

Fonte: Progetto Outcome DPA

L'analisi secondo la sostanza psicotropa utilizzata per la prima volta (Figura III.2.35) mostra una percentuale molto elevata di consumatori di cannabis (39,1%), seguita da altre sostanze (10,9%) e purtroppo anche da una percentuale piuttosto elevata in corrispondenza della modalità "non noto" (32,6%). Coloro che, invece, hanno indicato gli oppiaci come sostanza d'abuso iniziale rappresentano il 13,5% del campione analizzato.

Figura III.2.35: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza di primo uso. Anno 2011

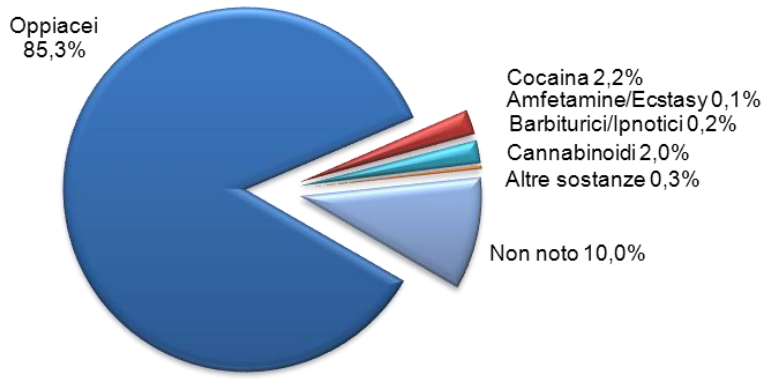


La principale sostanza di iniziazione sono i cannabinoidi

Fonte: Progetto Outcome DPA

Riguardo invece l'osservazione della sostanza d'abuso primaria, ossia quella per la quale gli utenti sono in carico ai Ser.T. e in trattamento farmacologico, emerge che l'85,3% dei soggetti ha dichiarato di consumare oppiacei e per ben il 10% l'informazione non è nota (Figura III.2.36).

Figura III.2.36: Percentuale di soggetti in trattamento farmacologico per sostanza di primo uso. Anno 2011



Fonte: Progetto Outcome DPA

Concentrando l'analisi sui trattamenti farmacologici la maggior parte dei soggetti sembra rispondere alla terapia, rispettivamente il 71,2% per il metadone e l'87,7% per la buprenorfina (Tabella III.2.14 e Figura III.2.37). In generale, non si rilevano grosse differenze tra maschi e femmine nei due tipi di trattamento farmacologico, mostrando una netta maggioranza di utenti di genere maschile per entrambe le terapie erogate. Al fine di condurre analisi approfondite sull'esito dei trattamenti farmacologici, sia dal punto di vista della qualità delle informazioni ricavate sia dal punto di vista delle analisi statistiche, è stato definito un tracciato record per singolo utente da implementare nei sistemi informativi delle unità operative.

Tabella III.2.14: Soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per sesso e tipo di risposta al trattamento. Anno 2011

	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**	**N**	**%**
Maschi	840	84,2	685	81,4	3.763	82,7	5.288	82,8
Femmine	158	15,8	157	18,6	787	17,3	1.102	17,2
Totale (%$_R$)	**998**	**15,6**	**842**	**13,2**	**4.550***	**71,2**	**6.390***	**100**
Buprenorfina								
Maschi	104	82,5	140	87,0	1.808	88,5	2.052	88,0
Femmine	22	17,5	21	13,0	236	11,5	279	12,0
Totale (%$_R$)	**126**	**5,4**	**161**	**6,9**	**2.044**	**87,7**	**2.331**	**100**
Totale								
Maschi	944	84,0	825	82,3	5.571	84,5	7.340	84,2
Femmine	180	16,0	178	17,7	1.023	15,5	1.381	15,8
Totale (%$_R$)	**1.124**	**12,9**	**1.003**	**11,5**	**6.594**	**75,6**	**8.721**	**100**

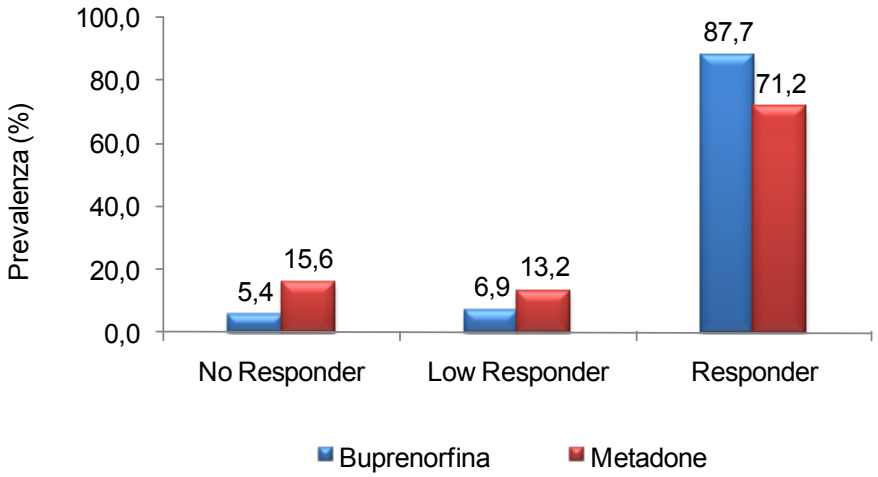
*per due soggetti il dato non è stato rilevato

Fonte: Progetto Outcome DPA

Il 71,2% dei pazienti in metadone risponde bene alle terapie

L'87,7% in buprenorfina

Figura III.2.37: Percentuale di soggetti per tipo di trattamento farmacologico e tipo di risposta al trattamento. Anno 2011



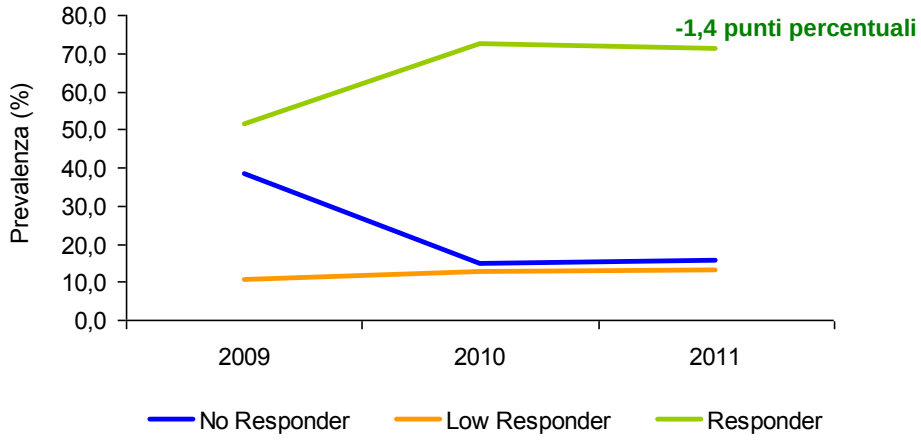
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.15: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 - 2011

	2009	2010	2011	Diff. delle % 2010/2011
No Responder	38,3	14,6	15,6	1,0
Low Responder	10,5	12,7	13,2	0,5
Responder	51,2	72,6	71,2	-1,4

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.38: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 - 2011



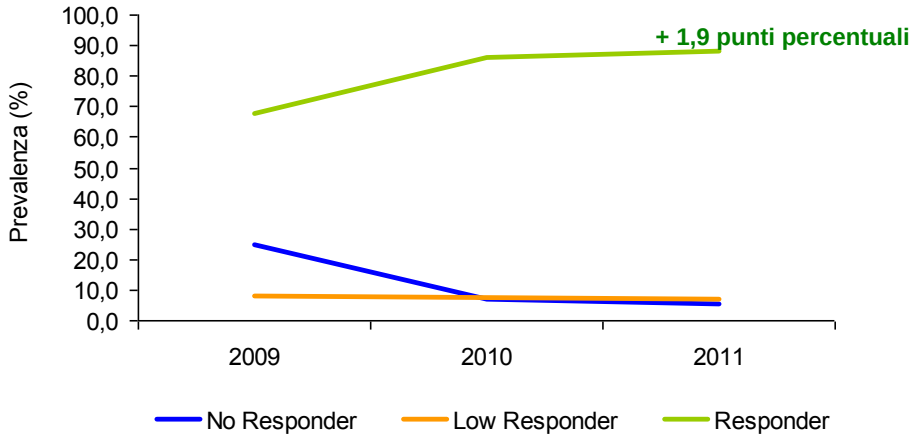
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.16: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 - 2011

	2009	2010	2011	Diff. delle % 2010/2011
No Responder	24,6	6,8	5,4	-1,4
Low Responder	8,0	7,4	6,9	-0,5
Responder	67,4	85,8	87,7	+1,9

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.39: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 - 2011



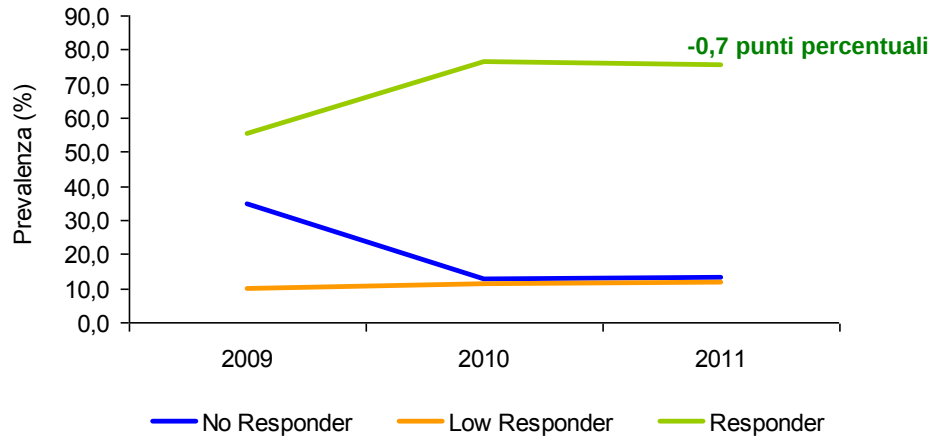
Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.17: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone e buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 - 2011

	2009	2010	2011	Diff. delle % 2010/2011
No Responder	34,6	12,5	12,9	0,4
Low Responder	10,0	11,3	11,5	0,2
Responder	55,4	76,3	75,6	-0,7

Fonte: Progetto Outcome DPA

Figura III.2.40: Percentuale di soggetti in terapia farmacologica con **metadone e buprenorfina** per tipo di risposta al trattamento. Anni 2009 – 2011



Fonte: Progetto Outcome DPA

Differenze marcate si evincono osservando l'età media per tipologia di trattamento farmacologico, che risulta tendenzialmente più bassa nei soggetti con buprenorfina (Tabella III.2.18). I soggetti con età media più "elevata" (39,0 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 III.2.18: Età media dei soggetti in terapia con metadone e buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2011

	No Responder	Low Responder	Responder
Metadone			
Età media	36,5	36,3	39,0
Min	17,0	18,0	16,0
Max	62,0	61,0	69,0
Dev. STD	9,1	9,3	8,8
Buprenorfina			
Età media	32,7	33,8	37,4
Min	16,0	17,0	16,0
Max	56,0	53,0	68,0
Dev. STD	9,8	9,4	8,7

Fonte: Progetto Outcome DPA

Metadone: i pazienti più anziani rispondono di più ai trattamenti

Pazienti più giovani trattati con buprenorfina

Riguardo gli esami effettuati per la ricerca di oppiacei nelle urine, dalla Tabella III.2.19 si nota che, complessivamente, le unità operative nel 2011 hanno effettuato più di un esame ogni due settimane e che le Asl più attive in tal senso sono quelle della regione Veneto e Lombardia. Effettuando un confronto rispetto al tipo di trattamento farmacologico, emerge un'importante differenza: i soggetti in terapia con buprenorfina hanno un numero medio di controlli uguale o maggiore rispetto agli utenti trattati con metadone.

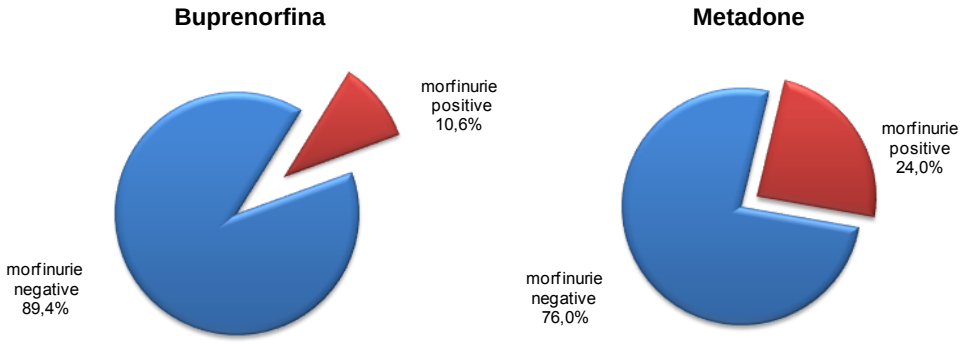
Tabella III.2.19: Media dei controlli urinari per Regione e terapia farmacologica. Anno 2011

Regione	Metadone	Buprenorfina	Totale
Liguria	0,39	0,44	0,41
Lombardia	0,77	0,77	0,77
Marche	0,59	0,72	0,63
Sicilia	0,41	0,42	0,41
Umbria	0,38	0,53	0,42
Veneto	0,84	0,83	0,84
Totale	0,65	0,64	0,65

Fonte: Progetto Outcome DPA

Confrontando le percentuali di giorni con morfinurie negative per tipologia di trattamento farmacologico nell'intero campione, sembra che gli utenti in terapia con buprenorfina rispondano più positivamente rispetto ai soggetti in terapia con metadone, infatti l'89,4% dei giorni di trattamento con buprenorfina risulta libero da droghe, contro il 76,0% degli utenti in terapia con metadone (Figura III.2.41).

Figura III.2.41: Percentuale di giorni con morfinurie negative e positive, per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2011



Fonte: Progetto Outcome DPA

Tabella III.2.20: Esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2011

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*2	Adh Tratt %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	2.331	560.467	240	8,4	501.252	89,4	59.217	10,6	85,5	65,3
Metadone	6.392	1.542.844	241	55,0	1.172.372	76,0	370.474	24,0	81,7	73,0
Totale	8.723	2.103.311	241	42,6	1.673.623	79,6	429.691	20,4	82,8	71,0

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Outcome DPA

1.124 soggetti no responder

Nel complesso, gli utenti che sembrano non rispondere alla terapia farmacologica sono 1.124, con una durata media del trattamento compreso tra 188 giorni per la buprenorfina e 208 giorni per il metadone (Tabella III.2.21). La dose media giornaliera di metadone utilizzata dai soggetti è di 55,6 mg, mentre per la buprenorfina è di 10,7 mg. Per gli utenti "no responder", la percentuale di giorni liberi da droghe è complessivamente pari al 9,4%, rispettivamente l'11,3% per la buprenorfina e il 9,2% per il metadone. Tuttavia, i soggetti "no responder" mantengono un'aderenza ai controlli elevata, a scapito di un'aderenza al trattamento meno performante (rispettivamente il 76,4% e il 69,5%).

Tabella III.2.21: Soggetti No Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2011

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*2	Adh Tratt %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	126	23.699	188	10,7	2.671	11,3	21.029	88,7	81,7	62,4
Metadone	998	207.813	208	55,6	19.046	9,2	188.767	90,8	75,8	70,4
Totale	1.124	231.512	206	51,0	21.717	9,4	209.796	90,6	76,4	69,5

*1 percentuale sul totale dei giorni di terapia
*2 valore medio in percentuale dell'aderenza ai controlli urinari, calcolato rapportando gli esami urinari effettuati rispetto ai programmati
*3 valore medio in percentuale dell'aderenza al trattamento, calcolato rapportando le somministrazioni di farmaco sostitutivo erogato rispetto a quelle prescritte

Fonte: Progetto Outcome DPA

1.004 soggetti low responder

Gli utenti classificati come "low responder" sono 1.004, pari all'11,5% del campione analizzato, con una durata media del trattamento variabile tra 213 giorni per la buprenorfina e 233 giorni per il metadone (Tabella III.2.22). La dose media giornaliera di metadone erogata è pari a 50,6 mg, mentre per la buprenorfina è di 9,0 mg, in linea con i valori riscontrati per gli utenti "no responder". La percentuale di giorni con morfinurie negative è complessivamente pari al 46,3%, rispettivamente il 46,6% per la buprenorfina e il 46,2% per il metadone, pur mantenendo livelli di aderenza ai controlli e al trattamento elevati soprattutto per i controlli (rispettivamente il 77,3% e il 70,1%).

Tabella III.2.22: Soggetti Low Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2011

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*2	Adh Tratt %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	161	34.341	213	9,0	15.995	46,6	18.347	53,4	78,8	61,6
Metadone	843	196.296	233	50,6	90.720	46,2	105.577	53,8	77,1	71,7
Totale	1.004	230.637	230	44,4	106.714	46,3	123.924	53,7	77,3	70,1

*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

6.595 soggetti responder

Infine, il gruppo degli utenti che rispondono alla terapia farmacologica sono in totale 6.595, il 75,6% del campione indagato, 2.044 in trattamento con buprenorfina e 4.551 soggetti con metadone (Tabella III.2.23). Rispetto alla durata media del trattamento non si osservano sensibili differenze tra i due tipi di terapia (246 giorni per la buprenorfina e 250 per il metadone). La dose media giornaliera utilizzata dai soggetti "responder" è di 8,3 mg per la buprenorfina e di 55,7 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 94,2%, con una percentuale più elevata in corrispondenza degli utenti in terapia farmacologica con buprenorfina (96,1%). I valori medi percentuali dell'aderenza ai controlli e dell'aderenza al trattamento tendono ad aumentare ulteriormente per i soggetti "responder" (rispettivamente l'84,7% e il 71,3%).

Tabella III.2.23: Soggetti Responder: esito dei principali trattamenti farmacologici per la cura della dipendenza da eroina. Anno 2011

Terapia	Sog.	∑ gg terapie erogate	Durata Media tratt.	Dose Media/ sogg/ die	∑ gg con Morfinurie negative		∑ gg con Morfinurie positive		Adh Contr %*2	Adh Tratt %*3
	N	gg	gg	mg	gg	%*1	gg	%	%	%
Buprenorfina	2.044	502.427	246	8,3	482.586	96,1	19.841	3,9	86,3	65,8
Metadone	4.551	1.138.735	250	55,7	1.062.606	93,3	76.130	6,7	83,9	73,8
Totale	6.595	1.641.162	249	41,2	1.545.192	94,2	95.971	5,8	84,7	71,3

*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

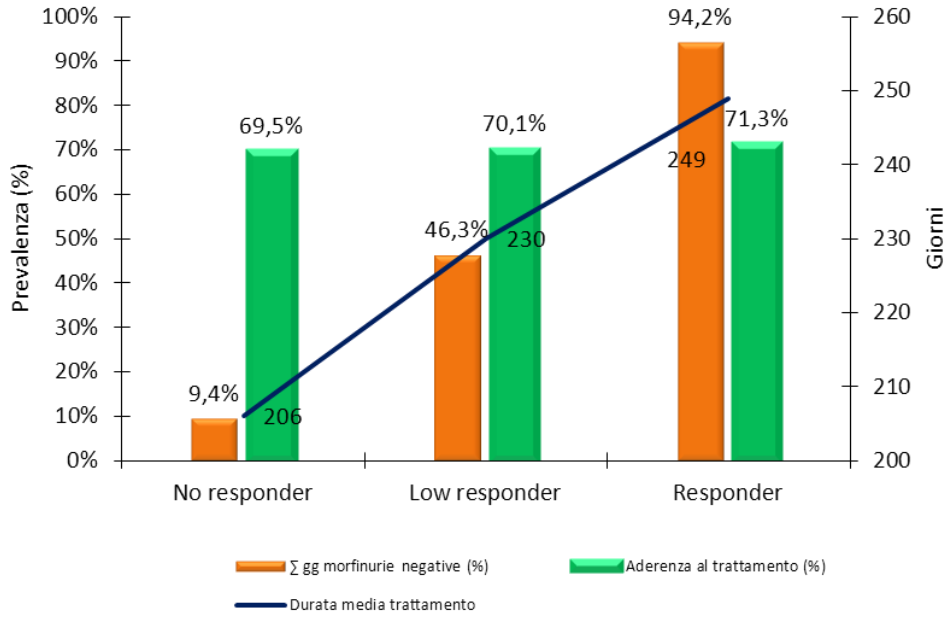
Maggiore aderenza al trattamento tra i soggetti responder

Confrontando i risultati ottenuti per tipologia di risposta al trattamento (Figura III.2.42), 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 69,5% dei soggetti "no responder" al 71,3% dei "responder".

Maggiore durata media di trattamento tra i soggetti responder

Considerando, invece, la durata media di trattamento farmacologico, sembra esserci una sostanziale differenza tra coloro che non rispondono alla terapia e i soggetti "low responder" (rispettivamente 206 e 230 giorni), ed anche tra questi ultimi e gli utenti che rispondono positivamente al trattamento erogato (249 giorni).

Figura III.2.42: Durata media del trattamento, percentuale dei soggetti con morfinurie negative e aderenza percentuale al trattamento. Anno 2011



Fonte: Progetto Outcome DPA

Unità operative coinvolte

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

Nel complesso, sono stati coinvolti 31 Dipartimenti per le Dipendenze per complessive 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 50,5 mg (Tabella III.2.24).

Tabella III.2.24: Durata media dei trattamenti e dose media giornaliera erogata per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2011

	Unità operativa	Sogg.	Media	SD	Mediana	Range
Durata media Trattamenti giorni						
Buprenorfina	69	2.331	240,4	107,6	267,0	30 - 365
Metadone	70	6.392	241,4	109,2	271,5	30 - 365
Dose media Giornaliera mg						
Buprenorfina	69	2.331	8,2	6,0	6,8	0,0 - 32,0
Metadone	70	6.392	50,5	29,7	47,6	0,0 - 150,0

Fonte: Progetto Outcome DPA

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

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 III.2.25). 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 23,1%. Anche la cocaina e l'alcool sembrano essere abbastanza utilizzate tra gli utenti in terapia farmacologica per dipendenza da eroina (rispettivamente 11,7% e 9,6%).

Valutazione della % di altre positività per altre sostanze durante il trattamento

Tabella III.2.25: Percentuale di morfinurie positive per altre sostanze psicotrope tra i soggetti con morfinurie negative per uso di eroina, per tipo di trattamento farmacologico. Anno 2011

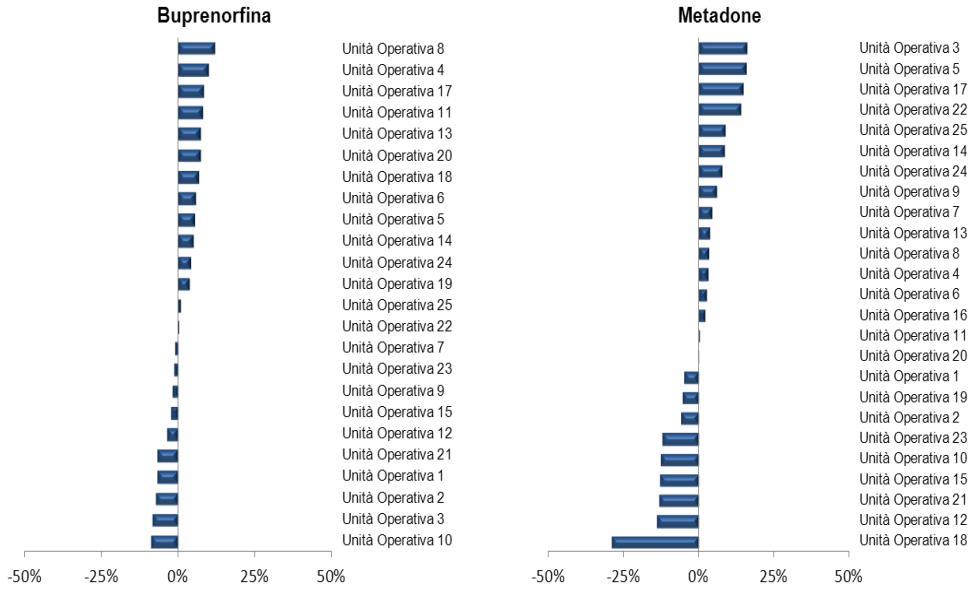
Terapia	Cocaina	THC	Amfetamine	MDMA	Alcool
Buprenorfina	9,00	22,69	1,04	1,17	8,58
Metadone	12,72	23,21	1,29	0,77	10,01
Totale	11,70	23,05	1,21	0,90	9,62

Fonte: Progetto Outcome DPA

Soggetti responder: basso ricorso a sostanze secondarie durante il trattamento

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 III.2.43). 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 (89,4%) rispetto agli utenti in terapia farmacologica con metadone (75,9%).

Figura III.2.43: Scostamento percentuale delle morfinurie negative dal valore medio del campione per ASL e per tipologia di trattamento farmacologico. Anno 2011



Fonte: Progetto Outcome DPA

Rispetto alla dose media giornaliera di terapia farmacologica somministrata i soggetti sono stati suddivisi in due gruppi (Tabella III.2.26), il cui confronto non evidenzia differenze sensibili per l'esito della terapia (% giorni di astensione) in relazione alla quantità di farmaco somministrato.

Tabella III.2.26: Dose media di farmaco e percentuale di giorni di astensione dall'uso di eroina, per tipologia di trattamento. Anno 2011

	Sogg.	Dose media Giornaliera	Giorni di astensione
Metadone	**N**	**mg**	**%**
Dose < 50 mg/die	3.359	28,27	76,83
Dose ≥ 50 mg/die	3.033	75,16	75,09
Totale	6.392	50,52	75,99
Buprenorfina			
Dose < 8 mg/die	1.288	4,11	90,69
Dose ≥ 8 mg/die	1.043	13,29	87,92
Totale	2.331	8,22	89,43

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 III.2.27).

Tabella III.2.27: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto per tipo di terapia e per risposta al trattamento. Anno 2011

Terapia	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Metadone	1,54	1,56	1,51	**1,52**
Buprenorfina	1,37	1,43	1,23	**1,26**

Fonte: Progetto Outcome DPA

Non differenze significative della densità prestazionale tra terapie

Nelle Tabelle III.2.28, III.2.29, III.2.30 e III.2.31 sono riportati i dati relativi alle prestazioni erogate secondo il trattamento farmacologico e la risposta al trattamento, sia in termini assoluti sia come densità prestazionale media.

Tabella III.2.28: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con metadone per tipo di risposta al trattamento. Anno 2011

Prestazioni nei soggetti in terapia con metadone

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Metadone	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Attività telefonica	2.031	1,0	2.214	1,1	11.892	1,1	16.137	1,1
Relazioni, prescrizioni	54.066	26,1	55.607	28,0	288.600	26,9	398.273	26,9
Attività di accompagnamento	487	0,2	424	0,2	1.439	0,1	2.350	0,2
Visite	5.480	2,6	5.090	2,6	25.748	2,4	36.318	2,5
Colloqui	8.592	4,1	7.838	4,0	41.527	3,9	57.957	3,9
Esami e procedure cliniche	14.593	7,0	15.882	8,0	96.576	9,0	127.051	8,6
Somministrazione farmaci	111.104	53,6	101.070	51,0	559.323	52,1	771.497	52,2
Psicoterapia individuale	498	0,2	451	0,2	2.858	0,3	3.807	0,3
Psicoterapia coppia-famiglia	76	0,0	76	0,0	567	0,1	719	0,0
Interventi educativi	39	0,0	215	0,1	2.010	0,2	2.264	0,2
Test psicologici	3.471	1,7	2.153	1,1	9.435	0,9	15.059	1,0
Attività supporto generale	275	0,1	496	0,3	4.707	0,4	5.478	0,4
Revisione programma	3.650	1,8	4.915	2,5	19.536	1,8	28.101	1,9
Prestazioni alberghiere	2.812	1,4	1.915	1,0	8.407	0,8	13.134	0,9
Prestazioni straordinarie	0	0,0	1	0,0	3	0,0	4	0,0
Prevenzione secondaria	0	0,0	0	0,0	21	0,0	21	0,0
Totale	207.174	100,0	198.347	100,0	1.072.649	100,0	1.478.170	100,0
Totale soggetti (%R)	998	15,6	843	13,2	4.551	71,2	6.392	100,0
Totale giorni di trattamento	207.813	208,2	196.296	232,9	1.138.735	250,2	1.542.844	241,4
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,54		1,56		1,51		1,52	

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 III.2.28 e Tabella III.2.29). 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.

Tabella III.2.29: Prestazioni eseguite nei soggetti in terapia con buprenorfina per tipo di risposta al trattamento. Anno 2011

Terapia	No Responder		Low Responder		Responder		Totale	
Buprenorfina	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**	**N**	**%C**
Attività telefonica	247	1,1	424	1,3	3.479	0,8	4.150	0,9
Relazioni, prescrizioni	6.950	30,7	9.955	30,6	116.744	27,5	133.649	27,8
Attività di accompagnamento	5	0,0	56	0,2	167	0,0	228	0,0
Visite	543	2,4	1.139	3,5	9.468	2,2	11.150	2,3
Colloqui	1.204	5,3	2.238	6,9	18.916	4,5	22.358	4,7
Esami e procedure cliniche	1.946	8,6	3.158	9,7	40.662	9,6	45.766	9,5
Somministrazione farmaci	10.157	44,9	13.310	40,9	215.991	50,8	239.458	49,9
Psicoterapia individuale	164	0,7	139	0,4	1.768	0,4	2.071	0,4
Psicoterapia coppia-famiglia	34	0,2	37	0,1	225	0,1	296	0,1
Interventi educativi	24	0,1	0	0,0	511	0,1	535	0,1
Test psicologici	452	2,0	691	2,1	4.805	1,1	5.948	1,2
Attività supporto generale	37	0,2	87	0,3	1.756	0,4	1.880	0,4
Revisione programma	490	2,2	628	1,9	5.582	1,3	6.700	1,4
Prestazioni alberghiere	371	1,6	650	2,0	4.679	1,1	5.700	1,2
Prestazioni straordinarie	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Prevenzione secondaria	1	0,0	0	0,0	12	0,0	13	0,0
Totale	22.625	100,0	32.512	100,0	424.765	100,0	479.902	100,0
Totale soggetti (%R)	126	5,4	161	6,9	2.044	87,7	2.331	100,0
Totale giorni di trattamento	23.699	188,1	34.341	213,3	502.427	245,8	560.467	240,4
Densità prestazionale media/die/soggetto	1,37		1,43		1,23		1,26	

Fonte: Progetto Outcome DPA

Osservando, inoltre, la densità prestazionale media giornaliera per soggetto, per entrambi i trattamenti e per ciascun tipo di risposta al trattamento, sembra che i pazienti ricevano maggiormente le prestazioni "relazioni, prescrizioni" e "somministrazione di farmaci" (Tabella III.2.30 e Tabella III.2.31), come già osservato nelle precedenti tabelle relative alla percentuale di prestazioni eseguite.

Tabella III.2.30: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con metadone per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2011

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,26	0,28	0,25	0,26
Attività di accompagnamento	0,06	0,04	0,02	0,03
Visite	0,04	0,04	0,03	0,04
Colloqui	0,06	0,05	0,05	0,05
Esami e procedure cliniche	0,08	0,09	0,09	0,09
Somministrazione farmaci	0,56	0,53	0,50	0,51
Psicoterapia individuale	0,02	0,02	0,02	0,02
Psicoterapia coppia-famiglia	0,01	0,01	0,02	0,02
Interventi educativi	0,02	0,05	0,13	0,10
Test psicologici	0,12	0,10	0,08	0,09
Attività supporto generale	0,02	0,02	0,03	0,02
Revisione programma	0,05	0,06	0,05	0,05
Prestazioni alberghiere	0,21	0,24	0,21	0,21
Prestazioni straordinarie		0,01	0,00	0,00
Prevenzione secondaria			0,01	0,01
Totale	**1,54**	**1,56**	**1,51**	**1,52**

Fonte: Progetto Outcome DPA

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

Tabella III.2.31: Densità prestazionale media giornaliera/soggetto nei pazienti in terapia con buprenorfina per tipo di prestazione e risposta al trattamento. Anno 2011

	No Responder	Low Responder	Responder	Densità Media Totale
Attività telefonica	0,02	0,02	0,02	0,02
Relazioni, prescrizioni	0,29	0,29	0,23	0,24
Attività di accompagnamento	0,01	0,03	0,01	0,01
Visite	0,03	0,05	0,03	0,03
Colloqui	0,06	0,08	0,05	0,05
Esami e procedure cliniche	0,09	0,10	0,09	0,09
Somministrazione farmaci	0,46	0,40	0,44	0,44
Psicoterapia individuale	0,03	0,03	0,03	0,03
Psicoterapia coppia-famiglia	0,03	0,04	0,02	0,02
Interventi educativi	0,06	0,00	0,04	0,04
Test psicologici	0,09	0,12	0,08	0,08
Attività supporto generale	0,02	0,02	0,02	0,02
Revisione programma	0,06	0,05	0,04	0,04
Prestazioni alberghiere	0,12	0,21	0,13	0,13
Prestazioni straordinarie	0,00	0,00	0,00	0,00
Prevenzione secondaria	0,00	0,00	0,01	0,01
Totale	**1,37**	**1,43**	**1,23**	**1,26**

Fonte: Progetto Outcome DPA

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

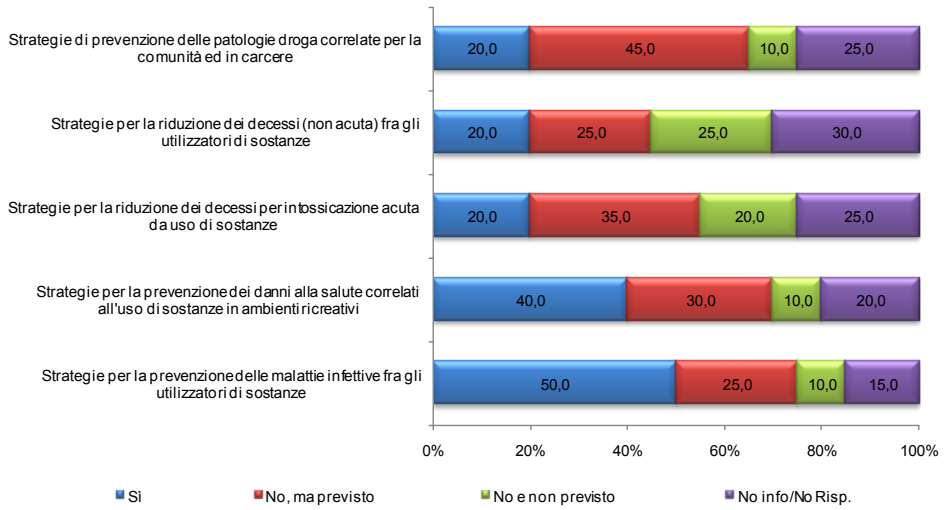
L'analisi qui presentata costituisce uno stato di avanzamento rispetto alle precedenti analisi (Relazioni Parlamento 2009, 2010). Le esperienze precedenti ci hanno permesso di sviluppare un software che, seppur ancora perfettibile, aumenta notevolmente la qualità delle informazioni per la valutazione 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.

III.2.5. Prevenzione delle emergenze droga-correlate e riduzione dei decessi droga correlati

Sempre più ridotte le strategie ufficiali adottate

I questionari strutturati dell'EMCDDA prevedono una sezione dedicata alle politiche volte a ridurre la mortalità per intossicazione acuta da sostanze psicoattive; in base alle risposte fornite dalle Regioni, l'esistenza di documenti ufficiali riportanti strategie varia da un minimo del 20% ad un massimo del 50% per la prevenzione delle malattie infettive tra gli utilizzatori di sostanze (Figura III.2.44).

Figura III.2.44: Percentuale di Regioni e Province Autonome che dispongono di documenti ufficiali con strategie di prevenzione delle patologie correlate. Anno 2011

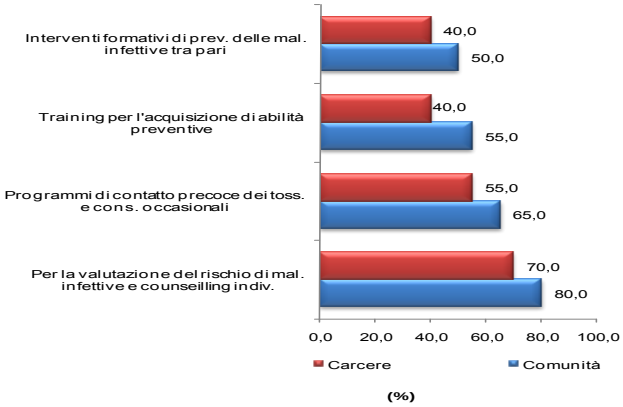


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Maggiori gli interventi nelle Comunità

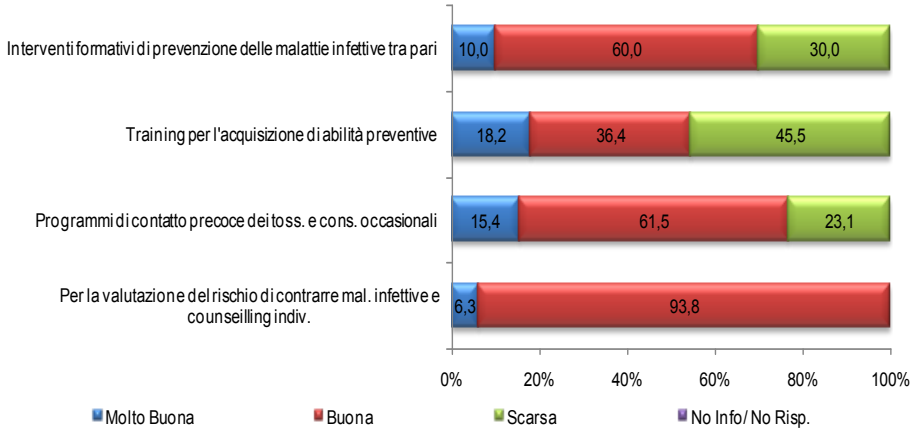
Gli interventi prioritari di prevenzione sono stati svolti (in particolare per quanto concerne la valutazione del rischio di malattie infettive e counselling individuale), mediamente con il 75% dichiarato (80% comunità, 70% carcere); negli altri casi emergono sempre maggiori interventi nelle comunità rispetto al carcere (Figura III.2.45).

Figura III.2.45: Percentuale di Regioni e Province Autonome che ha attivato interventi prioritari di prevenzione delle malattie infettive nella comunità o in carcere – Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.46: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2011

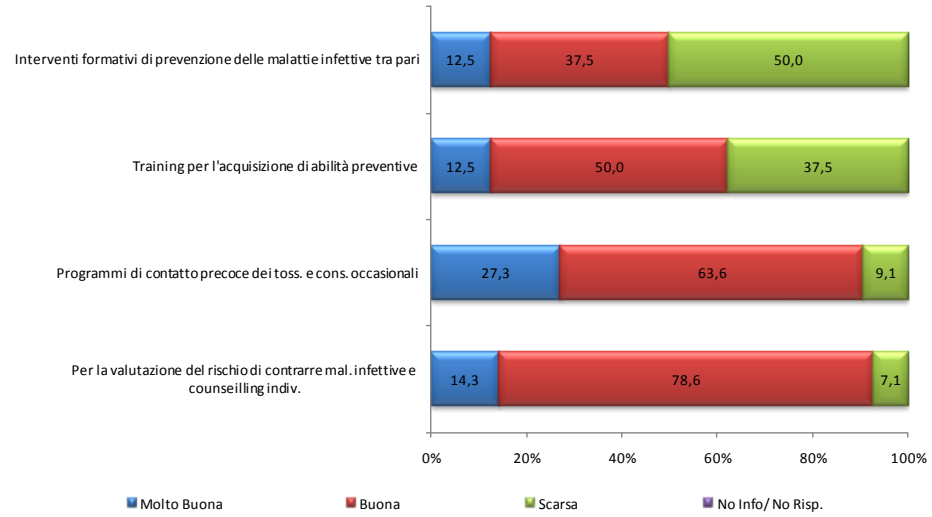


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Buona disponibilità generale

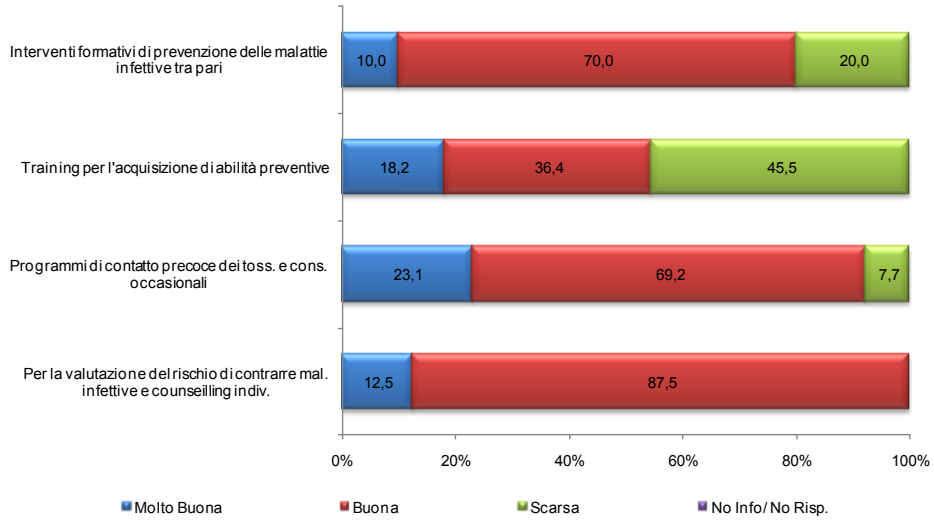
La valutazione della disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità (Figura III.2.46) ed in carcere (Figura III.2.47) è sempre positiva, particolarmente bene i servizi per la valutazione del rischio di contrarre malattie infettive e counselling individuale.

Figura III.2.47: Giudizi sulla disponibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

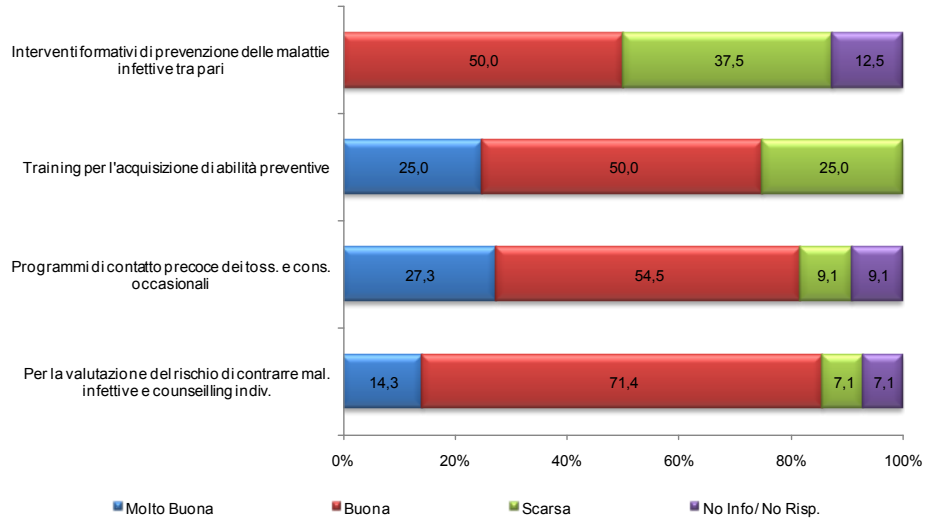
Figura III.2.48: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in comunità – Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Per quanto concerne l'accessibilità a questi servizi (Figure III.2.48 e III.2.49) si conferma il giudizio positivo medio; è disponibile un'informazione completa nelle comunità mentre per gli istituti penitenziari solo il training per l'acquisizione di abilità preventive ha assenza di non risposte/ non informazioni.

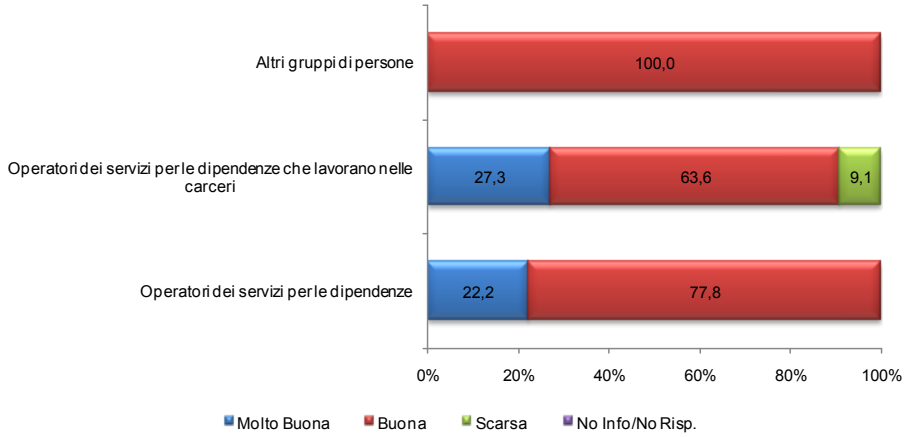
Figura III.2.49: Giudizi sulla accessibilità dei servizi per la prevenzione delle malattie infettive in carcere – Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

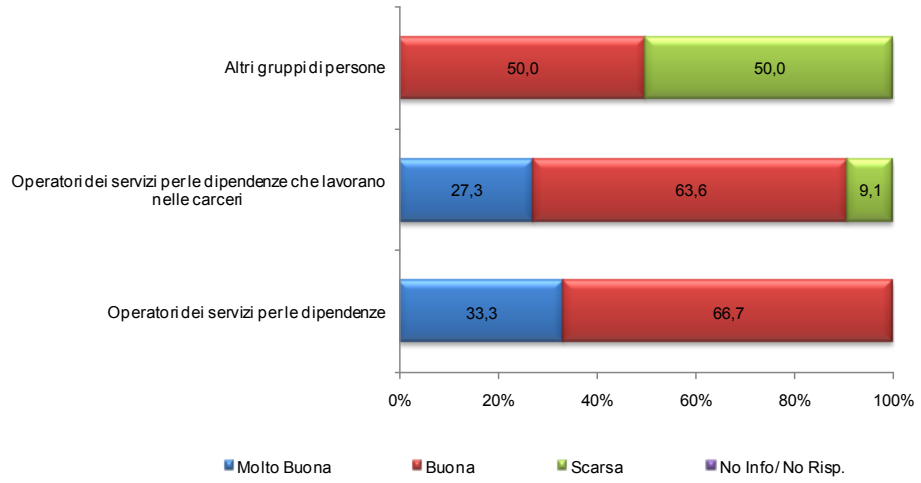
Le Regioni e Province Autonome che hanno attivato training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone sono poche, esattamente il 45% quelle che hanno attivato interventi per Operatori dei servizi per le dipendenze (55% per quelli che lavorano nelle carceri), 10% per altri gruppi di persone e nessuna segnalazione per la categoria dei farmacisti.
Ove presenti, i training comunque riscontrano una disponibilità molto buona, sempre sopra il 90% dei casi (Figura III.2.50) ed un giudizio complessivamente positivo, per l'accessibilità (Figura III.2.51).

Figura III.2.50: Giudizi sulla disponibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2011



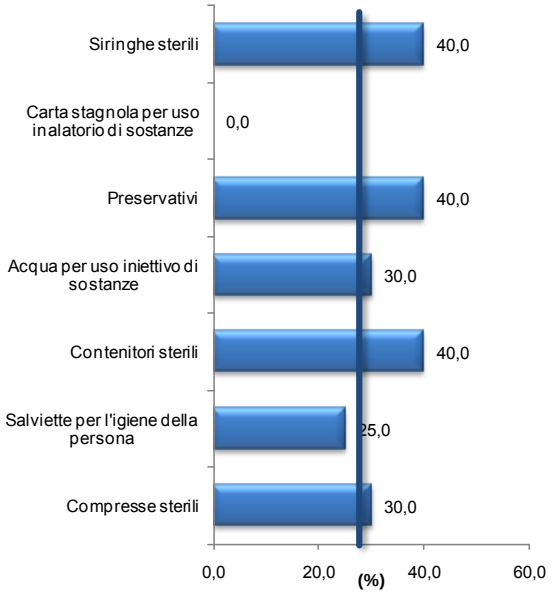
Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.51: Giudizi sulla accessibilità dei training per l'acquisizione di abilità preventive rivolti a specifici gruppi di persone – Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.52: 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 2011

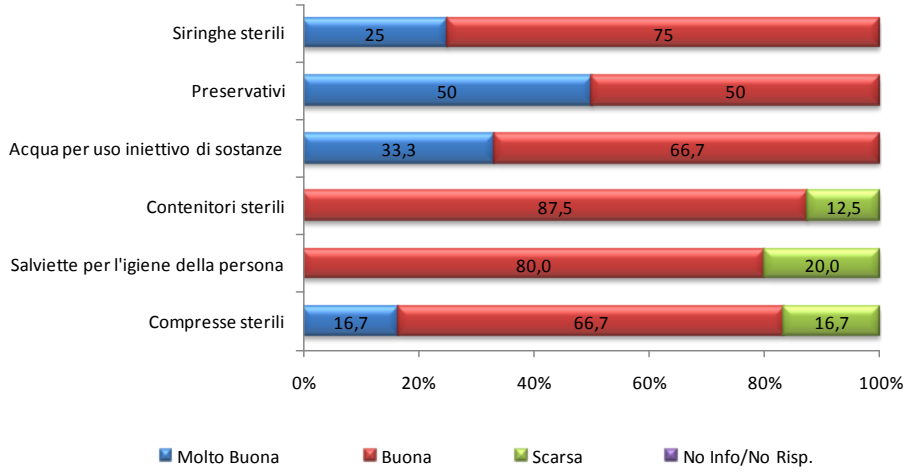


Bassa la distribuzione di strumenti parafernalia per l'acquisizione di abilità preventive

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Non più del 40% la distribuzione presso i SERT di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive; in particolare, rispetto lo scorso anno, scompare quella di carta stagnola per uso inalatorio di sostanze.
Ove in uso la disponibilità è ovunque buona, in particolare per i preservativi (Figura III.2.53).

Figura III.2.53: Giudizi sulla disponibilità (ove presente) di strumenti di parafernalia nell'ambito del training per l'acquisizione di abilità preventive. Anno 2011

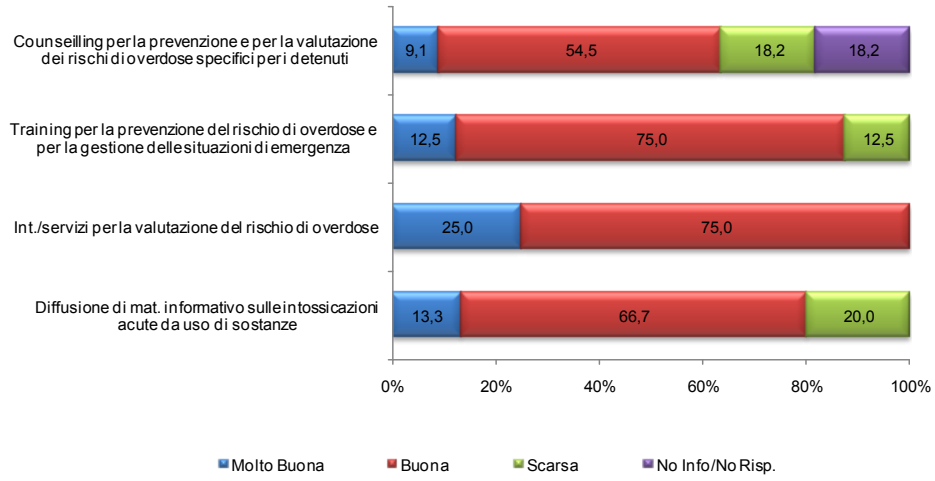


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Meno interventi prioritari di prevenzione

Nelle Regioni e Province autonome sono stati attuati nel 2011 meno interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta di sostanze; nel 75% dei casi è stato diffuso materiale informativo sull'argomento ma solo nel 40% sono stati effettuati interventi/servizi per la valutazione del rischio di overdose e training per la prevenzione di rischio di overdose per la gestione delle situazioni di emergenza. Il giudizio sulla disponibilità (figura III.2.54) è generalmente buono e sempre sopra il 60%.

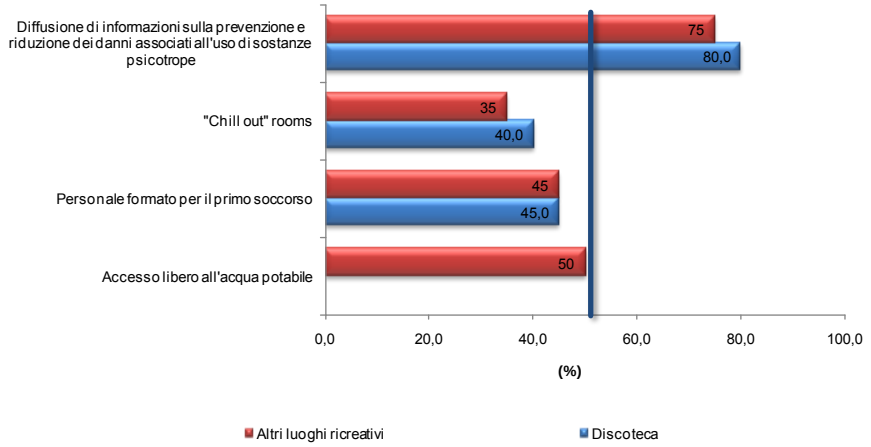
Figura III.2.54: Giudizi sulla disponibilità degli interventi prioritari di prevenzione dei decessi per intossicazione acuta da uso di sostanze. Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

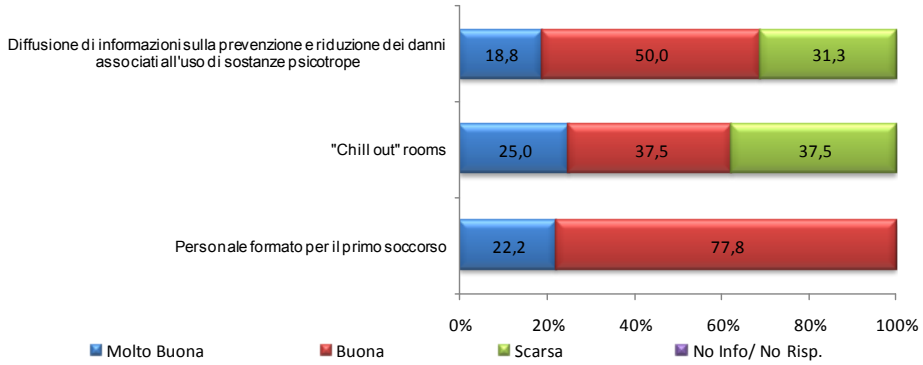
Gli interventi di prevenzione in luoghi ricreativi (discoteche ed altri luoghi) presentano riscontri positivi, come nel caso della diffusione di informazioni sulla prevenzione associate all'uso di sostanze psicotrope attuati nell'80% per discoteche e nel 75% degli altri luoghi ricreativi, e riscontri negativi, come per i bidoni e contenitori dove conferire le sostanze illecite, non presente in nessuna Regione né nelle discoteche né in altri luoghi ricreativi.
Scompaiono altri tipi di interventi presenti nell'anno 2010 nel 20% delle Regioni e Province Autonome sia in discoteche che in altri luoghi ricreativi.

Figura III.2.55: Percentuale di Regioni e Province Autonome che attuano interventi di prevenzione in luoghi ricreativi. Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Figura III.2.56: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in discoteche - Anno 2011

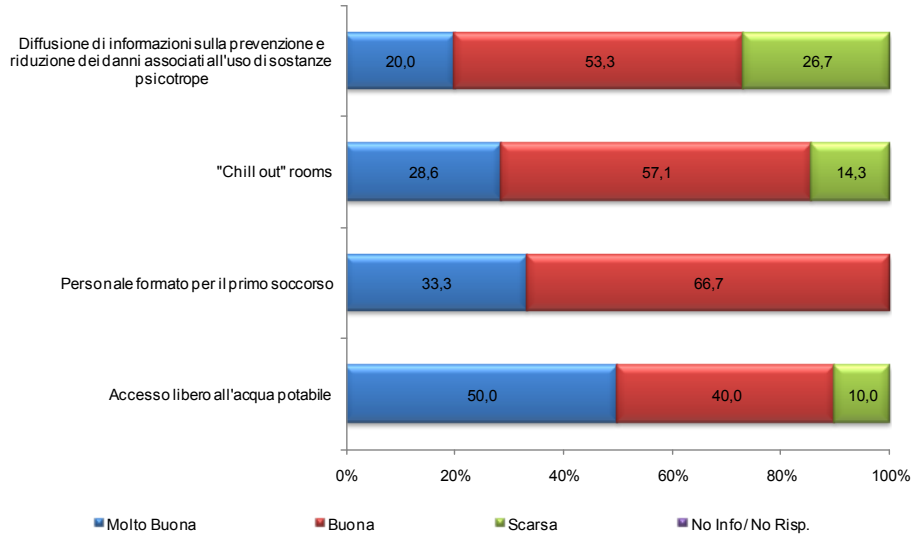


Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Migliora la disponibilità per le Chill-out rooms

La disponibilità di interventi di prevenzione, sia per le discoteche (Figura III.2.56) che per gli altri luoghi ricreativi (Figura III.2.57), è generalmente positiva comprese le "Chill-out rooms" (camere di decompressione) che erano sotto il 50% l'anno 2010.
Sempre positivo il giudizio sul personale formato per il primo soccorso, sia nelle discoteche che in altri luoghi ricreativi.

Figura III.2.57: Giudizi sulla disponibilità di interventi di prevenzione in altri luoghi ricreativi – Anno 2011



Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

Tabella III.2.32: 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 2011

Più di 7 milioni di euro per la prevenzione dei decessi droga correlati

Regioni	Importo	Importo per 100.000 abitanti	%
PA Bolzano	580.337,00	1,74	8,2
Calabria	35.000,00	0,03	0,4
Campania	300.000,00	0,08	4,2
Lazio	4.022.096,55	1,06	56,5
Lombardia	1.026.000,00	0,16	14,4
Marche	217.000,00	0,22	3,0
Toscana	780.260,00	0,58	11,0
Umbria	160.000,00	0,28	2,2
Totale	**7.120.693,55**	**0,18**	**100,0**

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

2 milioni di euro in meno del 2010

Rispetto al 2010, le somme stanziate per la prevenzione della mortalità acuta sono diminuite di quasi due milioni di euro (meno 21,8%): ciò è stato causato principalmente dall'azzeramento dei fondi investiti in questa area da parte di Piemonte e Puglia e dal forte decremento della Toscana.

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 2011 le Regioni e le Provincie Autonome hanno potuto contare su 123 servizi strutturati (-33,2% rispetto al 2010) con un numero di soggetti contattati superiore a centomila; l'unico servizio che incrementa la propria offerta sono le unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione.

60 unità di strada per la prevenzione del rischio sanitario da droghe.

In particolare, sono state 60 unità di strada per la prevenzione del rischio sanitario da droghe, 17 le unità di strada (LRD) alcool/rischi della notte, 14 unità di strada per i problemi correlati alla prostituzione, 21 servizi di Drop in diurni, 3 servizi di accoglienza bassa soglia 24/24, 3 dormitori specializzati per le dipendenze patologiche e 5 servizi per i bisogni primari .

Per quanto riguarda i soggetti contattati nell'anno poco più dell'80% di quelli

relativi ad unità di strada PRS droghe sono state segnalati dalla Regione Lazio.

Tabella III.2.33: Servizi strutturati di prevenzione dei rischi sanitari presenti nelle regioni e Province Autonome nel corso del 2011

Tipologia	Numero dei servizi	Soggetti contattati nell'anno
Unità di strada PRS droghe	60	81.229
Unità di strada LDR alcool/rischi della notte	17	33.963
Unità di strada prostituzione	14	1.125
Drop in diurni	21	3.198
Accoglienza bassa soglia 24/24	3	320
Dormitori specializzati per dipendenze patologiche	3	188
Altri servizi sociali (bisogni primari) specializzati	5	630

Fonte: Elaborazione sui dati dell'indagine con questionari EMCDDA alla Regioni

CAPITOLO III.3.

REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

III.3.1. Progetti di reinserimento sociale

III.3.1.1 Strategie e programmazione di interventi di reinserimento sociale

III.3.2. Misure alternative alla detenzione

III.3.2.1 Affido in prova ai servizi sociali attivati nel corso del 2011

III.3.2.2 Totale affidi in prova ai servizi sociali

III.3. REINSERIMENTO SOCIALE E MISURE ALTERNATIVE

Premesse

Nell'ambito delle attività svolte dai servizi territoriali per le tossicodipendenze, dalle amministrazioni regionali, dalle Province Autonome e dagli organi del Ministero della Giustizia, particolare attenzione viene dedicata al reinserimento dei soggetti con problemi legati all'uso di sostanze, che al termine del percorso terapeutico-riabilitativo, vengono inseriti in progetti specifici per il reinserimento nella società, ovvero in caso di procedimenti giudiziari pendenti, possono essere affidati ai servizi sociali, in alternativa alla detenzione.

Fonti informative

Queste attività sono da ricondurre a programmi strategici orientati al recupero dei soggetti secondo il recovery model, un profilo conoscitivo relativo ai progetti avviati, già attivi o conclusi nel 2011, da parte delle amministrazioni regionali o dei servizi territoriali, viene descritto nel paragrafo "III.3.1. Progetti di reinserimento sociale", sulla base delle informazioni acquisite dalle amministrazioni stesse mediante la somministrazione di specifici questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo di Lisbona.
Mediante l'analisi dell'archivio della Direzione Generale dell'esecuzione Penale Esterna del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Ministero della Giustizia, è stato possibile estrapolare un quadro generale sulle caratteristiche dei soggetti assuntori di sostanze illecite, che in alternativa alla detenzione per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti o in violazione del codice penale, sono stati affidati ai servizi sociali.
Tale analisi è stata inserita nel paragrafo III.3.2. "Misure alternative alla detenzione".

III.3.1. Progetti di reinserimento sociale

III.3.1.1 Strategie e programmazione di interventi di reinserimento sociale

Il 75% di Regioni e Province Autonome dichiara di avere strategie specifiche per il reinserimento

Secondo le indicazioni riportate nei questionari predisposti dall'Osservatorio Europeo, nel 2011 il 75% delle Regioni e Province Autonome ha dichiarato di avere una strategia specifica e definita per il reinserimento sociale di consumatori ed ex consumatori problematici di droga; la maggioranza di queste (80%) ne rende accessibile su internet il documento ufficiale.
L'obiettivo maggiormente indicato è stato il reinserimento a livello sociale e lavorativo .

-21,4% dei finanziamenti per il reinserimento sociale pari a più di 2,5 milioni di € in meno rispetto al 2010

In Tabella III.3.1 sono riportate tutte le Regioni e Province Autonome che dichiarano di aver indicato nel questionario dell'EMCDDA i progetti di reinserimento sociale finanziati a valere sul Fondo Sociale Regionale e/o su altri canali di finanziamento pubblico specifico relativi al 2011.
Rispetto al 2010 complessivamente si segnala un forte decremento dei finanziamenti (-21,4%) sostanzialmente attribuibile al dimezzamento dei fondi della Campania ed alla cessazione di quelli del Piemonte. La sola Provincia Autonoma di Bolzano rappresenta il 15,7% del totale nazionale

Tabella III.3.1: Importo complessivo finanziato per i progetti di reinserimento sociale dalle regioni e Province Autonome nel corso del 2011

Regioni	Importo	%
Abruzzo	0,00	-
Basilicata	0,00	-
Bolzano	1.476.994,00	15,7
Calabria	886. 221,00	9,4
Campania	1.254.798,00	13,3

Più di 9 milioni di euro per programmi di reinserimento sociale

continua

continua

Regioni	Importo	%
Emilia - Romagna	610.000,00	6,5
Friuli Venezia Giulia	791.808,56	8,4
Lazio	Dato richiesto e non fornito	-
Liguria	0,00	-
Lombardia	1.108.071,00	11,8
Marche	210.133,60	2,2
Molise	0,00	-
Piemonte	0,00	-
Puglia	682.970,00	7,3
Sardegna	0,00	-
Sicilia	1.278.556,00	13,6
Toscana	400.264,00	4,3
Trento	0,00	-
Umbria	704.666,00	7,5
Valle d'Aosta	Dato richiesto e non fornito	-
Veneto	0,00	-
Totale	**9.404.482,16**	**100,0**

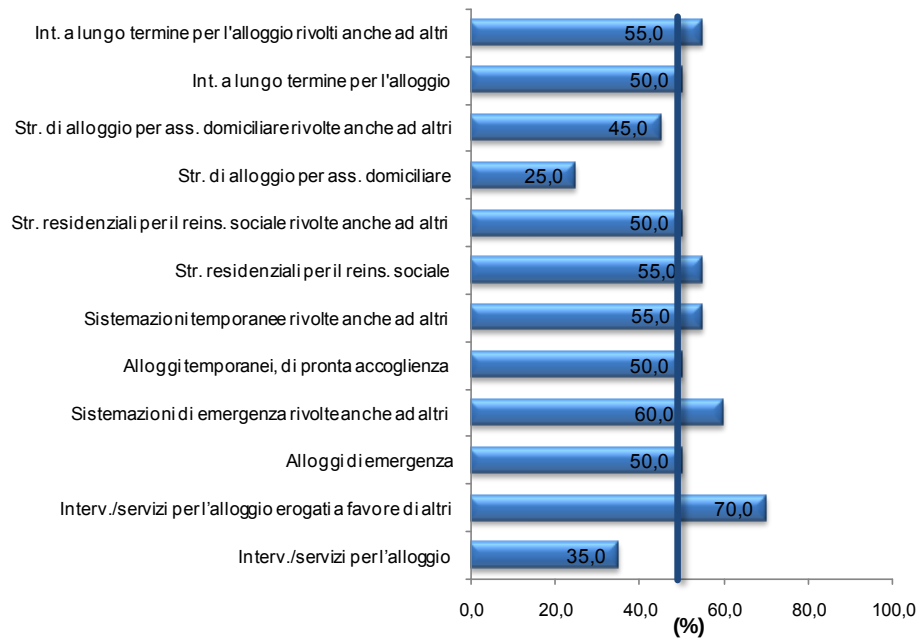
Fonte: Elaborazione su dati rilevati mediante indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Alloggio

Nel 2011, mediamente il 50% di Regioni e Province Autonome ha realizzato interventi in tema di abitazione rivolti specificatamente a persone in trattamento socio-sanitario per uso di sostanze psicotrope.

Il 50% delle Regioni ha dichiarato di avere attivato interventi per l'abitazione dei TD

Figura III.3.1: Percentuale di Regioni e Province Autonome che hanno realizzato interventi rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Nella maggior parte dei casi per questi soggetti è possibile usufruire di servizi per l'alloggio e sistemazioni temporanee di pronta accoglienza realizzati a favore di altri gruppi socialmente svantaggiati (70%). Al fine di un reinserimento sociale più efficace, il 55% (-10% rispetto al 2010) delle Regioni e Province Autonome ,le persone in trattamento socio-sanitario per uso di sostanze psicotrope possono beneficiare di strutture residenziali finalizzate esclusivamente al reinserimento di consumatori ed ex consumatori di droga.

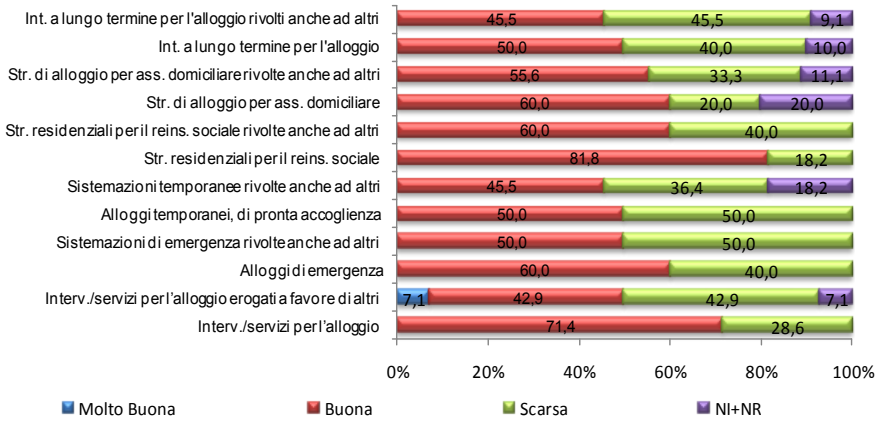
55% di Regioni e PP.AA. dichiara di fornire strutture residenziali di reinserimento sociale dei tossicodipendenti

Continua il trend positivo per gli interventi a lungo termine per l'alloggio (Figura III.3.1), con le Regioni che hanno dichiarato esistenti nel 50% o nel 55% se rivolti ad altri gruppi socialmente svantaggiati.

La disponibilità dei diversi servizi è stata giudicata di almeno buon livello mediamente dal 57% (rispetto al 53% dell'anno 2010) dei referenti regionali, raggiungendo alti livelli (82%) per quel che riguarda le strutture residenziali per il reinserimento sociale.

Migliora la disponibilità dei servizi per l'abitazione

Figura III.3.2: Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio. Anno 2011

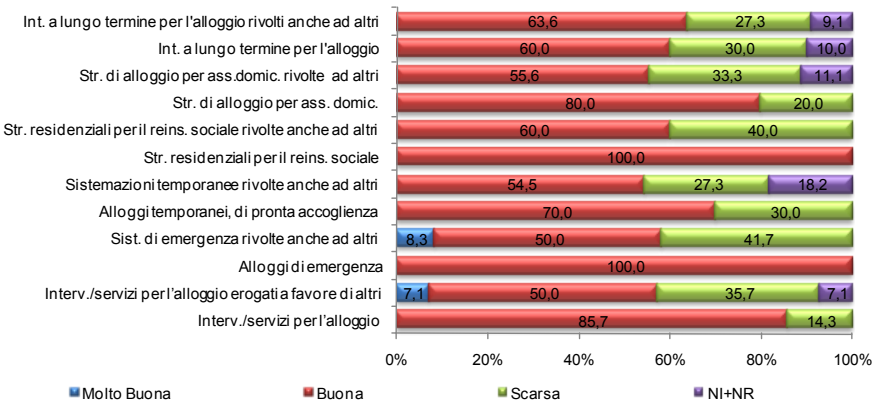


Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

L'accessibilità, è stata valutata nel complesso più che positivamente da Regioni e Province Autonome; la possibilità di accedere a servizi per alloggi rivolti esclusivamente a consumatori ed ex consumatori di droga è stata giudicata mediamente buona nella totalità dei casi. Spicca il buon giudizio unanime per strutture residenziali per il reinserimento sociale ed alloggi di emergenza.

Dichiarata una buona accessibilità dei servizi per l'abitazione

Figura III.3.3: Giudizio sull'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'alloggio. Anno 2011



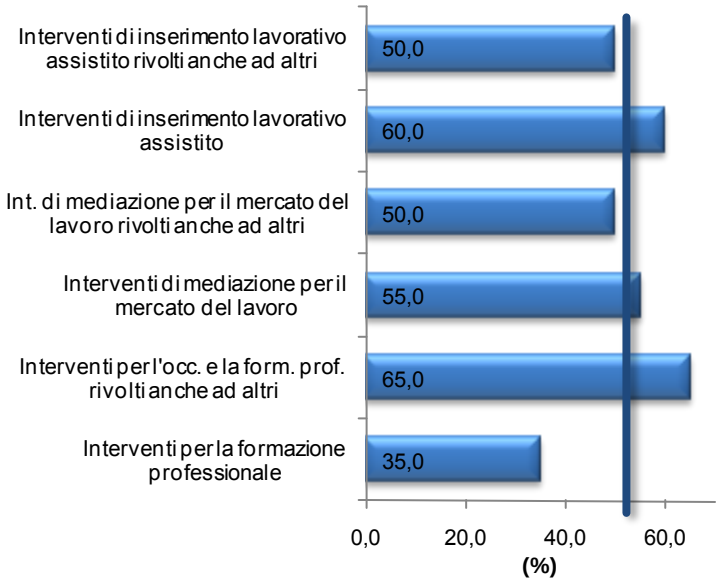
Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Occupazione

Pochi gli interventi attivati per la formazione professionale

Nel 2011, il reinserimento lavorativo è stato uno degli obiettivi indicato dalle Regioni e le Province Autonome come prioritario.
Sono stati realizzati interventi per l'occupazione e la formazione professionale rivolti esclusivamente ai consumatori ed ex consumatori di droga solo nel 35% delle Regioni e Province Autonome; se si considerano le possibilità in interventi anche per altri gruppi socialmente svantaggiati la percentuale sale al 65%.
La maggioranza dei referenti regionali ha indicato che sono stati attivati interventi di reinserimento lavorativo assistito.

Figura III.3.4: Percentuale di Regioni e Province Autonome che hanno realizzato interventi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione. Anno 2011

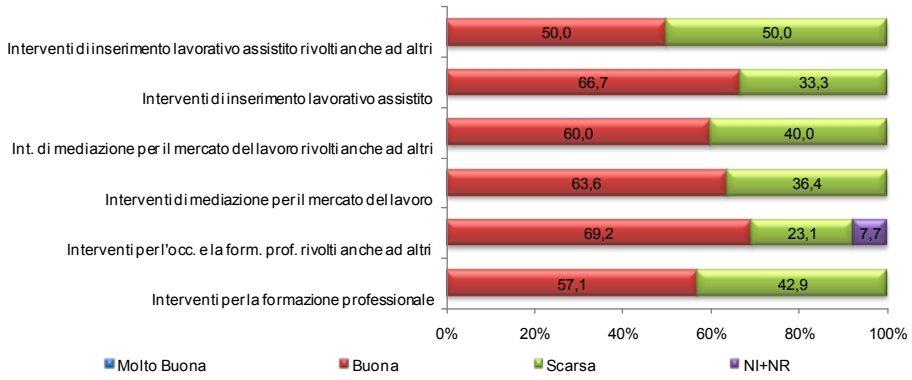


Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Dichiarata una positiva disponibilità dei servizi per l'occupazione

La disponibilità dei servizi per l'occupazione rivolti esclusivamente ai consumatori e agli ex consumatori di droga è stata sempre valutata mediamente in maniera positiva in più del 60% dei casi; bene in particolare gli interventi per l'occupazione e la formazione professionale rivolti anche ad altri.

Figura III.3.5: Giudizio sulla disponibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione. Anno 2011

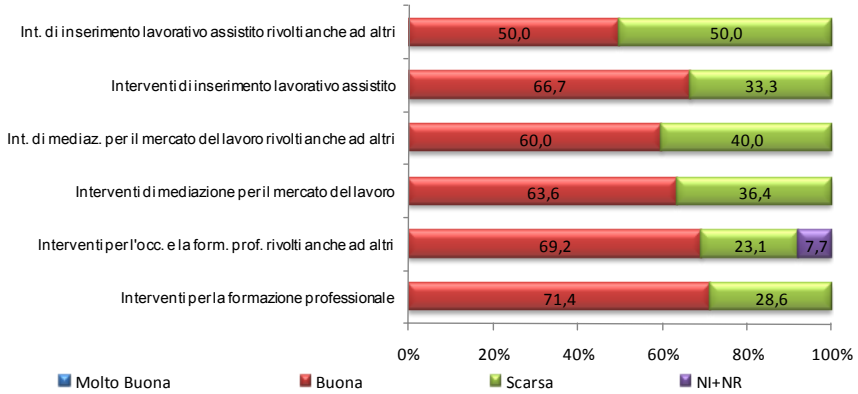


Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

Sono stati attribuiti giudizi ancor più positivi per l'accessibilità dei servizi per l'occupazione: le valutazioni positive sono sempre superiori a quelle negative con un solo caso (interventi di inserimento lavorativo assistito rivolti anche ad altri) nel quale i giudizi si equivalgono.

Dichiarata una alta accessibilità dei servizi per l'occupazione

Figura III.3.6: Giudizio sull'accessibilità dei servizi rivolti in maniera specifica ai consumatori ed ex consumatori di droga riguardanti l'occupazione. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

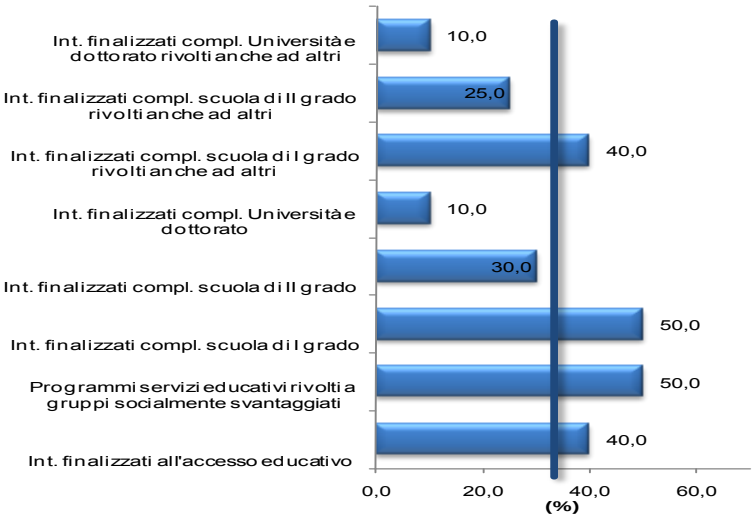
Istruzione

Con "istruzione" si intende l'acquisizione di un livello scolastico superiore o di un perfezionamento ma non una formazione specifica per un dato tipo di lavoro.

Nel 2011, il 50% delle Regioni e Province Autonome ha realizzato programmi/servizi educativi rivolti anche ad altri gruppi socialmente svantaggiati ed interventi finalizzati al completamento dell'istruzione di base rivolta esclusivamente ai consumatori ed ex consumatori di droga, di numero inferiore (30%) quelli a favore del completamento dell'istruzione secondaria, e per Università e dottorato (10%). Buona nel complesso la disponibilità e l'accesso agli interventi .

Interventi finalizzati al completamento dell'istruzione sotto il 50%

Figura III.3.7: Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato interventi rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga per Istruzione. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

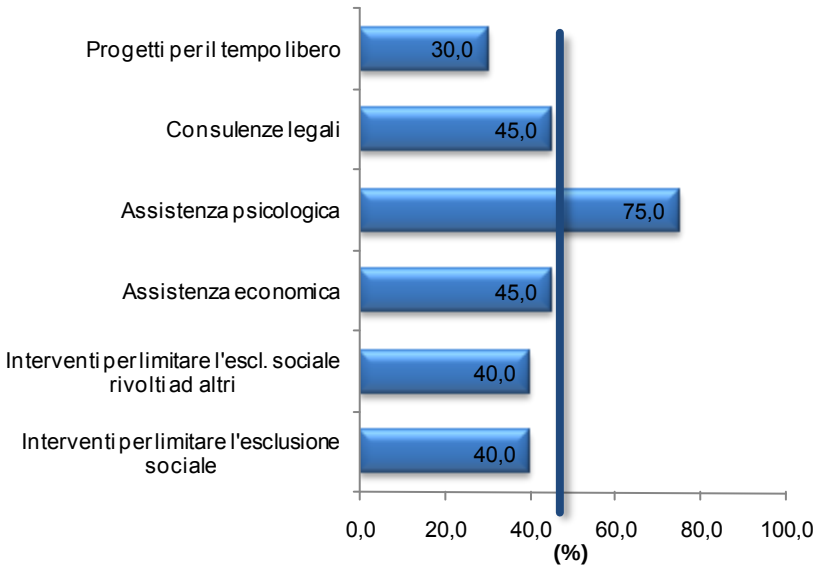
Altri interventi di reinserimento sociale

Forte presenza di interventi di assistenza psicologica

Tra le attività previste per il reinserimento sociale dei consumatori ed ex consumatori di droga, sono da segnalare gli interventi di assistenza psicologica per le relazioni sociali e familiari attivati nel 75% delle Regioni e Province Autonome Scendono al 45% l'assistenza economica e le consulenze legali che l'anno 2010 erano presenti nel 55% dei casi .

Da segnalare i giudizi molto positivi**,** delle Regioni e Province Autonome, sulla disponibilità ed accessibilità degli interventi di assistenza psicologica e la scarsa disponibilità di interventi per limitare l'esclusione sociale e di interventi di assistenza economica.

Figura III.3.8: Percentuale di Regioni e PPAA che hanno realizzato altri interventi di reins. sociale rivolti specificatamente a consumatori ed ex consumatori di droga. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati dell'indagine con questionari EMCDDA alle Regioni

III.3.2. Misure alternative alla detenzione

III.3.2.1 Affido in prova ai servizi sociali attivati nel corso del 2011

L'affidamento in prova al servizio sociale in casi particolari è disciplinato dall'art. 94 del DPR 309/90 e riguarda sia tossicodipendenti che alcol dipendenti, sebbene in realtà la maggior parte dei casi sia riconducibile a soggetti tossicodipendenti.

Tabella III.3.2: Soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2011

Caratteristiche	2010[(1)]		2011		Diff. delle %	Δ% 2011/2010
	N	% c	N	% c		
Genere						
Maschi	2.357	93,5	2.163	93,8	+0,3	-8,2
Femmine	165	6,5	143	6,2	-0,3	-13,3
Totale	2.522		2.306			-8,6
Nazionalità						
Italiani	1.577	93,8	1.950	93,0	-0,8	+23,7
Stranieri	105	6,2	147	7,0	+0,8	+40,0
Non noti	840	33,3	209	9,1	-24,2	-75,1
Età media						
Maschi	37,6		37,8			+0,5
Femmine	36,7		37,3			+1,6
Totale	37,6		37,8			+0,5
Classi di età						
18-24	145	5,7	107	4,6	-1,1	-26,2
25-34	828	32,8	757	32,8	0,0	-8,6
35-44	1.028	40,8	963	41,8	+1,0	-6,3
45-54	421	16,7	392	17,0	+0,3	-6,9
> 54	100	4,0	87	3,8	-0,2	-13,0

(1) dati 2010 aggiornati nel 2012
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Decremento (-8,6%) dei soggetti tossicodipendenti che hanno beneficiato dell'affidamento con uscita dal carcere

Nel 2011 sono state affidate complessivamente ai servizi sociali 9.223 nuove persone delle quali 2.306[1] tossicodipendenti che hanno usufruito dell'art. 94 del DPR 309/90, pari al 25% del totale delle persone in affido.

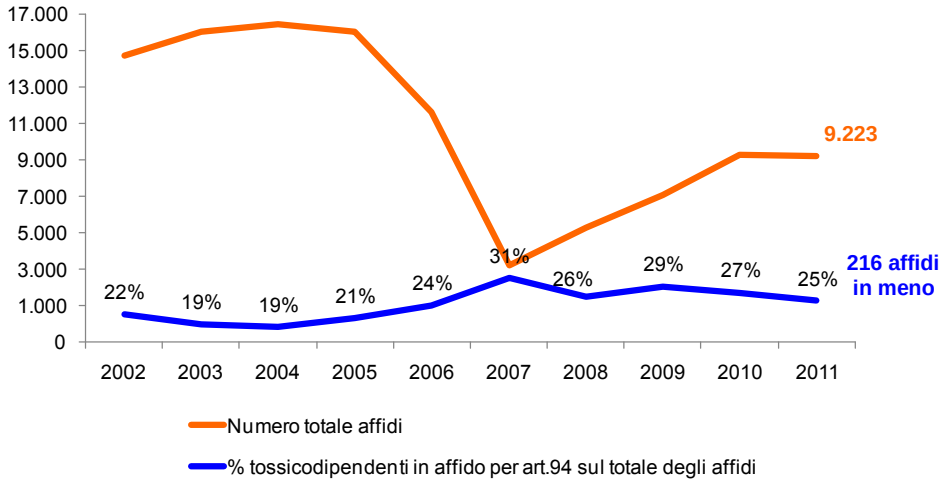
Nel 2011 il 25% delle persone in affido ai servizi sociali è tossicodipendente

Dal 2007 al 2010 si osserva un andamento degli ingressi dei soggetti che hanno beneficiato delle misure alternative alla detenzione in costante aumento (+31,5% nel 2010 rispetto all'anno precedente), mentre nel 2011 si può notare come il fenomeno in esame non abbia subito alcun sostanziale cambiamento (Figura III.3.9). Va precisato che la sensibile riduzione degli affidi evidenziata nel triennio 2005 - 2007, in cui si passa da oltre 16.000 affidi a poco più di 3.200, è da attribuire all'applicazione della Legge 241 del 31 luglio 2006, relativa alla concessione dell'indulto. L'applicazione della suddetta legge, oltre a comportare l'estinzione della misura per i casi già seguiti dagli anni precedenti, riguardando i procedimenti in atto relativi a reati commessi fino al 2 maggio 2006 con pena detentiva prevista non superiore ai tre anni, ha inciso fortemente anche sul numero di casi presi in carico nel corso dell'anno.

Contrariamente all'andamento degli affidi complessivi, i tossicodipendenti che hanno usufruito delle misure alternative al carcere nell'ultimo triennio sono diminuiti (-8,6% rispetto al 2010), analogamente alla quota percentuale di tossicodipendenti in affido sul totale delle persone in affido che registra un decremento, oscillante tra il 29% ed il 25% dal 2009 al 2011.

[1] I dati si discostano da quelli indicati nel Capitolo III.2.3.2 per la diversità delle fonti: quelli presenti in questo paragrafo sono dati del Ministero di Giustizia-Dipartimento dell'amministrazione Penitenziaria, quelli indicati nel capitolo III.2.3.2 derivano dalla Rilevazione DPA Tossicodipendenti in carcere –Scheda 1 - Dicembre 2011.

Figura III.3.9: Totale ingressi di soggetti in affido e percentuale tossicodipendenti in affido per art.94 sul totale. Anni 2002 – 2011



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

In analogia con quanto rilevato negli anni precedenti, oltre il 93% degli affidati per art. 94 è di genere maschile, l'età media è di 37,8 anni in lieve aumento rispetto all'anno precedente (37,6 vs 37,8) in particolar modo le persone di età compresa tra i 35 e i 44 anni, che risulta essere anche la classe di età più rappresentata (41,8%).
Gli stranieri, sempre poco presenti tra gli affidati agli Uffici di Esecuzione Penale Esterna, nel 2011 costituivano il 7% dell'intero collettivo.

Tabella III.3.3: Tipo di reato commesso dai soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2011

Caratteristiche	2010[(1)]		2011		Diff. delle %
	N	%c	N	%c	
Tipi di reato[(2)]					
Contro la famiglia, la moralità pubblica e il buon costume	13	0,6	18	0,8	+0,2
Contro l'incolumità pubblica	1	0,0	1	0,0	+0,0
Contro il patrimonio	624	26,5	569	26,9	+0,4
Contro la persona	109	4,6	81	3,8	-0,8
Contro lo Stato, le altre istituzioni sociali e l'ordine pubblico	25	1,1	17	0,8	-0,3
Disciplina sugli stupefacenti	875	37,2	753	35,6	-1,6
Altri reati	707	30,0	679	32,1	+2,1

(1) dati 2010 aggiornati nel 2012
(2) nel 2010 il 6,7% dei soggetti non presenta tale informazione, mentre nel 2011 la percentuale è pari a 8,2%

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

Il 35,6% degli affidati ha commesso reati in violazione del DPR 309/90

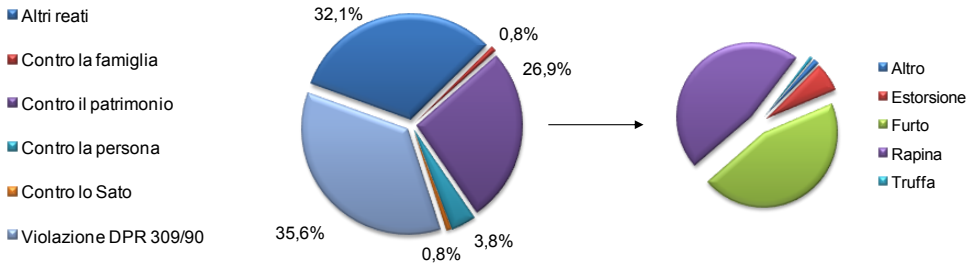
Prendendo in considerazione il tipo di reato commesso dai soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali, rispetto all'anno precedente si osservano lievi differenze: il 35,6% ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) con un decremento di quasi 2 punti percentuali rispetto a quanto rilevato nel 2010 (37,2%); nel dettaglio sono

aumentati in percentuale i tossicodipendenti che hanno commesso reati connessi alla produzione, vendita e traffico (art. 73) a fronte di una riduzione dei crimini previsti dall'art. 74 (associazione finalizzata al traffico di sostanze) di 2 punti percentuali rispetto all'anno precedente (2% vs 4%); il rimanente 4,3% ha commesso altri reati previsti dalla stessa normativa.

Il 26,9% degli affidati ha commesso reati contro il patrimonio

Al secondo posto della graduatoria dei reati più frequentemente commessi da tossicodipendenti affidati ai servizi sociali, dopo quelli in violazione della normativa sugli stupefacenti, figurano i reati contro il patrimonio (26,9%), rappresentati in prevalenza da rapine (12,6%) e da furto e ricettazione (12,1%). Un ulteriore 3,8% di soggetti ha commesso reati contro la persona, riferiti prevalentemente (1,7%) a lesioni, minacce, ingiurie, diffamazione e nell' 1,2% dei casi a violenza sessuale (Figura III.3.10).

Figura III.3.10: Nuovi soggetti in affido per art.94 secondo i reati commessi sul totale. Anno 2011

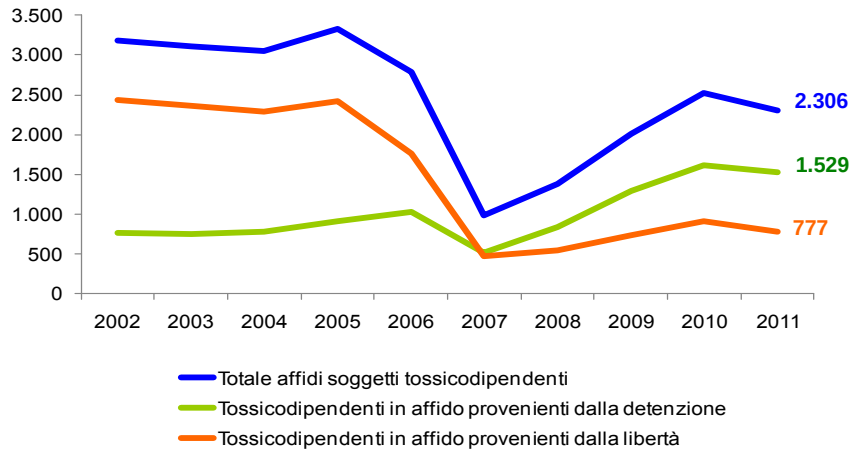


Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Forte aumento della quota degli affidati agli UEPE: dal 36,7% del 2006 al 66,3% del 2011

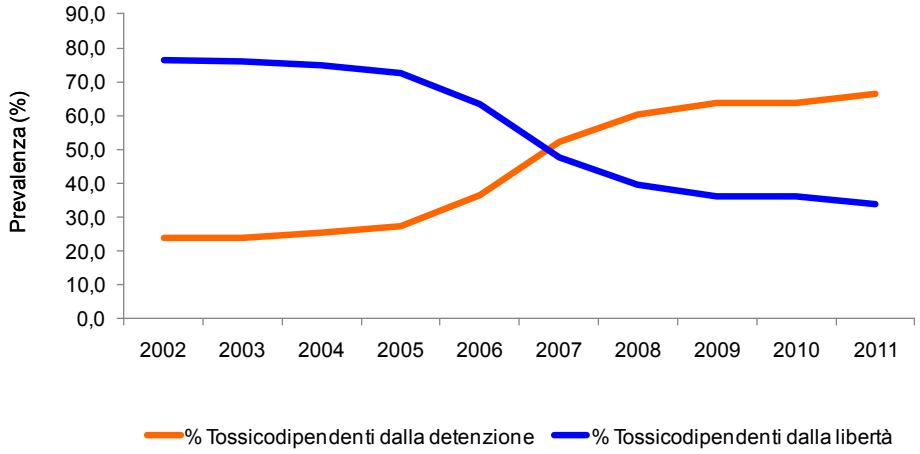
In crescita nell'ultimo biennio la quota di affidati agli Uffici di esecuzione penale esterna (UEPE) provenienti dalle strutture carcerarie (III.3.12), passata dal 36,7% nel 2006 al 52,2% nel 2007 fino al 66,3% nel 2011. Tale dato può essere letto alla luce della riduzione della pena prevista dalla legge 241/06 che, ad eccezione di alcune tipologie di crimine, ha accelerato la possibilità di usufruire delle misure alternative per condannati a pene detentive superiori ai sei anni ed allo stesso tempo ha comportato una forte diminuzione dell'accesso di quei condannati fino a sei anni che avrebbero usufruito della misura direttamente dalla libertà.

Figura III.3.11: Numero di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla detenzione e dalla libertà, affidati al servizio sociale. Anni 2002 – 2011



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

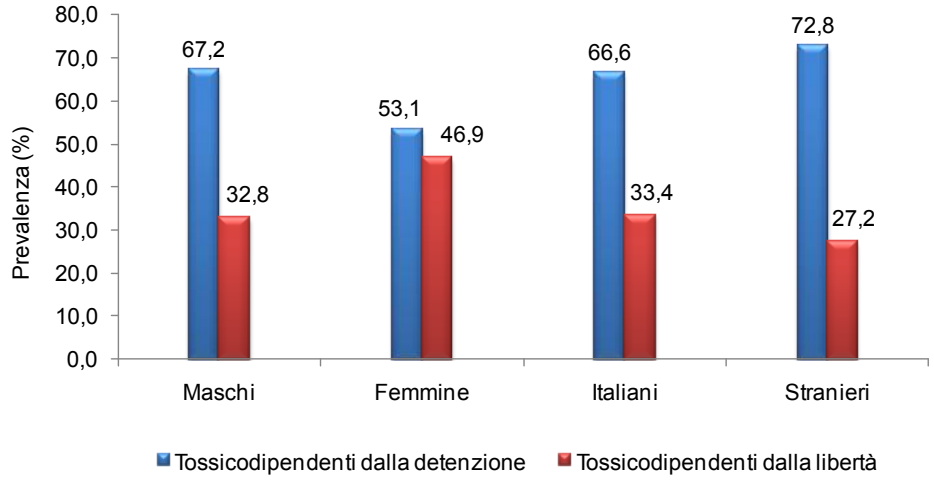
Figura III.3.12: Percentuale di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla detenzione e percentuale di soggetti tossicodipendenti provenienti dalla libertà, affidati al servizio sociale. Anni 2002 – 2011



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

Pur con valori diversi, si confermano invece le differenze tra maschi e femmine e tra italiani e stranieri, relativamente alla provenienza da condizioni detentive piuttosto che dalla libertà. Analogamente al 2010, anche nel 2011 l'analisi per genere e per nazionalità mostra tra le femmine una maggior quota di affidati ai servizi sociali provenienti dalla libertà rispetto ai maschi e tra gli stranieri una maggior percentuale proveniente dalla detenzione (Figura III.3.13).

Figura III.3.13: Percentuale di soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali provenienti dalla detenzione o dalla libertà, secondo il genere e la nazionalità. Anno 2011



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

Tabella III.3.4: Motivo di archiviazione del procedimento riguardante i soggetti tossicodipendenti affidati ai servizi sociali. Anno 2011

Caratteristiche	2010[(1)]		2011		Diff. delle %
	N	%c	N	%c	
Motivo di archiviazione					
Revoca per andamento negativo	324	17,8	129	21,3	+3,1
Revoca per nuova posizione giuridica	30	1,7	10	1,7	-0,1
Revoca per commissione reati durante la misura	36	2,0	16	2,6	+0,5
Revoca per irreperibilità	16	0,9	10	1,7	+0,7
Revoca per altri motivi	25	1,4	12	2,0	+0,7
Archiviazione per chiusura procedimento	1156	63,6	357	58,9	-4,9
Archiviazione per trasferimento	200	11,0	62	10,2	+0,1
Archiviazione per altri motivi	31	1,7	10	1,7	0,0

(1) dati 2010 aggiornati nel 2012

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

Evoluzione dei procedimenti:

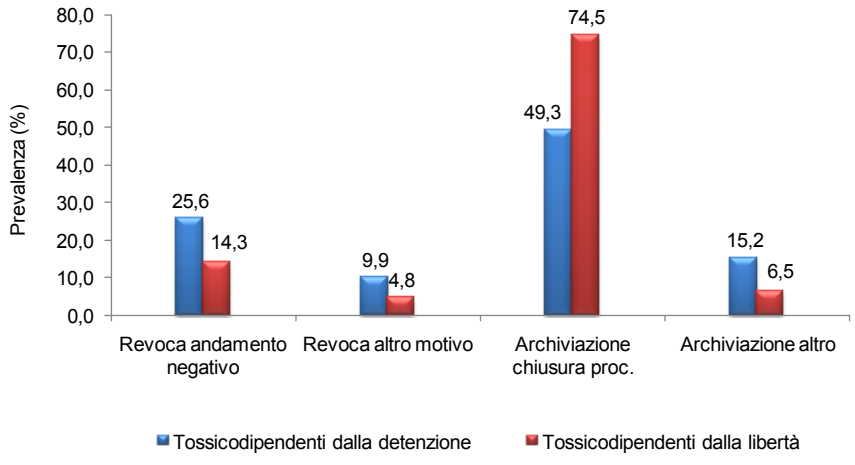
Il 25,6% è stato revocato per cattivo andamento dell'affido

Buona % di efficacia: il 58,9% è giunto a buon fine

Rispetto al totale dei soggetti che nel 2011 hanno iniziato l'affidamento in prova e per i quali esso si è concluso con l'archiviazione o la revoca, nel 7,7% dei condannati, ammessi alle misure alternative in questo ultimo anno di osservazione in base a quanto previsto dall'art. 94 del DPR 309/90, è stata revocata la misura alternativa, nella maggior parte dei casi per andamento negativo della stessa. Per un ulteriore 18,6% di condannati la misura alternativa è stata archiviata, nella maggior parte dei casi per chiusura del procedimento giudiziario. In generale, confrontando i soggetti rispetto alla condizione di provenienza, emerge che le revoche hanno riguardato maggiormente gli affidati provenienti dalla detenzione (35,5% di revoche in detenzione vs 19,0% in libertà), contrariamente alle archiviazioni che invece hanno riguardato in percentuale maggiore gli affidati provenienti da condizioni di libertà (64,5% di archiviazioni in detenzione vs 81,0% in libertà) (Figura III.3.14). Nello specifico, rispetto al 2010, si è riscontrato un aumento percentuale di revoche per andamento negativo in coloro che provengono dalla detenzione e di revoche per altro motivo in coloro che provengono sia dalla libertà che dalla detenzione.

Maggiori revoche per gli affidati provenienti dalla detenzione

Figura III.3.14: Percentuale di tossicodipendenti affidati ai servizi sociali provenienti dalla detenzione o dalla libertà secondo l'esito del provvedimento. Anno 2011



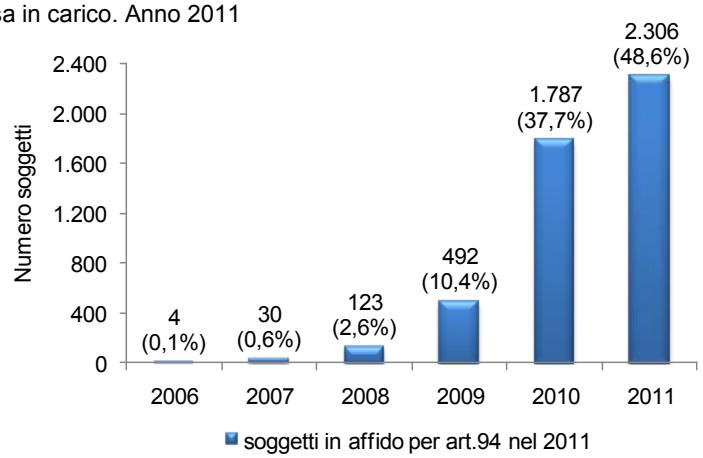
Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

III.3.2.2 Totale affidi in prova ai servizi sociali

L'affidamento in prova ai servizi sociali, disciplinato dall'art. 94 del DPR 309/90, come già spiegato nel paragrafo precedente, riguarda i soggetti tossicodipendenti e non, ed ha una durata tale da registrare ogni anno non solo gli ingressi di nuovi soggetti, ma anche un numero molto consistente di persone che ne usufruiscono da anni precedenti.
Per il 2011 l'analisi dettagliata della distribuzione dei soggetti in base all'anno in cui è avvenuto l'affido per l'art. 94 mostra una maggior prevalenza di tossicodipendenti beneficiari dell'affidamento ai servizi sociali provenienti dagli anni precedenti, ma anche una percentuale altrettanto elevata (48,6%) di tossicodipendenti che invece hanno iniziato proprio nel 2011 l'affidamento (Figura III.3.15).

Figura III.3.15: Totale soggetti tossicodipendenti in affido ai servizi sociali, secondo l'anno della presa in carico. Anno 2011

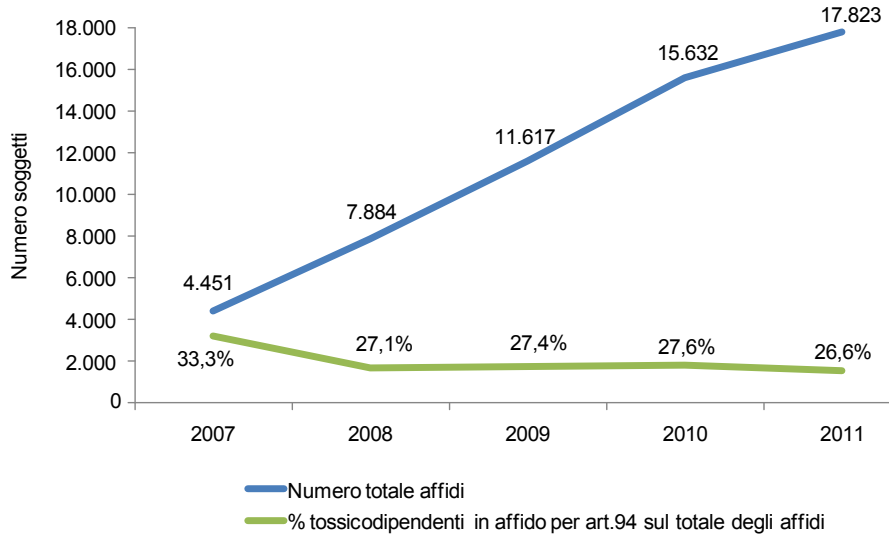
Il 48,46% dei tossicodipendenti in affido ha iniziato nel 2011



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

La Figura III.3.16 mostra l'andamento dei soggetti che dal 2007 al 2011 hanno beneficiato, a qualsiasi titolo, delle misure alternative alla detenzione, ed in particolare il rapporto tra i tossicodipendenti ed il totale degli affidi: la percentuale dei soggetti in affido ai servizi sociali secondo l'art.94 ha registrato un lieve calo nell'ultimo biennio al contrario del numero totale di affidi che, invece, hanno avuto un incremento pari al 14%. Questo stesso andamento è ancora più dettagliatamente visibile analizzando i soggetti in affido per art. 94 rispetto alla data della presa in carico: se da una parte si nota, infatti, un decremento dei tossicodipendenti nuovi in affido, dall'altro il numero di coloro che hanno usufruito della presa in carico ai servizi sociali da anni precedenti risulta in aumento (Tabella III.3.5).

Figura III.3.16: Totale soggetti in affido e percentuale tossicodipendenti in affido ai servizi sociali sul totale degli affidi. Anni 2007 – 2011



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

Tabella III.3.5: Soggetti in affido ai servizi sociali, secondo la tipologia di soggetto e l'anno della presa in carico. Anni 2007 - 2011

	2007	2008	2009	2010	2011
Nuovi tossicodipendenti in affido per art. 94	984	1.380	2.014	2.522	2.306
Tossicodipendenti in affido da anni precedenti *	500	755	1.167	1.787	2.436
Totale tossicodipendenti in affido per art. 94	1.484	2.135	3.181	4.309	4.742

* presi in carico dal 2006

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

Incremento dei soggetti in affido per art .94 da anni precedenti

In analogia con quanto rilevato nei nuovi soggetti in affido per art. 94, circa il 94% dei tossicodipendenti in affido da anni precedenti al 2011 risultano essere di genere maschile; per quanto riguarda la nazionalità, invece, il 7% dei soggetti che hanno iniziato l'affido nel 2011 sono stranieri, percentuale di poco superiore a quella registrata nel campione degli affidi iniziati prima del 2011 (6%).
Ciò che, invece, evidenzia un'importante differenza tra i due gruppi è l'età media dei soggetti: i nuovi tossicodipendenti in affido risultano più vecchi di quelli già in affido ai servizi sociali (37,8 anni vs 37,4 anni) con una maggior differenza in corrispondenza delle donne (37,3 anni vs 36,7 anni). Tale risultato è messo in luce anche dalla distribuzione dei soggetti in affido ai servizi sociali rispetto all'età anagrafica (Figura III.3.17) in cui si nota una maggior frequenza nella classe 35-54 anni in corrispondenza dei soggetti nuovi rispetto a quelli già in affido.

Tabella III.3.6: Caratteristiche demografiche dei soggetti tossicodipendenti in affido ai servizi sociali, secondo la tipologia di soggetto. Anno 2011

Caratteristiche	Nuovi		In affido da anni precedenti [1]	
	N	%	N	%
Genere				
Maschi	2.163	93,8	2.283	93,7
Femmine	143	6,2	153	6,3
Totale	2.306	100,0	2.436	100,0
Nazionalità [2]				
Italiani	1.950	93,0	1.453	94,0
Stranieri	147	7,0	93	6,0
Totale	2.097	100,0	1.546	100,0
Età media				
Maschi	37,8		37,4	
Femmine	37,3		36,7	
Totale	37,8		37,4	
Classi di età				
18-24	107	4,6	147	6,0
25-34	757	32,8	817	33,5
35-44	963	41,8	984	40,4
45-54	392	17,0	391	16,1
> 54	87	3,8	97	4,0
Totale	2.306	100,0	2.436	100,0

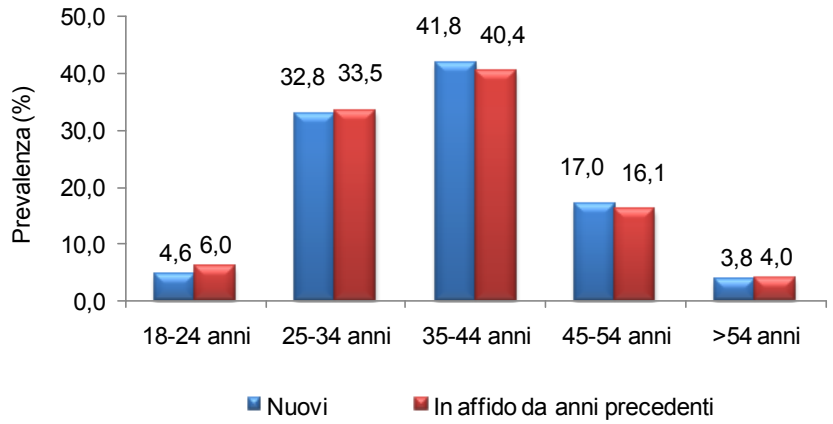
I tossicodipendenti in affido da anni precedenti sono più giovani

[1] presi in carico tra il 2006 ed il 2010

[2] il 9,1% dei soggetti nuovi ed il 36,5% dei soggetti in affido dagli anni precedenti non presenta tale informazione

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

Figura III.3.17: Percentuale dei soggetti in affido ai servizi sociali, secondo l'età anagrafica e la tipologia di soggetto. Anno 2011



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

Prendendo in considerazione il tipo di reato commesso dai soggetti tossicodipendenti in affido dal 2011 ai servizi sociali, rispetto ai soggetti in affido da anni precedenti, si osservano lievi differenze: il 35,6% ha commesso reati in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90), valore nettamente inferiore a quanto registrato nell'altro gruppo (42,1%), a differenza della

percentuale di coloro che hanno commesso reati contro il patrimonio che invece risulta essere più elevata proprio tra i nuovi soggetti in affido per art. 94 (26,9% vs 24,7%).

Tabella III.3.7: Tipo di reati dei soggetti in affido ai servizi sociali, secondo la tipologia di soggetti. Anno 2011

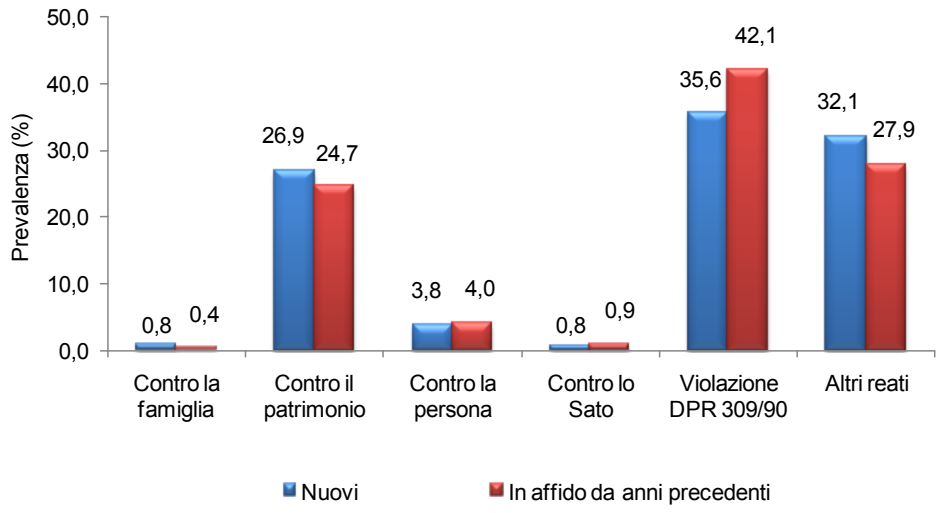
Caratteristiche	Nuovi		In affido da anni precedenti *		Diff. delle % nuovi/già in affido
	N	%c	N	%c	
Tipi di reato					
Contro la famiglia, la moralità pubblica e il buon costume	18	0,8	10	0,4	+0,4
Contro l'incolumità pubblica	1	0,0	0	0,0	0,0
Contro il patrimonio	569	26,9	567	24,7	+2,2
Contro la persona	81	3,8	93	4,0	-0,2
Contro lo Stato, le altre istituzioni sociali e l'ordine pubblico	17	0,8	21	0,9	-0,1
Disciplina sugli stupefacenti	753	35,6	966	42,1	-6,5
Altri reati	679	32,1	640	27,9	+4,2
Totale	2.118	100,0	2.297	100,0	

Nei nuovi affidi percentuale minore di reati commessi in violazione del DPR 309/90

* presi in carico tra il 2006 ed il 2010

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

Figura III.3.18: Percentuale dei soggetti in affido ai servizi sociali, secondo i reati commessi e la tipologia di soggetti. Anno 2011

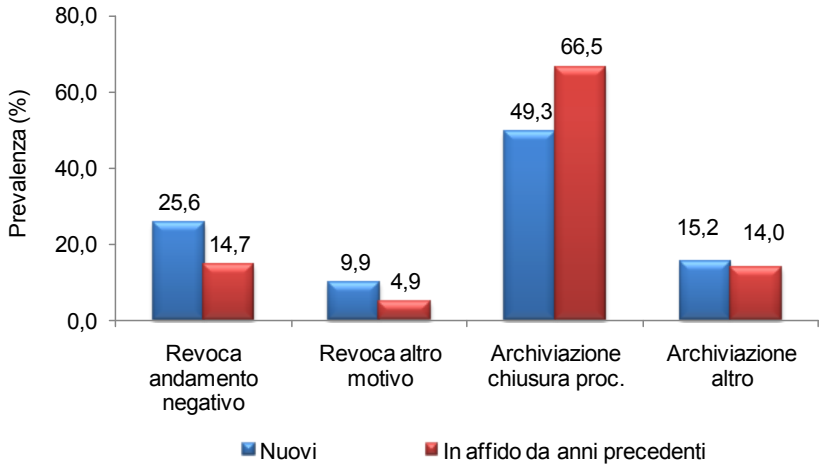


Fonte: Ministero della Giustizia - Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dell'Esecuzione Penale Esterna

Analizzando il motivo dell'archiviazione emerge che, in coloro che provengono dalla detenzione, il 66,5% dei tossicodipendenti in affido da anni precedenti ha avuto archiviazioni per chiusura del procedimento a fronte del 49,3% dei soggetti nuovi che, invece, registrano una percentuale maggiore di revoche, soprattutto quelle per andamento negativo (25,6% nuovi vs 14,7% già in affido). Situazione in parte diversa si presenta in coloro che provengono dalla libertà per i quali si registrano percentuali molto più omogenee tra i due gruppi di soggetti affidati ai servizi sociali, ma soprattutto un elevatissimo valore dei tossicodipendenti che hanno avuto l'archiviazione della chiusura del procedimento (74,5% nei nuovi

affidati e 79% negli affidi da anni precedenti).

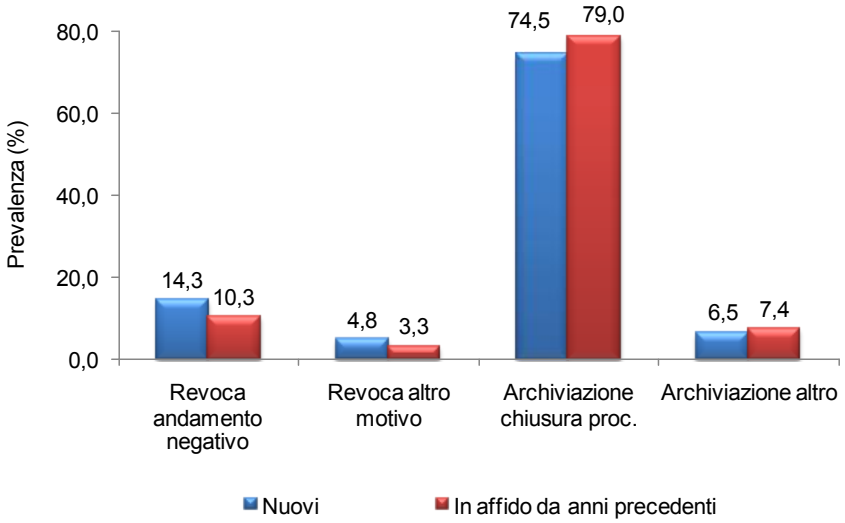
Figura III.3.19: Percentuale di tossicodipendenti in affido ai servizi sociali provenienti dalla detenzione, secondo il motivo dell'archiviazione e la tipologia di soggetto. Anno 2011



Il 66% dei soggetti in affido da anni precedenti e proveniente dalla detenzione ha avuto l'archiviazione per chiusura del procedimento

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

Figura III.3.20: Percentuale dei soggetti in affido ai servizi sociali provenienti dalla libertà, secondo il motivo dell'archiviazione e la tipologia di soggetto. Anno 2011



Il 77,7% del totale dei soggetti in affido per art. 94 provenienti dalla libertà ha avuto l'archiviazione per chiusura del procedimento

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

L'affidamento disciplinato dall'art. 94 del DPR 309/90 che permette ai soggetti tossicodipendenti di beneficiare dell'affidamento in prova ai servizi sociali ha una durata variabile, per un massimo di 6 anni. L'analisi dell'arco temporale che intercorre dalla presa in carico all'archiviazione o revoca del procedimento è avvenuta considerando sia la provenienza (libertà o detenzione) che l'esito del procedimento. La tabella III.3.8 mostra, ovviamente, una maggior durata del procedimento nei soggetti in affidamento da anni precedenti rispetto ai nuovi, ma con lievi differenze rispetto alla provenienza. Infatti, ciò che maggiormente si nota è che l'arco temporale che intercorre tra la presa in carico e l'archiviazione, per un motivo che non sia la chiusura è nei soggetti nuovi superiore in coloro che provengono dalla libertà al contrario di quanto avviene nei soggetti che sono in affido da anni precedenti. Considerando, invece, la revoca per andamento che non

Analisi dell'arco temporale che intercorre dalla presa in carico all'archiviazione o revoca del procedimento

sia negativo, i procedimenti relativi ai soggetti nuovi provenienti dalla detenzione hanno una durata media superiore rispetto ai procedimenti di coloro che provengono dalla libertà, differentemente da quanto registrato nei soggetti già in affido da anni precedenti.

Tabella III.3.8: Distribuzione dei soggetti e durata media del periodo trascorso in affido dai tossicodipendenti, secondo l'esito del provvedimento, la provenienza e la tipologia di soggetti. Anno 2011

	Detenzione		Libertà	
	Numero soggetti	durata media periodo (gg)	Numero soggetti	durata media periodo (gg)
Motivo archiviazione		**Nuovi**		
Revoca per andamento negativo	96	130	33	146
Revoca per altro motivo	37	125	11	110
Archiviazione per chiusura procedimento	185	133	172	142
Archiviazione per altro	57	91	15	123
		In affido da anni precedenti *		
Revoca andamento negativo	139	387	57	399
Revoca altro motivo	46	385	18	400
Archiviazione chiusura procedimento	628	468	437	481
Archiviazione altro	132	395	41	331

* presi in carico tra il 2006 ed il 2010

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

Parte Quarta

Interventi di contrasto all'offerta di droga

CAPITOLO IV.1.

SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE

IV.1.1. Attività 2011 del Sistema di Allerta

IV.1.1.1. Origine, finalità e aspetti organizzativi

IV.1.1.2. Principali attività del Sistema nel 2011

IV.1.1.3. Novità individuate nel panorama dei consumi

IV.1.1.4. Conclusioni

IV.1.2. Vendita di sostanze stupefacenti sul web. Risultati del monitoraggio della rete italiana.

IV.1.2.1. Introduzione

IV.1.2.2. Il monitoraggio del web

IV.1.2.3. Risultati del monitoraggio

IV.1.2.4. Analisi dei risultati

IV.1.3.Prevenzione dei Rave Party illegali

IV.1.3.1. Introduzione

IV.1.3.2. Obiettivo generale del progetto

IV.1.3.3. Risultati

IV.1.3.4. Conclusioni

IV.1.4. Metodi congiunti di controllo e contrasto

IV.1.4.1. Introduzione

IV.1.4.2. Aggiornamento delle Tabelle del DPR 309/90

IV.1.4.3. Emanazione di ordinanze sanitarie urgenti

IV.1.4.4. Attivazione di altre misure di sicurezza finalizzate ad impedire il traffico e lo spaccio

IV.1.4.5. Risultati dell'attività

IV.1.4.6. Conclusioni

IV.1. SISTEMA NAZIONALE DI ALLERTA PRECOCE

IV.1.1. Attività 2011 del sistema di allerta

IV.1.1.1 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.). 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.
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.

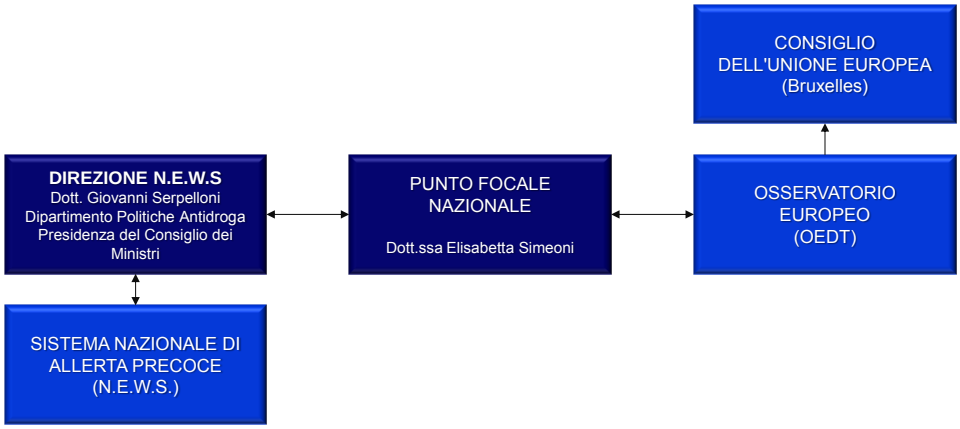
Finalità

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, dall'altro, ad attivare le segnalazioni di allerta che tempestivamente coinvolgano le strutture deputate alla tutela e alla promozione della salute e responsabili dell'eventuale attivazione di adeguate misure in risposta alle emergenze segnalate.

Livello europeo

Il meccanismo per lo scambio rapido di informazioni in materia di nuove sostanze psicoattive coinvolge dunque tutti gli Stati Membri dell'Unione Europea.
In questa cornice, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce italiano costituisce lo strumento attraverso cui viene alimentato lo scambio di informazioni tra Europa e Punto Focale Nazionale, il quale costituisce l'interfaccia ufficiale del Sistema Nazionale di Allerta Precoce con l'Osservatorio Europeo sulle Droghe e le Tossicodipendenze. Tutte le segnalazioni raccolte dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce, attraverso i canali nazionali, vengono convogliate verso un'unica struttura, il Punto Focale Nazionale del Dipartimento Politiche Antidroga, il quale ha il compito di sistematizzare e trasferire le informazioni all'OEDT che, a sua volta, le trasmette al Consiglio dell'Unione Europea. Analogamente, quando il Punto Focale riceve una segnalazione dall'OEDT, la trasmette a sua volta al Sistema Nazionale di Allerta Precoce. Esso attiva e coinvolge il proprio network per l'inoltro e lo scambio delle informazioni ricevute (Figura IV.1.1).

Figura IV.1.1: Struttura organizzativa del Sistema Nazionale di Allerta Precoce a livello europeo.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

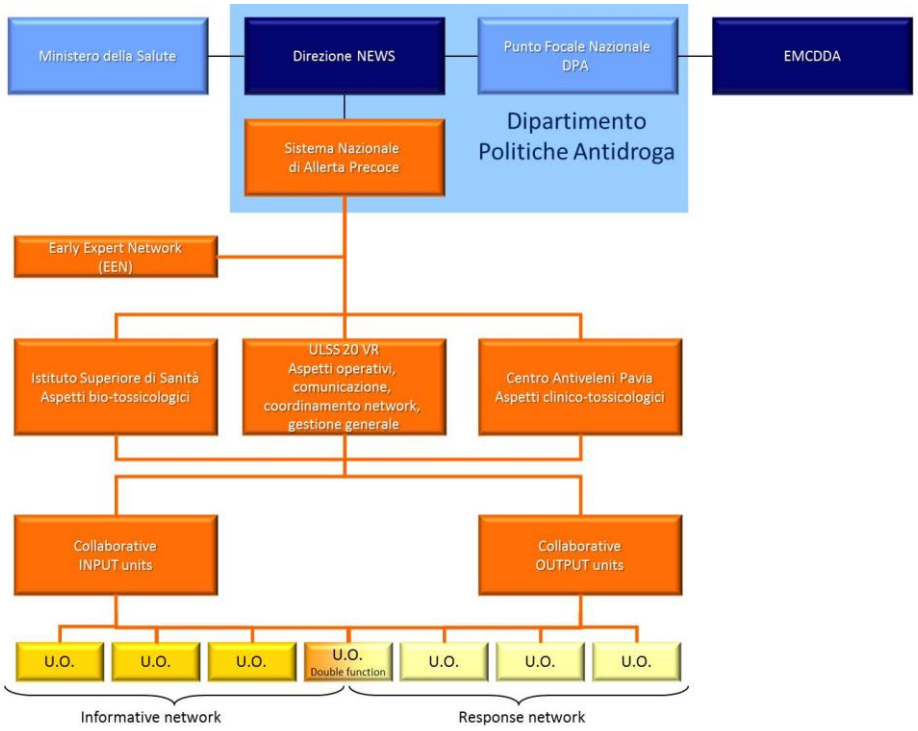
Livello nazionale

A livello nazionale, la Direzione del Sistema si avvale della consulenza e dell'operatività di tre strutture, ognuna competente e responsabile per il coordinamento di un'area specifica (Figura IV.1.3):

- Coordinamento nazionale degli aspetti bio-tossicologici: di competenza dell'Istituto Superiore di Sanità: fornisce pareri, consulenze, supervisione ai documenti ed agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito bio-tossicologico;
- Coordinamento nazionale degli aspetti clinico-tossicologici: di competenza del Centro Antiveleni di Pavia, IRCCS Fondazione Salvatore Maugeri fornisce pareri, consulenze, supervisione ai documenti ed agli eventi che nel tempo si presentano e che sono oggetto di attività del Sistema nell'ambito clinico-tossicologico;
- Coordinamento nazionale degli aspetti operativi: di competenza del Dipartimento delle Dipendenze, Azienda ULSS 20 Verona, costituisce il centro di raccolta delle segnalazioni, coordina i flussi informativi, predispone le segnalazioni, le attenzioni e le allerte per la supervisione degli altri coordinamenti e della direzione, cura l'aggiornamento del network di input e output, coordina l'aggiornamento e il funzionamento tecnico del software, gestisce il sistema di comunicazione interna, coordina le indagini di campo.

In Figura IV.1.2 viene riportato l'organigramma del Sistema Nazionale di Allerta Precoce che si avvale della partecipazione di numerose "collaborative input units" le quali 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 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.1.2: Organigramma del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Nella Figura IV.1.3 si evidenzia l'organizzazione dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce. I Centri Collaborativi vengono differenziati in centri collaborativi di segnalazione e risposta (I livello) e Early Expert Network per la consultazione rapida (II livello).
Tra i primi (circa 1.500 centri) si annoverano le Regioni e Provincie Autonome, i Dipartimenti delle Dipendenze, le Comunità terapeutiche, le unità mobili, i laboratori, le strutture del sistema di emergenza/urgenza e le Forze dell'Ordine. Tali centri hanno il compito di inviare segnalazioni al Sistema e di attivare le misure di risposta adeguate in caso di allerta.
Tra i centri di secondo livello (Early Expert Network), invece, vengono inclusi la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, la Polizia Scientifica, i Reparti di Investigazioni Scientifiche dei Carabinieri, l'Agenzia delle Dogane, le tossicologie forensi, i centri antiveleni, i laboratori universitari e alcuni centri di ricerca. A costoro spetta il compito non solo di inviare segnalazioni e attivare misure di risposta, se necessario, ma anche di supportare il Sistema nell'attività di completamento delle segnalazioni e di fornire opinioni e consigli relativi alle segnalazioni e all'eventuale attivazione di allerte. In Figura IV.1.4 e Tabella IV.1.1 è possibile evidenziare i Centri Collaborativi di secondo livello su tutto il territorio italiano.

Figura IV.1.3: Rappresentazione grafica dell'organizzazione dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Figura IV.1.4: Georeferenziazione dei Centri Collaborativi italiani del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (aggiornamento Maggio 2012). In colore blu vengono riportate le strutture di Laboratorio, in rosso le strutture cliniche ed altre tipologie di centri.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Tabella IV.1.1: Elenco dei Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta.

N	Nome del Centro Collaborativo
1	Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento del Farmaco
2	Istituto Superiore di Sanità - Dipartimento del Farmaco
3	Ministero Interno UTG Trieste- Nucleo Operativo Tossicodipendenze
4	Ministero della Salute - DG Prevenzione
5	Ministero della Salute - DG dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure - Uffici VII e VIII
6	Ministero della Salute - DG igiene e sicurezza alimenti e nutrizione
7	Osservatorio Italiano sulle Droghe - Dipartimento Politiche Antidroga
8	Centro Antiveleni Pavia, Centro Nazionale di Informazione Tossicologica - IRCSS Fondazione Salvatore Maugeri
9	Centro Antiveleni – Azienda Ospedaliera Universitaria Careggi, Firenze
10	Centro Antiveleni Bergamo, Az. Ospedali Riuniti
11	Centro Antiveleni Milano - Az. Osp. Ospedale Niguarda Cà Granda
12	Centro Antiveleni Policlinico Gemelli - Roma
13	Centro Antiveleni, Ospedale Cardarelli - Napoli
14	Centro Antiveleni, Ospedale Gaslini - Genova
15	Centro Antiveleni, Ospedali Riuniti - Foggia
16	Laboratorio di Tossicologia Analitica - IRCCS Policlinico San Matteo - Pavia
17	Tossicologia forense Università degli studi di Firenze
18	Tossicologia forense Università degli studi di Bologna
19	Tossicologia forense II Università degli studi di Napoli
20	Tossicologia forense Università Cattolica del Sacro Cuore - Roma
21	Tossicologia forense Università degli studi di Padova
22	Tossicologia forense Università "La Sapienza" - Roma
23	Tossicologia forense Università degli studi di Verona
24	Tossicologia Forense - Università degli studi di Perugia
25	Tossicologia Forense - Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia
26	Tossicologia Forense - Università degli Studi di Catania
27	Tossicologia Forense - Istituto di Medicina Legale Università Cattolica del S. Cuore
28	Laboratorio di Tossicologia - Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro
29	Laboratorio Generale Azienda Ospedaliero Universitaria Careggi
30	Dipartimento di Scienze Farmaceutiche - Università degli Studi di Pisa
31	Dipartimento di Scienze Farmaceutiche - Università degli Studi di Milano
32	Dip. Scienze anatomiche, istologiche, medico-legali Uni. "La Sapienza", Roma
33	Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine - Polizia di Stato - Servizio Polizia Scientifica
34	Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga - III Servizio
35	Arma dei Carabinieri - Reparto Investigazioni Scientifiche Roma
36	Reparto Carabinieri Investigazioni Scientifiche di Parma
37	Arma dei Carabinieri - Laboratorio Analisi Sostanze Stupefacenti Verona
38	Agenzia delle Dogane - Laboratorio chimico di Roma
39	Laboratorio e Servizi Chimici dell'Agenzia delle Dogane
40	Questura di Bologna – Squadra mobile
41	Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Servizi Antidroga
42	Laboratorio Antidoping - Torino

continua

continua

N	Nome del Centro Collaborativo
43	ARPAC - Dipartimento tecnico di Benevento
44	AIFA - Agenzia Italiana del Farmaco - Ufficio Valutazioni e Autorizzazioni
45	U.O. Biochimica clinica e tossicologia - Az. Sanitaria USL2 Lucca
46	U.O. Chimica e Clinica Tossicologica ASP Catania - Regione Sicilia
47	Laboratorio di Sanità Pubblica - Area Vasta Toscana Centro - Azienda Sanitaria FI
48	Laboratorio Ospedale "S. Anna" - Como
49	Lab. Ricerche Analitiche Tecnologiche Alimenti e Ambiente – Uni. Milano
50	Istituto di Medicina Legale -Dipartimento Neuroscienze Università Politecnica Marche
51	Procura della Repubblica - Torino
52	Dir. Politiche Sociali Ser. promozione e inclusione sociale - Comune VE
53	Libero professionista
54	Libero professionista
55	Centro Antiveleni Policlinico Umberto I - Roma
56	Tossicologia forense Università degli studi di Bari
57	Ministero dell'Interno - Servizio Polizia Scientifica - Sez. Indagini sulle droghe d'abuso - Polizia di Stato
58	University of Heartfordshire department of Pharmacy
59	Lab. Ig. Amb. e Tossicologia Forense – Dip. Prevenzione ULSS12 VE
60	Università di Ferrara-Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale
61	Università di Ferrara-Dipartimento di Scienze Farmaceutiche
62	Tossicologia Clinica – SSD Area Critica - Salerno
63	Struttura semplice Organizzativa Di Tossicologia Clinica C/O Pronto Soccorso - Verona
64	Laboratorio di Prevenzione – ASL Milano

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

IV.1.1.2. Principali attività del Sistema nel 2011

Il network

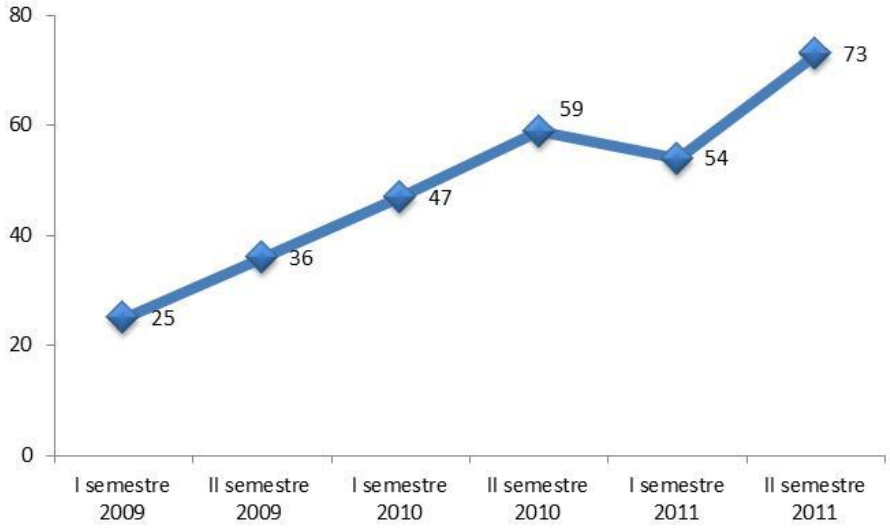
Nel 2011, il numero di Centri Collaborativi del Sistema Nazionale di Allerta Precoce è aumentato da 50 a 64 in 12 mesi (+28%). Ciò ha contribuito ad aumentare la visibilità e l'operatività del Sistema sul territorio nazionale e ad incrementare il numero di segnalazioni da parte delle unità di input.

Le segnalazioni

Nel 2011 sono state registrate 127 segnalazioni. La maggior parte di queste è giunta dall'OEDT (32,3%), dai laboratori di analisi (24,4%) e dalla Forze dell'Ordine (18,1%), altre dai media (9,4%), dai Centri Antiveleni (7,1%) e dalle strutture sanitarie (6,3%). In misura minore, le segnalazioni sono state inviate al Sistema da osservatori regionali (1,6%) e da unità mobili (0,8%). Si è registrato inoltre un incremento del 19,9% delle segnalazioni rispetto al 2010 quando le segnalazioni erano state 106 e del 108,2% rispetto al 2009, quando le segnalazioni erano state 61 (Figura 5). Tale incremento potrebbe essere correlabile ad almeno due aspetti. Il primo consiste nel fatto che dal 2009 è aumentata la visibilità del Sistema di Allerta a livello nazionale stimolando, quindi, la segnalazione dalle unità di input. In secondo luogo, l'attività di sensibilizzazione del network operata dal Sistema già da febbraio 2010 sul tema dei cannabinoidi e dei catinoni sintetici ha contribuito a coinvolgere le unità segnalanti attraverso il frequente invio al network di informazioni utili all'individuazione di nuove molecole e di nuovi casi clinici correlati alla loro assunzione. A seguito di ciò, e della distribuzione alla rete di laboratori degli indispensabili standard di riferimento avvenuta nel 2010 ad opera dell'Istituto Superiore di Sanità, le unità segnalanti sono state messe in grado di individuare le nuove molecole e di segnalarle al Sistema incrementando,

quindi, il numero di segnalazioni su base non presuntiva, ma analiticamente accertata.

Figura IV.1.5; Trend delle segnalazioni ricevute dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce tra il 2009 e il 2011 – numerosità.

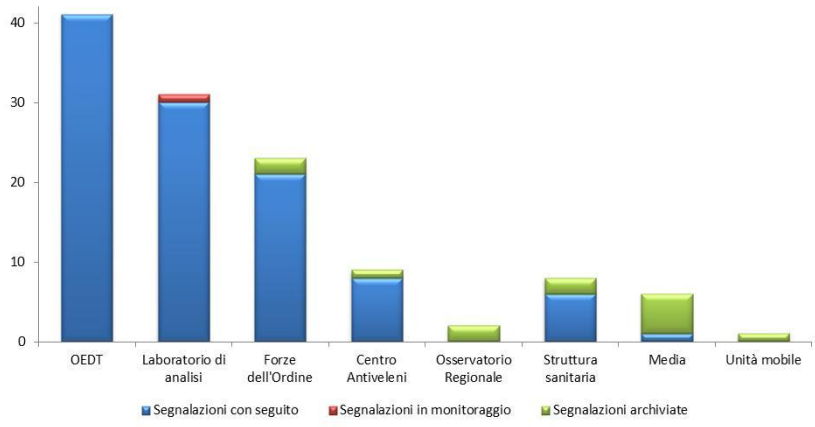


Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Evoluzione delle segnalazioni

Delle 127 segnalazioni ricevute nel 2011, 110 (90,9%) sono state oggetto di specifiche comunicazioni del Sistema al network di output, 1 (0,8%) è attualmente in monitoraggio (il Sistema sta raccogliendo ulteriori informazioni per valutare quale esito attribuirle); 10 (8,3%) sono state archiviate perché non richiedevano ulteriori comunicazioni al network né approfondimenti (Figura 6). Il 100% delle segnalazioni giunte dall'OEDT è stato inoltrato al network di output mensilmente, attraverso documenti di trasmissione specifici denominati "Comunicazioni OEDT".

Figura IV.1.6: Segnalazioni ricevute dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce secondo l'evoluzione e la tipologia di struttura segnalante – numerosità.



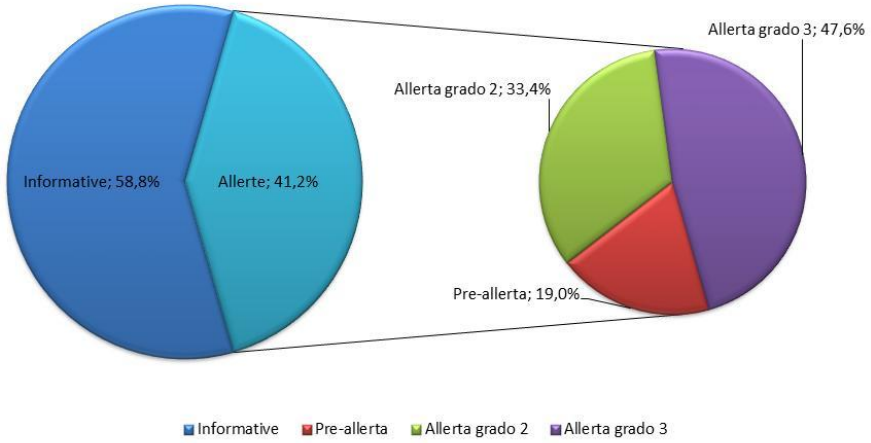
Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Comunicazioni in uscita – output

Nel 2011, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha inviato 51 comunicazioni al proprio network di output. Per la maggior parte sono state trasmesse delle Informative (58,8%). Tra le Allerte (41,2%), sono state attivate 4 pre-alllerte (19%), 7 Allerte di secondo grado (33,4%) e 10 di terzo grado (47,6%). Rispetto all'anno 2010, risultano diminuite le Informative (-5); risulta incrementato, invece, il numero di Pre-allerte (+3) e di Allerte di grado 3 (+9) (Figura 7, 8). La tendenza

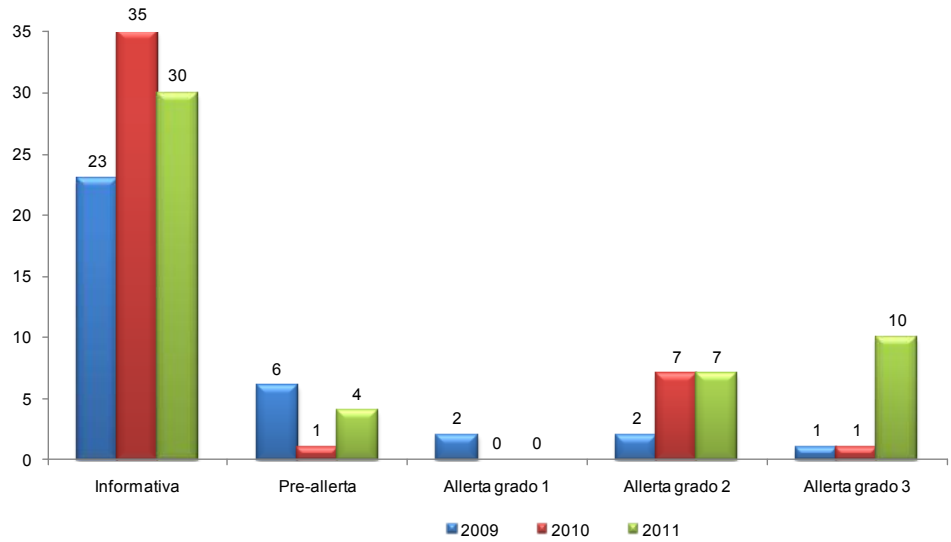
all'aumento si conferma anche rispetto al 2009 per le Allerte di grado 2 (+5) e quelle di grado 3 (+9), mentre risulta in diminuzione il numero di Pre-allerte (-2) e di Allerte di grado 2 (-2).

Figura IV.1.7: Comunicazioni in uscita inviate nel 2011 dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce distribuite secondo la tipologia – percentuale.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Figura IV.1.8: Comunicazioni di output inviate dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce negli anni 2009-2010-2011 – numerosità



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Allerte

Nel 2011 sono state attivate 4 Pre-Allerte (2 a febbraio, 1 a marzo, 1 a giugno) e 17 Allerte: 7 Allerte di grado 2 (rispettivamente nei mesi di gennaio, luglio, agosto, ottobre e dicembre) e 10 Allerte di grado 3 (nei mesi di febbraio, marzo, aprile, giugno, luglio, ottobre e dicembre). Nessuna Allerta di grado 1 è stata attivata nel 2011.

La maggior parte delle allerte (5) nel 2011 ha riguardato una serie di casi di overdose registrati a Torino nel corso dell'anno che hanno visto coinvolti oltre una ventina di soggetti deceduti nella sola città di Torino in un breve lasso temporale. Altre 4 allerte hanno riguardato casi di individuazione di cannabinoidi

sintetici in campioni biologici di pazienti intossicati e in campioni sequestrati sul territorio italiano presso smart shop; altre 3 hanno segnalato la manifestazione di casi di intossicazione acuta da catinoni sintetici nel nostro Paese e la comparsa di prodotti commercializzati come sali da bagno o come fertilizzanti, contenenti tali molecole. Le restanti allerte hanno riguardato fenomeni vari, tra cui la segnalazione di casi accertati di intossicazione acuta da stramonio.

Informative

Le informative inviate dal Sistema nel corso del 2011 sono state 30, la maggior parte nel mese di agosto (23,3%; N=7) e di giugno (20% N=6). Facendo un confronto con gli anni precedenti, emerge che nel 2011 le informative inviate sono state 7 in più rispetto al 2009 (23) e 5 in meno rispetto al 2010 (35).

Altre tipologie di comunicazione

Il Sistema si avvale anche di altre tipologie di comunicazioni non direttamente destinate ai Centri Collaborativi. Si tratta dei Reporting Form destinati all'OEDT. Attraverso i Reporting Form, e per tramite del Punto Focale Nazionale, il Sistema di Allerta trasmette all'Osservatorio Europeo le segnalazioni circa la comparsa di nuove molecole, individuate per la prima volta sul territorio italiano. Nel 2011, le segnalazioni trasmesse attraverso i Reporting Form sono state 14: 4 relative a cannabinoidi sintetici, 7 relative a catinoni sintetici, 1 relativa ad una fenetilamina e 2 relative a casi di intossicazione acuta in seguito ad assunzione di catinoni sintetici.

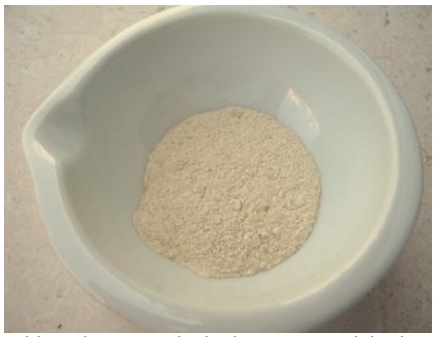
IV.1.1.3. Novità individuate nel panorama dei consumi

Eroina e cocaina: adulteranti, contaminanti e nuovi tagli

Eroina e metorfano

- A partire dalle prime segnalazioni registrate dal Sistema nel luglio 2010, anche nel 2011 sono stati registrati casi di identificazione di metorfano in campioni di eroina provenienti da sequestri.
- La presenza di metorfano è stata segnalata in partite di eroina sequestrate nell'area di Viareggio tra dicembre 2010 e gennaio 2011 e nell'area Veneziana nell'agosto dello stesso anno. In quest'ultima partita era stata riscontrata eroina (31%), 6-MAM (2%), caffeina (4%) e destrometorfano (ca 14%) (Figura IV.1.9). La presenza di metorfano è stata riscontrata anche nell'area di Bologna, sia in eroina proveniente da sequestro, sia in campione di eroina bianca (con principio attivo al 49%) rilevata accanto al cadavere di un soggetto deceduto per verosimile overdose. La frequente presenza di metorfano in campioni di eroina sequestrati dalle Forze dell'Ordine è stata registrata anche in provincia di Benevento nel periodo 2010-2011.

Figura IV.1.9: Polvere analizzata dal Laboratorio di Igiene Ambientale e Tossicologia Forense dell'Azienda ULSS 12 Veneziana e risultata contenere eroina, 6-MAM, caffeina e metorfano.



Fonte: Laboratorio di Igiene Ambientale e Tossicologia Forense del Dipartimento di Prevenzione – Azienda ULSS 12 Veneziana.

Eroina e diazepam

- Ad aprile 2011 è stata segnalata al Sistema la presenza di diazepam in campioni di eroina sequestrati nell'area di Bologna. In tutti i reperti e' stata altresì individuata la presenza di caffeina e paracetamolo. Il diazepam, il cui nome commerciale più noto è "Valium", è un farmaco ansiolitico e sedativo di tipo benzodiazepinico, incluso nella Tabella II Sezione B del D.P.R. 309/90 e s.m.i.

Eroina e caffeina

- All'inizio del 2011, nel mese di febbraio, si è registrato un caso di ricovero presso il reparto di rianimazione dell'ospedale Policlinico di Pavia per intossicazione da sostanze d'abuso. Tre ore dopo l'accesso del paziente al pronto soccorso è pervenuta al laboratorio una bustina (riferita appartenente al paziente) contenente residuo di polvere di colore marrone chiaro che, all'analisi è risultato contenere bassa percentuale di eroinici (eroina 0,7%; 6-MAM 1,2%), elevata presenza di paracetamolo (50%) e di caffeina (30%). La presenza di caffeina e paracetamolo è stata confermata anche da analisi condotte sui campioni biologici del paziente.
- La presenza di caffeina in percentuale del 12,1% riscontrata in residui di una sostanza ritrovata a maggio 2011 in provincia di Trento, in casa di un soggetto deceduto (Figura IV.1.10). La sostanza oltre a caffeina, è risultata contenere diacetilmorfina (eroina), 6-monoacetilmorfina, morfina, acetilcodeina, isochinolina, noscapina e acetamide.

Figura IV.1.10: Confezione rinvenuta a maggio 2011 in provincia di Trento in cui erano presenti residui granulosi non quantificabili di colore marrone.



Fonte: Laboratorio di Medicina Legale e delle Assicurazioni dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona.

- La somministrazione di caffeina per via endovenosa (in associazione con eroina) causa effetti tossici molto più potenti rispetto all'assunzione orale: le concentrazioni ematiche sono immediatamente molto elevate e vengono modificati diversi parametri cinetici (l'usuale assorbimento intestinale è incompleto e risente della fase di primo passaggio epatico). Le interazioni della caffeina con gli oppiacei possono essere di diversa natura: da un lato la caffeina stimola l'attività respiratoria, notoriamente depressa dall'eroina, dall'altro induce aritmie cardiache che possono essere indirettamente facilitate, ad esempio, dall'ipossia che l'eroina facilita. Si può dunque ritenere che la presenza di caffeina costituisca un

fattore di ulteriore rischio di eventi indesiderati nelle preparazioni illecite di eroina quando utilizzate per via endovenosa.

Cocaina e Tetramisolo/Levamisolo

- Già a partire dal 2008, nelle provincie di Bologna, Modena, Rimini, Ferrara, Ravenna, Forlì-Cesena, i L.A.S.S. di Bologna avevano riscontrato un numero crescente di sequestri di cocaina con presenza di levamisolo. A novembre 2009, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce aveva attivato in Italia l'allerta "Cocaina tagliata con Levamisolo" in ragione della sempre più frequente presenza di questo adulterante e/o taglio nella cocaina circolante nel nostro Paese. L'allerta era stata supportata da dati clinici e analitico-tossicologici ed aggiornata con Informative successive, riportanti le segnalazioni di identificazione della sostanza in reperti di cocaina. Anche nel corso del 2011 sono giunte segnalazioni analoghe.
- In Provincia di Lucca sono stati segnalati i riscontri analitici su diversi reperti di cocaina provenienti da sequestri dall'inizio del 2011 fino alla fine dell'anno. I reperti sono risultati contenere cocaina (66-72%) e alte percentuali (8,5-17,3%) di tetramisolo, con un ultimo caso che raggiungeva il 31% (free base). Campioni di cocaina in percentuali variabili (65,2 - 74,5% m/m) e levamisolo sono stato identificati anche in sequestri a carico di passeggeri in arrivo presso l'aeroporto Leonardo Da Vinci di Fiumicino. Levamisolo/isomeri allo 0,6% è stato identificato anche ad aprile 2011, a Torino, in una compressa parzialmente utilizzata da un paziente ricoverato per presunta intossicazione da stupefacenti che era risultata contenere anche cocaina (12%), fenacetina (7%), caffeina, lidocaina e procaina in tracce.
- Considerata la combinazione tra elevata concentrazione di cocaina e di tetramisolo nelle dosi destinate all'utilizzatore e alla abitudine diffusa di assumere più dosi di cocaina, tali riscontri potrebbero costituire un serio danno per la salute dei consumatori. Infine, dalla letteratura scientifica sono emerse evidenze scientifiche sulla formazione di aminorex come metabolita del levamisolo nell'uomo: è quindi possibile che la presenza di levamisolo/tetramisolo nella cocaina possa aumentare il rischio di sviluppare agranulocitosi e ipertensione polmonare.

Cocaina e benzoin isopropil etere

- Nel luglio 2011 la Sezione Investigazioni Scientifiche del Comando Provinciale di Verona – Legione Carabinieri "Veneto" ha segnalato al Sistema un sequestro avvenuto nell'area di Vicenza relativo a 3 involucri di cellophane risultati contenere cocaina cloridrato in concentrazione del 37,40%, benzoin isopropil etere (2-isopropossi-2-fenilacetofenone - BIE) e tracce di levamisolo. Nei campioni analizzati, l'abbondanza di BIE superava quella della cocaina. La molecola benzoin isopropil etere (BIE), in commercio sotto forma di polvere bianca (appartiene alla categoria degli iniziatori radicalici di fotopolimerizzazione) viene impiegata nella preparazione di vernici, di inchiostri da stampa, materiali dentali, litografia, photoresist, ecc. La sua inalazione può provocare irritazione delle vie respiratorie; il contatto con pelle e/o occhi, può provocare irritazione. BIE risulta nocivo per ingestione. Ad oggi non sono disponibili notizie riguardo ad altre segnalazioni di BIE in reperti di cocaina oggetto di sequestro penale e/o amministrativo in Italia. In Francia, attraverso l'Osservatorio Europeo, è stata segnalata la presenza

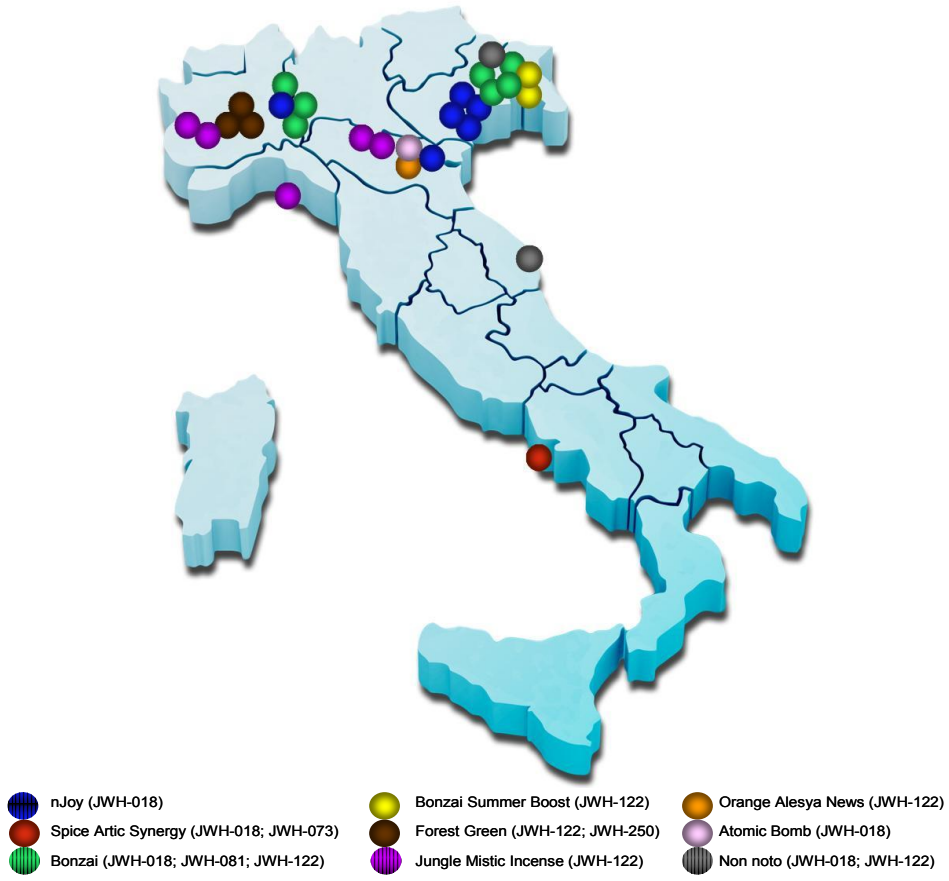
di BIE al 6% in un campione di eroina al 30% in Francia.

Le nuove droghe

Cannabinoidi sintetici

- Il fenomeno dei cannabinoidi sintetici registrato per la prima volta in Italia dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce nel 2010, è stato oggetto di monitoraggio da parte del Sistema stesso anche nel corso del 2011. Si tratta di molecole di origine sintetica che vengono aggiunte a miscele di erbe (denominate 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". A dicembre 2011 i casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici segnalati al Sistema di Allerta e che hanno generato uno stato di allerta a livello nazionale sono stati 29 (Figura IV.1.11). Dai primi mesi del 2012 altri tre casi si sono aggiunti alla lista.

Figura IV.1.11: Georeferenziazione dei casi di intossicazione acuta da cannabinoidi sintetici che hanno richiesto un accesso al pronto soccorso e che sono stati registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010, e dei nomi dei prodotti consumati dai pazienti e relativi cannabinoidi sintetici riscontrati nei campioni analizzati.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Catinoni sintetici: Butilone e Metiletcatinone – Casi di intossicazione

- Se il 2010 era stato caratterizzato dalla segnalazione di vari casi di sequestro di catinoni sintetici, la condivisione delle informazioni e dei

dati analitici necessari alla loro identificazione ha condotto al riconoscimento di alcuni casi di intossicazione correlati all'assunzione di tali molecole (Figura IV.1.12).

- Nel 2011, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha aggiornato lo stato di Allerta grado 3 sui catinoni sintetici in Italia, a seguito della registrazione nella Provincia di Pavia, di un caso di intossicazione acuta correlata all'assunzione di butilone (bk-MBDB), segnalato ad agosto 2011 dal Centro Antiveleni di Pavia. Successivamente lo stato di allerta grado 3 è stato riconfermato per la segnalazione di due ulteriori casi di intossicazione, registrati sempre dal Centro Antiveleni di Pavia. Un caso, registrato nell'ottobre 2011 presso il Presidio Ospedaliero di Manerbio, riguardava una sospetta intossicazione da sostanze d'abuso in un ragazzo di 18 anni che da analisi dei campioni biologici è risultato avere positività analitica, compatibile con la molecola Metiletcatinone. Il secondo caso, sempre registrato ad ottobre 2011, riguardava un paziente di 24 anni recatosi al pronto soccorso dell'Ospedale di San Bonifacio (Verona) circa 42 ore dopo l'ingestione di alcol e di un prodotto acquistato in uno smartshop di Lonigo, etichettato come concime per piante e denominato "Fiore". Le analisi tossicologiche eseguite presso il Laboratorio di Tossicologia dell'IRCCS Fondazione San Matteo di Pavia hanno rilevato positività urinaria per butilone.

Figura IV.1.12: Georeferenziazione dei casi di intossicazione da catinoni sintetici che hanno richiesto l'accesso al pronto soccorso, registrati dal Sistema Nazionale di Allerta Precoce dal 2010, e relativi a catinoni sintetici riscontrati nei campioni analizzati.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce

Catinoni sintetici: Butilone – sequestri

- La prima segnalazione della presenza di butilone sul territorio italiano risale al giugno 2010 quando il Sistema Nazionale di Allerta Precoce aveva ricevuto dati relativi all'identificazione di butilone in una capsula bianca contenente una polvere di colore bianco, rinvenuta in un locale di intrattenimento della Val di Susa (Torino). Segnalazioni analoghe si sono registrate anche nel corso del 2011.
- Una segnalazione giunta al Sistema nel febbraio 2011 riportava il sequestro di 3 boccette di plastica, etichettate come "Kelly", vendute come fertilizzante per bonsai in uno smart shop nell'area di Cassino (FR). Ogni boccetta conteneva 25 capsule di colore bianco e azzurro che da analisi di laboratorio sono risultate contenere il catinone sintetico butilone (Figura IV.1.18). Un'altra segnalazione giunta al Sistema nel marzo 2011 riportava che il butilone era stato identificato anche in capsule di colore bianco e azzurro contenute in flaconcini in plastica ambrata, etichettati con la scritta "Kelly" e sequestrati in uno smart shop della provincia di Vicenza. Infine, una segnalazione riguardava i dati di un sequestro avvenuto a giugno 2011 presso uno smart shop della provincia di Vicenza, relativo a 70 capsule giallo-verdi contenenti una polvere in cui era stato rilevato butilone.

Figura IV.1.18: Uno dei contenitori sequestrati nello smart shop nell'area di Cassino. Nella bottiglietta erano presenti capsule bianche e blu contenenti polvere bianca che le analisi hanno rivelato essere butilone.



Fonte: Tossicologia Forense dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Catinoni sintetici: Metiletcatinone – Sequestri

- Dopo le prime segnalazioni giunte dall'Osservatorio Europeo circa la presenza della molecola 4-metiletcatinone (4-MEC) in alcuni sequestri di polvere bianca effettuati nel Regno Unito nel maggio 2010, la presenza di questa molecola è stata segnalata anche sul territorio italiano. Ad agosto 2011, il 4-metiletcatinone è stato identificato insieme a diversi altri catinoni sintetici e a principi di tipo amfetaminico, in sequestri effettuati nell'area di Treviso. (Figura IV.1.19). Il 4-metiletcatinone insieme ad un altro catinone sintetico (l'α-PVP), è stato identificato anche nel novembre 2011 in alcune polveri sequestrate nella provincia di Venezia.

Figura IV.1.19: Polvere di colore bianco contenente la molecola 4-metiletcatinone.



Fonte: Laboratorio di Igiene Ambientale e Tossicologia Forense del Dipartimento di Prevenzione – Azienda ULSS 12 Veneziana

Altre droghe sintetiche

Nel corso del 2011, oltre a quanto già descritto, è stata segnalata l'identificazione per la prima volta sul territorio italiano di altre molecole di origine sintetica:

- Il catinone sintetico 3-fluorometcatinone (3-FMC) contenuto in prodotto etichettato come fertilizzante per piante disponibile online e in smart shop;
- Il catinone sintetico flefedrone (4-FMC);
- I catinoni sintetici N-etilcatinone e bufedrone e altri catinoni sintetici già noti;
- Le molecole pentedrone, pirovalerone e dipipanone in 5 campioni di polvere etichettati come sali da bagno, nell'area di Roma;
- La 4-fluoroamfetamina (4-FA) in compresse sequestrate nella provincia di Ferrara;
- La orto-metossimetamfetamina (OMMA) in una polvere proveniente da un sequestro nell'area di Firenze.

Destropropossifene

- Nel novembre 2011 è giunta al Sistema una segnalazione circa un prodotto sequestrato nell'area di Brescia nel quale è stata riscontrata la presenza del principio attivo destropropossifene e di paracetamolo. Il destropropossifene è una sostanza stupefacente presente in Tabella II del D.P.R.309/90. L'associazione tra paracetamolo e destropropossifene caratterizza vari farmaci utilizzati come analgesici, in alcuni Paesi. Negli Stati Uniti e nel Regno Unito sono stati osservati numerosi casi di abuso di questa tipologia di farmaci. Questi casi sono stati correlati a intossicazioni e a decessi. Pertanto, era stato stabilito dal Ministero della Salute che le specialità farmaceutiche che utilizzano tale miscela venissero ritirate dal mercato.
- Nel novembre 2011 è stato segnalato che la Polizia di Stato ha riscontrato la presenza di elevate quantità di destropropossifene nell'area di Fabriano. La molecola è presente in capsule turchesi o in compresse rosse, denominate rispettivamente Proxyvon e Parvon spas. La segnalazione riporta che all'interno della comunità, il destropropossifene pare venga usato prevalentemente per via orale e in associazione ad alcool.

Controllo legislativo di nuovi cannabinoidi e catinoni sintetici

A seguito delle segnalazioni ricevute, nell'ambito della procedura operativa per l'attivazione delle misure di sicurezza per la salute relative alle nuove sostanze stupefacenti e psicotrope individuate attraverso l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, concordata tra il Dipartimento Politiche Antidroga e il Ministero della Salute, numerosi cannabinoidi sintetici e loro analoghi sono stati inseriti in Tabella I del DPR 309/90, rendendo di fatto illegali anche tutti gli herbal blend che risultano contenere tali molecole.
Parallelamente, anche numerosi catinoni sintetici e analoghi strutturali sono stati posti sotto controllo legislativo in Italia.

IV.1.1.4. Conclusioni

Dopo 3 anni di attività presso il Dipartimento Politiche Antidroga, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce ha raggiunto risultati significativi che hanno concretamente contribuito al contrasto della diffusione di nuove sostanze stupefacenti nel territorio italiano.
La collaborazione di un network di servizi clinici che individuano casi di intossicazione, insieme all'aumentata adesione dei Centri Collaborativi e alla loro accresciuta capacità di individuare nuove molecole, grazie all'acquisizione degli standard di riferimento e alla condivisione dei dati analitici, ha elevato la specificità, la sensibilità e la tempestività del Sistema. Di riflesso, è stato possibile ridurre drasticamente i tempi per l'inserimento 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.
In tal modo le Forze dell'Ordine hanno effettuato serrati controlli sugli smart shop che li commercializzano togliendo dal mercato la ragione di numerose intossicazioni avvenute anche nel nostro Paese, a causa del consumo di prodotti contenenti cannabinoidi o catinoni sintetici.
Tali operazioni sono state rese possibili grazie al coordinamento tra Dipartimento Politiche Antidroga, Ministero della Salute, Centri Collaborativi e Istituzioni e ai flussi informativi che sono stati mantenuti durante il periodo di attività.
Il Sistema ha acquisito notevole visibilità anche a livello europeo grazie alla partecipazione ai tavoli europei e internazionali dove la strategia italiana viene particolarmente apprezzata sia per la tempestività con cui il Sistema lavora, sia per la sua efficacia nella prevenzione delle intossicazioni, sia, infine, per il forte impatto dell'attività di prevenzione e contrasto del traffico e spaccio di sostanze stupefacenti.
Pertanto è 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 confermare l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

IV.1.2. Vendita di sostanze stupefacenti sul web. Risultati del monitoraggio della rete italiana

IV.1.2.1. Introduzione

Il traffico di sostanze stupefacenti in Internet

Internet è utilizzato dal 58,7% degli italiani, mentre a livello europeo è utilizzato dal 71,5% dei cittadini1. Un'indagine della Commissione europea ha rilevato che Internet rappresenta una delle fonti più popolari di informazioni sull'uso di droghe, in generale, e su quelle illecite tra i giovani di 15-24 anni2.
Ma oltre a fornire informazioni, Internet è diventato anche un mercato per la

vendita di sostanze stupefacenti (legali ed illegali). Il ruolo giocato da Internet come uno dei mercati principali per le nuove sostanze desta notevole preoccupazione, proprio per la capacità informativa e distributiva della rete. Secondo i monitoraggi dell'Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (OEDT), i siti online che commercializzano sostanze stupefacenti individuati a gennaio 2010 erano 170, a gennaio 2011 erano 314, a luglio 2011 sono raddoppiati passando a 6313. A gennaio 2012 hanno raggiunto quota 690, quadruplicando il loro numero nel corso di soli 2 anni4. I principali paesi in cui si registra la maggiore concentrazione di questi siti online sono gli Stati Uniti (31,2%) e il Regno Unito (19,1%)3. Ad oggi, l'International Narcotic Control Board (INCB) ha registrato 12.000 segnalazioni di sequestri di sostanze stupefacenti controllate a livello internazionale, ordinate su Internet e inviate tramite posta5.

Casi di intossicazione in Italia

Anche in Italia sono aumentate le segnalazioni di intossicazioni riconducibili alla comparsa di miscele vegetali acquistabili via Internet e contenenti cannabinoidi e catinoni sintetici, molto più potenti del normale THC. Dal 2010, il Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga ha registrato 36 casi di intossicazione acuta correlata all'assunzione di tali sostanze. Casi analoghi sono stati riportati anche per altre sostanze acquistate online, tra cui il mefedrone, che nel Regno Unito è già stato correlato al decesso di oltre 20 soggetti[6].

Sistema di Allerta e Unità di monitoraggio

In questo contesto il Dipartimento Politiche Antidroga ha dunque attivato un'unità di monitoraggio del web, nell'ambito del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, che opera in collaborazione con la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e il Nucleo Antisofisticazioni dell'Arma dei Carabinieri, con l'obiettivo di contrastare la commercializzazione, attraverso il web, di sostanze poste sotto controllo ed inserite le stesse nella Tabella I delle sostanze stupefacenti (DPR 309/90 e s.m.i.).

IV.1.2.2. Il monitoraggio del web

Obiettivo del monitoraggio

L'unità di monitoraggio del web, attraverso un'analisi costante e sistematica della rete, si preoccupa di individuare potenziali fornitori che commercializzano liberamente sostanze stupefacenti illegali. Il monitoraggio della rete viene effettuato prendendo come target di riferimento siti facilmente accessibili ad un qualsiasi utente interessato all'acquisto di sostanze stupefacenti. I criteri di inclusione dei risultati della ricerca prevedono che i siti siano in lingua italiana o provenienti da siti italiani. Questo al fine di poter dare seguito alle segnalazioni, secondo quanto previsto dal Decreto Legislativo 9 aprile 2003 n.70 in materia di commercio elettronico.

Procedura standardizzata

Il monitoraggio su web e la successiva segnalazione vengono effettuati sulla base di una procedura standardizzata. Tale procedura prevede: l'individuazione sul web di potenziali fornitori che commercializzano liberamente sostanze stupefacenti; l'analisi dei contenuti del sito e la verifica della tipologia di sostanze acquistabili; la predisposizione delle segnalazioni contenente una descrittiva di quanto individuato; l'invio delle segnalazioni alle Forze dell'Ordine competenti; la verifica dell'esito delle segnalazioni (chiusura delle pagine web, rimozione delle offerte, ecc.); l'aggiornamento del report sull'attività di monitoraggio.

Una volta individuato un sito di potenziale interesse ai fini del monitoraggio, viene predisposta una segnalazione in cui sono riportate tutte le informazioni utili individuate: le caratteristiche del sito, le sostanze illecite commercializzate, i link dei potenziali fornitori individuati, la località riferita dove l'attività pare abbia luogo e i contatti riportati. La segnalazione viene quindi trasmessa alla Direzione Centrale dei Servizi Antidroga e al Nucleo Antisofisticazioni di Roma che, sulla

base degli opportuni accertamenti, possono disporre la chiusura delle pagine web o la rimozione degli annunci segnalati. A conclusione degli accertamenti, l'unità di monitoraggio verifica l'esito delle segnalazioni (oscuramento pagina web, rimozione annunci, chiusura sito, ecc.) e aggiorna il report sull'attività di monitoraggio.

IV.1.2.3. Risultati del monitoraggio

256 offerte commerciali individuate

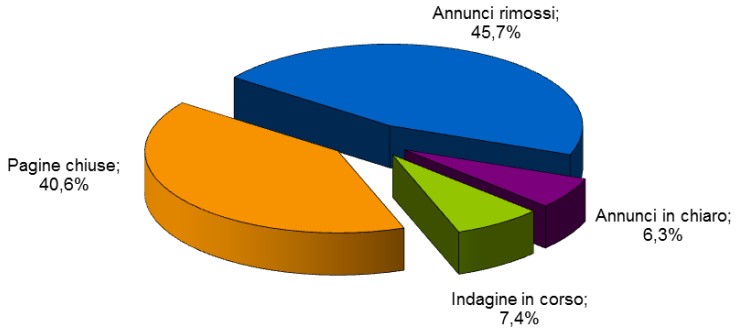
Complessivamente sono stati individuati 35 siti web in lingua italiana e con server localizzato all'interno dei confini nazionali. Da questi sono state segnalate 256 offerte commerciali online di sostanze illecite. Le segnalazioni alle Forze dell'Ordine dei siti che vendono sostanze poste sotto controllo hanno avuto come esito nel 45,7% dei casi la rimozione dell'annuncio e nel 40,6% dei casi l'oscuramento della pagina web. Il 6,3% delle segnalazioni non ha avuto riscontro e le offerte commerciali risultano ancora visibili online. Attualmente è in corso di indagine una segnalazione relativa a 19 offerte commerciali di sostanze illecite.

Tabella IV.1.2: Esito delle segnalazioni di offerte commerciali in Internet che vendevano sostanze stupefacenti illegali.

Esito segnalazioni	N	%
Annunci rimossi	117	45,7
Pagine chiuse	104	40,6
Annunci in chiaro	16	6,3
Indagine in corso	19	7,4
Totale	256	100

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce, 2012

Figura IV.1.20: Esito delle segnalazioni di offerte commerciali in Internet che vendevano sostanze stupefacenti illegali.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce, 2012

29 sostanze illegali individuate

Grazie all'attività di monitoraggio, sono state individuate complessivamente 29 differenti sostanze, tra cui sostanze psicoattive sotto controllo e tabellate (DPR 309/90 e s.m.i.) e farmaci venduti senza prescrizione medica. Nella fattispecie, è stata riscontrata l'offerta di:

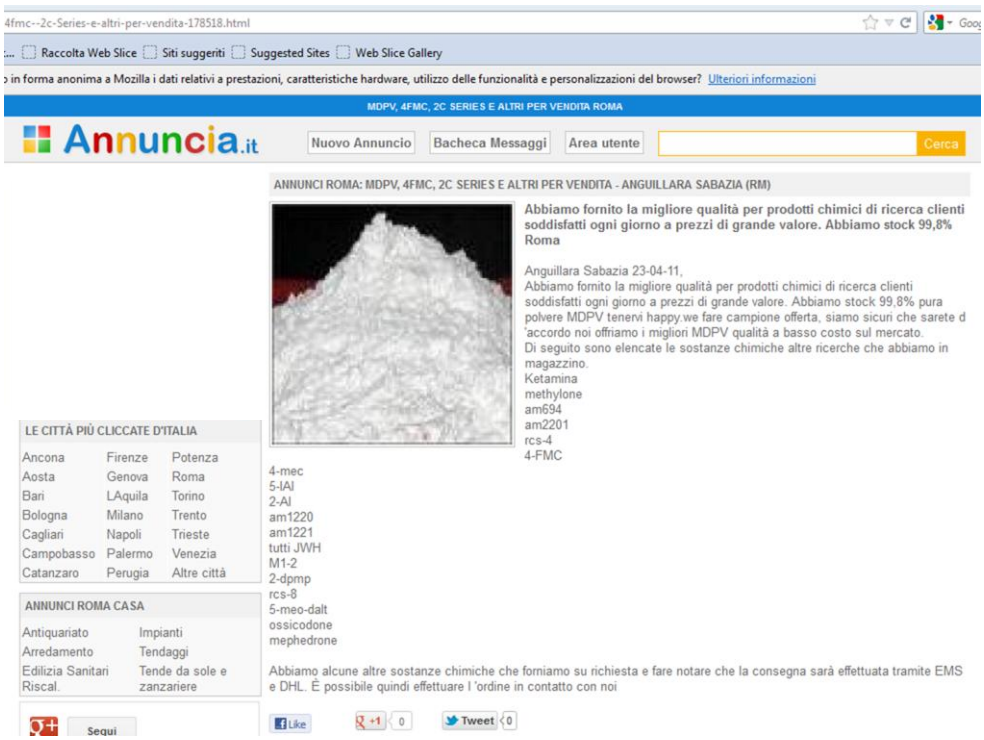
- catinoni sintetici come mefedrone (4-metilmetcatinone), MDPV (3,4-metilendiossipirovalerone) e butylone (bk-MBDB);
- cannabinoidi sintetici (JWH-018, JWH-073, JWH-122, JWH-203, JWH-250 e analoghi strutturali) e analoghi benzoil indoli (RCS-4, AM-2201, AM-694, Eric-4);

- derivati fenetilamminici (2C-B, 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7, Bromo Dragon Fly, 4 metialmfetamina);
- Ketamina, cocaina, MDMA, LSD, marijuana;
  farmaci che non possono essere venduti senza prescrizione medica: Xanax, Valium, ossicodone, metadone, idrocodone, morfina.

Caratteristiche delle offerte commerciali

Le offerte commerciali individuate, che promuovono la vendita di sostanze stupefacenti illecite, solitamente non contengono una descrizione degli effetti dei prodotti venduti, né, tanto meno, dei potenziali effetti nocivi che possono derivare dall'assunzione. Invece, vengono inserite rassicurazioni sull'affidabilità, la puntualità e la discrezione del fornitore e, alle volte, anche i contatti (e-mail, skype) dell'inserzionista. Raramente l'inserzione contiene indicazioni relative ai costi dei prodotti in vendita, spesso si rimanda al contatto tramite e-mail con l'inserzionista. Al fine di stimolare la vendita e rendere l'offerta commerciale più accattivante, vengono spesso inserite negli annunci delle immagini rappresentative delle sostanze.

Figura IV.1.22: Screenshot di un'offerta commerciale per la vendita di sostanze illecite individuata sul web e segnalata alle Forze dell'Ordine.



IV.1.2.4. Analisi dei risultati

Bacheche di inserzioni gratuite

Il monitoraggio su web dei siti italiani che commercializzano sostanze psicoattive ha condotto a focalizzare l'attenzione su una particolare tipologia di siti, le bacheche di inserzioni gratuite. Si tratta di portali dove è possibile pubblicare annunci di diversa tipologia, spesso senza richiedere una registrazione obbligatoria dell'inserzionista. Per tale ragione chi traffica illecitamente sostanze stupefacenti e psicotrope è attirato da questa tipologia di siti, che garantiscono l'anonimato e riducono il rischio di essere individuati dalle Forze dell'Ordine.

Garanzia anonimato

Responsabilità dell'inserzionista

Questi portali scaricano la responsabilità delle informazioni pubblicate sugli inserzionisti, dichiarando che non possono essere inseriti annunci con scopi illeciti

(ad esempio vendita di droghe) e che ogni inserzionista è responsabile degli eventuali illeciti in relazione ai propri annunci. In caso di violazione delle condizioni del servizio, l'annuncio viene rimosso e l'inserzionista viene segnalato alle autorità competenti, sempre se identificabile.

Conclusioni

L'attività di monitoraggio su web, inserita nell'ambito del Sistema Nazionale di Allerta Precoce del Dipartimento Politiche Antidroga, ha evidenziato come l'acquisto online di sostanze sia attuale e diffuso anche nel nostro Paese, ponendo una grossa sfida sia in termini di contrasto nella lotta alla droga, sia di carattere medico. L'indagine ha permesso di individuare e oscurare un certo numero di siti e pagine online, e di raccogliere una serie di informazioni che possono essere utili per i professionisti che operano nell'ambito della salute pubblica, poiché descrivono trend di consumo, tendenze emergenti e diffusione di nuove droghe per uso ricreazionale.

Il monitoraggio online, quindi, si rivela un utile strumento per esaminare i trend epidemiologici relativi al consumo di sostanze acquistate su Internet nel nostro paese, per contrastare il traffico illecito di stupefacenti sul web e, quindi, per preservare la popolazione dei consumatori da possibili episodi di intossicazione acuta che potrebbero mettere a repentaglio la loro salute.

Riferimenti bibliografici

1. Internet World Stats 2011 (consultato in data 30/05/2012, http://www.internetworldstats.com/).
2. Hillebrand J, Olszewski D, Sedefov R (2010) Legal Highs on the Internet, Substance Use & Misuse, 45:330–340.
3. Osservatorio Europeo sulle Droghe e sulle Tossicodipendenze (2011a), Online sales of new psychoactive substances/'legal highs': summary of results from the 2011 multilingual snapshots, Lisbon.
4. EMCDDA–Europol 2011 Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA-Lisbon, April 2012.
5. International Narcotics Control Board (2012), Illegal Internet pharmacies and seizures of licitly manufactured substances ordered via the Internet and delivered through the mail, in: Report of the International Narcotics Control Board for 2011.
6. Sistema Nazionale di Allerta Precoce (2011), Il fenomeno dei cannabinoidi sintetici e le azioni di contrasto e controllo degli smart shop, Dipartimento Politiche Antidroga, Roma.

IV.1.3. Prevenzione dei Rave Party illegali

IV.1.3.1. Introduzione

Il fenomeno rave: pericoloso e fuori controllo

I rave party sono eventi musicali spesso illegali, frequentati da fasce di popolazione a rischio per l'abuso di alcol e droga. Tali comportamenti sono 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, e risultano privi di ogni tipo di autorizzazione prefettizia o di assistenza sanitaria, che possa intervenire in caso di intossicazioni da sostanze stupefacenti e/o alcoliche.

I social media come canale per il passaparola

Le informazioni relative all'organizzazione degli eventi musicali illegali circolano in modo filtrato e nascosto, a causa della necessità degli organizzatori di mantenere segreto l'evento, la location 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.

IV.1.3.2 .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 risulta 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 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.

Obiettivi specifici

È importante, quindi, riuscire a individuare tempestivamente dove potrebbero svolgersi tali eventi al fine di:

- obbligare gli organizzatori ad adottare tutte le misure previste dalle normative 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;
- nell'impossibilità di impedire l'evento per cause di forza maggiore o per tardiva segnalazione, o per insufficiente informazioni sulla località di svolgimento, fare in modo che possano essere attivati, all'interno di tali manifestazioni, interventi di prevenzione secondaria, al fine di ridurre il rischio di overdose;
- dopo lo svolgimento dell'evento illegale, predisporre, tramite le Forze dell'Ordine, il sequestro delle attrezzature sonore ed impiantistiche utilizzate per la realizzazione della manifestazione musicale illegale, individuando i responsabili e procedendo nei loro confronti secondo quanto previsto dalla legge.

Tabella IV.1.3: 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: Sistema Nazionale di Allerta Precoce Dipartimento Politiche Antidroga

IV.1.3.3. Risultati

Di seguito si riporta la tabella degli eventi musicali illegali individuati attraverso 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 2010– 14 aprile 2012.

87 eventi musicali illegali individuati

Il monitoraggio ha portato all'individuazione di 87 eventi musicali illegali. Di questi, 84 sono stati segnalati per competenza a Prefettura, Questura, Comune e, per conoscenza, alla Procura della Repubblica del luogo dove l'evento si sarebbe tenuto e alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, al fine di verificarne la legalità.

36,8% degli eventi è stato impedito, 21,8% gestito

Degli 87 eventi illegali individuati e segnalati, 32 sono stati impediti (36,8%), cioè fermati prima che si svolgessero; 19 sono stati gestiti con l'intervento in loco delle Forze dell'Ordine (21,8%) e 33 sono avvenuti comunque, nonostante la segnalazione del Dipartimento Politiche Antidroga (37,9%).

Figura IV.1.23: Mappatura dei rave segnalati dal Dipartimento Politiche Antidroga (28 ottobre 2010– 14 aprile 2012) in ordine cronologico di individuazione e segnalazione.



***Evento segnalato e non impedito per cause di forza maggiore o per tardiva segnalazione o per insufficiente informazioni sulla località di svolgimento*

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce 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 online (blog, forum, ecc.) dove organizzatori e partecipanti lasciano commenti sull'evento avvenuto o impedito. L'esito riportato, quindi, è la risultanza di quanto riferito dalle Forze dell'Ordine e dei commenti pubblicati online dai partecipanti all'evento.

Eventi non segnalati

Quelli indicati in Tabella IV.1.3 come "Evento non segnalato" sono i 3 eventi di cui non si è riusciti a raccogliere sufficienti informazioni circa il luogo dove si sarebbero tenuti e che, quindi, non è stato possibile segnalare alle Amministrazioni territoriali per mancanza di notizie.

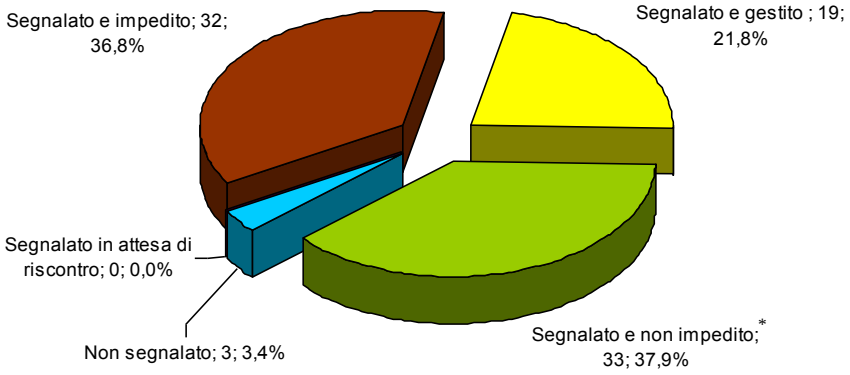
Il periodo medio di anticipo delle segnalazioni è stato di 24 ore.

Tempo di anticipo: 24 h

Come si evince dalla Figura IV.1.24 oltre la metà degli eventi individuati (58,6%) 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.

58,6% degli eventi è stato impedito o gestito

Figura IV.1.24: Esito degli eventi musicali illegali segnalati dal Dipartimento Politiche Antidroga a Prefetture, Questure, Comuni, Procure e Direzione Centrale per i Servizi Antidroga.



**Evento segnalato e non impedito per cause di forza maggiore o per tardiva segnalazione o per insufficiente informazioni sulla località di svolgimento*

Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce Dipartimento Politiche Antidroga

Inoltre, l'azione delle Forze dell'Ordine ha portato complessivamente al sequestro di 1,651 kg di stupefacenti tra marijuana, hashish, ecstasy, eroina e cocaina; all'identificazione di 373 persone tra organizzatori e partecipanti a eventi illegali; alla segnalazione o denuncia di 61 persone per violazione di terreni privati o detenzione di stupefacenti; all'arresto di 2 persone in base all'art.73 DPR 309/90 che regolamenta il possesso e lo spaccio di stupefacenti (Tabella IV.1.4). Infine ha portato al ritiro di 2 patenti per guida in stato di ebbrezza e al sequestro di 2 impianti audio. Due locali pubblici sono stati sospesi dall'attività per 15 giorni e un locale è stato diffidato dall'ospitare manifestazioni musicali.

1,651 kg di stupefacenti sequestrati; 373 persone identificate; 61 denunce, 2 arresti

Sono state emesse 9 ordinanze di "mirato allertamento" con l'intento di eseguire controlli approfonditi sul territorio e per intensificare l'attività info-investigativa in collaborazione con la Digos, i Reparti Speciali e le unità cinofile nei comuni di Reggio Emilia, Trento, Forlì-Cesena, Prato, Gorizia, Trucazzano, Bergamo, Siracusa e Ravenna. Da segnalare, a questo proposito, la duplice ordinanza emessa dal Comune di Trucazzano, in provincia di Milano, la prima delle quali per "requisire le aree abusive occupate", la seconda per sancire il "divieto di utilizzo di aree pubbliche per manifestazioni non autorizzate".

9 ordinanze emesse per intensificare i controlli nelle zone segnalate

Tabella IV.1.4: 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	Controlli effettuati dalle FFOO
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
4	FUCK DISCO BUSINESS	13/11/2010	tra Reggio Emilia e Parma	Evento segnalato e non impedito*	Informazioni non sufficienti per procedere
5	METODIC ILLUSION	13/11/2010	Bologna area	Evento non segnalato*	Informazioni non sufficienti per procedere
6	PANIC ROOM	14/11/2010	assente (spiaggia)	Evento non segnalato*	Informazioni non sufficienti per procedere
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
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	Controlli effettuati dalle FFOO
12	DIRTY FOX	15/01/2010	Forlì	Evento segnalato e gestito	Controlli effettuati dalle FFOO
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*	Segnalazione in approfondimento dalle FFOO
16	ALIEN SPIRIT _ THE RETURN	22/01/2010	Reggio Emilia	Evento segnalato e non impedito*	Segnalazione in approfondimento dalle FFOO
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 non impedito*	Segnalazione in approfondimento dalle FFOO
19	TRaVeL DiSToRTioN	29/01/2011	Milano	Evento segnalato e non impedito*	Segnalazione in approfondimento dalle FFOO
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*	Segnalazione in approfondimento dalle FFOO
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	Controlli effettuati dalle FFOO
26	STEREOGTRAPHIC SIGNAL	12/03/2011	Firenze	Evento segnalato e in attesa di riscontro	-
27	GANAPATHY	19/032011	Mariotto (BA)	Evento segnalato e non impedito*	Segnalazione in approfondimento dalle FFOO
28	FUCK YOU REVOLUTION	02/04/2011	Civitella del Tronto (TE)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
29	FLUSSO ODICO	09/04/2011	Cremona	Evento segnalato e gestito	evento in approfondimento dalle FFOO
30	BANDITOS	06/05/2011	Randazzo (CT)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
31	BACK TO THE OLD SCHOOL	20/5/2011	Prato	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO
32	DISTRUKTION DAY	20/5/2011	Trento	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
33	FREEDOM ACT 2°	21/05/2011	Forlì	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
34	SPRING WAVE	28/05/2011	Trento	Evento segnalato e gestito	Organizzatori contattati dalle FFOO
35	BACK TO THE TRACK	01/06/2011	Gorizia	Evento segnalato e impedito	Organizzatori contattati dalle FFOO
36	BLUE MOONSHINE PARTY	11/06/2011	Ostellato (FE)	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
37	GOA WAVE REVENGE	10/06/2011	Caldaro (BZ)	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO
38	FESTA DELL'ACQUA	11/06/2011	Trucazzano (MI)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
39	IMSONIAK	18/06/2011	Bergamo	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
40	SUMMERTEK	25/06/2011	Pisogne (BS)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
41	HAPPYTEK IN THE GARDEN	2/7/2011	Padova	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
42	PELAGO OFF	1-4/07/2011	Pelago (FI)	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
43	MAGIC FOREST	1-3/07/2011	Mattinata (FG)	Evento segnalato e non impedito*	-

continua

continua

N	Nome evento	Data prevista	Luogo	Esito	Note
44	ENTALPIA	09/07/2011	Bergamo	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO
45	FREE PARTY IN THE BEACH	09/07/2011	Siracusa	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
46	NAMELESS SOUND SYSTEM	09/07/2011	Napoli	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
47	MINIMAL SHOW	16/07/2011	Padova	Evento segnalato e impedito	Organizzatori contattati dalle FFOO
48	TEK IN DHA WOOD	22/07/2011	Asiago (VI)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
49	SOUND LIKE THIS	23/07/2011	Padova	Evento segnalato e in attesa di riscontro	-
50	HUMAN REVOLUTION	23/07/2011	Castel San Pietro Terme (BO)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
51	AMPOLLINOTEK	dal 27/7 al 7/8	Sangiovanni in fiore (CZ)	Evento segnalato e non impedito*	Evento In approfondimento dalle FFOO
52	BIG PARTY	30/07/2011	Catania	Evento segnalato e in attesa di riscontro	-
53	GANG BANG	06/08/2011	Bologna	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO
54	SICIL TEK	13/08/2011	Siracusa	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
55	DISTRUKTION DERBY ON THE BEACH	13-15/08/2011	Lido di volano (FE)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
56	SUSPIRIA	10/09/2011	Trento	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
57	RITORNO ALLE ORIGINI	17/11/2011	Apiro (MC)	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
58	SYSTEM 432	24/09/2011	Udine	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
59	FUCK THE BUSINESS	01/10/2011	Roma	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
60	ORANGE TEK	07/10/2011	Piove di Sacco (PD)	Evento segnalato e non impedito*	Comunicazione ricevuta tardi dalle FFOO
61	WAREHOUSE PARTY	15/10/2011	Bologna	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO
62	BADLAND's RUMBLE	15/10/2011	Bologna	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
63	THE AWAKENING OF KUNDALINI	22/10/2011	Costa Etruschi (LI)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
64	STRINPInPICC	22/10/2011	Granarolo nell'Emilia (BO)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
65	REMEMBERTEK	29/10/2011	Lido di volano (FE)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO

continua

continua

N	Nome evento	Data prevista	Luogo	Esito	Note
66	TEKNO PARTY In the mountain	29/10/2011	Frisanco (PN)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
67	DANCING WITH THE PSY	12/11/2011	Meldola (FC)	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO
68	INDIAN SYSTEM	12/11/2011	Acquaviva (TN)	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO
69	BLADE VERTIGO	19/11/2011	Milano (MI)	**?**	
70	Illegal Show Builderz (IT) Vs Oblik Dfroke (FR)	19/11/2011	Bologna (BO)	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
71	LOZIO TEKNO	26/11/2011	Lozio (BS)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
72	Brainstorming tekno party	26/11/2011	Tivoli (RM)	**?**	
73	Limit Less	03/12/2011	Padova (PD)	Evento segnalato e impedito	Intervento delle FFOO
74	Twilight TWIST	07/12/2011	Cesano Boscone (MI)	Evento segnalato e gestito	Intervento delle FFOO
75	ASS KIKERS	17/12/2011	Chioggia (VE)	Evento segnalato e impedito	Controlli effettuati dalle FFOO
76	LABEFANA	05/01/2012	Scalo San Donato(BO)	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
77	HARD PANIK	14/01/2012	Padova (PD)	Evento segnalato e gestito	Controlli effettuati dalle FFOO
78	BRAIN FUSION	21/01/2012	Rozzano (MI)	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
79	TRAVELLING WITHOUT MOVING	04/02/2012	Rho (MI)	Evento segnalato e gestito	Controlli effettuati dalle FFOO
80	KING OF THE DREAMS	10/02/2012	PD	Evento segnalato e gestito	Controlli delle FFOO
81	KARNIVAL	17/02/2012	MI	Evento segnalato e non impedito*	Le FFOO non hanno approfondito i controlli
82	INDIPENDENCE DAY	02/03/2012	Sarego (VI)	Evento segnalato e non impedito*	Le FFOO in approfondimento dalle FFOO
83	ELECTRO TEKNO PARTY	09/03/2012	Vasto (CH)	Evento segnalato e impedito	Controlli delle FFOO
84	STEEL DRUMMERS	09/03/2012	Foggia (FG)	Evento segnalato e non impedito*	Le FFOO in approfondimento dalle FFOO
85	Happy birthday Athnony	15/03/2012	Conversano (BA)	Evento segnalato e impedito	Controlli delle FFOO
86	PASQUATEK	07/04/2012	Trento (TN)	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO
87	THIS IS MY HOUSE	07/04/2012	Bologna (BG)	Evento segnalato e non impedito*	Evento in approfondimento dalle FFOO

**Evento segnalato e non impedito per cause di forza maggiore o per tardiva segnalazione o per insufficiente informazioni sulla località di svolgimento*

IV.1.3.4. Conclusioni

Rave parties: fenomeno italiano

I dati portano a considerare l'unità di monitoraggio web del Sistema Nazionale di Allerta Precoce come un valido strumento di prevenzione e controllo dei luoghi e dei momenti in cui i giovani sono più esposti al rischio di assumere sostanze compromettendo, anche fatalmente, la propria salute e quella degli altri. I risultati sopra riportati, in termini di attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce e di esiti dei controlli eseguiti da parte delle Forze dell'Ordine, evidenziano come il fenomeno dei rave party sia di estrema attualità nel nostro Paese e quanto sia ampia la loro diffusione sul territorio.

Necessario mantenere attivo il monitoraggio

Si rende necessario, quindi, mantenere attivo il monitoraggio online sino ad ora condotto e di continuare a lavorare con le Forze dell'Ordine e le Amministrazioni Locali coinvolte, in quanto l'attività si è rivelata un efficace strumento di prevenzione sanitaria per evitare casi di intossicazioni e di invalidità droga e alcol correlata tra i frequentatori di rave party, in particolare tra i giovani, nonché un utile metodo per individuare persone che trafficano e spacciano sostanze stupefacenti, mettendo in pericolo la salute dei consumatori.

IV.1.4. Metodi congiunti di controllo e contrasto

IV.1.4.1. Introduzione

Nel corso del 2011, un aspetto che è andato rafforzandosi in maniera importante nell'ambito del Sistema Nazionale di Allerta Precoce è la collaborazione con il Ministero della Salute e con le Forze dell'Ordine, in particolare con il Nucleo Antisofisticazione dell'Arma dei Carabinieri, che ha permesso di fare chiarezza e di rendere più efficaci le azioni da intraprendere a livello nazionale quando una nuova molecola viene identificata. Nella fattispecie, le principali possibilità di azione vengono riassunte in:

1. Aggiornamento delle Tabelle del DPR 309/90
2. Emanazione di ordinanze sanitarie urgenti
3. Attivazione di altre misure di sicurezza finalizzate ad impedire il traffico e lo spaccio delle nuove sostanze

Di seguito si descrivono tali azioni nel dettaglio e se ne riportano i principali risultati.

IV.1.4.2. Aggiornamento delle Tabelle del DPR 309/90

Inserimento in Tabella di nuovi cannabinoidi e catinoni sintetici: 2 decreti

A seguito delle segnalazioni ricevute, e nell'ambito della procedura operativa per l'attivazione delle misure di sicurezza per la salute, relative alle nuove sostanze stupefacenti e psicotrope individuate, attraverso l'attività del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, concordata tra il Dipartimento Politiche Antidroga e il Ministero della Salute, sono stati firmati, nel 2011, 2 decreti per inserire le nuove molecole in Tabella I del DPR 309/90.

In particolare, con il Decreto del 16 maggio 2011 (GU n.112 del 16/5/2011) sono state rese illegali il 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. Inoltre, il catinone sintetico butilone o bk-MBDB, taluni analoghi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone e il cannabinoide sintetico AM-694 e analoghi di struttura derivanti dal 3-benzoilindolo sono stati inseriti in Tabella I con Decreto 29 dicembre 2011 (G.U. n. 3 del 4 gennaio 2012).

I suddetti decreti si aggiungono quindi al Decreto del 16 giugno 2010 (G.U. del 25 giugno 2010) con cui venivano resi illegali i cannabinoidi sintetici JWH-018, JWH-073 e il catinone sintetico mefedrone.

IV.1.4.3. Emanazione di ordinanze sanitarie urgenti

Attivazione di altre misure di sicurezza

Il Ministro della Salute, tramite gli Uffici competenti, ravvisata l'urgenza a seguito della ricezione di una comunicazione del Sistema Nazionale di Allerta Precoce, può emanare un'ordinanza in materia di igiene e sanità pubblica finalizzata all'immediato ritiro dei prodotti commerciali contenenti la sostanza individuata sul territorio nazionale. Nella fattispecie, inoltre, può essere emanata un'ordinanza per il divieto di fabbricazione, di importazione, di immissione sul mercato, di commercio e di uso dei prodotti contenenti la sostanza che ha determinato l'allerta. Contemporaneamente, le autorità sanitarie e di controllo e gli organi di polizia giudiziaria e postale possono venire attivati per vigilare sull'osservanza del provvedimento (Direzione Generale della Prevenzione).

IV.1.4.4. Attivazione di altre misure finalizzate ad impedire il traffico e lo spaccio

Codice del Consumo

1. Qualora la sostanza segnalata dall'allerta non fosse contenuta in prodotti quali alimenti o medicinali, il Ministero della Salute – DG Prevenzione, Ufficio IV - attiva la procedura prevista dall'art. 107 del Codice Consumo, sulla base del D.Lgs. 206 del 6 settembre 2005 (Direzione Generale della Prevenzione).

Attivazione RAPEX

2. Nel caso le sostanze stupefacenti vengano introdotte e commercializzate, in Italia o in Europa, attraverso prodotti del tipo "non food", si potrà valutare anche l'attivazione, se opportuna e necessaria, del Sistema RAPEX (European Rapid Alert System for non-food consumer products) (Direzione generale della prevenzione del Ministero della Salute).

Attivazione RASFF

3. Se la sostanza segnalata dall'allerta è presentata come alimento o è contenuta in prodotti alimentari, il Ministero della Salute – Direzione generale per l'igiene e la sicurezza degli alimenti e la nutrizione, verifica l'eventuale notifica del prodotto e, se necessario, attiva il RASFF (Rapid Alert System for Food and Feed), il sistema di allerta comunitario per notificare in tempo reale i rischi diretti o indiretti per la salute pubblica connessi al consumo di alimenti o mangimi (Regolamento CE 178/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio e Regolamento CE 16/2011). L'attivazione del RASFF avviene secondo le procedure previste in sede Comunitaria, utilizzando le apposite schede di notifica.

Sequestro cautelativo

4. Nel caso in cui le sostanze stupefacenti vengano introdotte e commercializzate, in Italia o in Europa, attraverso prodotti di tipo cosmetico, il Ministero della salute potrà valutare l'attivazione del sequestro cautelativo da parte dell'Ufficio VII della Direzione generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure.

AIFA

5. Nel caso in cui le sostanze stupefacenti vengano commercializzate illegalmente in Italia e risultino sostanze farmacologicamente attive (API), o farmaci, si potrà valutare anche l'attivazione del sequestro cautelativo da parte dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA).

IV.1.4.5. Risultati dell'attività

Attivazione delle Forze dell'Ordine

Pubblicati i decreti ed emanate le ordinanze, il Ministero della Salute, in collaborazione con il Dipartimento Politiche Antidroga, informa tutte le Procure, le Prefetture e le Questure, comunicando l'avvenuto aggiornamento delle Tabelle DPR 309/90 e invitandole ad attivare opportune e tempestive azioni di controllo e verifica su tutto il territorio nazionale, per l'individuazione ed il riscontro delle nuove molecole.
Inoltre, il Ministero della Salute attiva in via prioritaria e diretta il Nucleo Antisofisticazioni dell'Arma di Carabinieri che ha il compito di monitorare l'osservanza dei decreti e delle ordinanze. In particolare, vengono messi sotto controlli gli esercizi commerciali, generalmente denominati smart shop, che possono vendere prodotti riconosciuti come pericolosi per la salute o contenenti sostanze illegali.

Esiti dei controlli

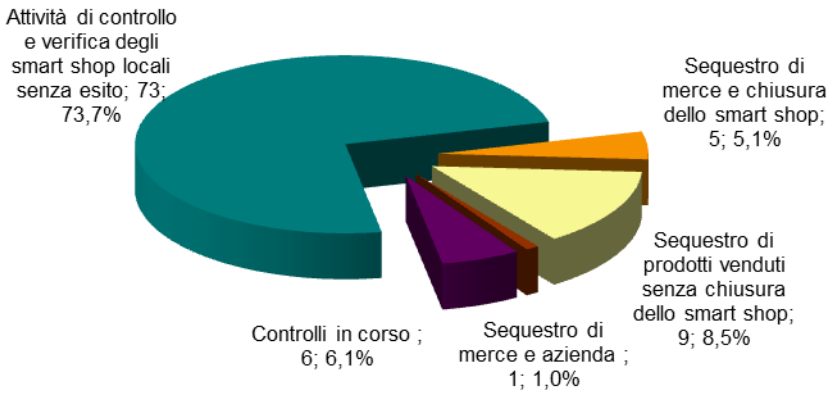
L'insieme di tali azioni ha condotto al controllo e al sequestro di numerosi esercizi commerciali del tipo smart shop e al sequestro di numerosi prodotti del tipo herbal blend o sali da bagno contenenti le nuove sostanze illecite.
In dettaglio, sono stati condotti controlli in 94 città italiane. Nel 5,1% dei casi, le attività hanno condotto al sequestro dell'esercizio commerciale e dei prodotti in esso venduti; nell'8,5% dei casi, al sequestro dei prodotti senza la chiusura dell'esercizio. In un caso è stata sequestrata una ditta distributrice di prodotti contenenti cannabinoidi sintetici.

Figura IV.1.25: Localizzazione delle operazioni di controllo degli smart shop da parte delle Forze dell'Ordine su indicazione del Ministero della Salute e del Dipartimento Politiche Antidroga.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce Dipartimento Politiche Antidroga

Figura IV.1.26: Esito delle attività operazioni di controllo degli smart shop da parte delle Forze dell'Ordine su indicazione del Ministero della Salute e del Dipartimento Politiche Antidroga.



Fonte: Sistema Nazionale di Allerta Precoce Dipartimento Politiche Antidroga

IV.1.4.6. Conclusioni

La collaborazione del Dipartimento Politiche Antidroga con il Ministero della Salute e le Forze dell'Ordine, in particolare con il Nucleo Antisofisticazioni dell'Arma dei Carabinieri, ha permesso di ridurre in Italia i punti di offerta dei prodotti contenenti sostanze illecite o comunque pericolose per la salute dei consumatori e quindi a ridurre la possibilità che si verificassero nuovi casi di intossicazioni acute correlate all'assunzione delle nuove sostanze. Pertanto, l'attività congiunta verrà mantenuta per la sua finalità di sanità pubblica e di contrasto alla circolazione di nuove droghe sul territorio.

CAPITOLO IV.2.

MERCATO DELLA DROGA E INTERVENTI DI CONTRASTO

IV.2.1. Produzione, offerta e traffico di droga

IV.2.2. Prezzo e purezza

IV.2.2.1 Prezzo

IV.2.2.2 Purezza

IV.2.3 Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti

IV.2.4 Interventi delle Forze dell'Ordine

IV.2.4.1 Persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90

IV.2.4.2 Deferiti alle Autorità Giudiziarie per reati in violazione al DPR 309/90

IV.2.5. Interventi della Giustizia

IV.2.5.1 Procedimenti penali pendenti e condanne

IV.2.5.2 Ingressi negli istituti penitenziari per adulti

IV.2.5.3 Ingressi negli istituti penali per minorenni

IV.2.6. Criminalità droga-correlata

IV.2. MERCATO DELLA DROGA

Premessa

In questa sezione vengono descritte le caratteristiche dell'offerta di sostanze illecite sul mercato nazionale. Tali informazioni sono necessarie per poter formulare eventuali ipotesi su possibili evoluzioni future della domanda di consumo di sostanze psicoattive, consapevoli dello scenario sempre più complesso ed in evoluzione che vede la continua comparsa e introduzione nel mercato di nuove sostanze o mix di sostanze già note, dagli effetti parzialmente o totalmente sconosciuti.

DCSA: la principale fonte informativa

Il profilo conoscitivo descritto in questa sezione deriva dalle elaborazioni condotte sui dati rilevati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno e con riferimento alla relazione annuale sul traffico di droga nel Paese, alla quale si rimanda per ulteriori dettagli ed approfondimenti.

IV.2.1. Produzione, offerta e traffico di droga[1]

Ruolo della criminalità organizzata

La criminalità organizzata è sempre più globalizzata e si contraddistingue, oltre che per una costante internazionalizzazione, anche per una maggiore transnazionalità, instaurando cooperazioni con gruppi delinquenziali di differenti Paesi per gestire in modo più efficace i propri affari. Tali due connotazioni si riscontrano soprattutto per il narcotraffico, che ne rappresenta la manifestazione più tipica. Così, il mercato delle droghe diventa ancor più esteso non solo per il proliferare delle sostanze psicoattive illecite o per la creazione di nuovi mercati e nuove rotte, ma soprattutto per la miriade e varietà di soggetti e organizzazioni coinvolti e collegati tra loro. Il traffico di droghe non solo sviluppa, riproduce e rafforza i gruppi criminali coinvolti, ma contribuisce a generare ed estendere il sistema relazionale che li lega e ruota attorno ad essi, superando i confini nazionali e consentendo lo sviluppo di network criminali transfrontalieri, che gestiscono produzione, lavorazione, traffico, brokeraggio e spaccio con un sistema di tipo reticolare. Inoltre, negli ultimi anni si assiste al fenomeno del politraffico delle droghe, il quale, al fine di venire sempre di più incontro alla variegata e mutevole domanda di consumo, rafforza gli accordi e l'integrazione tra le molteplici organizzazioni.

Traffico di droga gestito da associazioni di tipo mafioso

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

Il più recente quadro nazionale, che emerge sia dall'analisi delle informazioni e dei dati raccolti, collazionati, processati ed elaborati dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga che dall'attività di coordinamento, anche in ambito internazionale (attività investigative condotte dalle Forze di Polizia italiane), rispecchia lo scenario mondiale. Infatti, tale profilo fa riferimento alla gestione di gran parte del traffico delle sostanze stupefacenti contrassegnata da qualificate e specializzate associazioni a delinquere, che cercano collaborazioni e intese operative. Tra queste spiccano le autoctone e tradizionali strutture a connotazione mafiosa (Cosa Nostra, 'Ndrangheta, Camorra e criminalità organizzata pugliese) le quali, con diffuse e consolidate ramificazioni sia extra-regionali che all'estero, sono in grado di gestire traffici internazionali di vaste proporzioni oltre che una attività a livello locale. Sono favorite anche dalla peculiare posizione dell'Italia (al centro del Mare Mediterraneo, allo sbocco terrestre e marittimo della nota "rotta balcanica", vicina alle coste del Nord Africa, importante zona di stoccaggio oltre che di produzione di sostanze stupefacenti), nonché dalla sua conformazione geografica con migliaia di chilometri di coste. Tali fattori rendono l'Italia una delle principali porte di accesso per l'Europa e quindi uno snodo cruciale e strategico per tutte le rotte dei traffici internazionali, leciti e illeciti.

[1] Tratto dal rapporto annuale relativo al traffico delle sostanze stupefacenti nel 2011 della Direzione Centrale per i Servizi Antidroga. – Parte Seconda – Stato e andamento del narcotraffico in Italia. http://img.poliziadistato.it/docs/Ann_2011_Parteseconda.pdf

Grande numero di piante di cannabis sequestrate

Nel dettaglio, il "bilancio di esercizio" del 2011 relativo al contrasto al narcotraffico in Italia registra il sequestro di oltre 39.000 Kg di sostanze stupefacenti e più di un milione di piante di cannabis. Più specificamente, l'aumento dei quantitativi sequestrati è stato rilevato per la marijuana, la cocaina e le c.d. "altre droghe". In tale ultima voce rientrano le più disparate sostanze, appartenenti a diverse categorie (allucinogeni, stimolanti, ansiolitici ecc..); in particolare, si sono registrati svariati e consistenti sequestri di "khat", droga naturale con effetti amfetaminici a consumo prevalentemente etnico, la cui pianta cresce tradizionalmente nella penisola arabica e nell'Africa orientale.

Al complessivo sequestro di sostanze stupefacenti effettuato sul territorio nazionale, va aggiunto, nel 2011, il sequestro di 5.707,88 kg. di droga effettuato all'estero, dalle competenti Forze di Polizia, grazie alle segnalazioni ed alla attività di coordinamento internazionale svolta dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga nonché alla conseguente attività delle Forze di Polizia italiane impegnate in investigazioni con sviluppi esteri ovvero di supporto ad operazioni internazionali.

Elevato numero di persone segnalate Aumento delle operazioni antidroga rispetto al 2010

Sempre nel 2011 si conferma elevato il numero delle persone segnalate all'Autorità Giudiziaria in Italia per reati connessi alla droga e vi è, inoltre, un aumento del numero delle operazioni antidroga rispetto al 2010 (oltre il 4%).

Nel settore della cocaina (il più redditizio del narcotraffico) si è avuto, a fronte di un aumento del 65% del quantitativo sequestrato, un lieve calo (2,48%, da 7.129 a 6.952) del numero di operazioni. L'analisi dei sequestri effettuati alle frontiere fa emergere un ulteriore dato che caratterizza l'anno 2011 relativamente alla cocaina, questa sostanza, infatti, tradizionalmente la più sequestrata negli aeroporti (soprattutto a Milano Malpensa e Roma Fiumicino) è diventata la sostanza stupefacente più sequestrata anche nei porti della penisola. Oltre all'ormai noto porto di Gioia Tauro (RC), spiccano quello di Genova e soprattutto i porti di Livorno, La Spezia e Alghero. In tali ultime tre strutture nel quinquennio passato erano stati registrati sequestri di droga pressoché irrisori o inesistenti.

Aumento dei sequestri di cocaina nei porti italiani

Dall'attività investigativa degli ultimi anni emerge una strategia delle principali organizzazioni criminali (specie 'Ndrangheta e Camorra) tendente a introdurre direttamente sul territorio italiano ingenti quantitativi di cocaina, bypassando la fase di transito e stoccaggio nella penisola iberica o nei Paesi Bassi, tradizionali porte di ingresso in Europa per la cocaina sudamericana. Ne è testimonianza, per quanto riguarda la rotta marittima, il fatto che i sequestri di cocaina nei porti italiani, pari nel 2008 a 610,72 kg., sono passati a 1.358,86 kg. nel 2009, 1.331,44 kg. nel 2010 e 3.626,54 kg. nel 2011.

Il valore complessivo medio sul mercato delle sostanze stupefacenti sequestrate dalle Forze di Polizia nel corso del 2011 è di circa 467 milioni di euro (cifra nella quale non è ricompreso quello delle droghe sintetiche, difficile da stimare per le innumerevoli tipologie esistenti). L'analisi dell'andamento dei prezzi all'ingrosso e al dettaglio può far pensare ragionevolmente che la droga, nonostante il suo valore al dettaglio sia in continua e costante diminuzione, rappresenta, un "bene rifugio" per la criminalità organizzata, rassicurata dal fatto di investire in un bene sicuro, sempre di largo consumo. 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 in parte a trasparire dal numero dei denunciati appartenenti alle associazioni previste e punite dall'art. 74 del D.P.R. 309 del 1990. Infatti, Sicilia, Puglia, Campania e Calabria continuano a esprimere insieme, anche nel 2011, quasi la metà del numero dei denunciati per tale più grave reato e in modo equamente distribuito tra di esse (Sicilia con il 12,02% del totale nazionale, la Puglia con l'11,60%, la Campania con l'11,40% e la Calabria con l'11,17%). I dati inerenti il coinvolgimento delle associazioni criminali nel narcotraffico mostrano che Cosa Nostra ha implementato il proprio ruolo nei

Sicilia, Puglia, Campania e Calabria: maggior numero di denunciati

grandi traffici di stupefacenti, sia rivitalizzando canali e contatti grazie ai quali è stata nel passato indiscussa protagonista nel traffico dell'eroina con il Nord America, sia stipulando ulteriori intese e accordi per ottenere nuove referenze internazionali e sfruttare consolidati appoggi logistico-operativi, come in Sud America, Spagna e Nord Europa.
Il bisogno di attingere a nuove fonti di guadagno ha indirizzato anche verso la coltivazione di piante di cannabis, attività ritenuta fino a qualche tempo fa in Italia circoscritta, quasi domestica, e limitata a un uso personale.
In Calabria la 'Ndrangheta risulta uno degli attori principali del traffico mondiale di cocaina al punto che nel 2008 il Governo americano l'ha inclusa nella "lista nera" (Foreign Narcotics Kingpin Designation Act) delle principali organizzazioni non statunitensi dedite al narcotraffico; negli ultimi vent'anni ha fatto diventare l'Italia un centro strategico del traffico di cocaina in Europa, il secondo mercato di consumo dopo il Nord America. Inoltre, questa ha sfruttato notevolmente il traffico commerciale del porto di Gioia Tauro (RC), hub di transhipment importantissimo per le merci containerizzate provenienti da ogni parte del mondo e destinate principalmente ai mercati del Mediterraneo e dell'Europa continentale, tanto da trasformarlo in uno snodo nevralgico per il traffico di cocaina sudamericana. Lo scalo potrebbe divenire strategico anche per il traffico di merci che dalle economie emergenti (Sudest asiatico, India e Cina) vengono imbarcate verso i mercati di consumo occidentali e quindi anche per il traffico marittimo di eroina che da tali aree parte (porto di Karachi per l'eroina afghana e porto di Singapore per quella del Myanmar), nonché per quello di droghe sintetiche e di precursori, che, appunto, in Cina, India e Sudest asiatico vengono prodotti.

Traffico di cocaina sudamericana e traffico di merci del Sudest asiatico

Secondo puntuali analisi commerciali, le porta container provenienti dall'Asia e dirette in Occidente troverebbero conveniente, sia in termini di tempo che di costi, scaricare le merci a Gioia Tauro e da qui, lungo il corridoio ferroviario e autostradale, proseguire verso i porti del Nord Europa (Rotterdam, Amburgo, Anversa), per essere nuovamente caricate su porta container destinate al porto di New York, hub di tutto il Nord America e del Messico. Il pericolo è che ciò accresca ancor di più le potenzialità e la pericolosità della 'Ndrangheta anche nei traffici di eroina, droghe sintetiche e precursori.
A proposito dell'eroina, delle sue rotte e della criminalità organizzata italiana spicca sempre la Puglia, ove si conferma elevata, benché vi sia stato un calo del 39,54% nel 2011, la quantità di eroina sequestrata. Inoltre, la Puglia è la prima Regione per quantitativo di marijuana sequestrata (il 38,79% del totale nazionale): al porto di Bari ne sono stati sequestrati ben 1.468,37 kg. e altri 629,90 kg. in quello di Brindisi. Dunque il territorio pugliese si conferma un importante crocevia per l'approvvigionamento o il passaggio di droga (soprattutto eroina, in transito dalla "rotta balcanica", e marijuana, specie di produzione albanese e con un elevato principio attivo).

Puglia: smistamento e traffico dell'eroina

In conclusione, l'analisi statistica ed operativa illustra una situazione nazionale del narcotraffico che, riflettendo quella del più ampio contesto mondiale, vede un regime di "criminal agreement" con frequenti e funzionali saldature, 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 stranieri, siano essi produttori o loro rappresentanti ovvero intermediari.

IV.2.2. Prezzo e purezza

IV.2.2.1 Prezzo

L'andamento dei prezzi al dettaglio e all'ingrosso delle sostanze stupefacenti è una delle variabili che regola l'incontro tra domanda e offerta di sostanze; pertanto è una variabile di capitale importanza per la valutazione e l'analisi degli effetti delle politiche nazionali e internazionali di gestione delle politiche antidroga. Oltre a questo l'andamento dei prezzi, quando le variazioni sono significative, può far comprendere indirettamente l'andamento dei consumi. Un decremento del prezzo infatti, normalmente corrisponde ad un calo della domanda o all'entrata sul mercato di una sostanza competitiva o di altre reti di distribuzione alternative.
Attualmente la rilevazione dei prezzi è affidata alla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga che elabora i dati provenienti dalle forze di polizia di 12 città campione (Palermo, Reggio Calabria, Napoli, Bologna, Venezia, Firenze, Trieste, Torino, Roma, Genova, Milano, Verona).
Nel 2011 si registra una diminuzione dei prezzi massimi e minimi dell'hashish e della cocaina, diminuisce anche il prezzo massimo dell'acido lisergico (LSD) ed il prezzo minimo della marijuana. Si osserva, invece, un nuovo aumento dei prezzi massimi di eroina bianca ed ecstasy, mentre si mantiene stabile il prezzo (sia minimo che massimo) di eroina brown e amfetamine e il prezzo massimo della marijuana (Tabella IV.2.1).

Differenti variazioni dei prezzi:

diminuzione dei prezzi per cannabis e derivati, cocaina e LSD;

stabili per eroina brown e amfetamine;

aumento per eroina bianca ed ecstasy

Tabella IV.2.1: Prezzo minimo e massimo per unità (grammo/dose/pillola) di sostanza stupefacente – Anni 2010 e 2011

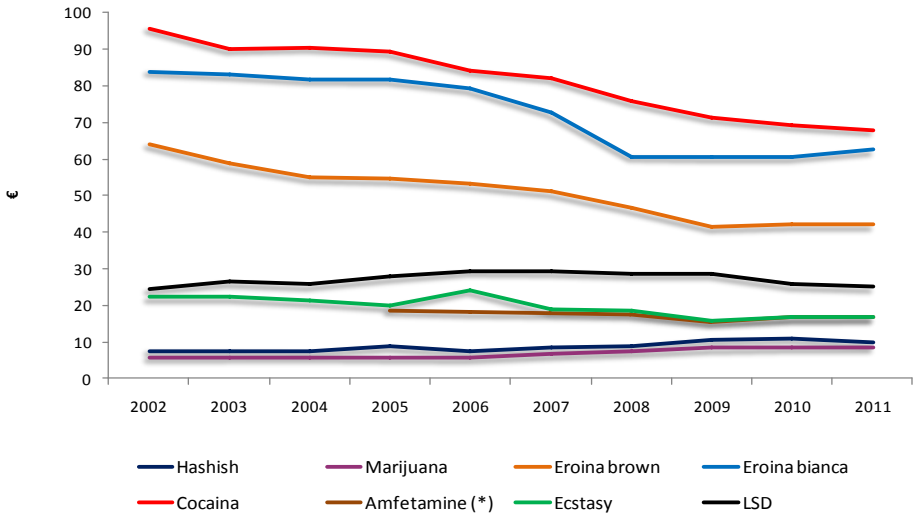
	Prezzo minimo			Prezzo massimo		
Sostanze	**2010**	**2011**	**Δ%**	**2010**	**2011**	**Δ%**
Hashish (gr)	8,9	8,3	-6,8	13,5	11,5	-14,2
Marijuana (gr)	7,7	7,2	-6,5	9,4	9,4	0,0
Eroina brown (gr)	35,5	35,5	0,0	48,4	48,4	0,0
Eroina bianca (gr)	53,3	53,3	0,0	68,3	72,0	+5,4
Cocaina (gr)	57,9	55,4	-4,3	80,4	80,3	-0,2
Amfetamine (gr)	16,0	16,0	0,0	17,4	17,4	0,0
Ecstasy (dose)	14,8	14,8	0,0	18,5	18,8	+1,4
LSD (dose)	23,3	23,3	0,0	28,2	27,0	-4,1

Fonte: Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Dal 2002 al 2011, la media dei prezzi è passata da 96 € a quasi 68 € per grammo per la cocaina e da circa 29 € a poco più di 25 € per una dose di LSD; aumenti minimi si sono registrati nell'ultimo anno in corrispondenza di eroina bianca ed ecstasy. Vi è una leggera diminuzione per l'hashish, mentre restano invariati i prezzi medi per amfetamine, eroina brown e marijuana; complessivamente si osserva una tendenza dei prezzi a ricompattarsi al ribasso (Figura IV.2.1).

Trend generale dei prezzi medi dal 2002 al 2011 in ribasso

Figura IV.2.1: Media dei prezzi per dose di sostanza psicoattiva. Anni 2002 – 2011



(*) I dati relativi al prezzo delle amfetamine sono disponibili solo dal 2005
Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

IV.2.2.2 Purezza

I dati di purezza delle sostanze stupefacenti derivano dalle analisi effettuate dalla Sezione Indagini sulle Droghe del Servizio Polizia Scientifica della Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato, inseriti nelle schede dell'European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addictions. I dati sono relativi sia ai sequestri di maggiori quantitativi che ai sequestri di droga da strada.

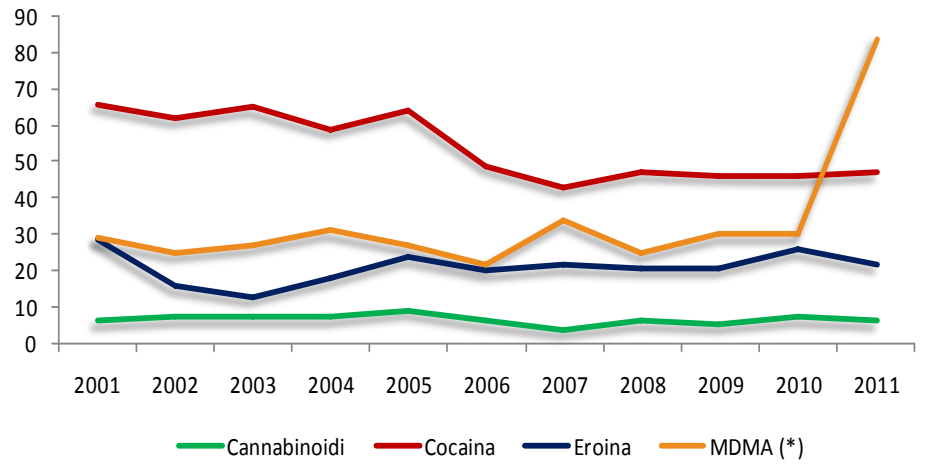
Diminuzione della % di principio attivo dei cannabinoidi e dell'eroina

Nel 2011, la percentuale media di principio attivo rilevata nei campioni analizzati è diminuita sia per i cannabinoidi (THC), passando dal 7% al 6%, che per l'eroina, passando dal 26 al 22%. La percentuale di sostanza pura nella cocaina è leggermente aumentata, mentre per quanto riguarda l'MDMA si passa da un peso di 30 mg per pasticca/unità nel 2010 ad un peso di 84 mg nell'anno 2011; tale risultanza tuttavia rappresenta l'esito delle analisi condotte su un campione esiguo di sostanze, essendo soggetto quindi ad elevata variabilità sia all'interno del campione che tra campioni di sostanze rilevati in periodi differenti (Figura IV.2.2 e Tabella IV.2.2).

Stabile la % di principio attivo nella cocaina

Aumento dei mg di MDMA per pasticca/unità

Figura IV.2.2: Percentuale media di sostanza pura riscontrata nelle sostanze rinvenute dalle FFOO negli anni dal 2001 al 2011



(*) Per l'MDMA viene riportato il trend del peso medio in mg per pasticca/unità.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Alta variabilità della quantità dei principi attivi

Nella tabella IV.2.2 sono contenuti i valori massimi, minimi, medi e mediani di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali nel 2011. La variabilità è molto elevata: dallo 0,4% al 14,8% per i cannabinoidi, dal 13% all'86% per la cocaina, dal 2% al 78% per l'eroina ed il peso dell'MDMA per pasticca/unità varia da un minimo di 35 mg ad massimo di 135 mg: tutte le variabili registrate possono dipendere anche dal mixing della tipologia dei sequestri (grosse partite o sequestri al dettaglio) che possono avere forti differenze di percentuale di principio attivo.

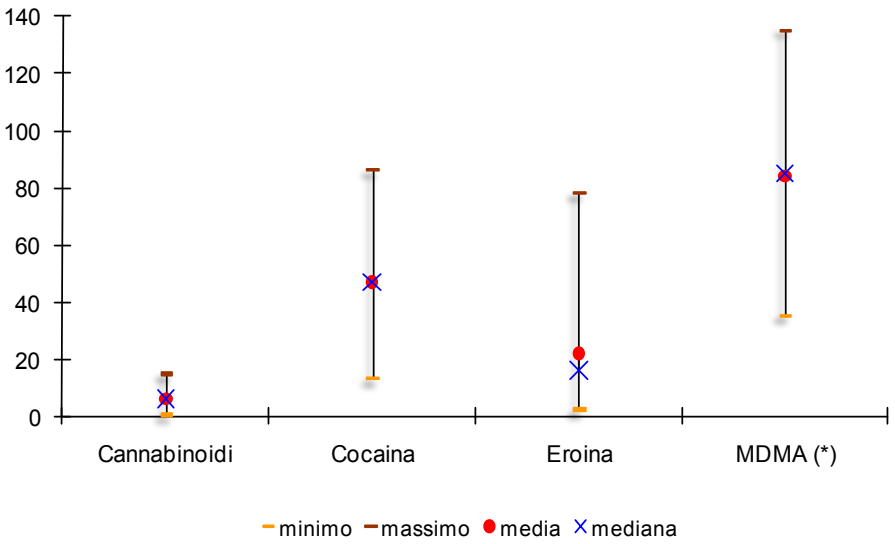
Tabella IV.2.2: Valori medi, minimi e massimi di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali. Anno 2011

	Cannabinoidi	Cocaina	Eroina	MDMA (*)
minimo	0,4	13	2	35
media	6,0	47	21,9	84
mediana	6,0	47	16	85
massimo	14,8	86	78	135

(*) Per l'MDMA vengono riportati i valori del contenuto in mg per pasticca/unità.

Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Figura IV.2.3: Variabilità nella quantità di principio attivo riscontrato nelle sostanze psicoattive illegali rinvenute dalle FFOO nel 2011



(*) Per l'MDMA vengono riportati i valori del contenuto in mg per pasticca/unità.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale Anticrimine della Polizia di Stato

Per la percentuale di principio attivo della cannabis e i suoi derivati va considerato però che nel 2012 si sono rilevati dal sistema di allerta valori di alcuni sequestri estremamente elevati (38% in piante di skunk e 58% in olio di hashish) con una tendenza alla selezione e produzione di piante con sempre più principio attivo. Questi dati preliminari dovranno essere verificati nel tempo con l'andamento delle offerte, verificabili via internet ed in relazione anche alla domanda dei clienti, la tendenza è quella di tentare di selezionare e introdurre sul mercato piante e modalità intensive di coltura in grado di produrre sempre maggiore presenza di THC.

IV.2.3 Operazioni e sequestri di sostanze stupefacenti

Le attività di contrasto delle Forze dell'Ordine al mercato delle sostanze illecite si concentrano su tre principali direttrici: la produzione, il traffico e la vendita. In questo paragrafo viene fornita una sintesi delle attività svolte nel 2011 dalle FFOO e dei risultati ottenuti al fine di contrastare tale fenomeno.

Aumento del 4,7% delle operazioni antidroga nel 2011 (massimo storico nel 2009)

Nel 2011 le operazioni antidroga condotte dalle Forze dell'Ordine ammontano a 23.103 con un aumento del 4,7% rispetto all'anno precedente, pur rimanendo il massimo storico dell'ultimo decennio nel 2009 (23.272 operazioni).

Tipologia di operazione

Le operazioni antidroga effettuate dalle FFOO hanno portato al sequestro di sostanze illecite nell'84,3% dei casi, alla scoperta di reato nell'8,5% delle operazioni ed al rinvenimento di quantitativi di droga in un ulteriore 6,6% delle attività di contrasto (Tabella IV.2.3). Nel 2011 non sono stati scoperti laboratori per la trasformazione delle droghe, a differenza dell'anno precedente in cui erano stati rinvenuti e smantellati tre laboratori per la trasformazione della cocaina e dell'hashish liquido.

Operazioni antidroga per area geografica

La distribuzione geografica del numero delle azioni antidroga evidenzia che, analogamente a quanto visto nel 2010, le regioni con una maggiore concentrazione di operazioni sono la Lombardia (16,3%), il Lazio (12,4%), la Campania (9,8%) e l'Emilia Romagna (8,3%) (Figura IV.2.4). Invece, quelle che

risultano meno interessate dal fenomeno, con quote inferiori al 4% del totale delle operazioni, sembrano le regioni settentrionali a statuto speciale quali la Valle d'Aosta e il Friuli Venezia Giulia, le Province Autonome di Bolzano e Trento, le regioni centrali che si affacciano sull'adriatico (Marche, Abruzzo e Molise), l'Umbria ed alcune regioni meridionali (Calabria, Basilicata) e la Sardegna.

Tabella IV.2.3: Operazioni antidroga e sequestri di sostanze illecite. Anno 2011

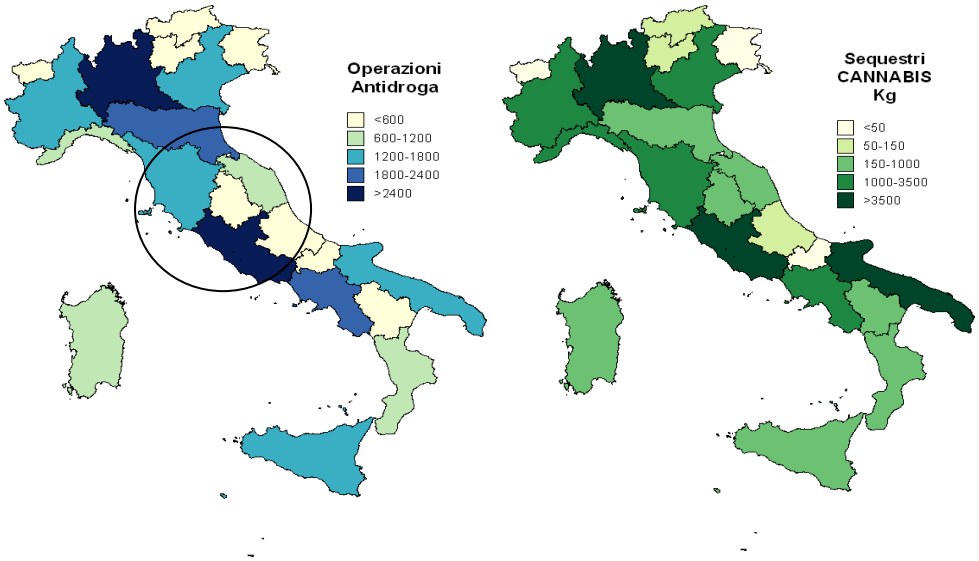
	2010		2011		Δ %
	N	%	N	%	
Operazioni antidroga					
Sequestro	18.759	85,0	19.469	84,3	+3,8
Scoperta di reato	1.883	8,5	1.972	8,5	+4,7
Rinvenimento	1.339	6,1	1.530	6,6	+14,3
Altro	83	0,4	132	0,6	+59,0
Totale	22.064	100,0	23.103	100,0	+4,7
Sequestri di sostanze illecite					
Cocaina (Kg)	3.839	12,3	6.342	16,11	+65,2
Eroina (Kg)	944	3,0	811	2,06	-14,1
Hashish (Kg)	20.212	64,7	20.258	51,47	+0,2
Marijuana (Kg)	5.505	17,6	10.908	27,71	+98,1
Piante di cannabis (piante)	72.538	-	1.008.215	-	+1289,9
Droghe sintetiche (unità/dosi)	74.917	-	16.620	-	-77,8

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Aumento delle operazioni di sequestro

Diminuzione dei volumi per: eroina e droghe sintetiche
Forte aumento per le piante di cannabis
Aumento anche di marijuana, cocaina e hashish

Figura IV.2.4: Numero di operazioni antidroga effettuate dalle FFOO e quantità di cannabis (chilogrammi) sequestrata. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Maggiori volumi di cannabis: Lazio, Lombardia e Puglia

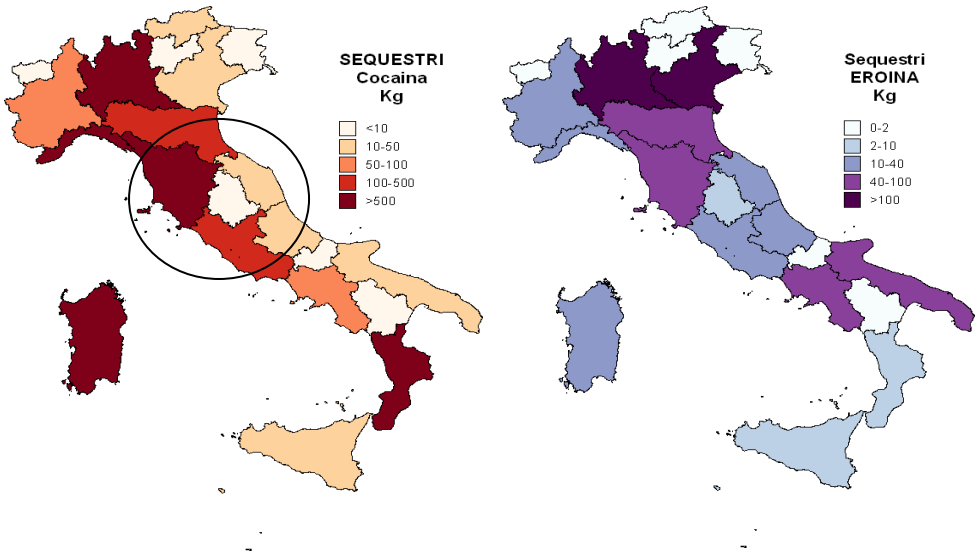
Nel 2011, contrariamente all'anno precedente, si è registrato un notevole aumento pari al 98,1% dei sequestri di marijuana, mentre sono rimasti quasi inalterati i sequestri di hashish (+0,2%). I quantitativi più consistenti dei derivati della cannabis sono stati sequestrati principalmente nel Lazio (21,7% del totale), in Lombardia (21%) e in Puglia (14,3%) (Figura IV.2.4).

Aumento dei sequestri di marijuana

Si è osservato un aumento anche dei quantitativi di cocaina (6,3 tonnellate), mentre per l'eroina vi è stata una riduzione di quantità sequestrata dalle Forze dell'Ordine (0,8 tonnellate), corrispondenti ad un aumento del 65,2% rispetto al 2010 per la cocaina e ad una diminuzione del 14,1% per l'eroina.
Le quantità più consistenti di cocaina sono state sequestrate in Liguria (24,5%), seguita da Toscana (22,5%), Calabria (17,3%), Lombardia (13,4) e Sardegna (8,3%); mentre i maggiori sequestri di eroina sono stati registrati in Veneto (26,2%) ed in Lombardia (23,2%) (Figura IV.2.5).

Aumento dei sequestri di cocaina, riduzione per l'eroina

Figura IV.2.5: Distribuzione delle quantità di cocaina e di eroina sequestrate nel 2011

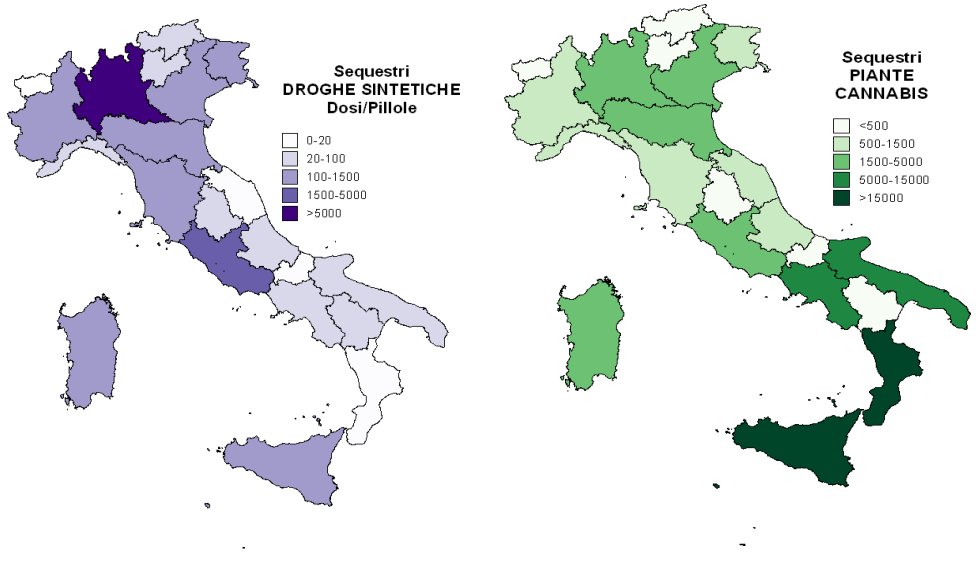


Maggiori volumi di cocaina: Liguria, Toscana, Lombardia, Calabria e Sardegna

Di eroina: Veneto e Lombardia

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Figura IV.2.6: Distribuzione delle quantità di amfetaminici e delle piante di cannabis sequestrate nel 2011



Di droghe sintetiche: Lombardia e Lazio

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

La maggior parte dei sequestri di droghe sintetiche, che nel 2011 presenta un decremento pari al 77% rispetto all'anno 2010, è stata effettuata in Lombardia (65,8% della quantità complessiva di sostanze sequestrate) e in misura minore nel Lazio con un valore pari all'11,8%.

Sequestri di droghe sintetiche per area geografica

Produzione in proprio e forte aumenti dei sequestri di piante di cannabis per area geografica: Sicilia e Calabria

Per quanto riguarda le attività di sequestro delle piante di cannabis, la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga ha lanciato l'allarme circa la diffusione della produzione in proprio di sostanze illecite da parte della criminalità organizzata. I sequestri di piante di cannabis hanno fatto registrare un aumento molto forte passando da 72.538 piante nel 2010 a 1.008.215 nel 2011. Il maggior numero di piante sequestrate si rileva sostanzialmente in Sicilia con il 91,8% del totale complessivo, seguita in maniera minore dalla Calabria (3,9%) (Figura IV.2.6).
Si evidenziano le operazioni di maxi sequestro per gli anni 2010 e 2011 in corrispondenza della cocaina (quantitativo maggiore di 20 Kg) e della marijuana (quantitativo maggiore di 100 Kg). Si prendono in analisi le province in corrispondenza delle quali le operazioni hanno fatto registrare un quantitativo (Kg) di droga maggiore della soglia, indicata dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga, attraverso cui è possibile definire l'operazione un maxi sequestro. Dalla tabella emerge che per l'anno 2011 i maxi sequestri sono stati effettuati principalmente in province situate lungo le coste e ai valichi di frontiera, a motivazione del fatto che i grandi quantitativi sequestrati non sono destinati solo al mercato interno, ma il territorio nazionale funge anche da territorio di transito per l'Europa.

Tabella IV.2.4: Quantitativi di Cocaina e Marijuana sequestrati nelle operazioni di "maxi sequestro" - Anni 2010-2011

		Cocaina > 20 Kg			Marijuana > 100 Kg		
Regione	**Provincia**	**2010**	**2011**	**Diff. Kg**	**2010**	**2011**	**Diff. Kg**
Calabria	Reggio Calabria	-	525,5	+525,5	-	-	-
Campania	Napoli	172,8	43,5	-129,3	-	327,1	+327,1
Emilia Romagna	Bologna	39,1	27,9	-11,2	-	-	-
	Rimini	-	46,7	+46,7	-	-	-
Lazio	Roma	625,2	291,5	-333,7	154,2	1040,2	886
Liguria	La Spezia	-	57,1	+57,1	-	-	-
Lombardia	Bergamo	24,3	-	-	-	-	-
	Brescia	22,2	27,8	5,6	-	706,4	+706,4
	Como	-	33,9	+33,9	-	-	-
	Milano	309,9	172,9	-137	378,7	147,3	-231,4
	Monza-Brianza	-	-	-	-	182,1	+182,1
	Varese	302,5	354,4	51,9	-	662	+662
Marche	Ancona	-	-	-	-	548,3	548,3
PA Bolzano	Bolzano/Bozen	22,7	39,8	17,1	-	-	-
Piemonte	Torino	38,1	50,2	12,1	-	-	-
Puglia	Bari	-	-	-	183,5	1999,8	1816,3
	Barletta-Andria-Trani	-	-	-	-	401	+401
	Brindisi	-	-	-	-	659,2	+659,2
	Lecce	-	-	-	968,2	325,8	-642,4
Sardegna	Sassari	29,8	512	482,2		-	-
Sicilia	Catania	-	20,8	+20,8	156,8	-	-
Toscana	Firenze	53,8	25,8	-28	213,3	228,7	15,4
	Livorno	-	351,3	+351,3	-	-	-
Totale		1640,5	2581,2	940,7	2054,7	7227,9	5173,2

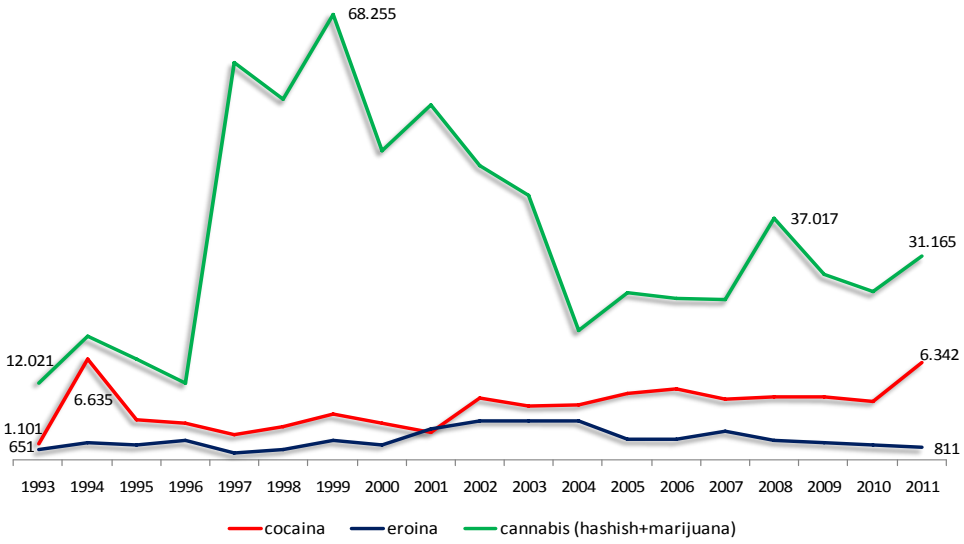
Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Trend quantità di sostanze illecite sequestrate

Il trend dei quantitativi di droghe sequestrate negli ultimi quindici anni pone al vertice della classifica i derivati della cannabis, particolarmente elevati, oltre le 40 tonnellate, nel periodo 1997 - 2003; dal 2004 in poi si registrano due aumenti, uno

nel 2008 in cui le FFOO hanno intercettato un quantitativo che superava le 37 tonnellate ed uno nel 2011 in cui tale quantitativo supera le 31 tonnellate.
Variabilità più contenute si osservano per gli andamenti dei sequestri di cocaina e di eroina: dal 2002 al 2010 la cocaina è oscillata tra 3,5 e 4,5 tonnellate, nel 2011 si ha un forte aumento con un valore di 6,3; mentre per l'eroina sono stati rilevati valori tra 1,0 e 2,5 tonnellate, raggiungendo nel 2011 il valore minimo registrato nell'ultimo decennio pari a 0,8.(Figura IV.2.7).

Figura IV.2.7: Quantitativi di sostanze illecite sequestrati dalle FFOO nell'ambito delle operazioni antidroga. Anni 1993 – 2011



Aggiornamento dati 2007-2011.

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

IV.2.4 Interventi delle Forze dell'Ordine

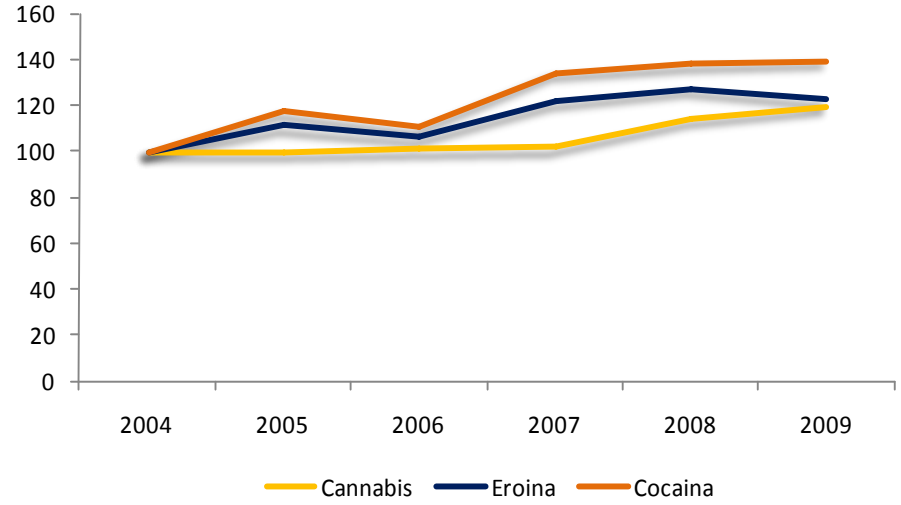
Premesse

Gli interventi di prevenzione e contrasto alla diffusione delle sostanze illecite vengono pianificati e realizzati in prima istanza dalle Forze dell'Ordine e riguardano la lotta alla produzione, al traffico illecito ed al possesso di sostanze illegali, la prevenzione all'uso personale ed alla guida in stato di alterazione psico-fisica per uso di alcol o sostanze stupefacenti. In seconda istanza gli Organi della Giustizia intervengono in applicazione della disciplina penale specifica in materia di sostanze stupefacenti (DPR 309/90).

Fonti informative

Le segnalazioni relative agli interventi delle Forze dell'Ordine sono raccolte ed archiviate rispettivamente dal Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie del Ministero dell'Interno, con riferimento alle violazioni per possesso ed uso di sostanze illecite, e dalla Direzione Centrale per i Servizi Antidroga (DCSA) del Ministero dell'Interno, per quanto riguarda i dati sulle azioni di contrasto alla produzione ed al traffico illecito di sostanze stupefacenti.

Figura IV.2.8 Andamento indicizzato(*) delle segnalazioni di reati (penali e non) in violazione della legge sugli stupefacenti negli Stati membri dell'UE, per tipo di sostanza. Anni 2004 - 2009



(*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2004

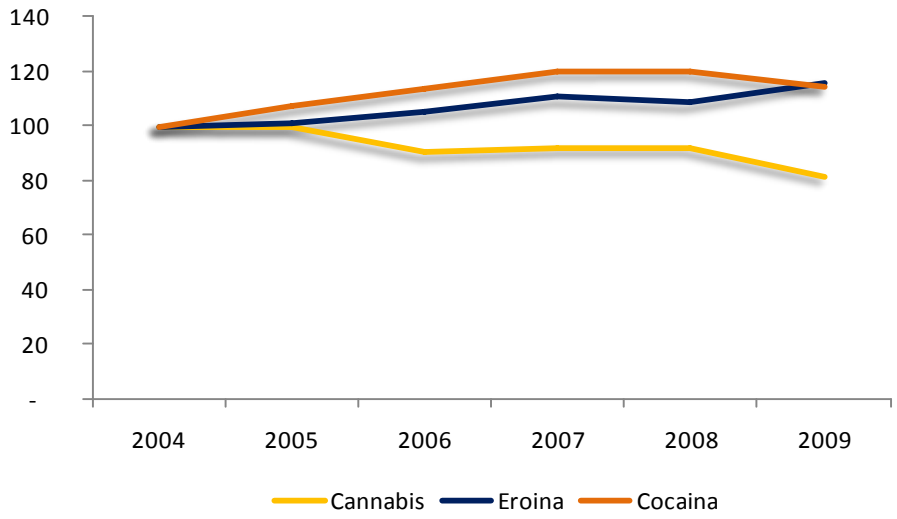
Fonte: Osservatorio Europeo delle Droghe e delle Tossicodipendenze – Relazione Annuale 2011 (tabella DLO -3 del Bollettino Statistico 2011)

Europa: trend in aumento dei reati per cocaina e cannabis

L'andamento complessivo delle segnalazioni per condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (penale e non) a livello europeo nel periodo 2004 – 2009 indica un progressivo aumento delle attività di contrasto alla diffusione delle sostanze stupefacenti, l'esito di tali attività evidenzia un aumento degli illeciti correlati alla cocaina e alla cannabis (nella maggior parte dei Paesi europei i reati correlati alla cannabis rappresentano una percentuale variabile tra il 50% e il 70% dei reati di droga citati per il 2009).

In Italia nell'anno 2009 si osserva un aumento delle segnalazioni per eroina; la cocaina presenta un trend con lento ma graduale aumento fino al 2008, mentre vi è un calo nell'ultimo anno considerato. Per quanto riguarda gli illeciti correlati alla cannabis, questi risultano in diminuzione fino al 2006, si stabilizzano nel 2007 e 2008 e nel 2009 fanno registrare una moderata diminuzione (Figura IV.2.9).

Figura IV.2.9: Andamento indicizzato(*) delle segnalazioni di condotte illecite in violazione della legge sugli stupefacenti (art.73, art. 74 e art.75) in Italia. Anni 2004 - 2009



Italia: nel 2009 diminuzione delle segnalazioni (artt. 73,74,75) per cocaina e cannabis

(*) Valori indicizzati: variazione percentuale rispetto al valore dell'anno base = 2004

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie e Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

IV.2.4.1 Persone segnalate ai sensi degli artt. 75 e 121 del D.P.R. 309/90

Segnalati ex artt.121 e 75 del D.P.R 309/90 e successive modifiche

Il Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie, ex Direzione Centrale per Documentazione e la Statistica, sin dall'entrata in vigore del D.P.R. n. 309/1990 cura le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti, ai sensi degli artt. 75 e 121 dello stesso D.P.R.
Tale attività, che viene svolta nell'ambito delle attribuzioni demandate all'Osservatorio nazionale sulle tossicodipendenze, permette la raccolta di utili elementi conoscitivi su taluni aspetti del complesso fenomeno delle tossicodipendenze.

Segnalazioni ex art. 121

Notevole diminuzione delle segnalazioni dalle Prefetture per art. 121; dato provvisorio da verificare nel tempo per ritardo di notifica

Dall'analisi delle informazioni contenute nella banca dati del Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione civile e per le risorse finanziarie e strumentali del Ministero dell'Interno, si evidenzia che nell'anno 2011 i soggetti segnalati dai Prefetti, in base all'art 121[2], ai Ser.T. competenti territorialmente, sono stati complessivamente 7.230, di cui il 97,5% è stato segnalato una sola volta e il restante 2,5% due o più volte (8 soggetti sono stati segnalati 3 volte ed 1 soggetto è stato segnalato 4 volte).
Il dato complessivo risulta pertanto in netta diminuzione rispetto a quello del 2010, pari a 9.729[3] persone, anche se va evidenziato che i dati relativi all'anno

[2] 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.

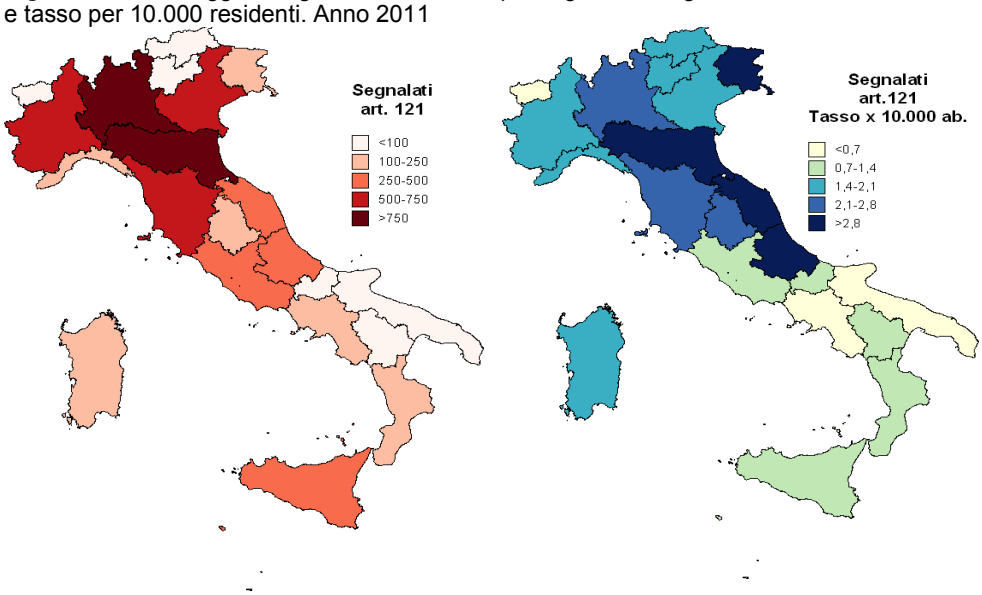
[3] In base ai dati, rilevati alla data del 31 Marzo 2011 relativi all'anno 2010, il numero di persone segnalate ex art.121 risultava pari a 7.653. I dati sono costantemente aggiornati dal personale dei NOT delle Prefetture-UTG e risultano consolidati dopo circa due anni ed oltre.

2011 sono da considerarsi provvisori, in relazione al ritardo di notifica delle Prefetture.

Sul totale dei soggetti in questione, 6.931 persone risultano essere maggiorenni di cui 6.226 maschi (pari al 90% circa) e 705 femmine (pari al 10% circa), 299 minorenni (269 maschi e 30 femmine), pari al 4,1 % circa del totale dei segnalati ex art.121. L'età media dei segnalati è 29 anni circa.

Età media: 29 anni

Figura IV.2.10: Soggetti segnalati ex art. 121 per regione di segnalazione - Valori assoluti e tasso per 10.000 residenti. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Per quanto riguarda la distribuzione geografica, le Regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono la Lombardia (1.590), l'Emilia-Romagna (1.057), il Veneto (633) e il Piemonte (595); le Regioni che hanno il minor numero di soggetti segnalati sono la Valle d'Aosta (3), il Molise (15), la Basilicata (28) e la Puglia (51). Se si considera il tasso per 10.000 abitanti, le regioni che presentano il maggior numero di soggetti segnalati sul totale della popolazione residente sul loro territorio sono l'Abruzzo, l'Emilia-Romagna, le Marche e il Friuli Venezia Giulia.

Dei 7.230 soggetti segnalati ex art. 121 del T.U. in materia di stupefacenti, sono stati segnalati nel 2011 anche per art. 75, 2.548 (35%) principalmente maschi (91,6%) e segnalati per detenzione per uso personale di cannabinoidi (Tabella IV.2.5).

Tabella IV.2.5: Soggetti segnalati ex artt. 121 e 75 per sostanza primaria. Anno 2011

Segnalazioni per sostanza	2010		2011		Δ%
	N	%c	N	% c	
Oppiacei (eroina, metadone, morfina)	188	7,7	272	10,7	44,7
Cocaina	352	14,4	327	12,8	-7,1
Cannabinoidi	1880	77,2	1919	75,3	2,1
Altre sostanze	12	0,5	23	0,9	91,7
Non noto	6	0,2	7	0,3	16,7
Totale	**2438**	**100,0**	**2548**	**100,0**	**4,5**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

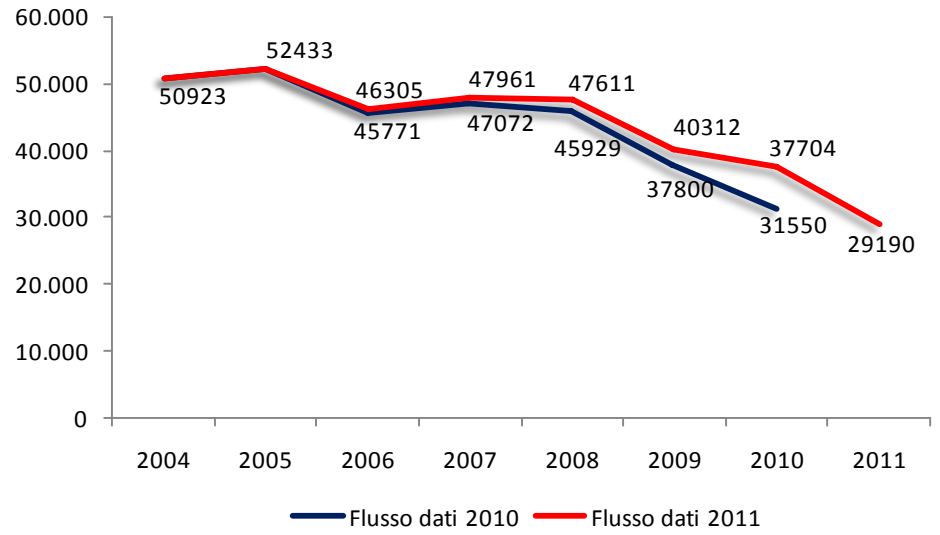
Segnalazioni ex art. 75

Nel 2011 le persone segnalate ex art 75[4] sono state in totale 29.190, di cui 27.275 maschi (pari al 93,4 %) e 1.915 femmine (pari al 6,6 %).

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 2010 pari a 37.704, sebbene i dati dell'ultimo triennio siano da considerarsi tuttora provvisori[5].

Figura IV.2.11: Soggetti segnalati ex art. 75. Anni 2004 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Il ritardo negli accertamenti tossicologici, dovuto alla carenza di laboratori a livello provinciale, ha allungato i tempi di convocazione in quanto i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze (NOT), istituti presso le Prefetture, 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.

Tabella IV.2.6: Caratteristiche dei soggetti segnalati ex art. 75 alle Prefetture dalle Forze dell'Ordine. Anno 2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ%
	N	%c	N	%c	
Segnalati					
Nuove segnalazioni	23.139	73,3	21.125	72,4	-8,7
Già segnalati in anni precedenti	8.411	26,7	8.065	27,6	-4,1
Totale	**31.550**	**100,0**	**29.190**	**100,0**	**-7,5**

continua

[4] L'art.75 si applica ogni qualvolta le Forze dell'Ordine procedono ad un sequestro di sostanza stupefacente detenuta per uso personale. Alla segnalazione segue la convocazione dell'interessato da parte della Prefettura competente per il colloquio e l'applicazione del relativo provvedimento. In base alla nuova normativa la competenza per il procedimento amministrativo è del Prefetto del luogo di residenza del soggetto segnalato e non quello del luogo di accertata violazione come stabilito prima dell'entrata in vigore della legge 49/2006.

[5] In base ai dati, rilevati alla data del 31 Marzo 2011 relativi all'anno 2010, il numero di persone segnalate ex art.75 risultava pari a 31.550. I dati sono costantemente aggiornati dal personale dei NOT delle Prefetture-UTG e risultano consolidati dopo circa due anni ed oltre .

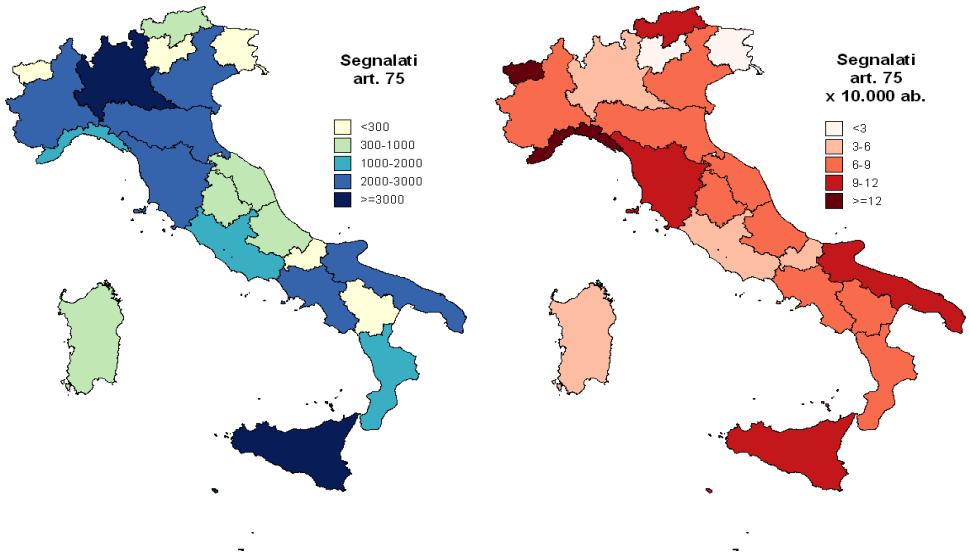
continua

Caratteristiche	2010		2011		Δ%
	N	%c	N	%c	
Frequenza					
Una sola volta nell'anno	30.277	96,0	27.937	95,7	-7,7
Due o più volte nell'anno	1.273	4,0	1.253	4,3	-1,6
Maschi	29.408	93,2	27.275	93,4	-7,3
Femmine	2.142	6,8	1.915	6,6	-10,6
Età media					
Maschi	26,4		26,5		
Femmine	26,6		26,8		
Segnalazioni per sostanza					
Oppiacei (eroina, metadone, morfina)	3.549	11,2	3.036	10,4	-14,5
Cocaina/Crack	4.258	13,5	3.908	13,4	-8,2
Cannabinoidi	23.415	74,2	21.956	75,2	-6,2
Stimolanti	152	0,5	140	0,5	-7,9
Altre sostanze	176	0,6	150	0,5	-14,8
Totale	**31.550**	**100,0**	**29.190**	**100,0**	**-7,5**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Riguardo alla distribuzione geografica le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono nell'ordine: Sicilia (3.545), Lombardia (3.010), Puglia (2.839), Piemonte (2.549). Le regioni presso le quali sono stati segnalati il minor numero di soggetti sono nell'ordine: Provincia Autonoma di Trento (40), Molise (114), Friuli Venezia Giulia (125) e Valle d'Aosta (190).

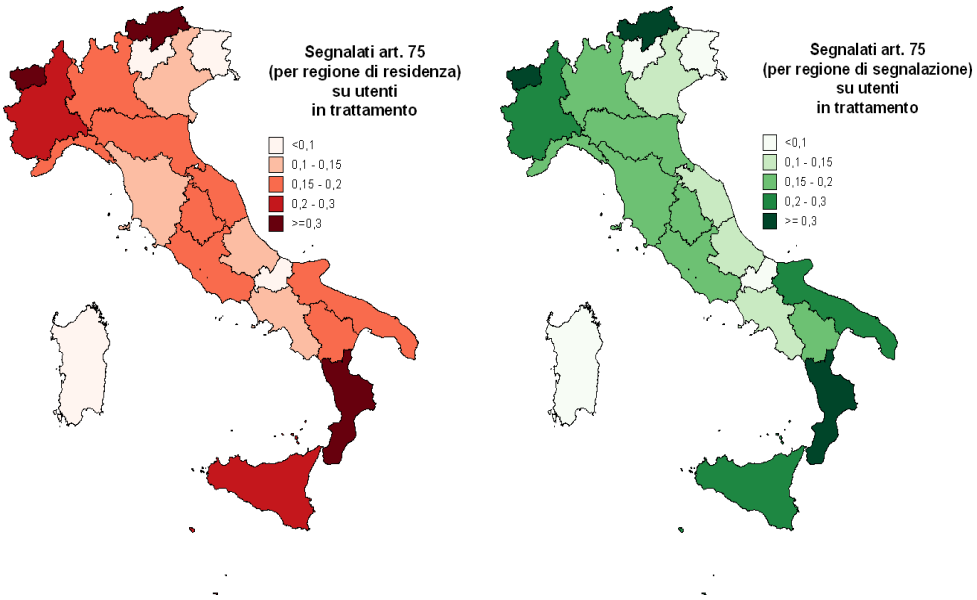
Figura IV.2.12: Soggetti segnalati ex art. 75 per regione di segnalazione e tasso per 10.000 residenti. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Confrontando la distribuzione geografica per regione di segnalazione e il tasso per 10.000 abitanti si osserva che le regioni in cui risulta un maggior numero di segnalati sono la Liguria e la Valle D'Aosta.
Il tasso dei soggetti segnalati sul numero di utenti in trattamento presenta valori più elevati in corrispondenza della Provincia Autonoma di Bolzano, della Calabria e della Valle D'Aosta sia per la regione di residenza che per la regione di segnalazione.

Figura IV.2.13: Segnalati ex art. 75 sul numero degli utenti in trattamento, secondo la regione di residenza e la regione di segnalazione. Anno 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Aumento del trend delle persone con età maggiore di 30 anni

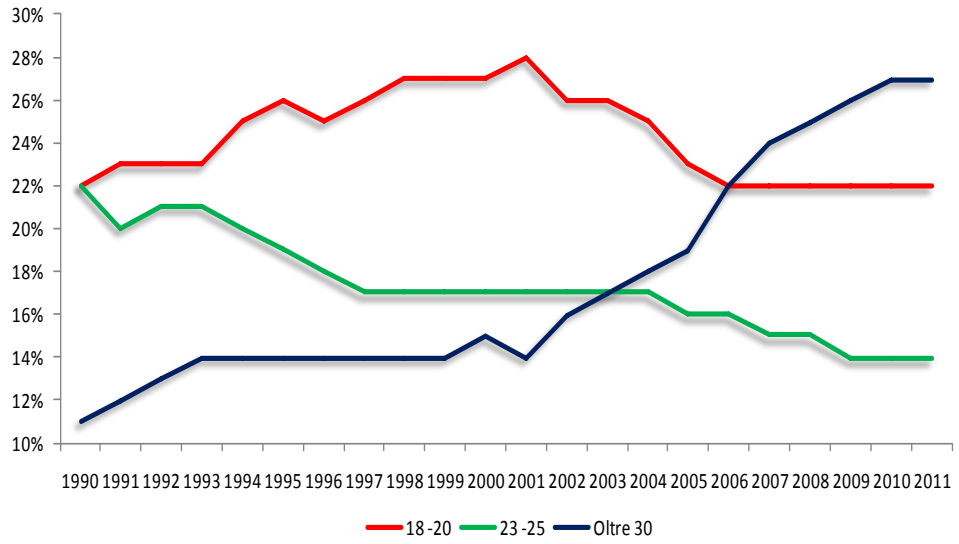
Sul totale dei segnalati nel 2011, risultano minori di 18 anni 2.399 soggetti (pari all'8% circa) di cui 2.268 maschi e 131 femmine. L'età media dei segnalati è di circa 27 anni, le classi di età con maggiore prevalenza sono quelle tra i 18 ed i 22 anni (34%) e quella oltre i 30 anni (27%). Il trend delle diverse fasce di età dal 1990 al 2011 evidenzia che, nel corso degli anni, i segnalati ai sensi dell'art. 75 sono in maggioranza persone che hanno un'età compresa tra i 18 ed i 25 anni e la percentuale di segnalati oltre i 30 anni di età è in aumento in modo più consistente a partire dall'anno 2002 (Figura IV.2.14).

Dai NOT delle prefetture: diminuzione dell'età di primo consumo, aumento dei policonsumatori e del consumo di alcol

Le fasce più giovani (fino a 14 anni e 15 – 17 anni) non mostrano percentuali d'aumento consistenti; tuttavia sulla base delle informazioni acquisite durante i colloqui presso le Prefetture, gli operatori dei NOT confermano che si è abbassata l'età del primo consumo di sostanze stupefacenti e/o psicotrope e che anche tra le persone segnalate si registra, negli ultimi anni, una maggiore incidenza di poliassuntori che spesso assumono stupefacenti in associazione con alcolici.

Figura IV.2.14 Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo le principali fasce di età. Anni 1990 – 2011

Dal 2002 aumentano le segnalazioni delle persone oltre i 30 anni e diminuiscono quelle con età minore di 25 anni



Fonte: Dati Ministero dell'Interno – Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Per quanto riguarda le sostanze d'abuso, nell'anno 2011 la maggioranza dei segnalati, cioè il 75% 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 quasi 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 poco più del 10%.

Sostanze di segnalazione: 75% delle segnalazioni per cannabis

I segnalati per sostanze come ecstasy e analoghi, amfetamine, LSD raggiungono appena lo 0,5% del totale, stesso valore percentuale si osserva per i possessori di altre sostanze. Si deve tener conto, tuttavia, del fatto che uno stesso soggetto può essere segnalato per detenzione di una o più sostanze.

Bassa percentuale dei segnalati per sostanze a base di amfetamina

Rispetto al passato, negli ultimi quattro anni si è registrata una lieve diminuzione dei detentori per uso personale di eroina, il numero di consumatori di cannabinoidi in costante diminuzione fino al 2009 (dall'81% del 2002 al 73% nel 2009), nel 2010 torna lievemente ad aumentare (75%); tale valore si mantiene stabile nel 2011. 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 IV.2.15).

Diminuzione del trend dell'uso di eroina

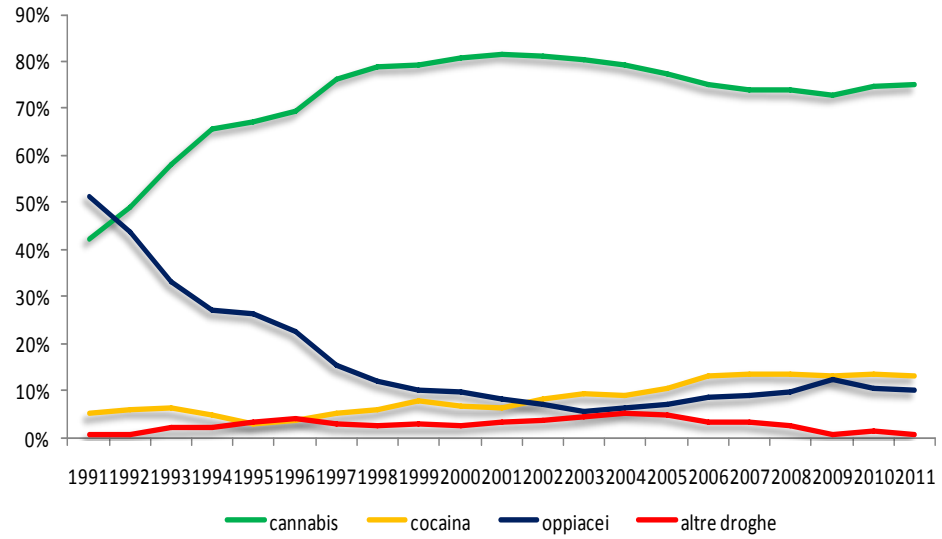
Aumento del trend consumatori di cannabinoidi segnalati

I detentori per uso personale di cocaina (passati dal 10% del 2005 al 13% nel 2006 e al 14 % del 2007 e del 2008) mostrano un leggero calo nel 2009 (13%) e i valori si mantengono stabili fino al 2011; la cocaina resta comunque la seconda sostanza di segnalazione più rilevata e ciò desta particolare preoccupazione in quanto buona parte dei soggetti segnalati sono giovani con età compresa tra i 18 ed i 25 anni.

Stabile il trend consumatori di cocaina segnalati

L'andamento del consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione dei segnalati ai Prefetti, in linea con i dati e le stime rilevate a livello internazionale ed europeo, necessita una particolare attenzione in quanto la maggioranza di loro possono considerarsi "consumatori occasionali", rappresentando una fonte di informazioni importante per le stime del consumo nella popolazione generale.

Figura IV.2.15: Distribuzione percentuale delle persone segnalate ex art. 75 secondo il tipo di sostanza. Anni 1991 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Provvedimenti

Nel 2011, 10.561 soggetti sono stati sottoposti a colloquio svolto dai NOT delle Prefetture. A seguito dei colloqui, 7.238 soggetti sono stati invitati a non fare più uso di sostanze stupefacenti (formale invito).

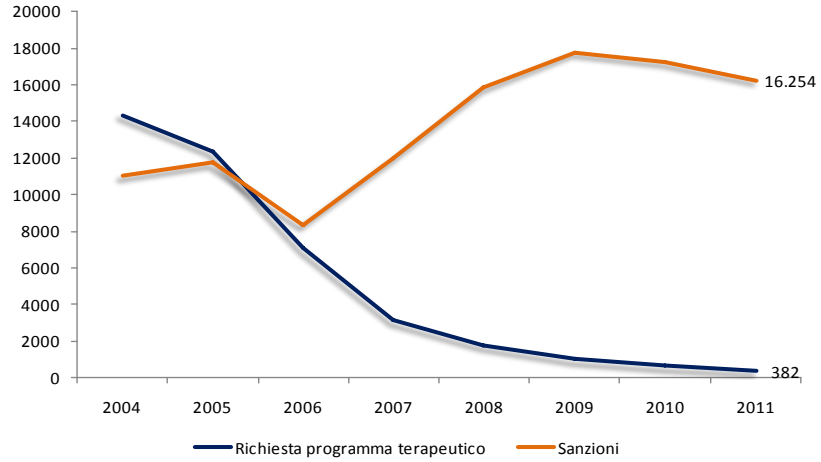
In calo le sanzioni amministrative, pur nella provvisorietà del dato

Le sanzioni amministrative adottate dai Prefetti nell'anno 2011, ai sensi del comma 1 del precitato art. 75, sono state 16.254, di cui 10.600 (65,2%) a seguito di colloquio presso il Nucleo Operativo per le Tossicodipendenze delle Prefetture-U.T.G. e 5.654 (pari al 34,8 %) per mancata presentazione al colloquio stesso.
Rispetto all'anno precedente in cui erano state irrogate 17.250 sanzioni, il dato relativo all'anno 2011 risulta pertanto in riduzione, anche in considerazione della maggiore provvisorietà del dato.

In netto calo le richieste di invio a programma

Nell'anno di riferimento, sono state emesse 382 richieste di invio a programma terapeutico presso i Servizi per le Tossicodipendenze o in comunità socio-riabilitativa e in 1.567 casi, nello stesso periodo, è stato archiviato il procedimento amministrativo per conclusione del programma terapeutico. Il dato relativo all'invio al programma terapeutico risulta in netta diminuzione, sia rispetto all'anno precedente, in cui la richiesta di programma terapeutico era stata effettuata in seguito a 619 segnalazioni, sia rispetto al dato rilevato nel 2009 (986) e negli anni precedenti (Figura IV.2.16).

Figura IV.2.16: Sanzioni amministrative e richieste di invio a programma terapeutico in seguito a segnalazione ex art. 75. Anni 2004 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno Dipartimento per le Politiche del Personale dell'Amministrazione Civile per le Risorse Strumentali e Finanziarie

Dal 2006 forte riduzione del numero di soggetti inviati al programma terapeutico

In base alla legge 49/2006, attualmente in vigore, il provvedimento sanzionatorio non viene sospeso, come previsto in precedenza, ma viene comunque sempre applicato e, solo successivamente la persona segnalata è invitata ad intraprendere un percorso terapeutico. Per questo le persone segnalate non sarebbero più motivate ad accettare il programma di recupero. Ciò spiega la drastica diminuzione del numero di persone inserite in programmi che, invitate a curarsi, non hanno accettato di intraprendere il trattamento perché comunque non sarebbe stata sospesa la sanzione.

Fenomeno sostenuto dalla mancata sospensione delle sanzioni in caso di accettazione del programma (Legge 49/2006)

Fin dall'entrata in vigore del T.U 309/90, i Nuclei Operativi per le Tossicodipendenze delle Prefetture hanno svolto una efficace opera di dissuasione nei confronti dei consumatori di stupefacenti, soprattutto giovani, che senza tale attività di prevenzione, realizzata attraverso il colloquio con i funzionari e gli assistenti sociali, sarebbero rimasti privi di una rete di sostegno che tali organismi hanno contribuito a costruire con gli altri Enti del territorio (Ser.T. e Comunità Terapeutiche).

Fondamentale rivalutare e ripristinare il ruolo svolto dai NOT

IV.2.4.2 Deferiti alla Autorità Giudiziaria per reati in violazione al DPR 309/90

Con riferimento alle azioni di contrasto **per** violazione della normativa sugli stupefacenti, le Forze dell'Ordine, nell'ambito di 23.103 operazioni antidroga effettuate sul territorio nazionale nel 2011, hanno emesso 36.796 denunce per reati inerenti la produzione, il traffico e la vendita di sostanze illegali, l'associazione finalizzata al traffico illecito ed altri reati previsti dal DPR 309/90, facendo registrare un decremento del 5,8% rispetto al 2010.

Nel 2011 oltre 23.000 operazioni: forte attività di prevenzione e contrasto. Oltre 36.000 denunce (diminuzione dal 2010)

Il 65,6% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria nel 2011 erano a carico di italiani ed un 8,5% riguardava la popolazione di genere femminile. L'età media dei soggetti segnalati è di circa trentuno anni, con alcune differenze per nazionalità (32 anni per gli italiani e 30 anni per gli stranieri), mentre risultano più marcate in relazione al tipo di reato commesso (31 anni per reati art. 73 e 37 anni per reati art. 74).

Caratteristiche segnalazioni: 66% italiani 34% stranieri Bassa presenza del genere femminile (9% circa)

Tabella IV.2.7: Caratteristiche delle denunce all'Autorità Giudiziaria dalle Forze dell'Ordine per violazione del DPR 309/90. Anno 2011

Caratteristiche	2010		2011		Δ%
	N	%c		% c	
Genere					
Maschi	35.703	91,4	33.673	91,5	-5,7
Femmine	3.350	8,6	3.123	8,5	-6,8
Totale	**39.053**	**100,0**	**36.796**	**100,0**	**-5,8**
Nazionalità					
Italiani	27.047	69,3	24.148	65,6	-10,7
Stranieri	12.006	30,7	12.648	34,4	5,3
Reati					
Art. 73 – italiani	27.032	69,2	24.109	65,5	-10,8
Art. 73 – stranieri	12.006	30,8	12.647	34,4	5,3
di cui Art. 74 – italiani	2.795	68,7	2.164	70,5	-22,6
di cui Art. 74 – stranieri	1.273	31,3	906	29,5	-28,8
Età media					
Italiani con reati Art. 73	31,7		31,9		
Stranieri con reati Art. 73	29,8		30,0		
di cui italiani con reati Art. 74	36,0		37,5		
di cui stranieri con reati Art. 74	33,3		34,5		
Tipo di provvedimento					
Arresto	29.076	74,5	28.552	77,6	-1,8
In libertà	9.577	24,5	7.936	21,6	-17,1
Irreperibilità	400	1,0	308	0,8	-23,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Trend deferiti alle A.G. in aumento 2003 – 2010 decremento nel 2011

Dal 2003, anno in cui è stato registrato il minor numero di soggetti denunciati (circa 29.500), l'andamento delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria è risultato in continua crescita fino al 2010, anno in cui viene rilevato il valore massimo negli ultimi diciassette anni, mentre nell'anno 2011 vi è una diminuzione (Figura IV.2.17).

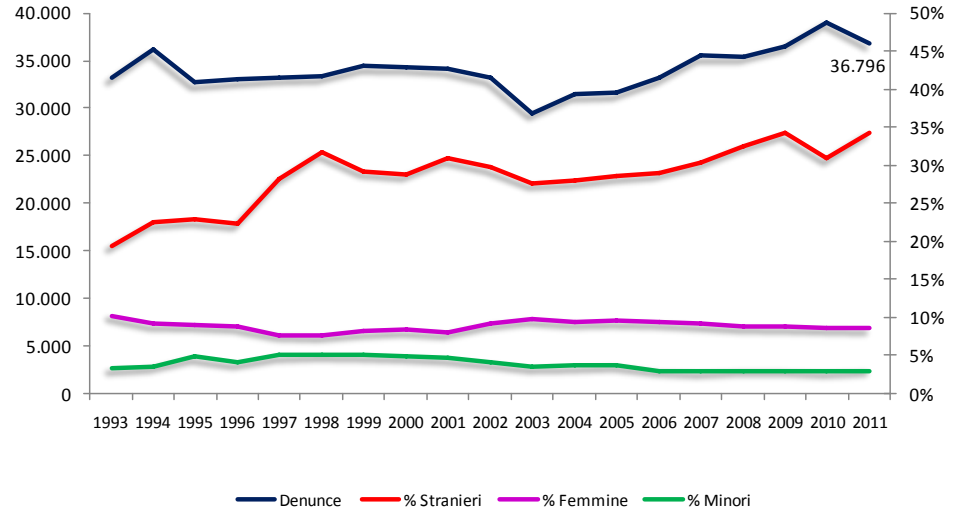
Aumento % degli stranieri denunciati

Diminuzione del 6,8% delle donne segnalate

Aumento del 3,2% dei minori segnalati

Se da una parte le segnalazioni all'A.G. per reati connessi alla droga sono diminuite, dall'altra è aumentata nel 2011 la percentuale di stranieri intercettati e deferiti all'Autorità Giudiziaria (34,4% sul totale delle persone denunciate in operazioni antidroga), superando il valore che nel 2009 aveva fatto registrare un massimo (34,2%). Le donne segnalate all'A.G. nel 2011 sono state 3.123, con un decremento, rispetto all'anno precedente, del 6,8%. In termini di valori assoluti, negli ultimi 11 anni, le denunce a carico delle donne hanno registrato il picco più alto nel 2010, ma se si considera la percentuale di donne segnalate sul totale delle denunce il valore massimo si registra nel 2003 (9,7%) e quello più basso nel 2001 (circa l'8%). Per quanto riguarda le denunce a carico dei minori, nel 2011 sono risultate pari a 1.175 (3,2% del totale delle persone segnalate a livello nazionale), con una riduzione di circa il 3,2% rispetto al 2010.

Figura IV.2.17: Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, percentuale di denunce di stranieri, di donne e minori. Anni 1993 – 2011



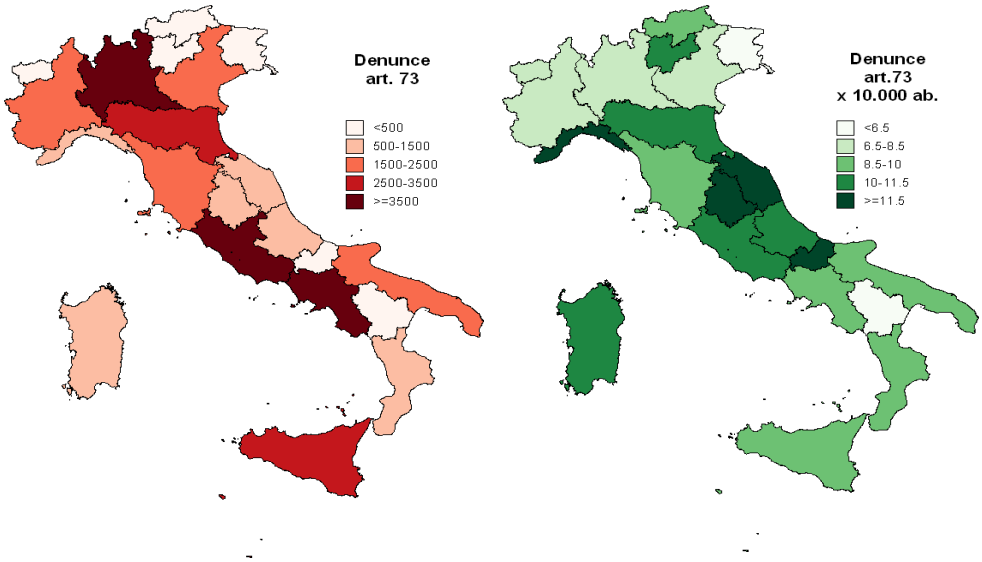
Aggiornamento dati di denunce, stranieri e minori 2007-2011.

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 2011 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 (14,7% delle denunce complessive), seguita dal Lazio (11,5%), dalla Campania (9,8%) e dall'Emilia Romagna (8,7%). La distribuzione del tasso di denunce per area territoriale regionale evidenzia valori massimi in corrispondenza della Liguria (14,5 denunce per 10.000 residenti), dell'Umbria (13,4 denunce per 10.000 residenti), delle Marche (12,5 denunce per 10.000 residenti) e del Molise (11,7 denunce per 10.000 residenti).

Figura IV.2.18: Denunce per reati ex art. 73 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e tasso per 10.000 residenti. Anno 2011

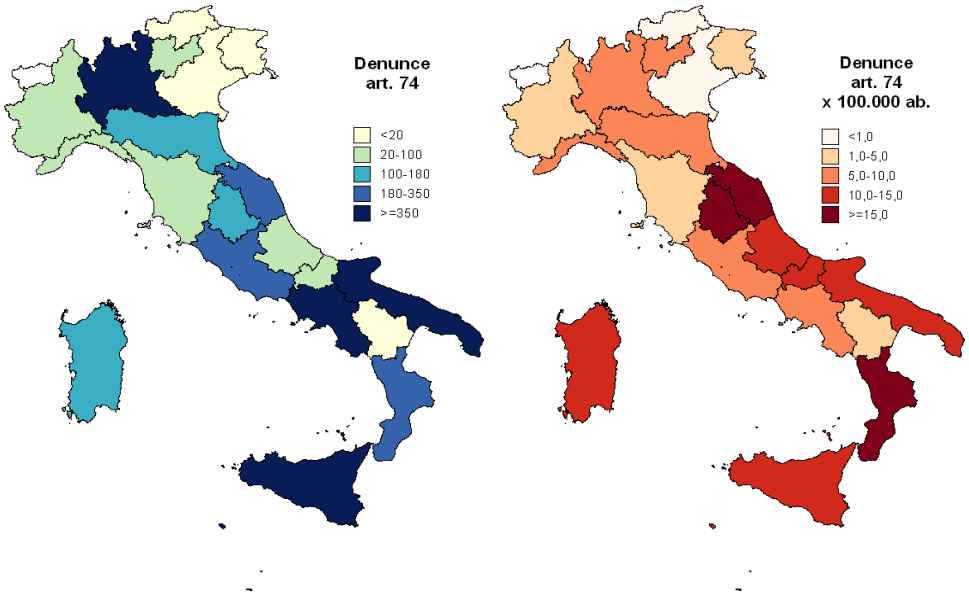


Lombardia regione con più denunce

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Le denunce per i reati più gravi, ad eccezione della Lombardia (12,6% delle denunce complessive), si concentrano maggiormente nella parte meridionale della penisola (12% in Sicilia, 11,6% in Puglia e 11,4% 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 (22,9 denunce per 100.000 residenti) e delle Marche (18,3 denunce per 100.000 residenti).

Figura IV.2.19: Denunce per reati ex art. 74 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e tasso per 100.000 residenti. Anno 2011



Al sud i reati più gravi: Sicilia, Puglia e 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 per oltre l'80% dei casi vi è corrispondenza tra denuncia e residenza del soggetto denunciato.

Tabella IV.2.8: Percentuale di denunce per reati ex art. 73 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e per regione di residenza del soggetto denunciato

Area Operazione	Area Residenza						
	NO	NE	Centro	Sud	Isole	Estero	Totale
NO	88,1	4,4	1,8	2,3	1,7	38,7	**24,1**
NE	4,4	90,0	2,4	2,9	1,5	26,0	**17,8**
Centro	2,0	2,3	89,7	4,8	1,6	26,1	**22,8**
Sud	2,7	2,1	4,7	89,2	1,7	5,9	**23,7**
Isole	2,8	1,3	1,4	0,8	93,5	3,3	**11,5**
Totale valori assoluti	**5.570**	**3.925**	**6.038**	**8.529**	**3.847**	**8.847**	**36.756**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Per i reati commessi in violazione dell'articolo 74, associazione finalizzata al traffico illecito di stupefacenti psicotrope si evidenzia una maggiore mobilità

degli autori di reato residenti nel nord rispetto a quelli delle altre aree. In particolare, gli autori dei reati in questione, residenti al Nord-Est, tendono a commettere reati in zone differenti da quelle di residenza. Anche al Nord-Ovest è possibile rilevare una discreta mobilità, infatti in circa i tre quarti dei casi (76,4%) c'è corrispondenza tra denuncia e residenza del soggetto denunciato, mentre il rimanente 23,6% commette reati prevalentemente nelle zone insulari.

Tabella IV.2.9: Percentuale di denunce per reati ex art. 74 DPR 309/90 per regione di effettuazione delle operazioni e per regione di residenza del soggetto denunciato

Area Operazione	Area Residenza						
	NO	NE	Centro	Sud	Isole	Estero	Totale
NO	76,4	13,9	1,3	3,5	3,7	22,9	**17,1**
NE	3,4	50,0	0,8	2,4	2,1	16,7	**6,7**
Centro	1,2	9,3	82,4	6,5	1,6	24,0	**21,9**
Sud	7,3	13,9	12,1	86,6	4,5	24,5	**38,2**
Isole	11,7	13,0	3,4	1,1	88,0	11,9	**16,1**
Totale valori assoluti	**411**	**108**	**529**	**1036**	**374**	**612**	**3.070**

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Principali segnalazioni per tipo di sostanza: 37,3% cannabis 35,5% cocaina 18,5% eroina

Il 37,3% delle segnalazioni all'Autorità Giudiziaria per violazioni della normativa sugli stupefacenti ha riguardato il traffico di cannabis, seguite dalla cocaina (35,5%) ed in percentuale minore da eroina (18,5%). Tra i denunciati di nazionalità italiana, circa il 90% era di genere maschile ad eccezione delle denunce per traffico di eroina, per le quali la percentuale scende all'83%. Invece, per quanto riguarda la popolazione maschile straniera, si rilevano percentuali più elevate, ciò si osserva soprattutto con riguardo all'eroina e alla cannabis (96%).

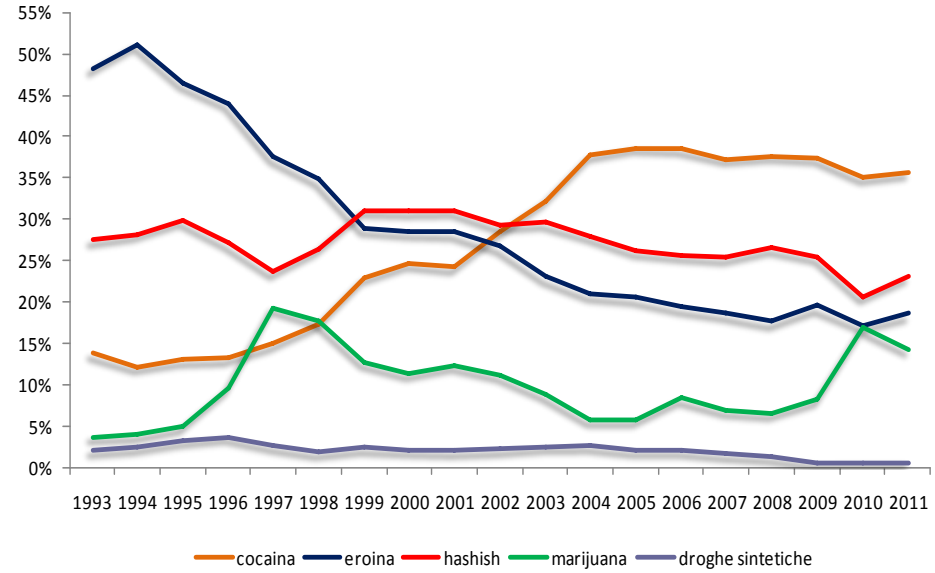
Più giovani i denunciati per traffico di droghe sintetiche

I denunciati per traffico di droghe sintetiche risultano mediamente più giovani (27 anni) rispetto ai deferiti per altre sostanze e in genere l'età media delle donne risulta più elevata rispetto i maschi (rispettivamente 33 e 32 anni nella popolazione italiana e 32 e 30 anni nella popolazione straniera).

Trend denunce per tipo di sostanza: aumento % denunce per hashish ed eroina

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 18,5% nel 2011, a fronte di un forte incremento della percentuale di segnalazioni per spaccio di cocaina fino al 2004, che si è stabilizzata negli ultimi anni. Negli ultimi due anni considerati nel trend si osserva un aumento significativo della percentuale di denunce per commercio di marijuana (dall'8% nel 2009 al 16,8% nel 2010 e 14,1% nel 2011) ed un aumento per commercio di hashish (21% circa nel 2010 contro il 23% nel 2011) (Figura IV.2.20). In termini di valori assoluti, rispetto al 2010, nel 2011 si osserva una diminuzione pari al 2,7% del numero di segnalazioni per commercio di droghe sintetiche.

Figura IV.2.20: Denunce di persone in operazioni antidroga delle FFOO, per tipologia di sostanza illecita sequestrata. Anni 1993 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Il 78% dei segnalati è stato arrestato

Nel 2011 il numero di denunce che hanno portato all'arresto ammontano a 28.552 (77,6% dei segnalati), più frequenti per il genere maschile (78,3% vs 70,1%), per i denunciati stranieri (82,4% vs 75,1%) e per i reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti tra gli stranieri (82,4% vs 63,8%) e tra gli italiani (75,2% vs 70,4%) (Tabella IV.2.10).

Tabella IV.2.10: Soggetti deferiti all'Autorità Giudiziaria per stato del provvedimento, nazionalità, genere e tipo di reato. Anno 2011

	Stato del Provvedimento					
Caratteristiche	**Arresto**	**%**	**Libertà o irreperibilità**	**%**	**Totale**	**%**
Genere						
Maschi	26.363	78,3	7.310	21,7	33.673	100,0
Femmine	2.189	70,1	934	29,9	3.123	100,0
Totale	**28.552**	**77,6**	**8.244**	**22,4**	**36.796**	**100,0**
Nazionalità						
Italiani	18.131	75,1	6.017	24,9	24.148	100,0
Stranieri	10.421	82,4	2.227	17,6	12.648	100,0
Reati						
Art. 73 – italiani	18.127	75,2	5982	24,8	24.109	100,0
Art. 73 – stranieri	10.421	82,4	2226	17,6	12.647	100,0
di cui Art. 74 – italiani	1.523	70,4	641	29,6	2.164	100,0
di cui Art. 74 – stranieri	578	63,8	328	36,2	906	100,0

Fonte: Elaborazione su dati Ministero dell'Interno – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Il 36% degli stranieri denunciati per reati gravi sono liberi o irreperibili

Le denunce per le quali i segnalati sono ancora in libertà o irreperibili sono in percentuale superiore per gli italiani (25% vs 18% stranieri) e per il genere femminile (30% vs 22% maschi). Particolarmente elevata risulta la percentuale di stranieri denunciati per i reati più gravi ancora in stato di libertà o irreperibilità.

IV.2.5. Interventi della Giustizia

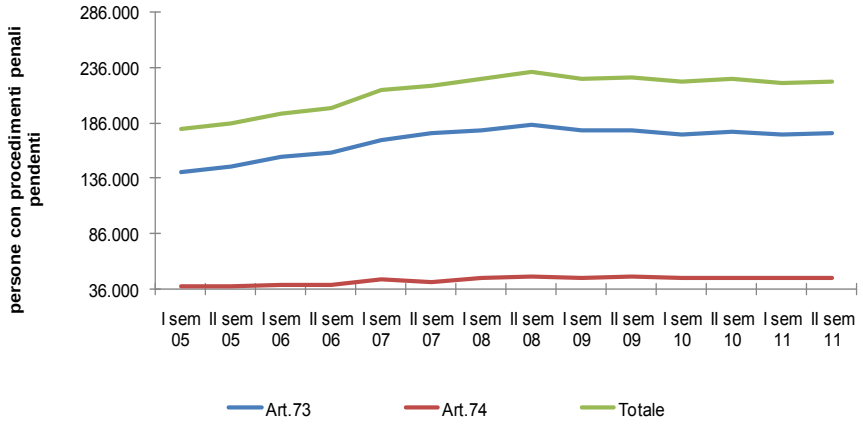
In seguito alle denunce delle Forze dell'Ordine per reati commessi in violazione della normativa sugli stupefacenti (DPR 309/90) o per altri reati commessi da soggetti tossicodipendenti, vengono avviati i relativi provvedimenti penali rilevati e archiviati presso il dipartimento per gli Affari di Giustizia, Ufficio III del Casellario. La prima parte del paragrafo viene dedicata all'analisi dettagliata delle caratteristiche dei suddetti provvedimenti e delle persone il cui provvedimento è esitato in condanna, riservando la parte successiva alla presentazione dei flussi in ingresso negli istituti penitenziari nel 2011, di soggetti adulti e minori distintamente.

IV.2.5.1 Procedimenti penali pendenti e condanne

Procedimenti penali pendenti per reati previsti dal DPR 309/90 in calo rispetto al 2009

Nel 2011 si registra un lieve calo del numero dei soggetti con procedimenti penali pendenti per reati previsti dal D.P.R. 309/90. I dati forniti dalla Direzione Generale della Giustizia Penale del Dipartimento per gli Affari di Giustizia dell'omonimo Ministero, relativi al periodo 2005-2008, evidenziano un andamento crescente del numero di persone con procedimenti penali pendenti per i reati previsti dal DPR 309/90, cui fa seguito un leggero calo rilevabile dai dati relativi al periodo 2009-2011 (226.519 II semestre 2009, 225.442 II semestre 2010 vs 223.299 II semestre 2011).
Il trend descritto è influenzato dall'andamento del numero di soggetti con procedimenti penali pendenti in violazione rispettivamente dell'art. 73 e dell'art. 74.
Infatti, mentre il numero dei soggetti con procedimenti per art. 74 rimane sostanzialmente stabile per tutto il periodo considerato, salvo un leggero picco osservato nel I semestre 2007 (+12,9% rispetto al semestre precedente), il trend dei soggetti con procedimenti pendenti per violazione dell'art. 73 mostra un chiaro incremento nel periodo 2005-2008 (141.580 rilevato nel I semestre 2005 vs 184.565 rilevato nel II semestre 2008) cui segue un lieve decremento, confermato anche nel II semestre 2011 (179.110 rilevato nel I semestre 2009 vs 175.850 rilevato nel II semestre 2011).

Figura IV.2.21 Andamento del numero dei soggetti con procedimenti penali pendenti per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2005 – 2011

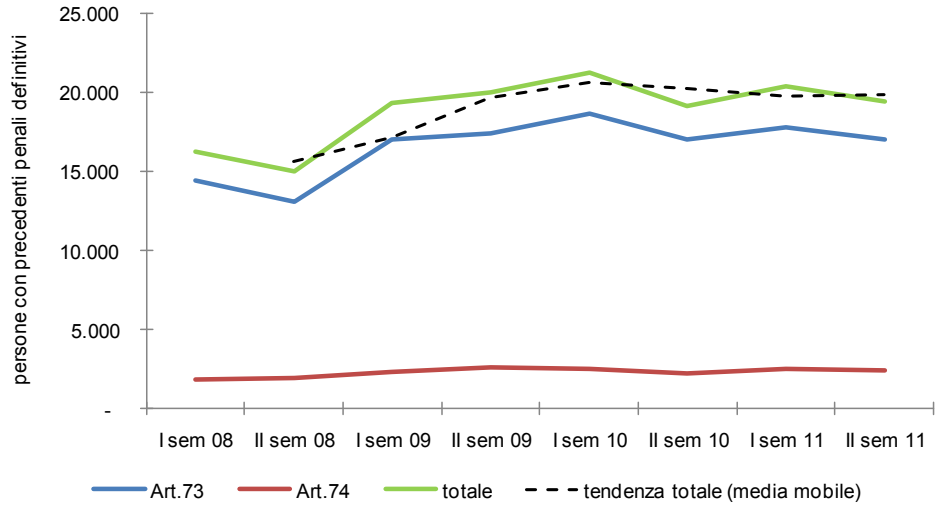


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

L'andamento del numero dei soggetti con procedimenti penali definitivi, mostra una certa stabilità per i reati in violazione dell'art. 74 e invece, uno sviluppo non lineare, per i procedimenti definitivi in violazione dell'art.73. Ciò condiziona il

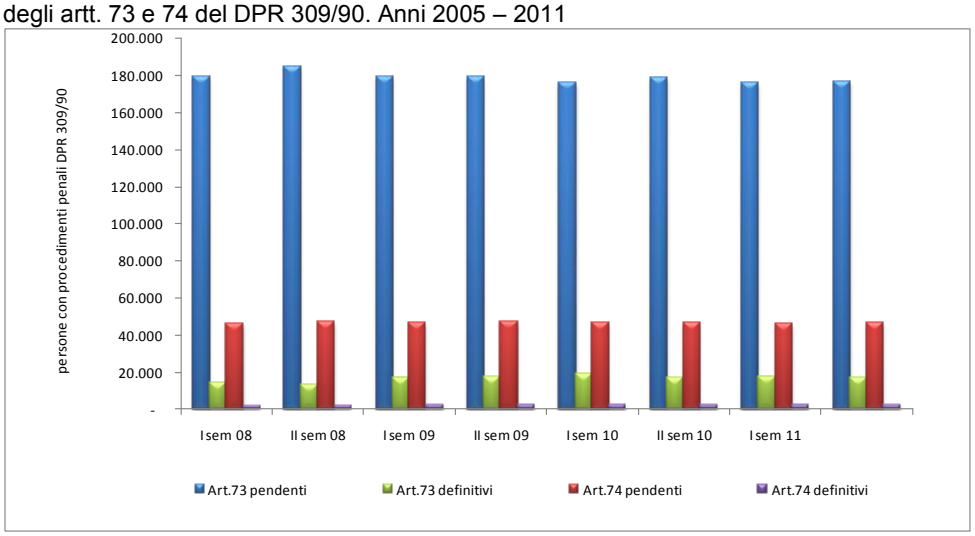
trend dei procedimenti totali che, analizzati nel periodo 2008-2011 e interpretati con una linea di tendenza, mostrano una fase di sostanziale crescita nel periodo 2008-2010 (16.231 soggetti nel I semestre 2008 vs 21.255, dato massimo, rilevato nel I semestre 2010) seguita da una leggera flessione (19.386 rilevato nel II semestre 2011 con una riduzione del 4,9% rispetto al semestre precedente).

Figura IV.2.22 Andamento del numero dei soggetti con procedimenti penali definitivi per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2005 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

Figura IV.2.23: Andamento dei soggetti con procedimenti penali definitivi per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2005 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio I Affari Legislativi Internazionali e Grazie

IV.2.5.2 Ingressi negli istituti penitenziari per adulti

Carcerazioni: 24.608 soggetti entrati in carcere per violazione DPR 309/90

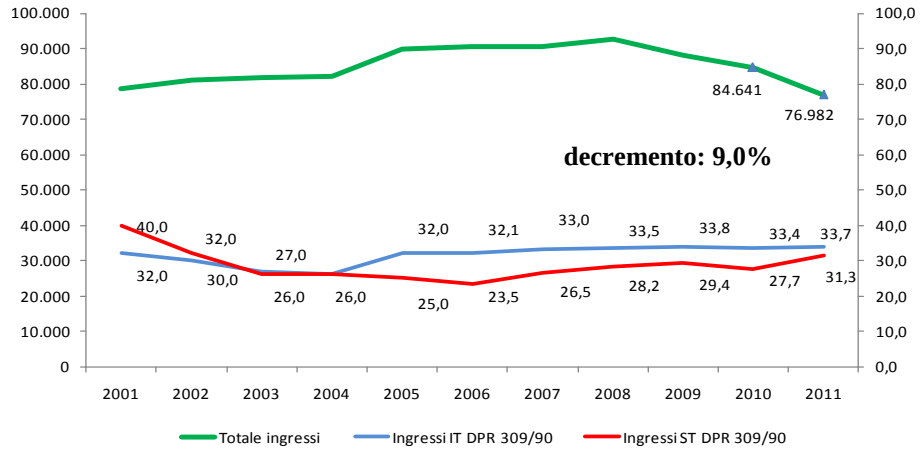
Gli ingressi di soggetti adulti in istituti penitenziari nel 2011, per reati commessi in violazione al DPR 309/90 legati al traffico di sostanze stupefacenti, ammontano complessivamente a 25.179, riferiti a 24.608 persone, parte delle quali hanno avuto più ingressi nell'arco dell'anno di riferimento (519 sono entrate 2 volte dalla libertà, 19 persone hanno avuto 3 ingressi e 10 soggetti sono stati istituzionalizzati 4 volte nel 2011).

Diminuzione del 5.9% degli ingressi per reati in violazione del DPR 309/90

Rispetto al 2010 si è quindi verificata una diminuzione degli ingressi negli istituti penitenziari per reati in violazione del DPR 309/90 pari al 5,9%, insieme con il decremento del 9,0% registrato anche nel numero totale di ingressi (76.982 nel 2011 vs 84.641 nel 2010).
Differenze emergono se si tiene conto della nazionalità (Figura IV.2.24).
In particolare dopo un trend decrescente, fino al 2006, della percentuale di soggetti stranieri, è seguito un incremento, che fatto, salvo l'anno 2010, si conferma anche nel 2011con un incremento percentuale del 3,6 rispetto al dato 2010. Ad inizio del decennio, 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.

Figura IV.2.24: Ingressi complessivi negli istituti penitenziari e percentuali di ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità. Anni 2001 – 2011

Trend ingressi totale degli adulti in carcere per reati DPR 309/90



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

Se si tiene conto delle caratteristiche anagrafiche, non vi sono sostanziali differenze con il 2010. Il 92,5% dei soggetti entrati dalla libertà sono di genere maschile e oltre il 58% di nazionalità italiana. Confrontando i dati per nazionalità e genere, i detenuti stranieri risultano mediamente più giovani rispetto agli italiani (30,7 vs 34,4) e analoga propensione si osserva tra i detenuti di genere maschile nei confronti dei nuovi ingressi di genere femminile (32,7 vs 35,1). L'analisi dell'età dei soggetti entrati dalla libertà ha registrato un leggero aumento, maggiormente evidente nei detenuti stranieri (30,7 nel 2011 vs 30,3 nel 2010) e in quelli di sesso femminile (35,1 nel 2011 vs 34,3 nel 2010).

Tabella IV.2.11: Caratteristiche dei soggetti adulti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90, secondo il genere, la nazionalità e l'età media. Anno 2011

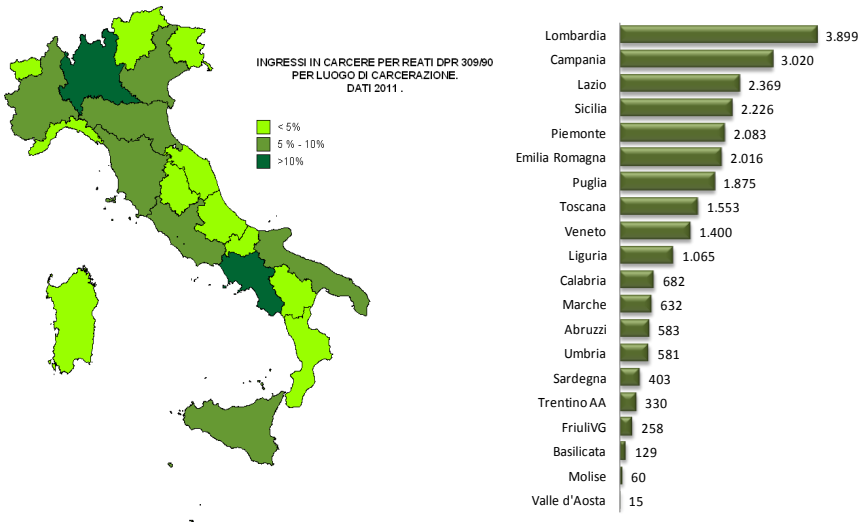
Caratteristiche	2010		2011		Δ%
	N	% c	N	% c	
Persone entrate in carcere					
Una sola volta nell'anno	25.563	97,7	24.060	97,8	-5,9
Due o più volte nell'anno	569	2,2	519	2,1	-8,8
Tre o più volte nell'anno	31	0,1	29	0,1	-6,5
Totale	**26.163**	**100,0**	**24.608**	**100,0**	**-5,9**
Genere					
Maschi	24.229	92,6	23.301	92,5	-3,8
Femmine	1.934	7,4	1.878	7,5	-2,9
Nazionalità					
Italiani	15.833	60,5	14.739	58,5	-6,9
Stranieri	10.330	39,5	10.440	41,5	1,1
Età media					
Italiani	34,2		34,4		
Stranieri	30,3		30,7		
Maschi	32,6		32,7		
Femmine	34,3		35,1		

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

Quanto alla distribuzione geografica degli ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, si osserva che in due sole regioni, Lombardia e Campania, si raccoglie il 27,5% dei nuovi ingressi per un totale nel 2011 di circa 7.000 unità.

Figura IV.2.25: Ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo il luogo di carcerazione. Anno 2011.

In due sole regioni, il 27,5 dei nuovi ingressi in carcere per reati in violazione del DPR 309/90



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

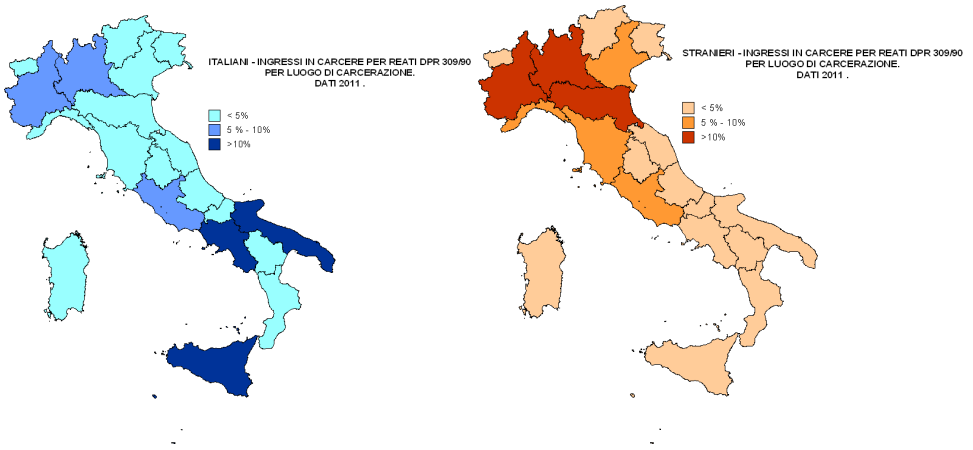
Disaggregando il dato per nazionalità dei soggetti entrati in carcere nel 2011, si evince che dei 14.739 ingressi di cittadini italiani, la maggior parte è avvenuto nelle strutture carcerarie della Campania (con quota rispettivamente del 18,8% per 2.770 ingressi), Sicilia (13,9% per 2.045ingressi) e Puglia (11,5% con 1.696

Diversa distribuzione territoriale dei soggetti carcerati secondo la nazionalità

ingressi). Gli ingressi di cittadini stranieri, complessivamente pari a 10.440, si sono verificati maggiormente nelle strutture carcerarie del nord ed in particolare della Lombardia (23,6% dei nuovi ingressi di soggetti stranieri pari a 2.460 unità) dell'Emilia Romagna (13,0 per 1.360 unità) e del Piemonte (12,4 per 1.294 unità).

Figura IV.2.26: Ingressi per reati in violazione del DPR 309/90, secondo la nazionalità e il luogo di carcerazione. Anno 2011.

Al nord più ingressi di stranieri



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

Tabella IV.2.12: Caratteristiche dei soggetti adulti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90, secondo il tipo di reato commesso. Anno 2011

Caratteristiche	2010		2011		Diff. %
	N	%c	N	%c	
Reati [1]					
Art. 73 - italiani	15.578	60,3	14.488	58,2	-2,1
Art. 73 - stranieri	10.269	39,7	10.400	41,8	2,1
Art. 74 - italiani	1.459	76,7	1.259	83,1	6,4
Art. 74 - stranieri	444	23,3	256	16,9	-6,4
Art. 80 - italiani	1.310	63,9	1.127	60,9	-3,0
Art. 80 - stranieri	740	36,1	724	32,1	-4,0

[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 2011 con quella registrata nel 2010 si riscontra un aumento dell'età media nei soggetti che hanno violato l'art. 74 (38,0 anni vs 36,7 anni) e una sostanziale stabilità in coloro che sono coinvolti in crimini legati all'art. 73 e 80 (rispettivamente 32,8 anni vs 32,6 anni e 36,1anni vs 36,1 anni).

87,7% 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 (87,7%), ed in numero nettamente inferiore per gli art. 80 e 74 (6,5% e 5,3%). Differenze per nazionalità emergono per i crimini

più gravi di associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti (art. 74); tra gli italiani ristretti per reati previsti dal DPR 309/90, il 7,4% è detenuto per art. 74 contro il 2,2% degli stranieri; dal confronto con i valori del 2010, si nota una diminuzione sia nei soggetti italiani (7,4% nel 2011 vs 7,9% nel 2010) che nei soggetti stranieri (2,2%nel 2011 vs 3,9 nel 2010).

Diminuzione dei reati in violazione art. 74

Stabile rispetto al 2010, la percentuale dei soggetti al loro primo ingresso in istituto penitenziario, che rappresentano circa il 60% dei detenuti per reati in violazione della normativa sugli stupefacenti, con una discreta variabilità tra italiani (53,9%) e stranieri (66,6%); sia tra i soggetti di nazionalità italiana che tra quelli di nazionalità straniera si registra un lieve aumento rispetto ai dati del 2010. 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 46,5% per il 2011 vs e 46,11% per l'anno 2010).

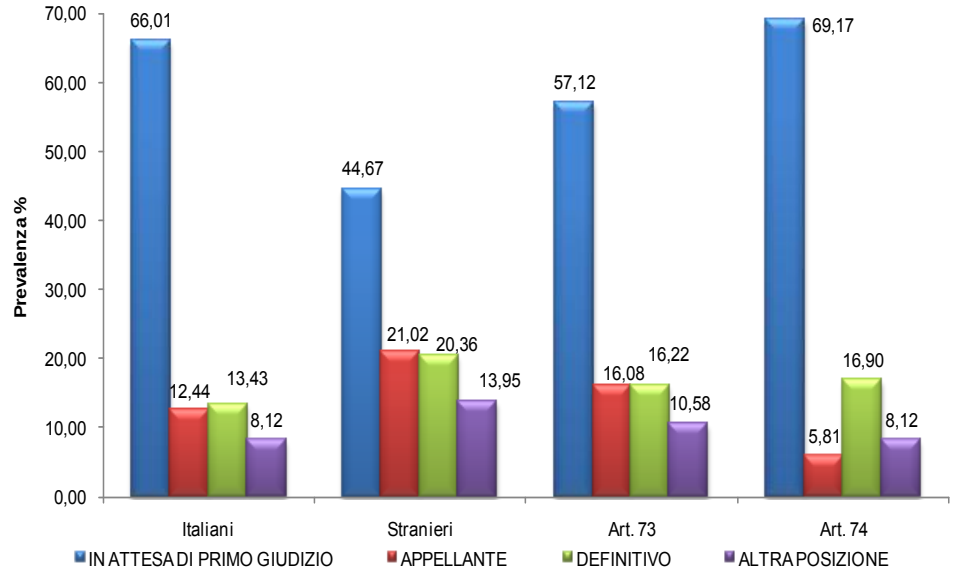
Tipo di carcerazione: 60% ingresso per la prima volta

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 66% degli italiani è in attesa di primo giudizio, a fronte del 44,7% degli stranieri, per i quali si osserva una percentuale più elevata di appellanti (21% vs 12,4%) e di procedimenti giudiziari definitivi (20,4% vs 13,4%). Differenze si evidenziano anche rispetto a quanto emerso dall'analisi effettuata l'anno scorso: la percentuale di soggetti in attesa di primo giudizio è aumentata di quasi 3 punti percentuali a fronte di una diminuzione percentuale di soggetti appellanti.

Posizione giuridica: 66% degli italiani in attesa di primo giudizio contro il 41,8% degli stranieri

In aumento i soggetti in attesa di primo giudizio.

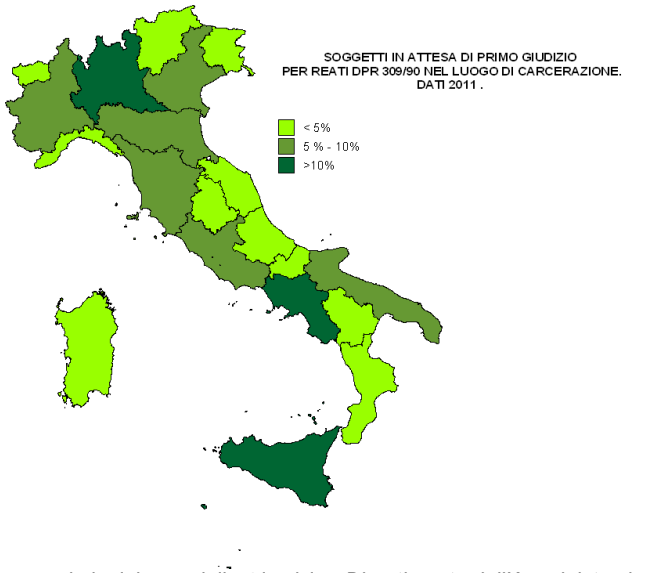
Figura IV.2.27: Distribuzione dei soggetti entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 per posizione giuridica, nazionalità e tipo di reato - Anno 2011



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

I soggetti detenuti nel 2011 per reati in violazione del DPR 309/90 e in attesa di primo giudizio non appaiono equamente distribuiti sul territorio nazionale ma di essi il 15%, per 2.166 unità, si concentra in Campania, l'11%, per 1.543 unità, in Sicilia e il 10,4% per 1.492 in Lombardia.

Figura IV.2.28: Soggetti in attesa di primo giudizio per reati commessi in violazione del DPR 309/90 disaggregati per luogo di ingresso in carcere.



In Campania il maggior numero di soggetti in attesa di primo giudizio

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

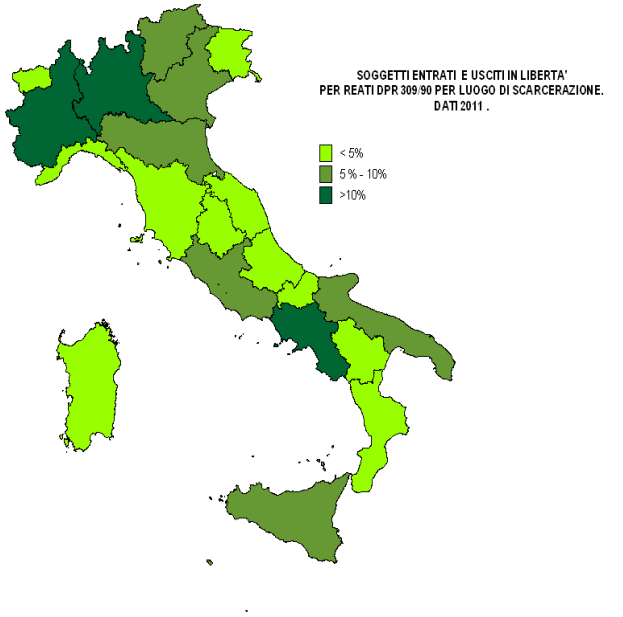
Rispetto al tipo di reato commesso, l'attesa di primo giudizio risulta la posizione giuridica prevalente sia per reati commessi in violazione dell'art.73 che dell'art.74, ma con valori superiori in corrispondenza del reato più grave riguardante la produzione, il traffico e la detenzione illeciti di sostanze stupefacenti (57,1% dell'art. 73 vs 69,2% dell'art. 74); situazione analoga è riscontrabile anche nella percentuale di soggetti con provvedimento giuridico definitivo, seppur caratterizzata da una minor differenza percentuale tra l'art. 73 e 74, rispettivamente pari al 16,2% e 16,9%. Dal confronto con l'analisi condotta nel 2010, a fronte di un aumento percentuale di soggetti in attesa di primo giudizio per entrambi gli articoli in questione, si registra, per quanto riguarda l'art. 74, un aumento di soggetti con procedimento giuridico definitivo e per entrambi gli articoli d una diminuzione nei soggetti in attesa di appello.

Scarcerazioni: il 40,4% dei soggetti entrati nel 2011 è uscito in libertà, con un decremento del 5,7% rispetto al 2010

Il 40,4% dei soggetti entrati negli istituti penitenziari nel 2011 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 percentuale di 2,3 punti rispetto a quanto rilevato nel 2010. La distribuzione per nazionalità mostra lievi differenze tra detenuti italiani e stranieri (42,2% vs 37,8%), con un decremento dei soggetti in libertà, pari al 5,7% in corrispondenza dei detenuti italiani cui fa seguito un lieve incremento del 3,6% per quelli stranieri. Il 12,5% dei detenuti sono stati trasferiti in un altro istituto con una differenza marcata tra la popolazione detenuta italiana e straniera (9,2% vs 17,1%). Come già evidenziato nel 2010, anche nel 2011 si registra una contemporanea diminuzione sia dei detenuti in libertà sia di quelli trasferiti.

Analizzando i dati di coloro che sono stati carcerati e usciti in libertà nel corso del 2011, si evince una diversa distribuzione dei soggetti per regione di istituto di avvenuta scarcerazione, infatti è in Campania, Lombardia e Piemonte che si registra il maggior numero di soggetti carcerati-scarcerati nello stesso anno con percentuali rispettivamente del 12% pari a 1.362 unità in Campania, 11% circa pari a 1.264 unità in Lombardia e 1.273 in Piemonte.

Figura IV.2.29: Soggetti entrati e usciti in carcere nel corso del 2011 per reati commessi in violazione del DPR 309/90 disaggregati per luogo di scarcerazione.



In tre regioni il 34% delle scarcerazioni

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

IV.2.5.3 Ingressi negli istituti penali per minorenni

Nel 2011 incremento del 45,0% degli ingressi di minori in carcere,sostenuto in particolare da minori stranieri, per reati DPR 309/90

Nel 2011 i minori entrati negli Istituti penali per i minorenni per reati commessi in violazione alla normativa sugli stupefacenti ammontano a 174, con un considerevole incremento (circa il 45%) rispetto al 2010. Sia per l'anno 2010 che per il 2011 i dati sono stati trasmessi dal Ministero della Giustizia attraverso il Sistema Informativo dei Servizi Minorili (SISM), sistema ancora in fase di popolamento; pertanto, i dati analizzati di seguito sono da considerarsi provvisori e in difetto quantitativo per ritardo di notifica.
Con riferimento alle caratteristiche dei soggetti minori entrati negli istituti penali per reati in violazione del DPR 309/09, è possibile definire un profilo dal punto di vista demografico e giuridico.
La reclusione di minori per violazione alla normativa sugli stupefacenti ha riguardato quasi esclusivamente il genere maschile (95,4%), con prevalenza di soggetti italiani (55,7%), poco più che 17enni e appena più adulti, diversamente da quanto registrato nel 2010, rispetto ai minori di diversa nazionalità.

Tabella IV.2.13: Caratteristiche demografiche dei soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90. Anni 2010-2011

Caratteristiche	2010		2011		Diff.%	Δ%
	N	% c	N	% c		
Genere						
Maschi	118	98,3	166	95,4	-2,9	40,7
Femmine	2	1,7	8	4,6	2,9	300,0
Totale	**120**	**100,0**	**174**	**100,0**		**45,0**
Nazionalità						
Italiani	78	65,0	97	55,7	-9,3	24,4
Stranieri	42	35,0	77	44,3	9,3	83,3
Età media						
Italiani		16,9		17,6		
Stranieri		17,5		17,2		

Forte presenza di minori stranieri (44.3%)

L'età media supera di poco i 17 anni (17,6 per gli italiani)

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

Profili distinti si osservano tra italiani e stranieri rispetto al tipo di reato causa della detenzione: per i reati più gravi relativi all'associazione finalizzata al traffico illecito di sostanze stupefacenti (artt. 74 e 80 del DPR 309/90) il numero di minori reclusi è molto basso (2 per art. 74 e 2 per art. 80). Per quanto riguarda, invece, i minori che hanno violato l'art. 73 del DPR 309/90 il 55,5% è di nazionalità italiana (Tabella IV.2.14 e Figura IV.2.30) in aumento rispetto al 2010.

Tabella IV.2.14: Profilo giuridico dei soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90. Anni 2010 - 2011

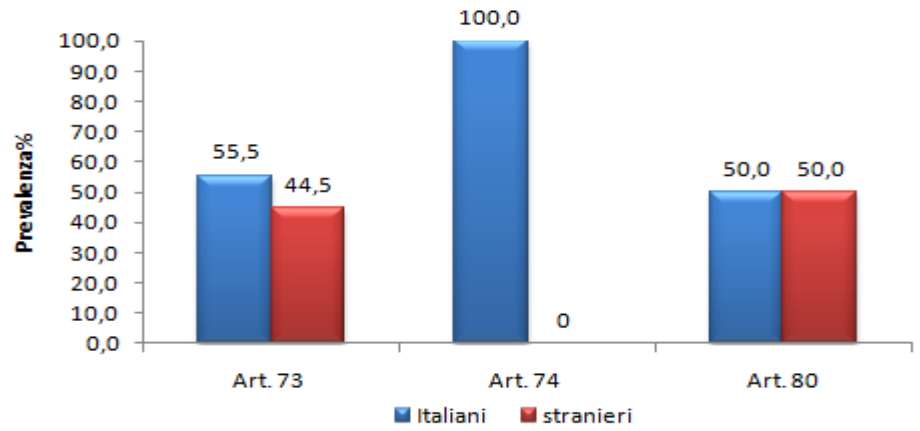
Probabile maggior coinvolgimento di minori in attività di traffico e spaccio

Caratteristiche	2010		2011		Diff.%	Δ%
	N	% c	N	% c		
Reati						
Art. 73 – italiani	72	66,1	91	55,5	-10,6	27,8
di cui Art. 74 – italiani	1	33,3	2	100,0	66,7	0,0
Art. 73 - stranieri	38	33,9	73	44,5	10,6	92,1
di cui Art. 74 - stranieri	2	66,7	0	0,0	-66,7	-100,0
Art. 80 – italiani	4	100	1	50,0	-50,0	-75,0
Art. 80 - stranieri	0	0,0	1	50,0	0	0,0
Posizione giuridica						
In attesa di primo giudizio	40	35,1	54	32,0	-3,1	35,0
Appellante	15	13,2	17	10,1	-3,1	13,3
Definitivo	10	8,8	15	8,9	0,1	50,0
Altra posizione giuridica	49	43,0	83	49,1	6,1	69,4

Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

Maggior percentuale di italiani che hanno violato artt. 73

Figura IV.2.30: Percentuale di soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 secondo l'articolo violato e la nazionalità. Anno 2011

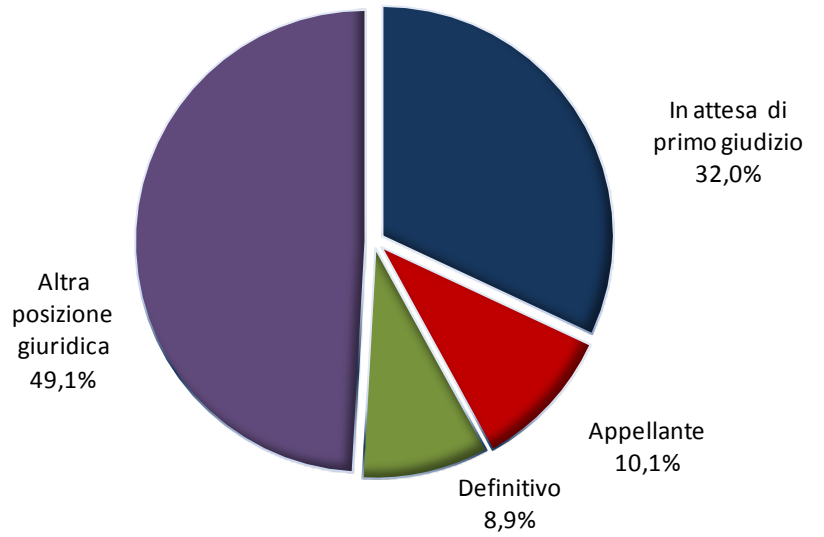


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

Il 32% di minori in attesa di primo giudizio

Il 32% dei minori ristretti in carcere è in attesa di primo giudizio, con una certa differenza per nazionalità (25,5% italiani vs 40,% stranieri), il 10,1% è appellante (9,6% italiani vs 10,7% stranieri) e l'8,9% ha una posizione giuridica definitiva (9,6% italiani vs 8,0% stranieri) (Figura IV.2.31).
Sebbene la composizione per posizione giuridica resti simile a quella del 2010, si registra un incremento dei minori con procedimento definitivo, come pure un aumento della percentuale delle altre posizioni giuridiche.

Figura IV.2.31: Percentuale di soggetti minori entrati dalla libertà per violazione del DPR 309/90 secondo la posizione giuridica. Anno 2011



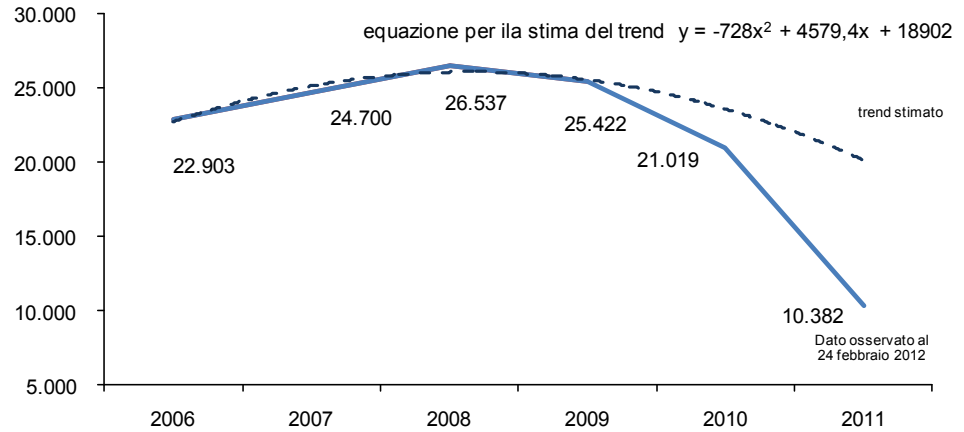
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia Minorile

IV.2.6. Criminalità droga-correlata

Le persone condannate dall'Autorità Giudiziaria in seguito alla violazione del DPR 309/90 per reati legati al traffico di sostanze stupefacenti ammontano nel 2011 a 10.382. Il dato risulta sottonotificato a causa dell'aggiornamento degli archivi del Casellario ancora in atto al momento della rilevazione, ciò giustifica anche l'andamento apparentemente decrescente nell'ultimo triennio (Figura IV.2.32).

10.382 persone condannate dalla A.G. (dato provvisorio per ritardo di notifica)

Figura IV.2.32 Soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2006 – 2010 e Anni 2007 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

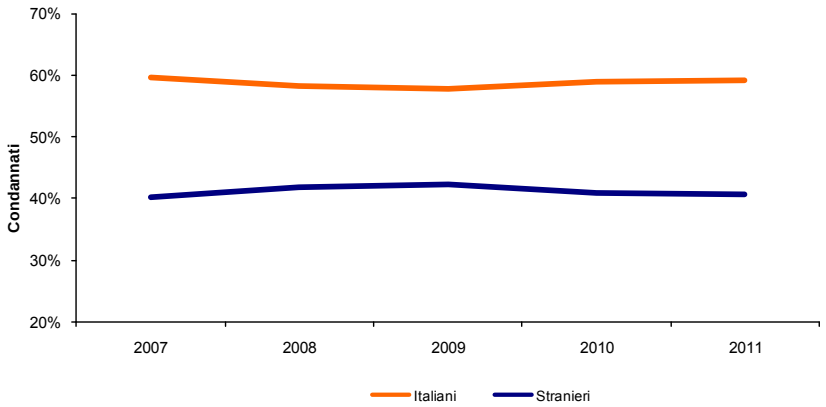
Nel periodo 2007-2011, il 90,7% dei soggetti è stato condannato una sola volta, mentre la restante percentuale di soggetti ha riportato due o più condanne.

Il 91% è alla prima condanna

Senza mostrare variazioni di rilievo nel quinquennio in esame, nel 2011 circa il 92,8% dei condannati era di genere maschile, e il 59% di nazionalità italiana.

Caratteristiche dei condannati

Figura IV.2.33 Percentuale condannati per nazionalità dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90. Anni 2007 – 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

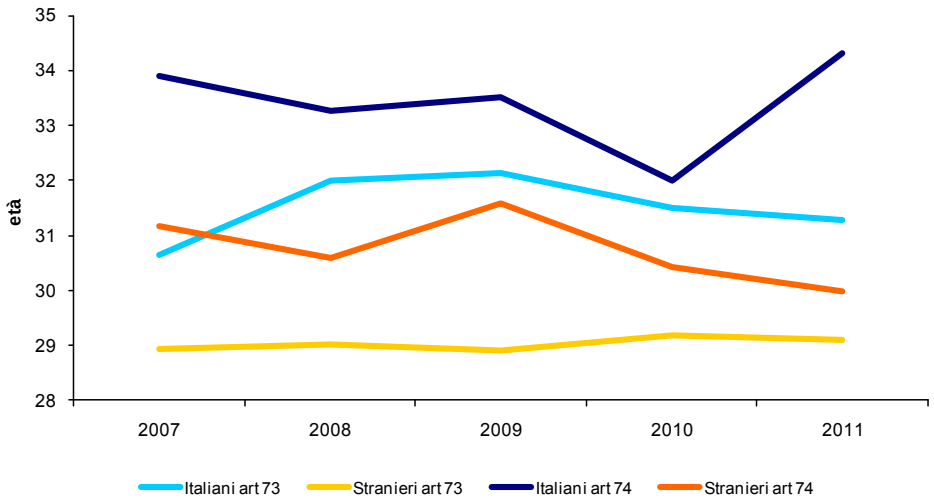
96,8 % condannato per produzione traffico e vendita

Nel 96,8% 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 96,6% e 97,0%); 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 2,9% riguardava provvedimenti per violazione di entrambe le disposizione normative citate

Cala l'età media: più giovani gli stranieri condannati

L'età media dei soggetti condannati è più elevata in caso di reati per associazione finalizzata al traffico (art. 74 DPR 309/90) e per i condannati di nazionalità italiana. Più giovani risultano gli stranieri condannati per i reati di produzione, traffico e vendita di stupefacenti (art. 73 DPR 309/90) (Figura IV.2.34:).

Figura IV.2.34: Età media dei soggetti condannati dall'Autorità Giudiziaria per violazione degli artt. 73 e 74 del DPR 309/90, per nazionalità. Anni 2007 - 2011



Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

Nel 2011 il 20% dei condannati è recidivo

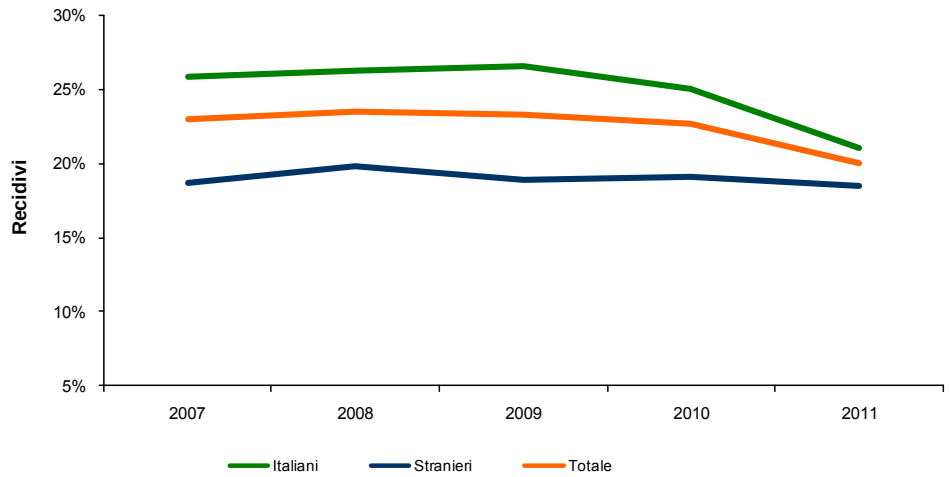
Nel 2011 circa il 20% dei condannati è recidivo, percentuale che varia in base al tipo di reato ed alla nazionalità del condannato, risultando sensibilmente superiore tra i condannati per i reati previsti dall'art. 73 rispetto ai crimini più gravi (20,5%

contro il 5,3%) e per i reati più gravi (previsti dall'art. 74) tra gli italiani rispetto agli stranieri (6,7% contro il 3,3%).

Diminuzione del tasso di recidivi soprattutto di nazionalità italiana

Sempre considerando la provvisorietà del dato, in aggiornamento quinquennale da parte dell'ufficio competente, la Figura IV.2.35 mostra l'andamento delle recidive nel periodo 2007-2011. Il dato totale, dopo una sostanziale stasi nel periodo 2007-2009 mostra un certo decremento, che si conferma anche nel 2011, con una diminuzione del numero di soggetti recidivi di quasi 3 punti percentuali rispetto al dato 2010. (20,0% vs 22,7%). La diminuzione dei recidivi risulta, inoltre particolarmente evidente per i cittadini italiani, per i quali il dato 2011 si attesta al 21,0% contro il 25,1% registrato nel 2010.

Figura IV.2.35: Percentuale dei soggetti recidivi secondo la nazionalità. Anni 2007 – 2011



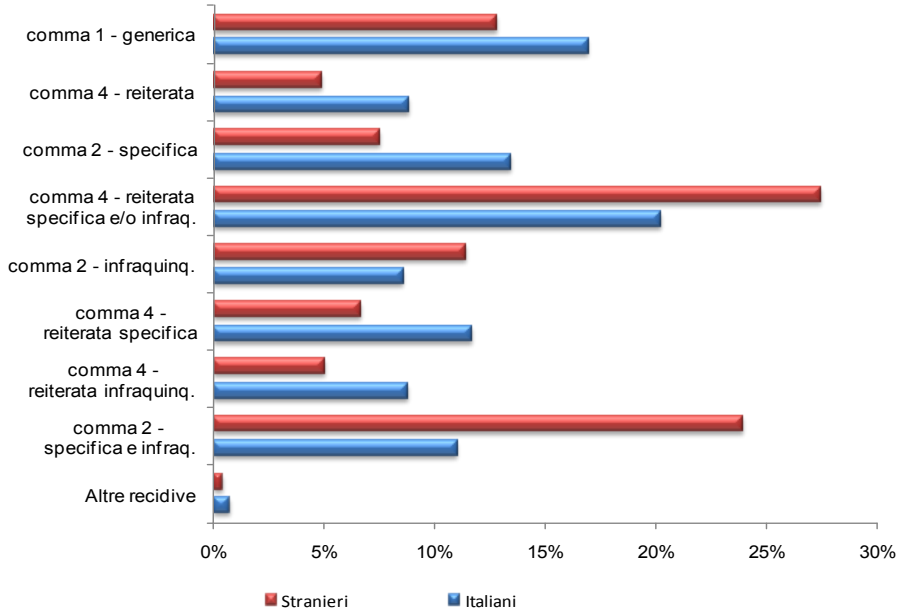
Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia - Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Ufficio III Casellario

Stranieri più recidivanti in modo reiterato

Dalla distribuzione dei condannati recidivi per tipologia di recidiva (art. 99 del codice penale[6]) si osservano profili nettamente differenti tra i condannati italiani e stranieri: mentre gli stranieri tendono a commettere maggiormente reati recidivi reiterati specifici e/o infraquinquennali (comma 4 per il 22% e comma 2 specifica e infraquinquennale per il 24%), gli italiani mostrano una maggiore percentuale di condannati per recidiva generica (17%) o recidiva reiterata specifica ai sensi del comma 4 (20%). (Figura IV.2.36).

[6] Art. 99 c.p. Recidiva: Comma 1 (recidiva semplice o generica)- Chi dopo essere stato condannato per un reato ne commette un altro, … . Comma 2 (recidiva aggravata) - La pena può essere aumentata fino ad un terzo se: 1) il nuovo reato è della stessa indole (specifica); 2) se il nuovo reato è stato commesso nei cinque anni dalla condanna precedente (infraquinquennale); 3) se il nuovo reato è stato commesso durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena. Comma 3 - Qualora concorrano più circostanze fra quelle indicate nei numeri precedenti, l'aumento di pena può essere fino alla metà (Comma 2 N. 1 e 2; Comma 2 N. 1 e 3; Comma 2 N. 2 e 3; Comma 2 N. 1, 2 e 3). Comma 4 (recidiva reiterata) – ipotesi 1: se il recidivo commette un altro reato … ; ipotesi 2: recidiva reiterata specifica, infraquinquennale, specifica e infraquinquennale; ipotesi 3: recidiva reiterata durante o dopo l'esecuzione della pena ovvero durante il tempo in cui il condannato si sottrae volontariamente alla esecuzione della pena.

Figura IV.2.36: Percentuale di soggetti recidivi secondo la nazionalità e il tipo di recidiva art. 99 codice penale. Anno 2011

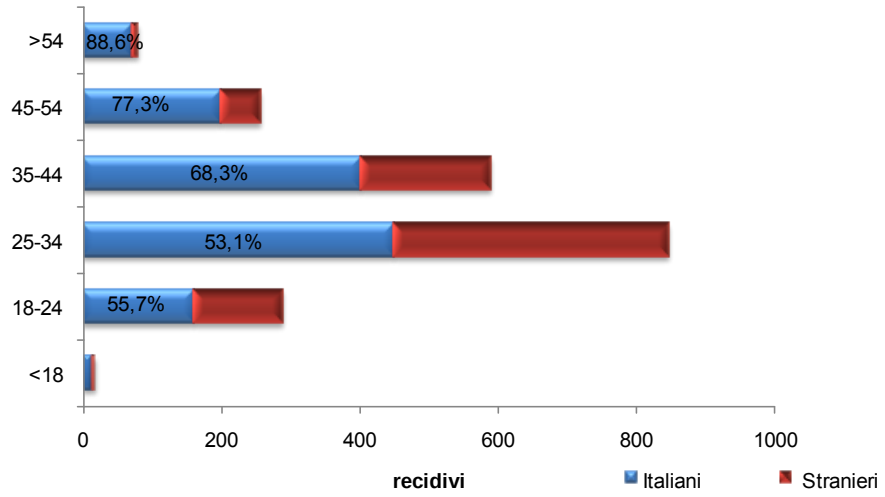


Fonte: Elaborazione su dati Ministero della Giustizia – Dipartimento per gli Affari di Giustizia – Ufficio III Casellario

Analizzando inoltre le classi di età dei recidivi, si evidenzia la percentuale più alta nella classe 25-34 anni che da sola rappresenta il 40,8% dei recidivi nel 2011, per un totale di 848 unità. Di tali condannati il 53% sono italiani (Figura IV.2.37).

25-34 anni la classe con maggiore recidiva

Figura IV.2.37: Soggetti recidivi suddivisi per classi di età e nazionalità. Anno 2011



Parte Quinta

Approfondimenti

CAPITOLO V.1

SINTESI DEI RISULTATI DEL PROGETTO TOXTEST

V.1 SINTESI DEI RISULTATI DEL PROGETTO TOXTEST

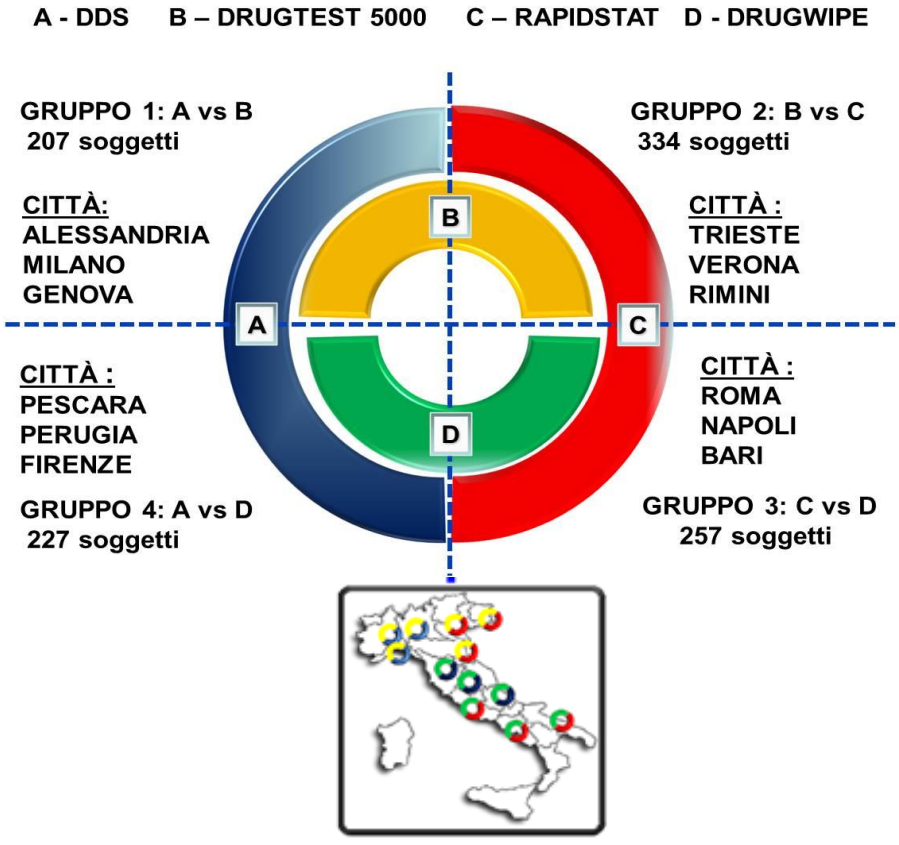
Valutazione comparata di quattro kit per test speditivi su saliva.

Lo scopo del progetto Tox-Test era di valutare le prestazioni di diversi kit commerciali per la determinazione della guida sotto l'effetto di stupefacenti mediante l'analisi on-site della saliva dei guidatori fermati dalle forze di polizia.
A tale scopo, dopo una revisione della più recente letteratura scientifica sul tema, sono stati inseriti nel progetto, per la loro valutazione, 4 kit diagnostici, risultati tra i migliori nei precedenti progetti scientifici aventi analoghe finalità: DDS®, Drugtest 5000®, Drugwipe5+® and RapidSTAT®.
Questi quattro kit sono stati testati per THC, cocaina, oppiacei, amfetamine e metamfetamine

Disegno dello studio sperimentale.

Il disegno sperimentale (figura V.1.1) ha previsto l'applicazione dei quattro kit appaiati, due a due, su almeno 1000 soggetti, al fine di valutare comparativamente le performances dei vari kit. Sono state coinvolte 12 città distribuite su tutto il territorio nazionale.

Figura V.1.1. Disegno dello studio sperimentale.



Test di validità dei kit.

Tutti i campioni di fluido orale residui sono stati quindi sottoposti a conferma mediante cromatografia liquida ad alta prestazione accoppiata alla spettrometria di massa tandem, dopo diluizione isotopica dei campioni, per valutare le performances analitiche dei kit in termini di (tabella V.1.1):

- sensibilità: VP/(VP+FN);
- specificità: VN/(VN+FP);
- accuratezza: (VP+VN)/tot;
- valore predittivo positivo (PPV): VP/(VP+FP);
- valore predittivo negativo (NPV): VN/(VN+FN),
- falsi negativi totali,
- falsi positivi totali.

Tabella V.1.1. Risultati di validità dei quattro kit.

		Conferma di laboratorio	
		Positivo	**Negativo**
Test rapido	**Positivo**	Vero Positivo (VP)	Falso Positivo (FP)
	Negativo	Falso Negativo (FN)	Vero Negativo (VN)

E' stata inoltre valutata la facilità d'impiego dei kit in fase operativa in strada da parte degli operatori di polizia attraverso la compilazione di una griglia di valutazione su funzionamento, utilizzo manuale e lettura del risultato.

Valori di cut-off di riferimento.

Per le valutazioni della validità dei kit sono stati utilizzati i valori di cut-off di riferimento suggeriti dalla comunità scientifica internazionale e già utilizzati in ricerche analoghe (DRUID – Driving under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines) per la rilevazione delle diverse sostanze nel fluido orale. Tali valori vengono riportati nella tabella 2.

Tabella V.1.2. Risultati di validità dei quattro kit.

CUT-OFF DRUID su fluido orale (ng/ml)	
***O*-6-MONOACETILMORFINA**	5
AMFETAMINA	25
BENZOILECGONINA	10
COCAINA	10
CODEINA	20
MDA	25
MDEA	25
MDMA	25
METAMFETAMINA	25
MORFINA	20
THC	1

I valori di sensibilità dei kit sono generalmente più alti, e questo può dare origine a risultati falsi negativi, come si può evincere dalle tabelle riassuntive riportate di seguito.

1.025 soggetti testati.

Le analisi effettuate su 1025 soggetti hanno fornito i seguenti risultati sui quattro kit valutati. Sono evidenziate in blu le voci che non sono statisticamente significative a causa della bassa percentuale di positività riscontrate, mentre in rosso sono evidenziati i valori inaccettabili. Sono considerati soddisfacenti valori di sensibilità, specificità ed accuratezza superiori all'80%, anche se sarebbero auspicabili al di sopra del 90%.

I risultati della ricerca sono riepilogati nella tabella V.1.3. Risultati dello studio

Tabella V.1.3. Risultati di validità dei quattro kit.

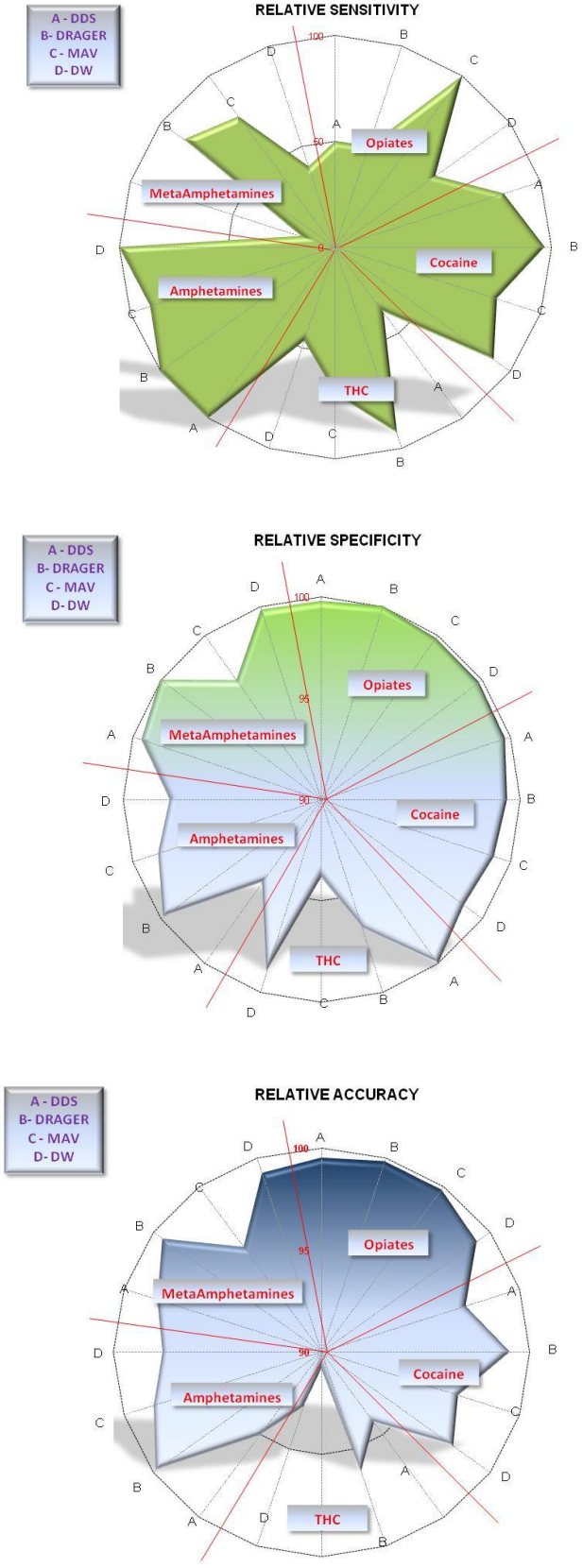
	Concateno DDS					Draeger Drugtest				
	OPP	COC	THC	AMF	MAMF	OPP	COC	THC	AMF	MAMF
Veri Positivi	1	45	14	1	1	1	60	60	4	19
Falsi Positivi	1	1	0	20	2	0	3	15	1	0
Veri Negativi	399	347	366	383	395	519	457	439	516	500
Falsi Negativi	1	10	23	0	5	1	2	5	0	3
TOTALE	402	403	403	404	403	521	522	519	521	522
SENSIBILITA'	50%	82%	38%	100%	17%	50%	97%	92%	100%	86%
SPECIFICITA'	100%	100%	100%	95%	99%	100%	99%	97%	100%	100%
ACCURATEZZA	100%	97%	94%	95%	98%	100%	99%	96%	100%	99%
PREVALENZA	0,5%	13,6%	9,2%	0,2%	1,5%	0,4%	11,9%	12,5%	0,8%	4,2%
PPV	50,0%	97,8%	100,0%	4,8%	33,3%	100%	95%	80%	80%	100%
NPV	99,8%	97,2%	94,1%	100,0%	98,8%	100%	100%	99%	100%	99%

	Mavand Raspidstat					Securetec Drugwipe				
	OPP	COC	THC	AMF	MAMF	OPP	COC	THC	AMF	MAMF
Veri Positivi	4	44	43	9	16	*4*	*57*	*27*	*1*	*2*
Falsi Positivi	1	4	27	7	13	*1*	*5*	*5*	*12*	*1*
Veri Negativi	504	455	412	497	458	*499*	*436*	*439*	*490*	*498*
Falsi Negativi	0	12	19	1	5	*3*	*6*	*31*	*0*	*3*
TOTALE	509	515	501	514	492	*507*	*504*	*502*	*503*	*504*
SENSIBILITA'	100%	79%	69%	90%	76%	*57%*	*90%*	*47%*	*100%*	*40%*
SPECIFICITA'	100%	99%	94%	99%	97%	*100%*	*99%*	*99%*	*98%*	*100%*
ACCURATEZZA	100%	97%	91%	98%	96%	*99%*	*98%*	*93%*	*98%*	*99%*
PREVALENZA	0,8%	10,9%	12,4%	1,9%	4,3%	*1,4%*	*12,5%*	*11,6%*	*0,2%*	*1,0%*
PPV	80%	92%	61%	56%	55%	*80%*	*92%*	*84%*	*8%*	*67%*
NPV	100%	97%	96%	100%	99%	*99%*	*99%*	*93%*	*100%*	*99%*

La sensibilità, che è la capacità di identificare correttamente i positivi, risulta generalmente buona per cocaina e amfetamine (valori compresi tra 79% e 97% per la cocaina, tra 90% e 100% per le amfetamine), mentre è abbastanza diversa tra i kit per THC (tra 38% e 92%), metamfetamine(tra 17% e 86%) e oppiacei (tra 50% e 100%); per queste ultime due sostanze ha inciso il basso numero di positività trovate.
La specificità, che è la capacità di identificare correttamente i negativi, ha valori soddisfacenti per oppiacei (100%), cocaina (99-100%) e metamfetamine (95-100%), THC (94-100%) e amfetamine (95-100%).
L'accuratezza, che è la valutazione di insieme di sensibilità e specificità, ha valori compresi tra 99% e 100% per gli oppiacei, tra 97% e 99% per la cocaina, tra 91% e 96% per THC, tra 95% e 100% per amfetamine, e infine tra 96% e 100% per metamfetamine.

Nella figura V.1.2 si riportano i valori di sensibilità, specificità e accuratezza dei quattro kit per tipo di sostanza determinata su fluido orale.

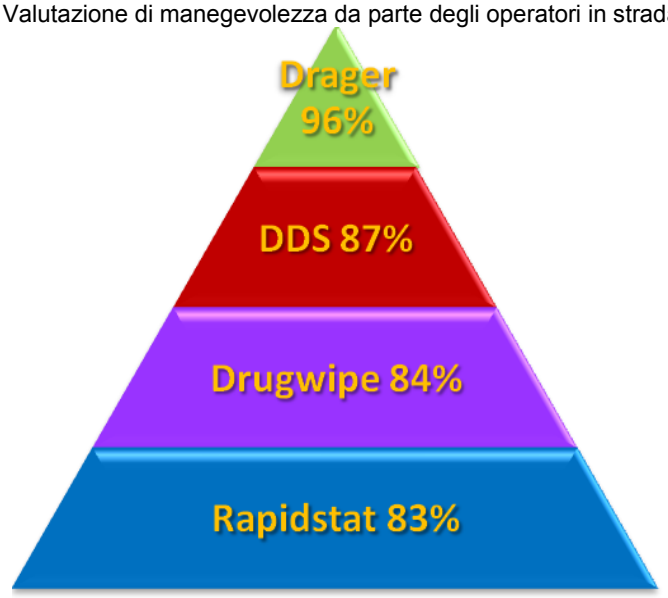
Figura V.1.2. Rappresentazione grafica dei risultati per sensibilità, specificità e accuratezza dei quattro kit per sostanza.



Valutazione da parte degli operatori

I kit sono stati anche valutati da parte del personale della polizia stradale che ha effettuato i controlli in termini di maneggevolezza, affidabilità, facilità di lettura. Il kit che ha ottenuto il punteggio migliore è stato il Drager Drugtest, seguito dal Concateno DDS, Securetec Drugwipe e Mavand Rapidstat (figura V.1.3).

Figura V.1.2. Valutazione di manegevolezza da parte degli operatori in strada..



Conclusioni

I risultati ottenuti confermano che il fluido orale è una valida matrice biologica, che consente di determinare on-site la guida sotto l'effetto di sostanze stupefacenti; è inoltre semplice e non invasiva da prelevare, anche in assenza di personale medico.
I kit diagnostici on-site, in particolare uno, hanno raggiunto livelli di prestazioni accettabili per il loro utilizzo routinario per i controlli su strada.
L'analisi di conferma è comunque necessaria per l'utilizzo forense dei dati.
I valori di sensibilità ottenuti da alcuni kit per specifiche sostanze, in particolare THC e cocaina, non sono accettabili come si può notare dalla elevata percentuale di risultati falsi negativi ottenuti sul campo. Per il loro utilizzo è pertanto necessario che i produttori dimostrino un miglioramento delle prestazioni dei loro prodotti.

Riferimento bibliografico

Evaluation of four oral fluid devices (DDS1, Drugtest 50001, Drugwipe 5+1 and RapidSTAT1) for on-site monitoring drugged driving in comparison with UHPLC–MS/MS analysis.
Sabina Strano-Rossi, Erika Castrignanò, Luca Anzillotti, Giovanni Serpelloni, Roberto Mollica, Franco Tagliaro, Jennifer P. Pascali, Delfina di Stefano, Roberto Sgalla, Marcello Chiarotti.
Forensic Science International, in press.

CAPITOLO V.2.

PROGETTI, CENTRI COLLABORATIVI E NETWORK NAZIONALI DEL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

V.2.1. Progetti e Centri Collaborativi

V.2.2. Quote di investimento progetti

V.2.3. Master Plan Progetti

V.2.4. Network Centri Collaborativi

V.2 PROGETTI, CENTRI COLLABORATIVI E NETWORK NAZIONALI DEL DIPARTIMENTO POLITICHE ANTIDROGA

V.2.1 Progetti e centri collaborativi

Il Dipartimento Politiche Antidroga, sin dalla sua istituzione, si è impegnato nella promozione di strategie e nell'attivazione di misure per contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze, in collaborazione con le Pubbliche Amministrazioni competenti nello specifico settore, le associazioni del privato sociale, le Comunità Terapeutiche e i Centri di Accoglienza.
Ha realizzato infatti interventi a tutto campo nell'ambito della prevenzione, della cura, della riabilitazione e del reinserimento dei tossicodipendenti, pilastri fondamentali all'interno dei quali si inquadra l'azione governativa.
Ad oggi sono stati attivati, per un totale di oltre € 42.000.000,00 , 109 progetti, tutti rispondenti alle priorità di intervento emerse dalla indicazioni pervenute dalla V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga.

109 progetti finanziati dal 2010

I progetti sono stati tutti affidati ad enti ed organizzazioni altamente qualificati (Centri Collaborativi) con i quali il Dipartimento Politiche Antidroga ha stipulato accordi e convenzioni che ne regolano il rapporto.

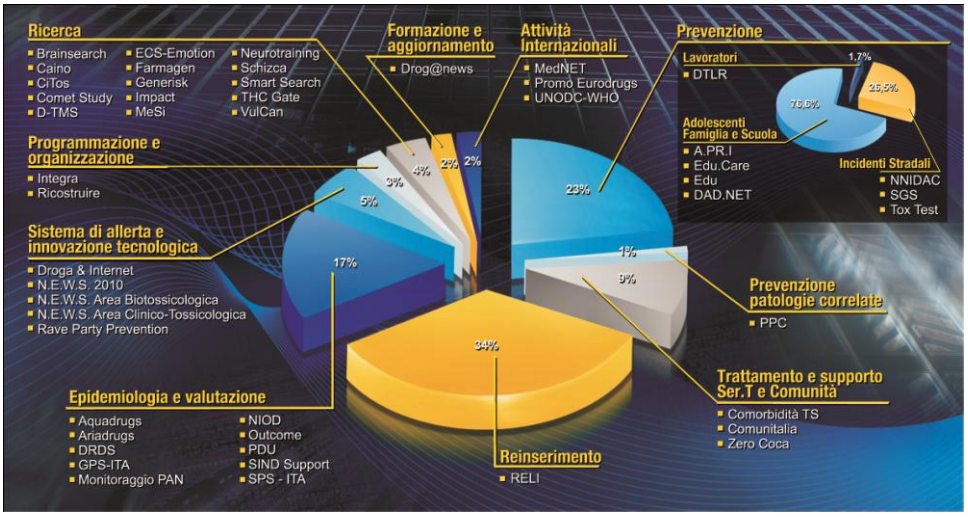
106 Centri Collaborativi

Tutti i Centri Collaborativi operano con la direzione e il coordinamento del Dipartimento che governa questo articolato piano progettuale mediante i gruppi di coordinamento tecnico-scientifico, di cui ogni progetto è dotato, al fine di assicurare un'ottimale gestione delle attività di progetto ed un controllo in progress dei risultati. Ad oggi il Dipartimento può contare sulla collaborazione di 106 Centri Collaborativi.
Si è voluto così interrompere una consuetudine che ha visto negli anni passati il replicarsi di progetti, la cui gestione tecnica e finanziaria era totalmente delegata alle Regioni, con la conseguenza di essere troppo localizzati, poco valutabili e valutati e quasi privi di coordinamento e direzione nazionale.

V.2.2 Quote di investimento progetti

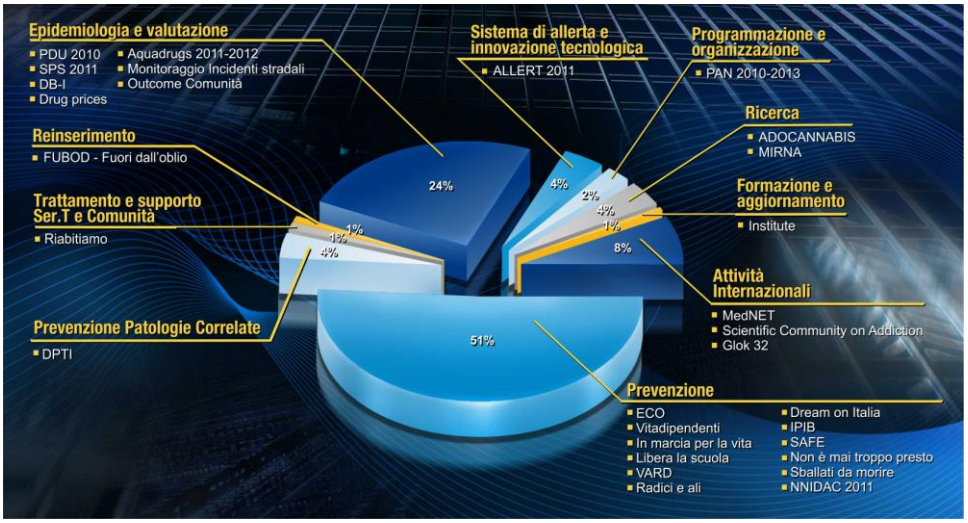
Nel 2010, a valere sul budget dell'anno 2009, il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato 49 progetti, per un totale di spesa di oltre € 26.000.000,00.

Figura V.2.1: Quote di investimento progetti 2010



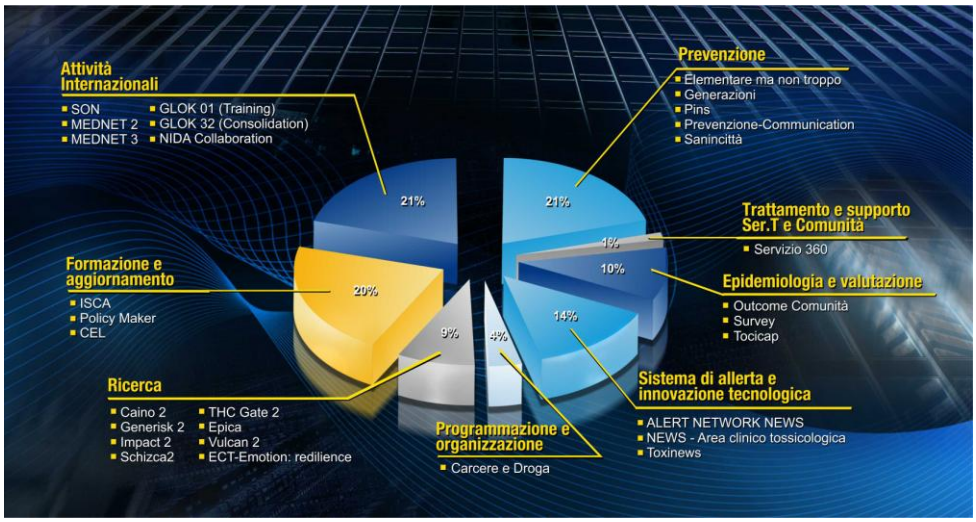
Nel 2011, a valere sul budget dell'anno 2010, il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato 30 progetti, per un totale di spesa di oltre € 9.000.000,00.

Figura V.2.2: Quote di investimento progetti 2011



Nel 2012, a valere sul budget dell'anno 2011, il Dipartimento Politiche Antidroga ha attivato 31 progetti, per un totale di spesa di oltre € 7.000.000,00.

Figura V.2.3: Quote di investimento progetti 2011



V.2.3 Master plan progetti

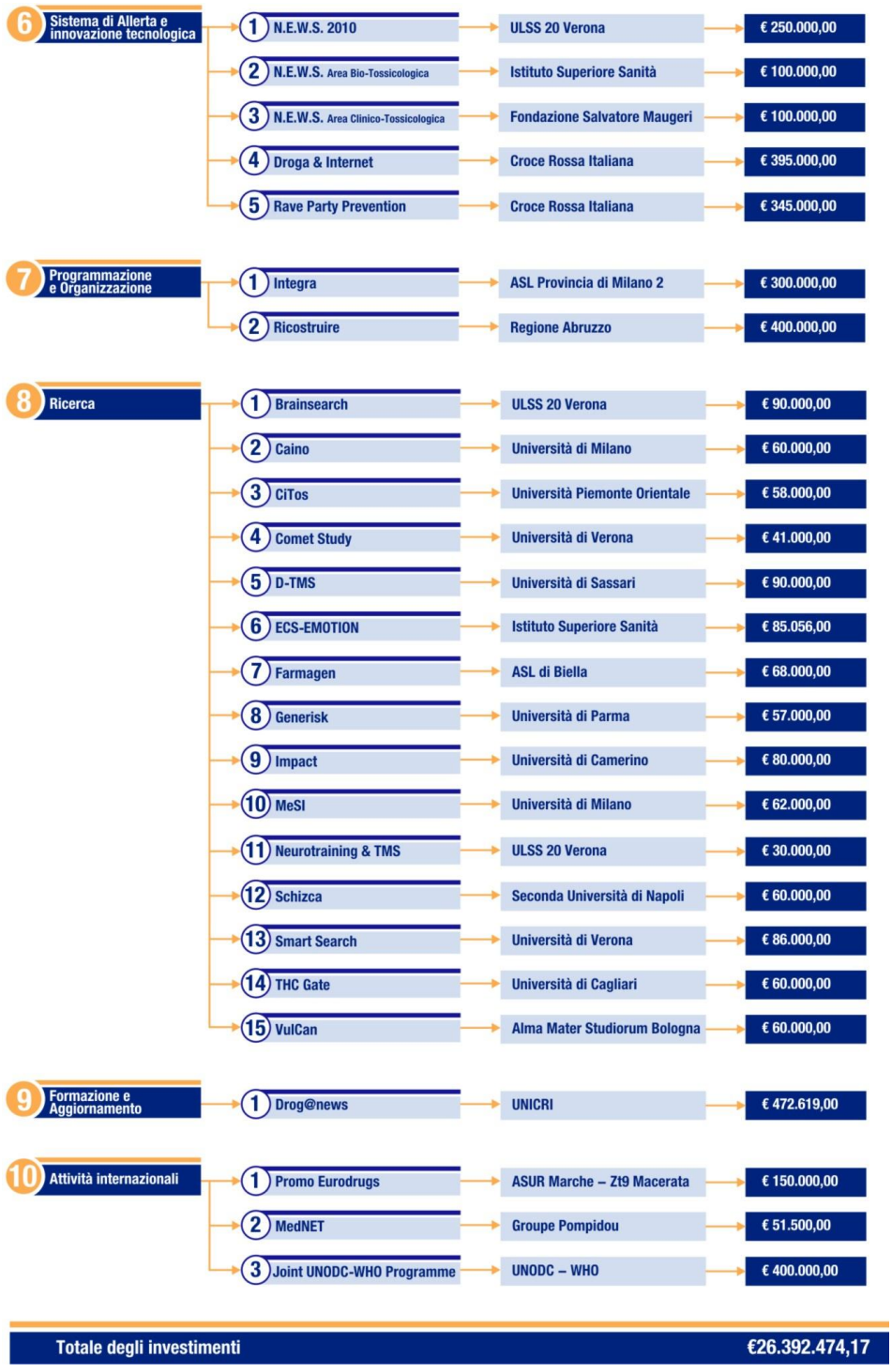
Di seguito il Master Plan dei progetti 2010, suddivisi e organizzati in aree di intervento.

Figura V.2.4: Master Plan Progetti 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

Di seguito il Master Plan dei progetti 2011, suddivisi e organizzati in aree di intervento.

Figura V.2.5: Master Plan Progetti 2011

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

Di seguito il Master Plan dei progetti 2012, suddivisi e organizzati in aree di intervento.

Figura V.2.6: Master Plan Progetti 2012

Aree d'intervento	Progetti	Ente affidatario	Budget
1 Prevenzione	1 Elementare ma non troppo	Istituto Superiore Sanità	€ 200.000,00
	2 Generazioni	ASL Avezzano Sulmona L'Aquila	€ 200.000,00
	3 Pins	CUEIM	€ 357.000,00
	4 Prevenzione–Communication	CUEIM	€ 360.000,00
	5 Sanincittà	Comune di Verona	€ 390.000,00
2 Trattamento e supporto Ser.T e Comunità	1 Servizio 360	Provincia di Agrigento	€ 100.000,00
3 Epidemiologia e valutazione	1 Outcome Comunità	Università di Bologna	€ 390.000,00
	2 Survey	CUEIM	€ 237.000,00
	3 Toxicap	Università di Firenze	€ 85.000,00
4 Sistema di Allerta e innovazione tecnologica	1 Alert Network	Centro Antiveleni Pavia	€ 390.000,00
	2 NEWS Area Clinico Tossicologica	Centro Antiveleni Pavia	€ 100.000,00
	3 Toxinews	Istituto Superiore Sanità	€ 100.000,00
	4 Smart Stop	Università Catt. Sacro Cuore	€ 388.000,00
5 Programmazione e Organizzazione	1 Carcere e Droga	Formez	€ 250.000,00
6 Ricerca	1 Caino 2	Università di Milano	€ 70.000,00
	2 Generisk 2	Università di Parma	€ 57.000,00
	3 Impact 2	Università di Camerino	€ 160.000,00
	4 Schizca 2	Università di Napoli	€ 60.000,00
	5 THC Gate 2	Università di Cagliari	€ 80.000,00
	6 Epica	Università dell'Insubria	€ 50.000,00
	7 Vulcan 2	Università di Bologna	€ 60.000,00
	8 ECS–Emotion: resilence	Istituto Superiore Sanità	€ 85.056,00
7 Formazione e Aggiornamento	1 ISCA	UNICRI	€ 370.000,00
	2 Policy Maker	UNICRI	€ 395.000,00
	3 CEL	S.S.P.A.	€ 700.000,00
10 Attività internazionali	1 Glok 01 (Training)	UNODC	€ 397.000,00
	2 Glok 32 (Consolidation)	UNODC	€ 397.000,00
	3 MedNET 2	Groupe Pompidou	€ 75.000,00
	4 MedNET 3	Groupe Pompidou	€ 70.000,00
	5 SON	Commissione Europea	€ 193.000,00
	6 NIDA Collaboration	ULSS 20 Verona	€ 390.000,00
Totale degli investimenti			€ 7.156.056,00

V.2.4 Network Centri Collaborativi

Nella programmazione delle attività, Il Dipartimento Politiche Antidroga ha voluto privilegiare e promuovere i progetti in grado di creare Network Nazionali di varie Unità Operative interessate a collaborare tra loro, proprio nell'intenzione di uscire da logiche troppo spesso locali o strettamente territoriali che alla lunga rischiano di frammentare gli interventi e di creare forti disomogeneità di azione nel Paese.

Progetto Outcome

Il progetto Outcome è stato attivato al fine di realizzare un sistema multicentrico per il monitoraggio dei trattamenti e la valutazione dei risultati dei trattamenti terapeutici e del consumo di risorse, sia fisiche che finanziarie, attraverso l'implementazione di un applicativo informatico per l'estrazione automatica dei dati in tele-assistenza presso le Unità Operative del network.

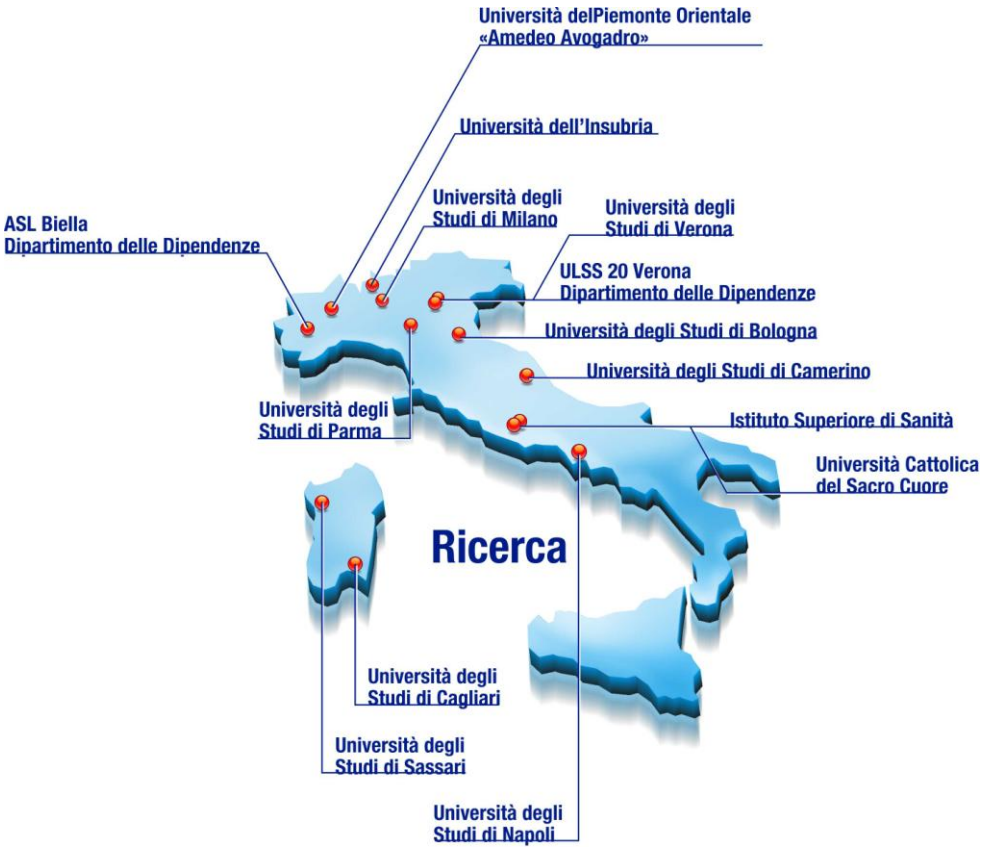
Figura V.2.7: Unità Operative Progetto Outcome



Network NNRD

Il network Nazionale di Ricerca sulle Dipendenze (NNRD) è stato attivato con l'obiettivo di promuovere e realizzare studi e ricerche applicate in ambito specialistico che hanno come principale area di intervento e base di riferimento la disciplina delle neuroscienze. E' costituito da 17 Centri Collaborativi e i progetti attivati spaziano dalla mappatura cerebrale delle aree del craving e del resisting tramite Stimolazione Magnetica Transcranica e Neurotraining, allo studio delle alterazioni cerebrali, delle alterazioni del sistema immunitario e del sistema emozionale e dei danni genetici indotti dall'uso di sostanze, con particolare riferimento alla cannabis e alla cocaina, fino ad arrivare a studi sulla progressione della dipendenza, sulle condizioni di vulnerabilità e sull'insorgenza di disturbi psicologici indotti dalle sostanze stupefacenti.

Figura V.2.8: Centri Collaborativi Network Nazionale di Ricerca sulle Dipendenze (NNRD)



Progetto Aquadrugs

Il progetto Aquadrugs ha l'obiettivo di valutare e monitorare il consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione mediante analisi dei residui di sostanze nelle acque reflue delle città italiane.

Figura V.2.9: Unità Operative Progetto Aquadrugs



Progetto Ariadrugs

Il progetto Ariadrugs ha l'obiettivo di valutare e monitorare il consumo di sostanze stupefacenti nella popolazione mediante analisi dei residui di sostanze nelle polveri nell'atmosfera delle città italiane.

Figura V.2.10: Unità Operative Progetto Ariadrugs



Progetto Rave Party Prevention

Il Progetto Rave Party Prevention è un progetto per la prevenzione degli eventi di aggregazione giovanile ad alto rischio di mortalità ed invalidità droga e alcol correlata, attraverso il monitoraggio della rete internet e l'invio di allerte tramite il Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Figura V.2.11: Unità Operative Progetto Rave Party Prevention



Progetto Droga&Internet

Il Progetto Droga&Internet è un progetto per il monitoraggio e la prevenzione del traffico di sostanze stupefacenti mediante internet collegato al Sistema Nazionale di Allerta Precoce.

Figura V.2.12: Unità Operative Progetto Droga & Internet



Progetto Smart Search

Con il progetto Smart Search si ricercano composti farmacologicamente attivi e potenzialmente pericolosi in prodotti di libero commercio (integratori, prodotti dietetici, infusi, etc) mediante impiego combinato di tecniche di separazione molecolare associate a spettrometria di massa ad elevata risoluzione.

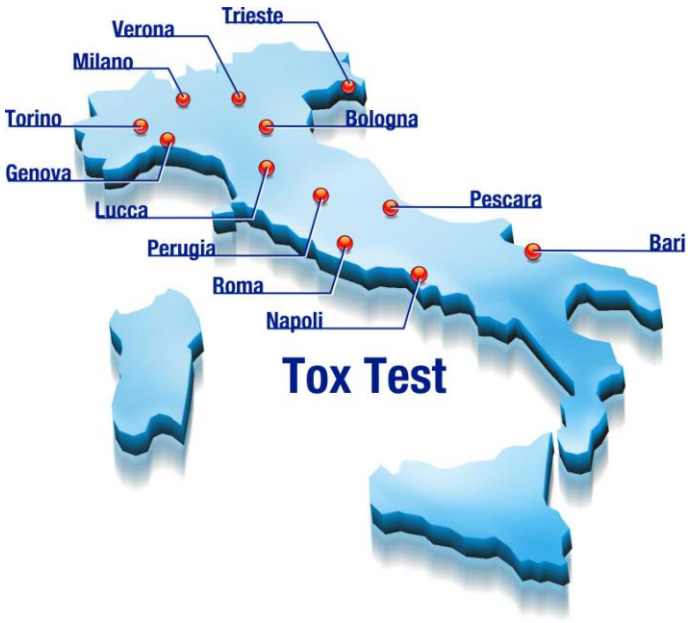
Figura V.2.13: Unità Operative Progetto Smart Search



Progetto Tox Test

Il Progetto Tox Test è uno studio multicentrico sperimentale sull'affidabilità dei sistemi di Drug Testing rapidi esistenti, con valutazione dei liquidi o materiali biologici più idonei per esami rapidi on site.

Figura V.2.14: Unità Operative Progetto Tox Test



Progetto NNIDAC

Il NNIDAC è il network nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati tramite applicazione del protocollo DOS per l'attivazione di procedure clinico tossicologiche nell'ambito degli accertamenti su strada.

Figura V.2.15: Unità Operative Progetto NNIDAC



Progetto VARD

Il Progetto Vard ha come obiettivo ultimo la validazione di metodi analitici sensibili ed affidabili per la determinazione di Date-Rape-Drugs (droghe da stupro) in diverse matrici biologiche.

Figura V.2.16: Unità Operative Progetto VARD



Progetto Non è mai troppo presto

Il Progetto **"**Non è mai troppo presto**"** ha come finalità la promozione e l'applicazione del drug test precoce del consumo di sostanze stupefacenti tramite la realizzazione e la diffusione di apposite Linee di Indirizzo.

Figura VI.2.17: Unità Operative Progetto Non è mai troppo presto



Progetto Radici e Ali

Il Progetto Radici e Ali realizza la sperimentazione di un modello di intervento che consenta lo sviluppo di competenze educative e genitoriali forti per il corretto evolversi dei processi di separazione-individuazione del bambino e del futuro adolescente.

Figura VI.2.5: Unità Operative Progetto Radici e Ali



Progetto Vitadipendenti

Il Progetto **"**Vitadipendenti**"** prevede la realizzazione di 30 spettacoli teatrali rivolti a studenti e docenti delle scuole secondarie per la promozione di stili di vita consapevoli ed il riconoscimento precoce dei comportamenti a rischio.

Figura VI.2.6: Unità Operative Progetto Vitadipendenti



Il Progetto Diagnosi Terapia Precoce Infezioni Droga Correlate DTPI ha la finalità di promuovere lo screening e la diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti e l'accesso precoce alle terapie nei Dipartimenti delle Dipendenze.

Progetto DTPI

Figura VI.2.7: Unità Operative Progetto DTPI



CAPITOLO V.3.

TECNICHE INNOVATIVE DI ANALISI RAPIDA DELLE NUOVE SOSTANZE “CANNABINOIDI DI SINTESI”

V.3.1. Tecniche innovative di analisi rapida delle nuove sostanze “Cannabinoidi di sintesi”

V.3.1.1 Introduzione
V.3.1.2 Obiettivi del progetto Smart Finder
V.3.1.3 Metodologia
V.3.1.4. Risultati
I. V.3.1.5. Conclusioni

V.3.2. Determinazione di cannabinoidi naturali e sintetici in matrice cheratinica. Validazione del metodo e applicazione a casi reali

V.3.2.1 Riassunto
V.3.2.2 Introduzione
V.3.2.3 Preparazione del Campione ed analisi Strumentale
V.3.2.4 Applicazione del Metodo su Campioni Reali

V.3.TECNICHE INNOVATIVE DI ANALISI RAPIDA DELLE NUOVE SOSTANZE "CANNABINOIDI DI SINTESI"

V.3.1. Tecniche innovative di analisi rapida delle nuove sostanze "Cannabinoidi di sintesi"

V.3.1.1 Introduzione

Droghe sintetiche: un nuovo trend di consumo

Recentemente nell'Unione Europea e negli USA è stato registrato un aumento della disponibilità di prodotti venduti come "legal or herbal hights" (composti psicoattivi non inclusi nelle tabelle delle sostanze sottoposte a controllo). Questa nuova classe di prodotti estremamente eterogenea, nota col termine di "Smart Drugs", include preparazioni differenti, come the, miscele erbacee, incensi e profumatori ambientali, bevande energetiche e integratori alimentari, dotate di una potente attività psicoattiva.

Intossicazione acuta e decessi per uso di sostanze sintetiche

Negli ultimi anni sono stati riportati numerosi casi di intossicazione acuta e alcuni decessi attribuiti all'uso di queste sostanze [1-7]. La maggior parte delle diagnosi è tuttavia basata solo sui dati anamnestici, mancando la possibilità di analizzare le "Smart Drugs" (SD) in campioni biologici o essendo l'analisi troppo complessa per una ampia diffusione sul territorio. L'identificazione di queste molecole è particolarmente difficile a causa della estrema varietà e novità dei principi attivi, nonché della loro breve permanenza sul mercato e delle scarse informazioni disponibili in letteratura. Per lo stesso motivo, la potenziale associazione tra uso di "Smart Drugs" e incidenti stradali o sul lavoro è ancora completamente sconosciuta.

A tale eterogenea classe di composti si riferiscono le cosiddette "Spice", miscele erbacee commercializzate come "incensi" o "profumatori ambientali", che risultano contenere analoghi sintetici dei cannabinoidi, composti che in molti paesi non sono ancora stati classificati come sostanze illecite o poste sotto controllo. Numerosi casi di intossicazione provocate dal consumo di "Spice" sono stati riportati, in quanto questi principi attivi sono stati chimicamente studiati per aumentare la potenza farmacologica del delta-9-tetraidrocannabinolo (principio attivo della Cannabis), incrementando così il rischio di overdose. Tra i numerosi prodotti "Spice" disponibili, i più diffusi sono il JWH-018 [3], HU-210 [4], CP47,497 [5], JWH-073, JWH-398 e JWH-250 [6].

Oltre agli "Spice", sono stati sintetizzati e distribuiti sul mercato analoghi modificati delle feniletilamine (che presentano un'alta analogia strutturale con amfetamine e mescaline), delle triptamine (analoghi del composto allucinogeno psilocina) e delle fenilpiperazine. Inoltre, molti prodotti erbacei possono essere inclusi tra le SD, in particolare quelli usati tradizionalmente in altre culture per i loro effetti psicotropi, i cui principi attivi, anche se noti, non sono ben caratterizzati nè inseriti tra le sostanze illecite. Tra questi prodotti erbacei ricordiamo Areca catechu, Ipomoea Violacea, Mitragyna speciosa, Hawaiian baby woodros e Voacanga Africana.

Il Sistema Nazionale di Allerta Precoce (NEWS)

L'azione del Sistema Nazionale di Allerta Precoce (NEWS) ha permesso di accertare in Italia la diffusione di un numero importante di tali molecole, riassunto di seguito:

Cannabinoidi sintetici

Cannabinoidi sintetici segnalati dal N.E.W.S.

JWH-018, JWH-073, JWH-250, JWH-081, JWH-122, JWH-200, JWH-019, JWH-203, CP 47,497 (C8), JWH-210, WIN48098/ Pravadoline, WIN55212-2 mesilato, JWH-018 + JWH-073, JWH-073 metil derivato, JWH-200+JWH-081,

JWH-081+AM-694, JWH-081+JWH-250, JWH-073+JWH-073 metil derivato, JWH-018 + CP 47,497 (C8), JWH-250 + JWH-122, JWH-081 + JWH-073 + AM-694, JWH-081 + JWH-073, JWH-081 + JWH-019 + AM-694, JWH-073 + JWH-122 + JWH-018 + 1-butil-3-(1-(4-metil)naftoil)indolo (metilnaftoil omologo del JWH-073), Omologo C4 dell'RCS-4 + Isomero orto dell'RCS-4 + JWH-073 + JWH-018, AM-679/AM-694 (-F); JWH-210 + AM-2201 + JWH-022.

Catinoni sintetici

Catinoni sintetici segnalati dal N.E.W.S.

Pyrovalerone, Pentedrone (β-etil-metcatinone; α-metilaminovalerofenone), Metilone (methylone; MDMCAT; MDMC; bk-MDMA; beta keto-MDMA), α-PVP; 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-pentanone o α-Pyrrolidinopentiophenone 3-FMC (3-Fluorometcatinone), Butilone, 4-metiletcatinone (4-MEC), Bufedrone (2-methylamino-1-phenylbutan-1-one), N-etilcatinone, Mefedrone (4-MMC), Flephedrone (4-FMC; 4-fluoromethcathinone), MDPV

Altre molecole

Altre molecole individuate nelle sostanze segnalate dal N.E.W.S.

Propossifene, destropropoxyphene, Metorfano/Destrometorfano, Dipipanone, 4-fluoro-amfetamina (4-FA), Metamfetamina, Benzoin isopropil etere (BIE), Pseudoefedrina, Colofonia in hashish, OMMA (orto-metossimetamfetamina), Buflomedil, Diltiazem, Etafedrina, GHB, Mitragyna Speciosa (Kratom), Levamisole/Tetramisolo, Ketamina, mCPP, Diazepam, Tropicamide, Ayahuasca, Metossietamina.

V.3.1.2 Obiettivi del progetto Smart Finder

Nuove metodologie analitiche per l'identificazione delle Smart Drugs

Il progetto Smart Finder si propone di fornire strumenti e metodologie analitiche da applicarsi in laboratori di Tossicologia clinica e forense per affrontare il problema ad oggi insoluto della identificazione e determinazione delle "Smart Drugs" nei campioni biologici.

In realtà, nonostante alcuni tentativi del tutto sperimentali, ad oggi la diagnosi di intossicazione o comunque di uso di questi composti è impossibile con le tecnologie correntemente in uso in ambiente clinico e di tossicologia forense. Questo da un lato rende aleatoria la diagnosi clinica ed ogni valutazione epidemiologica sulla diffusione delle Smart Drugs, dall'altro rende inefficace la formazione della prova giudiziaria.

L'analisi dei capelli come modalità di studio della diffusione delle Smart Drugs

In particolare, il presente studio di fattibilità mira a testare l'analisi dei capelli come mezzo idoneo allo studio della diffusione delle Smart Drugs nella popolazione.

V.3.1.3 Metodologia

Procedure di estrazione delle Smart Drugs

Inizialmente, sono state testate alcune procedure di estrazione delle Smart Drugs dalla matrice pilifera, utilizzando sia diverse modalità di digestione del campione (in ambiente acido o basico) che di estrazione (fase solida SPE, fase liquida LLE, estrazione mediante sonicazione in metanolo). La procedura che offre la migliore resa di estrazione prevede una preventiva digestione della matrice pilifera in ambiente basico, seguita da una estrazione in fase liquida.

Una volta ottimizzata la procedura, sono stati testati campioni di capelli e/o peli pubici di soggetti potenzialmente utilizzatori di Smart Drugs per:

1. analoghi sintetici dei cannabinoidi: n=121
2. catinoni sintetici: n=163

La ricerca proposta si basa sull'integrazione di strumenti diagnostici di screening per "Smart Drugs" in campioni biologici basati sulla spettrometria di massa ad alta risoluzione (LC-QTOF MS), e di metodologie di conferma basate su sistemi di cromatografia accoppiata alla spettrometria di massa a triplo quadrupolo (GC/LC-QQQ MS).

V.3.1.4. Risultati

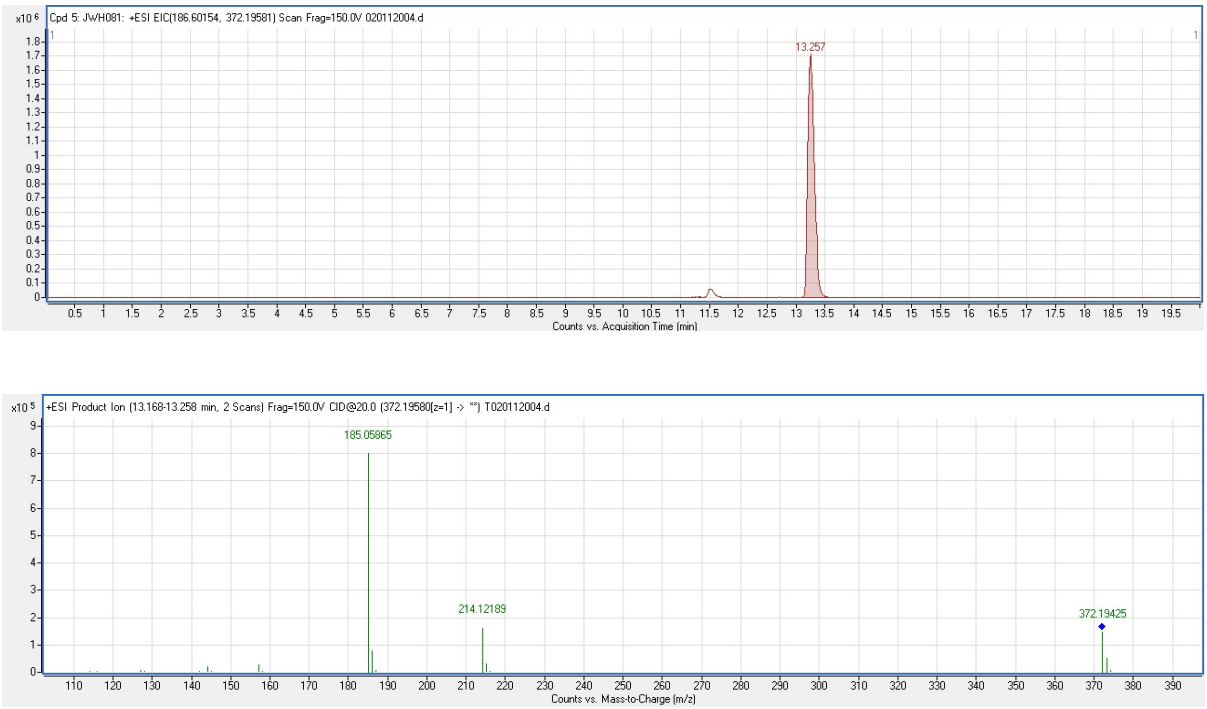
Cannabinoidi sintetici

Ricerca di consumo di cannabinoidi sintetici su un campione di 121 soggetti

L'indagine preliminare su campioni di capelli di 121 soggetti potenzialmente consumatori di "Smart Drugs" (provenienti da soggetti sottoposti ad analisi tossicologiche per la verifica dell'idoneità alla patente di guida), mediante i metodi di screening e conferma descritti, ha permesso di riscontrare la presenza di sei campioni "positivi", contenenti cannabinoidi sintetici della classe dei JWH in concentrazioni da 3 a 1.280 pg/mg, come descritto in Tabella I. La percentuale di positivi per JWH è dunque del 5% circa.

I composti riscontrati erano JWH-081, JWH-122, JWH-250, JWH-018 e JWH-073. La figura seguente riporta, a titolo di esempio, il tracciato cromatografico (A) ottenuto mediante LC-QTOF MS di un campione di capello contenente il cannabinoide sintetico JWH-081 e lo spettro di massa corrispondente (B).

Figura V.3.1: Tracciato cromatografico (A) ottenuto mediante LC-QTOF MS di un campione di capello contenente il cannabinoide sintetico JWH-081 e lo spettro di massa corrispondente (B)



Fonte: Dipartimento di Sanita' pubblica e medicina di comunita' sezione di medicina legale - Facolta' di Medicina e Chirurgia - Universita' degli studi di Verona

Tabella V.3.1: Tabella riassuntiva dei risultati relativi ai cannabinoidi sintetici. Campioni di capello e/o pelo pubico raccolti nell'area di Verona, Vicenza e Bolzano.

Identificativo campione	Tipologia SD	Concentrazione SD (ng/mg)
14	JWH 081	1.28
16	JWH 122	0.125
29	JWH 081	0.016
60	JWH 250	0.003
60	JWH 073	0.017
60	JWH 018	0.006
74	JWH 081	0.024
104	JWH-018	0.011

Fonte: Dipartimento di Sanita' pubblica e medicina di comunita' sezione di medicina legale - Facolta' di Medicina e Chirurgia - Universita' degli studi di Verona

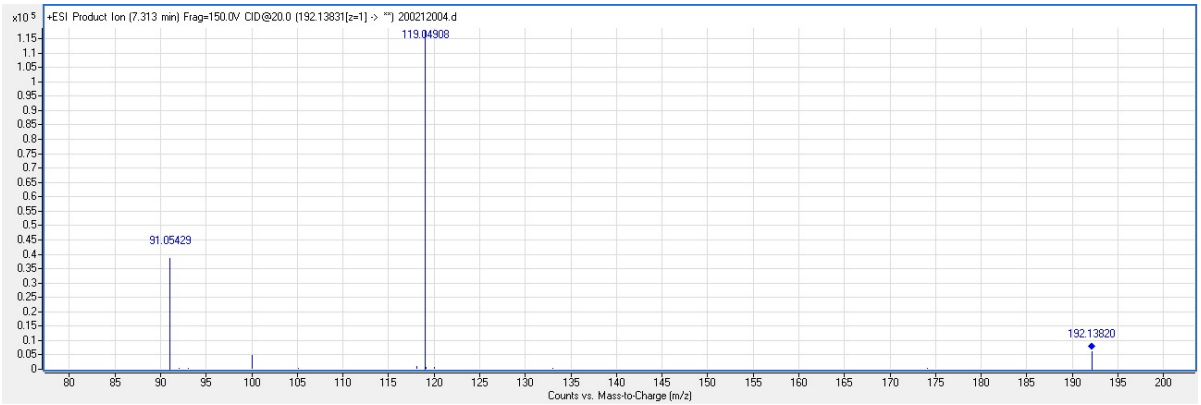
Catinoni sintetici

Ricerca di consumo di catinoni sintetici su un campione di 163 soggetti

163 campioni di capelli di soggetti potenzialmente consumatori di "Smart Drugs" (provenienti da soggetti sottoposti ad analisi tossicologiche per la verifica dell'idoneità alla patente di guida) sono stati sottoposti ad analisi di screening mediante LC-QTOF MS, ricercando l'eventuale positività su un pannello di circa 50 sostanze segnalate al NEWS nel periodo 2009-2012.

Le analisi hanno permesso di identificare, oltre ai campioni contenenti cannabinoidi sintetici già menzionati, anche altri 23 soggetti presunti positivi per catinoni. Non essendo al momento attuale disponibili né gli standard di riferimento né dati di letteratura, non è stato possibile confermare tali positività. In particolare, sulla base delle analisi eseguite, le strutture identificate nei campioni in esame possono essere ricondotte ad alcuni dei catinoni la cui presenza in Italia è stata segnalata attraverso il NEWS: 3,4-DMMC, β-etil-metcatinone (Pentedrone), 4-metiletcatinone (4-MEC), 4-Metilbufedrone, 4-EMC, Isopentedrone, N-etilbufedrone. Si fa presente che per il 4-metiletcatinone, in particolare, sono stati riportate segnalazioni di sequestri e un caso di intossicazione acuta riconducibile alla sua assunzione.

Figura V.3.2: Spettro di massa QTOF MS corrispondente ai composti di tipo catinonico identificati nei campioni analizzati



Fonte: Dipartimento di Sanita' pubblica e medicina di comunita' sezione di medicina legale - Facolta' di Medicina e Chirurgia - Universita' degli studi di Verona

Purtroppo l'assenza di standard di riferimento e di dati di letteratura internazionale circa queste molecole non permette di confermare quali-quantitativamente il segnale HRMS riscontrato. Non appena gli standard commerciali saranno disponibili, tali riscontri preliminari saranno sottoposti a verifica con tecnica alternativa.

V.3.1.5. Conclusioni

Presenza di reali consumatori di "Smart Drugs" nell'area tra Verona, Vicenza e Bolzano

Il presente lavoro ha potuto dimostrare la fattibilità dell'analisi dei capelli per studiare la diffusione delle "Smart Drugs" nella popolazione a rischio. In particolare, si è potuto dimostrare la presenza di reali consumatori di "Smart Drugs" nell'area tra Verona, Vicenza e Bolzano. Stimando in termini di 2-3% i campioni positivi per THC nella popolazione a rischio della medesima area geografica, si possono estrapolare valutazioni piuttosto preoccupanti sul grado di diffusione di queste nuove droghe nella popolazione generale. Ovviamente studi più estesi saranno richiesti per accertare le reali dimensioni del fenomeno su scala nazionale ed Europea.

Testo a cura di

Tagliaro[1] F., Burgarella[1] C., Seri[1] C.

V.3.2. Determinazione di cannabinoidi naturali e sintetici in matrice cheratinica. Validazione del metodo e applicazione a casi reali

V.3.2.1 Riassunto

Scopo del lavoro è stato lo sviluppo e la validazione di un metodo analitico in UHPLC-MS/MS per la determinazione di cannabinoidi naturali e sintetici in matrice cheratinica. Le molecole investigate sono state il Δ^9-tetraidrocannabinolo (THC), cannabidiolo (CBD), cannabinolo (CBN), JWH-018, JWH-073, JWH-200, JWH-250 e HU-210, che rappresentano le sostanze a maggiore diffusione sul territorio nazionale nell'anno 2010. Il metodo è stato applicato su 179 campioni reali (152 capelli, 27 pelo pubico) precedentemente analizzati per la ricerca di sostanze stupefacenti, e risultati positivi al THC (principio attivo della *Cannabis*). Su un totale di 179, 14 campioni sono risultati positivi ad almeno un cannabinoide sintetico. Tutti i campioni positivi provenivano da soggetti maschi (età media 30 anni, range 18-48). La molecola ritrovata più frequentemente è stata il JWH-018 (9 casi), seguito da JWH-073 e JWH-250 (8 casi). In nessun campione è stata riscontrata la presenza di JWH-200 e HU-210. I campioni positivi sono stati prelevati nel periodo febbraio-dicembre 2010, laddove, già nel giugno 2010, il JWH-018 e il JWH-073 erano stati inseriti nella Tabella I, contenente l'indicazione delle sostanze stupefacenti e psicotrope di cui al decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 e successive modificazioni ed integrazioni.
Essendo questi i primi dati a comparire nella letteratura internazionale relativamente alla presenza di cannabinodi sintetici nella matrice cheratinica, al momento non è possibile correlare le concentrazioni ritrovate e il consumo attivo o passivo di tali prodotti. Ciononostante, questi dati confermano con assoluta

[1] Dipartimento di Sanita' pubblica e medicina di comunita' sezione di medicina legale - Facolta' di Medicina e Chirurgia - Universita' degli studi di Verona

certezza la diffusione dei cannabinoidi sintetici sul territorio nazionale già dal 2010.
Ulteriori studi sono necessari per approfondire il consumo in altre popolazioni selezionate, per estendere il pannello di molecole ricercate e per valutare le variazioni del fenomeno in anni diversi.

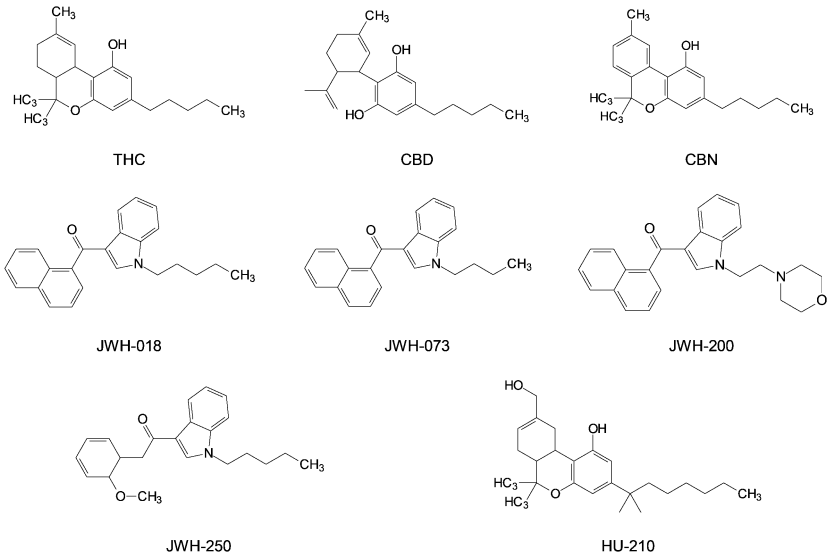
V.3.2.2 Introduzione

Negli ultimi anni nuove droghe sintetiche che simulano l'effetto psicotropico del THC sono state immesse nel mercato sotto forma di profumatori d'ambiente o incensi. Queste molecole vengono comunemente chiamate "Cannabinoidi sintetici" e il capostipite di queste, il JWH-018, nel 2008 è stato il primo componente psicoattivo identificato in prodotti vegetali destinati alla profumazione di ambienti (Spice). Recentemente nuovi cannabinoidi sintetici quali il JWH-073, JWH-019, JWH-250, JWH-398, JWH-015, JWH-122, JWH-200 e l'AM-694 sono comparsi sul mercato di diversi Paesi europei. Di conseguenza, a fronte di un possibile utilizzo come droga ricreazionale, i laboratori di tossicologia si sono adoperati nello sviluppo di metodiche analitiche capaci di rivelare la presenza di tali sostanze (o loro metaboliti) in matrici convenzionali quali sangue e urine. Differentemente da quanto fatto da altri laboratori, il nostro lavoro si è basato sullo sviluppo e la validazione di un metodo analitico di cromatografia liquida ad ultra-elevate prestazioni (UHPLC-MS/MS) per la determinazione di cannabinoidi naturali e sintetici nella matrice cheratinica, ai fini di evidenziare il consumo lungo periodi più estesi di tempo (per esempio 3-6 mesi). Oltre ai cannabinoidi naturali Δ^9-tetraidrocannabinolo (THC), cannabidiolo (CBD) e cannabinolo (CBN) sono stati ricercati i cannabinoidi sintetici JWH-018, JWH-073, JWH-200, JWH-250 e HU-210 (Figura 1). L'insieme di queste sostanze ricalcava con buona approssimazione la diffusione riscontrata sul territorio nazionale nell'anno 2010. Il metodo è stato applicato su 179 campioni reali (152 capelli, 27 pelo pubico), precedentemente già analizzati per la ricerca di sostanze stupefacenti e risultati positivi al THC (principio attivo della *Cannabis*).

Importanza dello sviluppo di nuove metodiche analitiche

Motivi dello studio sui campioni di capelli

Figura V.3.3: Formule di struttura delle molecole studiate



V.3.2.3 Preparazione del Campione ed analisi Strumentale

La preparazione dei campioni ha previsto preliminarmente un doppio lavaggio della matrice cheratinica con 2 mL di diclorometano. Una volta rimosso il solvente, i capelli sono stati tagliati in segmenti di 1-2 mm e sottoposti alla procedura estrattiva. A 50 mg di campione sono stati addizionati 5 µL di standard interno (JWH-018-d_9, conc. finale 100 pg/mg) e 3 mL di una soluzione di idrossido di sodio 1N. Dopo riscaldamento a 95°C per 10 minuti, i campioni sono stati estratti con una miscela n-esano/etilacetato 9:1. La fase organica èstata trasferita in nuove provette ed evaporata fino a secchezza a 70°C con l'ausilio di un flusso di azoto. Il residuo secco è stato dissolto in 50 µL di metanolo e una aliquota di 1 µL è stata analizzata nel sistema UHPLC-MS/MS. Le analisi sono state eseguite mediante un cromatografo liquido Shimadzu LC-30A accoppiato ad uno spettrometro di massa ABSCIEX API 5500. Per la separazione degli analiti è stata utilizzata una colonna a fase inversa Agilent (mod. Zorbax XDB-C18) della lunghezza di 30 mm e dal diametro interno di 2.1 mm. Gli eluenti utilizzati per l'analisi cromatografica sono acqua/acido formico 5mM e acetonitrile. Applicando un flusso di 0.8 mL/min, la corsa cromatografica viene completata in 7.5 minuti. Il riconoscimento delle sostanze è stato eseguito mediante tecnica di spettrometria di massa tandem. Grazie all'utilizzo di un rivelatore a triplo quadrupolo, è stato possibile seguire i cammini di frammentazione caratteristici di ogni molecola (modalità di acquisizione in *Selected Reaction Monitoring*) garantendo la corretta identificazione di quest'ultime. Il metodo sviluppato è stato sottoposto ad un rigido protocollo di validazione al fine di valutarne le prestazioni e l'affidabilità. I risultati ottenuti hanno dimostrato l'elevata sensibilità del metodo, prerequisito fondamentale nell'analisi di sostanze in tracce, congiuntamente a ottimi livelli di precisione e accuratezza.

Il metodo strumentale di analisi

V.3.2.4 Applicazione del Metodo su Campioni Reali

Il metodo sviluppato è stato applicato su 179 campioni reali (152 capelli, 27 pelo pubico) prelevati nell'anno 2010 a soggetti consumatori di preparati derivati della cannabis. I campioni di capello considerati in questo studio sono stati scelti in maniera casuale tra soggetti cui era stata ritirata la patente per guida sotto l'effetto di sostanze psicotrope e soggetti con precedenti storie d'abuso di droghe in cura presso i Ser.T. Soltanto 6 cm di capello più prossimi al cuoio capelluto sono stati sottoposti ad analisi. Diversamente, campioni di capello e pelo pubico di lunghezza inferiore ai 6 cm sono stati analizzati interamente. I risultati delle analisi (Tabella 1) hanno rivelato la positività ad almeno un cannabinoide sintetico in 14 dei 179 campioni processati (7.82%). I campioni risultati positivi sono riconducibili a soggetti di sesso maschile con un'età compresa tra i 18 e i 48 anni (età media 30 anni). Le concentrazioni medie di THC, CBD e CBN riscontrate sono risultate rispettivamente di 129.5, 300.3 e 66.2 pg/mg. Per quanto riguarda il THC, le concentrazioni variavano fra il valore di cut-off (50 pg/mg) e 553 pg/mg. Relativamente alla presenza di cannabinoidi sintetici, la molecola più frequentemente ritrovata è il JWH-018. Questa sostanza è stata riscontrata in concentrazione media di 28.1 pg/mg in 9 dei 14 campioni positivi (range 0.60-70.5 pg/mg). La presenza dei cannabinoidi sintetici JWH-073 e JWH-250 è stata invece riscontrata in 8 campioni. Le concentrazioni medie misurate per queste sostanze sono state pari rispettivamente a 116.9 e 179.6 pg/mg, con valori minimi e massimi di 0.50-413.3 pg/mg per il JWH-073 e 1.50-729.4 per il JWH-250. Tutti i campioni sono invece risultati negativi alla presenza dei cannabinoidi JWH-200 e HU-210. Nel complesso, 7 campioni sono risultati positivi ad un cannabinoide sintetico, mentre positività multiple sono state rilevate nei restanti 7 campioni. In 6 dei 14 campioni positivi, la concentrazione di almeno un

I risultati delle analisi

cannabinoide sintetico è risultata superiore ai 50 pg/mg. Sebbene il valore di cut-off di 50 pg/mg sia internazionalmente accettato per l'analisi del THC nel capello, ad oggi non ci sono sufficienti dati in letteratura che possano indicare l'applicazione di tale limite anche nella ricerca di cannabinoidi sintetici. Ulteriori studi dovrebbero essere condotti su queste nuove molecole al fine di discriminare l'uso cronico da quello occasionale o dalla contaminazione esterna, soprattutto in campioni risultati positivi a concentrazioni inferiori i 50 pg/mg.

Prospettive di lavoro futuro

Tabella V.3.2: Dettaglio dei campioni risultati positivi a cannabinoidi sintetici

n.Caso	Età	Sesso	Tipo di matrice	THC (pg/mg)	CBD (pg/mg)	CBN (pg/mg)	JWH-018 (pg/mg)	JWH-073 (pg/mg)	JWH-250 (pg/mg)
1	29	Maschio	Capello	73	42	64	70,5	413,3	-
2	29	Maschio	Pelo pubico	68	57	67	1,5	-	-
3	18	Maschio	Capello	553	1.217	137	38,3	-	-
4	n/d	Maschio	Capello	70	55	36	-	1,3	208,8
5	22	Maschio	Capello	57	12	39	70,4	37,0	729,4
6	22	Maschio	Capello	57	222	60	-	-	1,5
7	48	Maschio	Capello	54	25	31	44,9	409,3	262,0
8	43	Maschio	Capello	50	24	36	0,8	0,5	-
9	20	Maschio	Capello	69	85	62	-	-	67,4
10	26	Maschio	Pelo pubico	60	88	60	-	1,7	-
11	32	Maschio	Capello	115	460	51	10,9	66,7	138,6
12	44	Maschio	Capello	59	38	31	0,6	-	-
13	37	Maschio	Capello	417	1.862	205	14,8	5,2	2,9
14	20	Maschio	Capello	112	17	47	-	-	26.0

Fonte: A. Salomone et al.,Journal of Mass Spectrometry, 2012, 47, 604-610.

Testo a cura di
A. Salomone[2], E. Gerace[2], F. D'Urso2[1], D. Di Corcia[2], M. Vincenti[2,3]

[2] Centro Regionale Antidoping "A. Bertinaria", Regione Gonzole 10, 10043 Orbassano (TO)
[3] Dipartimento di Chimica Analitica, Università degli Studi di Torino, via P. Giuria 5, 10125 Torino
Pubblicato sul Journal of Mass Spectrometry, 2012, 47, 604-610.

CAPITOLO V.4.

DROGA E DOPING. PREVALENZA DI POSITIVITÀ PER DROGHE D'ABUSO TRA GLI SPORTIVI DAL 2000 AL 2010

V.4. DROGA E DOPING. PREVALENZA DI POSITIVITÀ PER DROGHE D'ABUSO TRA GLI SPORTIVI DAL 2000 AL 2010

Obiettivi:

Il codice antidoping dell'Agenzia Mondiale Antidoping (World-Antidoping Agency- WADA) prevede la ricerca nelle urine degli atleti di oltre 300 sostanze, incluse in una lista, che viene aggiornata annualmente anche in considerazione delle notizie che provengono dalla comunità scientifica su nuove sostanze o pratiche in grado di migliorare/alterare le performances sportive (12). Tra le sostanze vietate dalla WADA sono presenti anche la maggior parte delle droghe d'abuso: tra gli stimolanti, ad esempio, sono inserite la cocaina, le amfetamine e droghe di disegno amfetamino-simili, gli anoressizzanti, il metilfenidato, il carphedon; tra i narcotici l'eroina, la buprenorfina, la meperidina, il fentanyl ed analoghi; sono inoltre vietati il THC e, dal 2010, i cannabinoidi sintetici.
Questo studio presenta i risultati ottenuti su oltre 102.400 campioni di urine di atleti analizzate nel periodo 2000-2010 nel laboratorio antidoping Italiano,per valutare la prevalenza di droghe d'abuso e stimolanti tra gli sportivi professionisti sottoposti a controlli antidoping, come indice della prevalenza di abuso nella popolazione giovanile generale.

Metodi

Sono stati analizzati oltre 102.400 campioni di urine di atleti nel periodo 2000-2010 nel laboratorio antidoping Italiano, mediante metodi specifici sviluppati e validati secondo la norma Iso 17025. I risultati sono stati valutati con particolare riferimento alle positività per stimolanti e droghe d'abuso.

THC e cocaina le sostanze più consumate dagli atleti

Le droghe d'abuso principalmente rilevate tra gli atleti sono state il THC, con il 17.6% medio di prevalenza sulle altre positività riscontrate e la cocaina, con un 6.7% di prevalenza tra le positività.
La prevalenza sul totale della popolazione è risultata dello 0,29% per THC e 0,12% per cocaina.

Basso consumo di amfetamine e metamfetamine

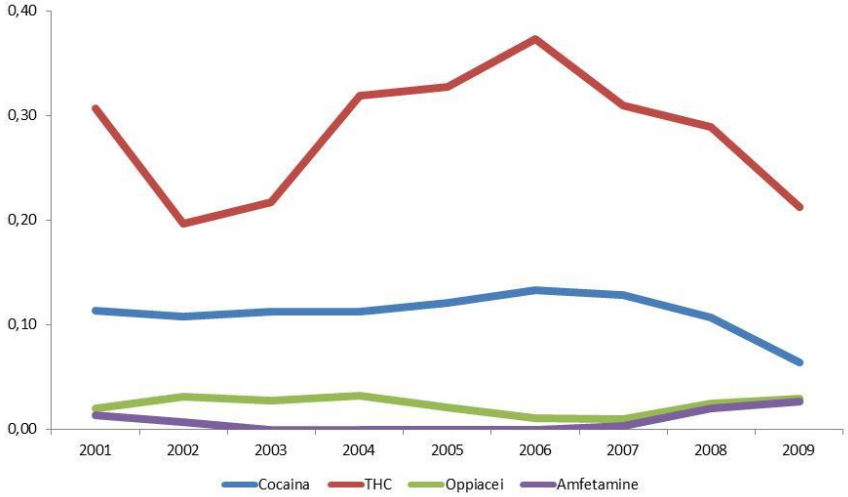
Sono stati rilevati solo alcuni casi di amfetamina o metamfetamina (0.5% del totale dei positvi). Nel periodo in esame sono stati osservati vari casi di anoressizzanti: 4 casi di fendimetrazina, 2 di fenmetrazina, 4 di norfenfluramina, 2 di sibutramina (proibita solo dal 2006) ed un caso di dietilpropione. Sono stati confermati sette casi di uso di amfetamina/metamfetamina e uno di fenproporex, mentre non sono stati rilevati casi di *designer drugs* amfetamino-simili (MDA, MDMA, MDEA, MBDB). Tra gli stimolanti del SNC, sono stati rilevati 5 casi di positività al carphedon e 3 per modafinil.
Le positività per oppiacei, principalmente morfina al di sopra del cut-off (1µg/ml) sono state lo 1.3% delle positività totali, ma in nessuno dei campioni è stata riscontrata la presenza di monoacetilmorfina, mentre il 90% di essi era compatibile con assunzione di codeina.

Tab. V.1.1. Prevalenze grezze di positività per sostanze stupefacenti sul campione totale – Anni 2000-2010

N campioni analizzati	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	4420	5360	6380	6840	7110	7260	7750	9095	11475	12770	8610
cocaina	0,14	0,11	0,09	0,12	0,13	0,09	0,14	0,16	0,08	0,08	0,03
efedrine	0,16	0,13	0,09	0,20	0,10	0,06	0,09	0,03	0,07	0,07	0,05
THC	0,57	0,26	0,09	0,23	0,32	0,40	0,26	0,46	0,21	0,20	0,23
altri stimolanti	0,02	0,06	0,49	0,09	0,06	0,01	0,03	0,07	0,09	0,06	0,08
narcotici	0,00	0,04	0,02	0,03	0,03	0,03	0,00	0,00	0,03	0,04	0,01

L'andamento del consumo di sostanze stupefacenti negli atleti è stato ricalcolato applicando il metodo della media mobile per ridurre la variabilità osservata nel tempo per singola sostanza.

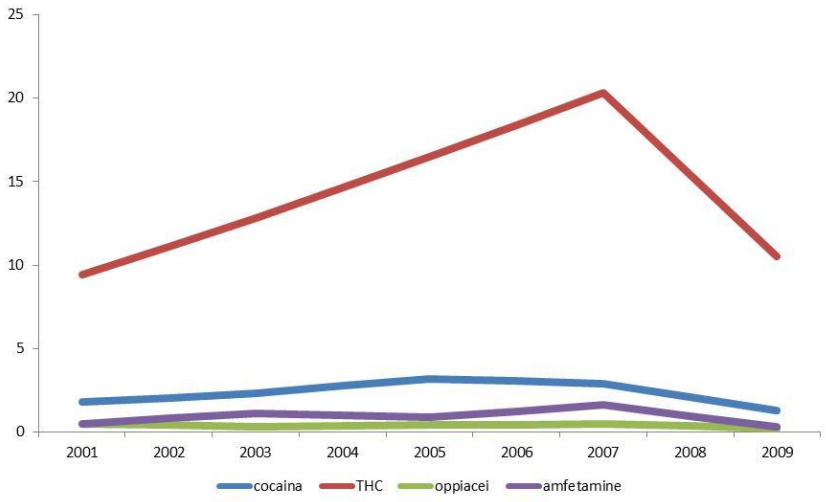
Figura V.4.1. Andamento delle prevalenze di positività per sostanze di abuso sul totale del campione (media mobile semplice)



Analogie del trend tra sportivi e popolazione generale

Le positività ottenute sono state confrontate con i dati ottenuti dalla popolazione generale della stessa fascia di età sul consumo di droghe dimostrando un trend analogo.

Figura V.4.2. Andamento delle prevalenze di positività per sostanze di abuso nella popolazione generale 15-35 anni.



Conclusioni

I risultati ottenuti dai controlli antidoping, sebbene relativi ad una fascia di popolazione particolare e più attenta alle abitudini di vita, nonché consapevole di essere sottoposta a controlli, possono essere considerati un utile indicatore della diffusione di sostanze d'abuso nella popolazione giovanile generale.

Riferimento bibliografico

Prevalenza di positività per droghe d'abuso tra sportivi professionisti dal 2000 al 2010
S. Strano Rossi, Xavier de la Torre, R. Mollica, F. Botrè
Italia Journal on Addiction, vol 1, n 5-6, 2011

CAPITOLO V.5.

ATTIVITA' DI FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI

V.5.1. La Comunità Scientifica del DPA

V.5.2. Italian Journal on Addiction

V.5.3. Droganews

V.5.4. Statistiche accesso siti

V.5.5. Scuola Nazionale sulle Dipendenze

V.5.6. Collaborazioni Internazionali

V.5. ATTIVITA' DI FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E COLLABORAZIONI SCIENTIFICHE INTERNAZIONALI

Premesse

Nel nostro Paese si continua a registrare un periodo di grandi cambiamenti, e si assiste ad una continua evoluzione e trasformazione del fenomeno della dipendenza, sia correlato all'uso delle sostanze stupefacenti, che ad altri comportamenti addittivi.
In questo contesto sono giunti, nel periodo qui esaminato, segnali inequivocabili dalle maggiori organizzazioni istituzionali del Paese, che sentono fortemente il bisogno di uniformare e di riorientare quanto più possibile, a livello nazionale, le strategie generali di azione oltre che, a livello più operativo, i protocolli e le procedure, per quanto riguarda gli interventi di prevenzione, di cura, di riabilitazione e di contrasto.
Per affrontare questa esigenza, è apparsa subito chiara la necessità di rafforzare il coordinamento e l'allineamento tecnico scientifico dell'Italia con le indicazioni e gli indirizzi provenienti dalle realtà europee ed internazionali, soprattutto in considerazione dei variegati sistemi sanitari regionali di risposta.
Si è immaginato che una soluzione, a questa estrema frammentazione, dovesse passare anche attraverso un progetto di riconversione e di aggiornamento tecnico culturale, in cui i professionisti del settore delle dipendenze potessero riconoscersi, sostenendo una spinta innovativa e partendo dalla condivisione delle linee di indirizzo proposte nel Piano di Azione Nazionale sulle Droghe e dalle evidenze scientifiche.
Il motore di questa azione troverebbe la sua ragione e la sua ispirazione in una visione transnazionale dell'approccio alle dipendenze, in cui sia privilegiata l'integrazione tra l'attività di ricerca sperimentale e l'applicazione dei risultati nella pratica clinica. Questo percorso dovrebbe maturare all'interno di un orientamento multidisciplinare che porta della disciplina delle neuroscienze, sostenuta ed integrata con la ricerca proveniente dalle altre discipline, come le scienze sociali e comportamentali, la programmazione e l'organizzazione dei servizi sanitari e sociali, le tecniche di valutazione dell'outcome e del costo/beneficio, nonché la bioetica.
Si auspica che un tale approccio interdisciplinare faciliti il dialogo tra le varie professionalità, con l'intento quindi di trasformare, nella maniera più efficace e tempestiva, le scoperte della ricerca di base in applicazioni scientifiche pratiche, che possano quindi ottimizzare la cura della persona in stato di dipendenza senza essere limitate soltanto all'offerta dei servizi sanitari, ma tenendo conto anche del setting sociale ed economico dove l'intervento di cura viene condotto.

Obiettivo principale del progetto

A tale scopo è stato attivato un progetto per la realizzazione di iniziative finalizzate allo sviluppo di una comunità scientifica nazionale e multidisciplinare nel campo delle dipendenze, dotata di strumenti informativi, di una scuola nazionale di formazione e di collaborazioni internazionali per la condivisione delle buone pratiche.









Come detto, l'obiettivo generale è quello di generare un rinnovamento nel sistema nazionale sulle dipendenze, offrendo un nuovo modello integrato che sia in grado di trasmettere attivamente in maniera sistematica e regolare agli specialisti e agli operatori delle dipendenze, gli orientamenti, le linee guida nazionali ed internazionali e le strategie antidroga del Dipartimento, dei principali organismi internazionali, nonché i più recenti e accreditati aggiornamenti scientifici in materia.
Il progetto si fonda su un principio di interazione dinamica fra gli esperti più accreditati nel contesto italiano e di altri Paesi, puntando alla scoperta di nuove risorse professionali e alla valorizzazione delle numerose attività di studio e ricerca che ad oggi non trovano un adeguato riscontro né riescono ad emergere.

A tale scopo sono stati attivati e resi operativi i seguenti strumenti:

I sotto obiettivi di progetto

- una Comunità Scientifica Nazionale, multidisciplinare e istituzionalmente accreditata, formata da vari professionisti del settore delle dipendenze, attraverso la quale dare supporto tecnico alle istituzioni e organizzazioni del settore, anche per mezzo di un'apposita piattaforma di comunicazione fruibile via web;
- un'attività editoriale periodica, composta da una Newsletter telematica (già attiva dal 2010) e da un Journal di approfondimento nell'ambito delle tossicodipendenze, delle malattie diffusive correlate, con uno sguardo rivolto alle emergenti forme di dipendenza patologica;
- una scuola nazionale, anche questa istituzionalmente accreditata, destinata agli operatori del settore che offra un percorso di formazione annuale, ampiamente strutturato, supportato da sistemi di e-learning, finalizzato alla divulgazione di conoscenze di base multidisciplinari, sia sugli aspetti tecnici delle dipendenze sia delle politiche e delle strategie istituzionali nazionali, europee e delle Nazioni Unite in materia;
- la promozione e il mantenimento di gruppi di collaborazione internazionale per lo scambio di esperienze e "best practices".

In questo contesto si ritengono particolarmente innovative le modalità di informazione e formazione messe a disposizione degli utenti, che permetteranno una divulgazione efficace e che già oggi garantiscono la creazione di un nuovo rapporto tra istituzione governativa ed operatori, all'insegna della semplicità e della rapidità.

Ente affidatario e valore aggiunto

La realizzazione e l'implementazione del progetto è stata affidata all'Istituto delle Nazioni Unite per la Ricerca sul Crimine (UNICRI), che costituisce un plusvalore e una garanzia, sia per la collocazione del progetto in una cornice più ampia di quella nazionale, sia per la possibilità di trarre profitto dai contenuti scientifici, le buone pratiche e gli strumenti riconosciuti e concordati a livello internazionale, i quali serviranno ad arricchire gradualmente le azioni e gli obiettivi specifici del progetto e a proiettare il dibattito scientifico della Community in un quadro che superi i confini Italiani.

Coordinamento interministeriale

Inoltre, a garanzia di un specifica e completa informazione, è di rilevanza primaria il supporto di tutti i Ministeri che sono stati interessati e che saranno chiamati a partecipare all'iniziativa, sotto il coordinamento del Dipartimento Politiche Antidroga, sulla base dei compiti e delle funzioni a quest'ultimo attribuite con D.P.C.M. del 29 ottobre 2009.

V.5.1. La Comunità Scientifica del DPA

Figura V.5.1: Home page del sito www.dpascientificcommunity.it



Gli iscritti

Nel corso del 2011, dopo l'attivazione del progetto e quindi degli strumenti informatici previsti, sono state intraprese attività mirate alla promozione dello stesso che hanno prodotto un immediato riscontro di consenso da parte degli operatori di settore che si è concretizzato in una prima "tranche" di iscrizioni distribuiti uniformemente fra gli operatori dei servizi pubblici e quelli del privato sociale, oltre a quote meno rilevanti ma comunque proporzionalmente interessanti fra le Forze dell'Ordine, il mondo Accademico e i liberi professionisti. Dopo essersi consolidata la partecipazione dei primi 500 utenti che hanno aderito all'iniziativa, il trend relativo alle nuove iscrizioni è risultato, nei mesi successivi, in crescita costante.

Il regolamento

L'adesione alla Community è stata aperta sin dall'inizio a tutti e in forma gratuita, unico requisito richiesto un'accreditata esperienza professionale nelle discipline trattate e l'accettazione del regolamento che, oltre ad illustrare la "vision" dell'iniziativa, ne tutela lo spessore etico e scientifico, indicando i principi e le norme di comportamento a cui tutti i partecipanti sono tenuti ad attenersi nel rispetto di un dibattito libero da vincoli economici, politici ed ideologici.

La piattaforma

L'attività della Community si esprime quindi:

* virtualmente, con l'adesione e con la condivisione degli ideali che ispirano questo disegno innovativo e di cambiamento;

* concretamente, con la condivisione di esperienze professionali e di risultati consolidati nell'ambito dello studio, della ricerca e della pratica clinica quotidiana, attraverso la partecipazione alle attività promosse e allo sviluppo di tutti gli strumenti resi disponibili all'interno del sistema integrato.

In questo ambito, un primo strumento attivato è il sito www.dpascientificcommunity.it, tramite il quale è possibile acquisire ogni informazione utile inerente il progetto e rimanere aggiornati sulle attività promosse in seno alla Community e sulle tematiche di maggior attualità nel dibattito scientifico nazionale e d internazionale; ma è anche possibile interagire all'interno di un sistema di blog innovativo e multidisciplinare a cui possono

accedere gli utenti registrati che abbiano accettato il regolamento, confrontandosi così su argomenti lanciati dal Comitato scientifico o proposti dagli associati stessi. Inoltre di particolare interesse sono la video gallery nella quale sono disponibili le registrazioni (quando non siano in diretta streaming) dei congressi e dei seminari di maggior interesse promossi dal DPA stesso, permettendo così una facile fruizione a distanza; il contenitore tutto dedicato agli iscritti, dove ogni membro è riconoscibile mediante una sua foto, il suo curriculum e il suoi contatti principali, proprio a voler sviluppare quanto più possibile il network e la "digital library", una raccolta telematica delle pubblicazioni e delle linee guida prodotte dal DPA anche con il supporto della Community stessa.
Chiude l'offerta di servizi una vetrina che propone aggiornamenti sintetici sugli altri sotto obiettivi di progetto.

V.5.2. Italian Journal on Addiction

Figura V.5.2: Home page del sito www.italianjournalonaddiction.it



Nell'ambito dell'offerta editoriale a disposizione degli associati è stata costituita una testata periodica a carattere specialistico, pubblicato all'interno della strategia di comunicazione istituzionale del Governo Italiano in materia di tossicodipendenza.

Obiettivo

L'Italian Journal on Addiction è diffuso online all'indirizzo www.italianjournalonaddiction.it. Da questo sito è possibile consultare e scaricare gratuitamente tutto il materiale pubblicato nell'ultimo numero e quello archiviato nei numeri precedenti. Inoltre gli Autori possono usufruire di una piattaforma elettronica, per la gestione del sistema di invio e rintracciabilità degli articoli, riconosciuta a livello internazionale. Mentre i Lettori possono utilizzare moderni strumenti per la ricerca, la visualizzazione e lettura del Journal.
Per facilitare la comunicazione fra la segreteria di redazione e l'utenza è attiva la casella di posta elettronica redazionejournaldpa@governo.it.

Il sito web

Attività di redazione

Tra i contributi presi in considerazione per la pubblicazione nel 2011, sono stati valutati articoli originali, rassegne critiche-bibliografiche, case report, traduzioni e sintesi di documenti di politica sanitaria, normativa e atti amministrativi nazionali e internazionali (ONU, OMS, C.E., Consiglio d'Europa ecc.). Sono stati presi in considerazione editoriali, lettere al Direttore, resoconti su congressi, seminari e corsi di formazione. Questa attività in fase di avvio e promozionale ha portato alla pubblicazione del primo Volume del Journal contenente i sei numeri previsti per la prima annualità.

Il Comitato Scientifico e la "peer rewiew"

L'attività di redazione del Journal è connotata~~,~~ dalla ricerca, valutazione e pubblicazione di contributi scientifici che riportino dati originali. In questo processo il Direttore responsabile e il Comitato editoriale, si avvalgono del supporto di uno staff tecnico e di un Comitato scientifico a garanzia dello spessore dei contenuti e della riservatezza del trattamento dei dati. Questo pool garantisce quindi un rigoroso circuito di valutazione fra pari e inoltre collabora come organo consultivo nel fornire pareri specialistici sui temi trattati dalla rivista e su quelli proposti alla redazione, oltre che sulla documentazione tecnica di supporto alle attività.

Un tutor per i "giovani autori"

Agli autori ai quali viene richiesta una revisione sostanziale del contributo, è riservata la possibilità di avvalersi di un Tutor; un'opportunità offerta dall'Editore a tutti i ricercatori, in particolare a quelli più giovani e all'inizio della carriera, ma più in generale a quelli provenienti dai paesi in via di sviluppo, che non possono accedere facilmente alle tradizionali risorse tecnico-scientifiche a supporto della ricerca.

V.5.3. Droganews

Figura V.5.3: Home page del sito www.droganews.it



Obiettivo

La Scientific Community on Addiction ha adottato questo strumento editoriale, nato nell'ambito di un precedente progetto attivato già nel 2009 e implementato nel corso del 2010. Droganews consiste nella produzione di una newsletter mensile in formato elettronico con inserti speciali di approfondimento, che viene inviata via mail a tutti i SerT, Comunità terapeutiche, Enti e Organizzazioni impegnate nella ricerca sulle dipendenze, Amministrazioni regionali italiane e

centrali europee.
La newsletter e il portale web collegato rappresentano strumenti informativi e di aggiornamenti scientifici "early brief" (precoci e sintetici), con lo scopo di agevolare al massimo la tempestività di circolazione delle informazioni, e nel contempo la lettura e la fruizione facilitata da parte di operatori poco abituati a consultare i siti specialistici anche in lingua inglese. Gli articoli di interesse pertanto vengono sintetizzati, riassunti e trattati in modo tale da produrre un primo prodotto facilmente accessibile, fruibile e stimolante per approfondimenti successivi.

Approccio multidisciplinare e varietà degli argomenti trattati

Anche in questo caso, l'approccio multidisciplinare e la grande varietà di argomenti trattati sono mirati a soddisfare i bisogni informativi e di aggiornamento di tutto il complesso Sistema degli operatori delle dipendenze. La formula editoriale utilizzata, sintetica e molto comunicativa, oltre che l'impegno profuso per la traduzione di molti articoli, ha mostrato la sua validità nell'offrire stimoli e facilitazioni di lettura anche a professionisti che spesso sono fortemente impegnati nel lavoro quotidiano sia clinico che assistenziale.

Droganews e il Sistema nazionale delle Dipendenze

Droganews nel corso del 2011 ha prodotto e pubblicato 12 newsletter mensili e 5 inserti speciali, contenenti oltre 500 articoli, frutto di uno scrupoloso e quotidiano lavoro di monitoraggio su oltre 50 fonti accreditate, ed a seguito di una selezione fra oltre mille studi scientifici valutati.
Tutto il materiale prodotto è stato diffuso sul territorio nazionale ad un indirizzario contenente gli iscritti e tutti i target di riferimento che consta di oltre 2500 indirizzi costantemente aggiornati.
Per tutto questo, Droganews è diventata una fonte importante anche per la stampa nazionale ed internazionale specializzata che spesso attinge alle informazioni riportate dalla newsletter.

V.5.4. Statistiche accesso siti

Tabella V.5.1: Statistiche di accesso ai siti . Anno **2011**

Mese	DPA SCIENTIFIC COMMUNITY			ITALIAN JOURNAL ON ADDICTION			DROGANEWS		
	Contatti	Pagine	Visite	Contatti	Pagine	Visite	Contatti	Pagine	Visite
Gennaio							240.502	94.079	14.693
Febbraio							267.030	96.999	14.702
Marzo							301.700	103.328	16.637
Aprile			NON ANCORA ATTIVATI				258.544	89.260	15.610
Maggio							267.668	90.559	16.417
Giugno							249.410	87.038	15.193
Luglio	153	136	122	247	49	9	241.254	92.228	14.837
Agosto	562	370	243	1.204	218	40	258.567	109.625	14.753
Settembre	1.440	837	487	2.586	452	79	346.603	126.531	14.972
Ottobre	1.821	1.053	609	3.243	566	98	567.293	334.835	16.666
Novembre	4.798	2.161	974	2.675	430	70	8.355.295	8.262.310	21.088
Dicembre	8.227	3.164	1.217	4.303	652	99	8.900.807	8.791.313	140.743
Totale	**17.002**	**7.722**	**3.651**	**14.258**	**2.367**	**395**	**20.254.673**	**18.278.105**	**316.311**

V.5.5. Scuola Nazionale sulle Dipendenze

Attivazione della Scuola Nazionale sulle Dipendenze

Nel corso del 2011 è stata attivata la Scuola Nazionale sulle Dipendenze, che è uno dei sotto obiettivi dalla Community. L'obiettivo della Scuola è quello di garantire attività di formazione e aggiornamento di alto livello e permanente a tutti i professionisti del settore.
La Scuola è composta da un corso didattico organizzato in moduli della durata di un anno e da workshop, seminari e corsi di formazione monotematici generalmente associati ad attività progettuali. È anche previsto lo sviluppo di una piattaforma di e-learning e la possibilità di accedere a eventi di formazione sul campo o tirocini.

Corso didattico annuale

Il corso didattico a moduli è svolto in collaborazione con la Scuola Superiore della Pubblica Amministrazione, organo della Presidenza del Consiglio dei Ministri, attraverso un progetto specifico della durata di tre anni.

Figura V.5.4: Home page del sito www.dpaschool.it



Sono previste anche altre collaborazioni con il Ministero della Salute, UNICRI, UNODC, EMCDDA e National Institute on Drug Abuse statunitense; quest'ultimo è svolto all'interno dell'accordo di collaborazione scientifica siglato a Roma il 25 luglio 2011.
Il corso, attivato nel 2012, ha carattere di multisciplinarietà e prevede otto moduli formativi e un modulo finale di presentazione e valutazione di "tesine" (project work) elaborate dai discenti.

Tabella V.5.2: Moduli del corso didattico multidisciplinare della Scuola Nazionale – Edizione 2012

Moduli	Descrizione	Durata gg
1	L'inquadramento generale multidisciplinare sulle dipendenze	2
2	Il processo di cura e di riabilitazione	2
3	NIDA/NIH days	2
4	La prevenzione	2

continua

continua

Moduli	Descrizione	Durata gg
5	Il monitoraggio epidemiologico e il sistema di allerta	2
6	I rapporti internazionali	2
7	Legislazione e contrasto	1
8	Coordinamento nazionale e delle Regioni e Province autonome	1
9	Valutazione finale	1

60 docenti

La faculty è composta da circa 60 docenti che rappresentano i massimi esperti nazionali e internazionali nel campo delle dipendenze.

120 preiscrizioni

L'edizione 2012 del corso annuale, gratuito, prevede la partecipazione di 100 discenti, previa valutazione del curriculum in fase di preiscrizione. Questa fase, che si è svolta alla fine del 2011, ha visto oltre 120 richieste di iscrizione: dei cento discenti selezionati, e di cui si è accettata la domanda, novanta frequentano il corso con regolarità (nel mese di giugno 2012 si è svolto il settimo modulo). A questi vanno aggiunti almeno altri 100 partecipanti ai workshop, seminari e corsi di formazione monotematici realizzati.

Figura V.5.5: Partecipanti all'edizione 2012 della Scuola Nazionale



DPA provider ECM e CNOAS

Per garantire un ulteriore elemento di qualità delle azioni formative della Scuola, il Dipartimento Politiche Antidroga è stato accreditato come provider sia per le professioni sanitarie (Educazione Continua in Medicina presso il Ministero della Salute) sia per gli assistenti sociali (Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali). Ne consegue che nel corso del 2012 attraverso la realizzazione degli eventi formativi previsti (corso didattico annuale, workshop, seminari) saranno conferiti oltre 100 crediti formativi.

L'accreditamento ECM e CNOAS prevedono, oltre alla valutazione dell'apprendimento, anche la valutazione di gradimento del singolo evento e la valutazione dei docenti. Attualmente sono disponibili tali valutazioni fino al settimo modulo.

Tabella V.5.3: Valutazione di apprendimento, di gradimento e delle docenze (medie)

	Valutazione Apprendimento (da 1 a 10)	Valutazione Gradimento (da 1 a 5)	Valutazione Docenti (da 1 a 5)
Modulo 1	7,1	4,4	4,4
Modulo 2	7,9	4,0	4,1
Modulo 3	9,0	4,2	4,4
Modulo 4	9,2	4,2	4,3
Modulo 5	7,1	4,0	4,2
Modulo 6	7,1	3,7	4,1
Modulo 7	7,6	4,1	4,2
Modulo 8		Settembre 2012	

Workshop e seminari

Sempre nel corso del 2012 la Scuola ha organizzato i seguenti eventi:

- Workshop "Progetto Outcome" – Roma, 27 marzo 2012
- Workshop "Tossicodipendenza e Reiserimento socio-lavorativo – Verona, 2 aprile 2012
- Piano di formazione sulla diagnosi e l'intervento precoce dell'uso di sostanze nei minori – Roma, 11, 19 e 26 aprile 2012

V.5.6. Collaborazioni Internazionali

Contesto istituzionale: gli accordi Italia/USA

Il National Institute on Drug Abuse (NIDA), l'agenzia del National Institute of Health (NIH) sita all'interno del Department of Health and Human Services (DHHS) degli Stati Uniti, e il Dipartimento per le Politiche Antidroga (DPA) della Presidenza del Consiglio dei Ministri del Governo Italiano condividono un interesse comune finalizzato a stabilire una cooperazione tra i rispettivi Paesi nell'ambito della ricerca sulle droghe e sulle tossicodipendenze. Il 25 luglio 2011, a Roma, è stato siglato un importante accordo internazionale di collaborazione scientifica tra il Dipartimento Politiche Antidroga e il National Institute on Drug Abuse. L'accordo favorisce lo svolgimento di ricerche reciprocamente vantaggiose per migliorare la diagnosi, il trattamento dell'uso di droga e la dipendenza. Le attività condotte nel quadro di questo accordo sono coerenti con il Memorandum di Intenti nell'area della Ricerca, dei Servizi e delle Strategie Politiche per la riduzione della domanda di droga firmato tra Stati Uniti e Italia l'11 luglio 2011 a Washington, rispettivamente dal Direttore dell'US Office of National Drug Control Policy della Casa Bianca e dal Sottosegretario alla Presidenza del Consiglio con delega alle politiche per la famiglia, al contrasto delle tossicodipendenze e al servizio civile.

Aree di indagine

In questo framework istituzionale sono quindi state attivate una serie di collaborazioni internazionali volte ad approfondire specifiche aree di indagine nell'ambito delle tossicodipendenze concordate tra il DPA e il NIDA:

1. Modelli di intervento per migliorare la diagnosi precoce, lo screening, il trattamento e gli interventi precoci;
2. Neuroscienze cliniche con approfondimento degli aspetti cognitivo-comportamentali e delle loro modifiche in corso di trattamento;
3. Studi di neuroimaging per meglio comprendere i meccanismi e le basi della dipendenza;
4. Infezione da HIV/AIDS, test e counseling e trattamenti per i tossicodipendenti: come aumentare la percentuale di tossicodipendenti che si sottopongono al test per l'HIV e come aumentare l'aderenza ai trattamenti.

5. Valutazione dell'outcome e Italian Electronic Medical Record (SIND)
6. Sistema nazionale di Allerta Precoce sulle Droghe

Le collaborazioni vedono coinvolti da un lato, una serie di centri italiani che, per competenza ed esperienza, possono partecipare e contribuire in maniera costruttiva alle ricerche attivate, dall'altro il National Institute on Drug Abuse o altri centri americani/internazionali supportati e accreditati dal NIDA stesso.

Supporto operativo per il coordinamento nazionale

Al fine di supporto e coordinare l'attivazione delle collaborazioni internazionali e nazionali finalizzate a svolgere ricerche per migliorare la diagnosi, il trattamento dell'uso di droga e la dipendenza, il Dipartimento Politiche Antidroga ha istituito un centro di coordinamento operativo italiano presso il Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 di Verona.

Metodi

Ogni singola collaborazione è stata inserita in uno specifico registro e per ciascuna di esse è stato predisposto un format di progetto in cui sono stati indicati gli obiettivi della collaborazione e i risultati attesi. Per essere ufficialmente inserito nel registro, ogni progetto deve essere quindi approvato dal Dipartimento Politiche Antidroga e dal National Institute on Drug Abuse prima che le attività possano essere avviate.

Risultati

Ad oggi sono state attivate 5 collaborazioni. Di seguito se ne riportano le principali caratteristiche.

University of Wisconsin

University of Wisconsin–Milwaukee (USA), Prof.Krista Lisdahl

Il tema della collaborazione è il neuroimaging delle dipendenze. Con questa collaborazione ci si prefigge di condurre uno studio degli effetti dell'uso di marijuana, ecstasy, alcol e nicotina sulla struttura e sul funzionamento del cervello attraverso le tecniche di risonanza magnetica (MRI strutturale, funzionale e imaging del tensore di diffusione) e la valutazione neuropsicologica. Per raggiungere l'obiettivo si intende:

- elaborare, attraverso appositi software, i dati già acquisiti inerenti la struttura anatomo-funzionale cerebrale di pazienti adolescenti consumatori di sostanze;
- raccogliere dati su ulteriori pazienti adolescenti attraverso tecniche di risonanza magnetica avanzata (DTI, spettroscopia e MRI funzionale);
- effettuare test neuropsicologici per valutare le funzioni cognitive e provvedere alla loro elaborazione;
- diffondere i risultati dello studio attraverso pubblicazioni scientifiche.

New York University

New York University Child Study Center, New York, Prof. Francisco Castellanos e Dr. Samuele Cortese

Il tema della collaborazione è la correlazione tra disturbi comportamentali e uso di sostanze negli adolescenti e nei giovani. Per raggiungere l'obiettivo si intende condurre le seguenti attività:

- acquisizione e scambio dati relativi a sequenze MRI e di spettroscopia per l'analisi di metaboliti (glutammato, n -acetil-aspartato e colina);
- reclutamento pazienti per analizzare segnali fMRI "resting - state";
- confronto gruppi di soggetti affetti da ADHD e gruppi di soggetti con abuso di sostanze per identificare anomalie nella materia cerebrale grigia e bianca;
- elaborazione dei dati raccolti
- pubblicazione dei risultati dello studio.

University of Wisconsin, Madison, USA, Prof. Seth Pollak

University of Wisconsin

Il fine della collaborazione è indagare lo sviluppo cerebrale dei bambini e degli adolescenti attraverso le tecniche di neuroimaging. Per raggiungere l'obiettivo è stato previsto di condurre le seguenti attività:

- arruolamento di soggetti per raccogliere dati MRI e dati neuropsicologici;
- elaborazione dei dati raccolti;
- diffusione dei dati attraverso una pubblicazione su una rivista scientifica;
- produzione di articoli scientifici sul normale funzionamento del cervello e sugli effetti delle droghe sullo sviluppo cerebrale dell'adolescente, visibili attraverso MRI, da utilizzare come strumento educativo nelle campagne di prevenzione, sui fattori relativi allo sviluppo cerebrale e della personalità che portano all'uso di droghe.

Hospital of Psychiatry, University of Berna, Switzerland, Prof A. Federspield

Hospital of Psychiatry, University of Berna

La collaborazione verte sul tema della neurofisiologia psichiatrica e si propone di studiare i meccanismi patofisiologici della dipendenza. Per raggiungere l'obiettivo si intende condurre le seguenti attività:

- arruolamento di una coorte di 40 pazienti affetti da dipendenza, una seconda di pazienti trattati con successo e ora drug-free e una terza coorte di 40 pazienti sani;
- misurazione del flusso sanguigno cerebrale dei pazienti delle varie coorti attraverso Arterial spin labeling (Asl) (un tipo innovativo di risonanza magnetica) e confronto;
- elaborazione dei dati raccolti;
- diffusione attraverso la pubblicazione su una rivista

National Institute on Drug Abuse, Division of Epidemiology Services and Prevention Research, Betesda, Maryland USA, Dr. Wilson Compton

NIDA, Division of Epidemiology Services and Prevention Research

I temi della collaborazione riguardano la diagnosi precoce dell'uso di sostanze e l'intervento precoce, la valutazione degli esiti dei trattamenti (outcome) e il sistema informativo nazionale per le dipendenze. Per sviluppare questi argomenti di mutuo interesse si intende condurre le seguenti attività:
a. sviluppare un modello di screening e di intervento precoce per l'uso di sostanze mediante il counseling motivazionale, il drug test e il supporto educativo alla famiglia in linea con l'approccio statunitense dello "SBIRT" (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment);
b. diffondere questo modello di intervento tra gli operatori delle dipendenze sviluppando un piano di formazione;
c. organizzare un workshop internazionale per fare una review dei vari modelli di valutazione dell'outcome esistenti;
d. sviluppare un modello condiviso e diffonderlo tra gli operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze, dei Ser.T. e delle comunità. Tale workshop si è tenuto a Roma il 27 marzo 2012. All'evento ha partecipato il dr. Wilson Compton che ha illustrato il sistema di valutazione americano e con cui si è convenuto di sviluppare un modello condiviso di outcome;
e. sviluppare un software (cartella clinica elettronica) che permetta di gestire tutte le informazioni relative ai pazienti tossicodipendenti (dati anagrafici, referti medici, indagini strumentali, analisi di laboratorio, immagini diagnostiche), di condividerle con i colleghi e di utilizzarle per studi e indagini statistiche.

Prossime attività

Le attività previste per le diverse collaborazioni proseguiranno secondo i rispettivi disegni di studio individuati che consentiranno di realizzare ricerche mutualmente arricchenti sia per l'Italia che per gli Stati Uniti sul fronte della diagnosi, della prevenzione e del trattamento dell'abuso di droga e della tossicodipendenza.

CAPITOLO V.6.

PROGETTO
“DIAGNOSI PRECOCE DELL’USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI PER L’INTERVENTO PRECOCE NEI BAMBINI (EARLY DETECTION OF DRUG USE FOR EARLY INTERVENTION IN CHILDREN)”

V.6. PROGETTO "DIAGNOSI PRECOCE DELL'USO DI SOSTANZE STUPEFACENTI PER L'INTERVENTO PRECOCE NEI BAMBINI (EARLY DETECTION OF DRUG USE FOR EARLY INTERVENTION IN CHILDREN)"

Introduzione

Nel 2011 il Dipartimento Politiche Antidroga ha promosso il progetto "*Early detection of drug use for early intervention in children*" per la promozione e l'applicazione del drug test precoce e del counseling educativo motivazionale nei minori quali strumenti di diagnosi precoce del consumo di sostanze stupefacenti. Il progetto è stato elaborato secondo le strategie espresse nel Piano di Azione Nazionale 2010-2013 e le attività indicate nelle Linee di indirizzo "*Diagnosi e intervento precoce dell'uso di sostanze nei minori mediante counseling motivazionale, drug test e supporto educativo alla famiglia: metodi e razionale*".
Le ragioni che hanno portato alla promozione di tale progetto risiedono nel fatto che l'uso sperimentale iniziale delle sostanze diventa sempre più precoce, attestando l'età di inizio uso intorno ai 14 anni (DPA, 2011). Un inizio così precoce di assunzione di sostanze comporta gravi conseguenze per la salute psico-fisica del giovane e, in particolare, per lo sviluppo cerebrale dell'adolescente con la conseguente compromissione di importanti funzioni neuropsichiche implicate nell'apprendimento, nella memorizzazione, nella motivazione, ecc. (Serpelloni et al., 2010). La percezione dei rischi e dei danni derivanti dall'uso precoce di sostanze, sia da parte dei giovanissimi, sia da parte, talvolta, dei loro genitori, è troppo spesso molto bassa; porta a sottovalutare l'effettivo problema, ritardando la cessazione dell'uso e perpetra l'esposizione alle droghe anche per vari anni. In tal modo, risulta ritardato anche l'eventuale inserimento della persona che fa uso di sostanze stupefacenti in adeguati percorsi di trattamento per interrompere l'uso e per curare i disturbi e le patologie eventualmente ad esso correlate. E', quindi, necessario concentrare quanto prima l'attenzione sulla necessità di identificare l'uso di sostanze nei giovani, attraverso specifici programmi di diagnosi precoce e counseling educativo motivazionale, finalizzati ad un intervento precoce, rivolti alle persone minori e che prevedano anche il coinvolgimento attivo e diretto dei loro genitori.

Efficacia dimostrata nell'esperienza statunitense

Precedenti esperienze per prevenire, identificare ed eliminare l'uso e la dipendenza da sostanze stupefacenti sono state condotte negli Stati Uniti attraverso l'approccio *evidence based* denominato Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment (SBIRT). L'obiettivo di SBIRT è quello di eseguire, presso strutture sanitarie di *primary care*, quali pronto soccorsi, cliniche, centri traumatologici, ma anche ambulatori di medicina generale, uno screening dei pazienti per comprendere chi tra costoro possa essere a rischio d'uso di sostanze e quindi titolato a ricevere, se necessario, un intervento breve, un intervento intensivo o ad essere inviato presso centri di trattamento specialistico. Degli oltre 459.000 soggetti sottoposti a screening, il 22,7% era risultato positivo per uso di alcol e/o di droghe. Tra costoro, a distanza di 6 mesi dal termine dell'intervento, era stata registrata una diminuzione dell'uso di droghe (67,7%), una riduzione dell'uso di alcol (38,6%) e una riduzione della criminalità (60,5%). Nello specifico, il consumo il marijuana, ad esempio, era calato dal 44,7% al 21,8%. Inoltre, il benessere fisico riferito era aumentato nel 28,1% dei casi e quello psichico nel 22,3%. Il 16,6%, inoltre, aveva riferito di aver migliorato la propria condizione occupazionale. E' stato inoltre calcolato che per ogni dollaro investito nel programma SBIRT, vengono risparmiati 2-4$ della spesa per il sistema sanitario, soprattutto per i pronto soccorsi e per gli ospedali. I dati di questo studio, dalla numerosità campionaria decisamente elevata, hanno dimostrato l'efficacia di azioni volte a identificare quanto prima l'uso di sostanze, evidenziando i benefici sia in termini sanitari sia economici che un tale approccio può portare per il singolo e per la società.

Obiettivo

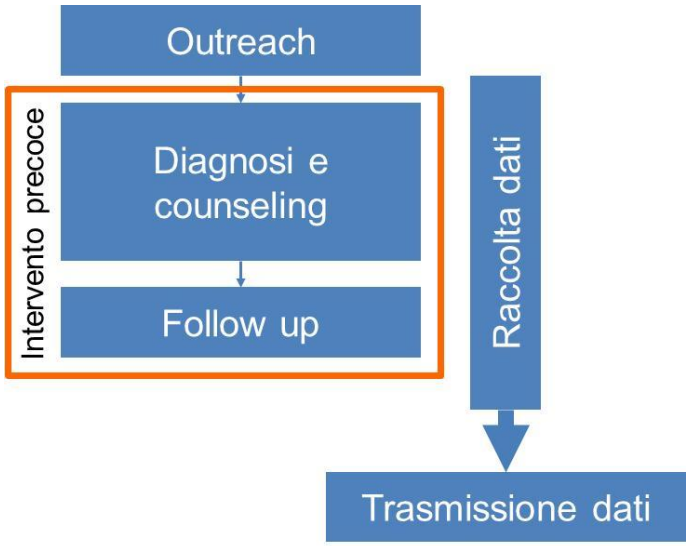
Anche alla luce dei risultati documentati dall'esperienza statunitense, il progetto "Early detection of drug use for early intervention in children" intende promuovere il drug test professionale e il counseling educativo motivazionale per la diagnosi precoce dell'uso di sostanze tra le persone minorenni, al fine di individuare quanto prima tale uso e dare seguito ad una serie di misure, da adottare in famiglia e nell'ambito sanitario, volte alla cessazione del comportamento assuntivo e all'inserimento precoce in percorsi di trattamento adeguati.

Metodi

La promozione e la gestione del drug test e del counseling educativo motivazionale seguono le linee di indirizzo sostenute dal Dipartimento Politiche Antidroga per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze (Serpelloni et al., 2011; Serpelloni et al., 2009).

Al fine di diffondere a livello nazionale tali linee di indirizzo, il progetto prevede la creazione di un network di strutture sanitarie disponibili che adottino un modello di diagnosi precoce coerente con le indicazioni del Dipartimento Politiche Antidroga e che lo implementino mantenendo monitorate nel tempo le attività previste, secondo indicatori pre-definiti, al fine di valutare il reale impatto delle strategie di diagnosi precoce e counseling motivazionale sull'evolutività dell'addiction. A tal fine, le unità operative partecipanti sono chiamate a sensibilizzare i genitori (e gli insegnanti) sul tema della diagnosi precoce allo scopo di indurli a rivolgersi quanto prima alle strutture sanitarie competenti (outreach) nel caso sussista il dubbio che il proprio figlio minorenne faccia uso di sostanze stupefacenti. Nel contesto sanitario, il minore e la sua famiglia vengono accompagnati lungo un percorso durante il quale viene fatta una diagnosi rispetto all'uso di droghe nel giovane, viene inoltre definito il tipo di intervento da attivare, fornito un supporto attraverso il counseling educativo motivazionale e la famiglia viene seguita da operatori esperti per un periodo di circa un anno, per valutare l'andamento dell'intervento e il mantenimento dei risultati. Durante tale percorso, i responsabili delle unità operative partecipanti al progetto raccolgono i dati per la stima della condizione di rischio evolutivo nel minore, i dati clinici, tossicologici e sociali del singolo soggetto e della sua famiglia, nonché quelli relativi al suo monitoraggio. I dati vengono quindi trasmessi in forma anonima al Dipartimento delle Dipendenze ULSS 20 Verona per essere elaborati.

Figura V.6.1: Fasi operative per la realizzazione delle attività di diagnosi e intervento precoce previste per le unità operative aderenti al progetto.



Risultati

Il Dipartimento Politiche Antidroga ha trasmesso ai Responsabili dei Dipartimenti delle Dipendenze delle Regioni d'Italia l'invito a prendere visione del progetto

"Early detection of drug use for early intervention in children" al fine di entrare a far parte della Rete dei Centri Collaborativi partecipanti al Progetto stesso. Allo scopo di presentare il progetto e le attività previste, il Dipartimento Politiche Antidroga ha organizzato a Roma a febbraio 2012 un workshop nel corso del quale sono state presentate le linee di indirizzo sulla diagnosi precoce, gli obiettivi specifici del progetto e gli aspetti metodologici.
A seguito del workshop, 69 Unità Operative hanno deciso di aderire formalmente al progetto (Tabella 1 e Figura 2). Per gli operatori del settore delle dipendenze è stato quindi organizzato dal DPA, a Roma, un corso di formazione specifico sulla diagnosi e l'intervento precoce articolato in 3 giornate formative (11, 19 e 26 aprile 2012) a frequenza obbligatoria per coloro che avevano comunicato l'adesione al progetto. Gli operatori partecipanti al corso sono stati 112. A tutti è stato consegnato il materiale didattico utilizzato durante le giornate di formazione.
Sono stati quindi definiti gli indicatori utilizzabili per il monitoraggio e la valutazione del reale impatto del drug test precoce sull'evolutività all'addiction. Tali indicatori sono stati individuati all'interno di un framework logico per la raccolta e la valutazione dei dati che tiene conto degli aspetti familiari, degli aspetti ambientali e degli aspetti individuali che riguardano il paziente minorenne. In particolare, gli indicatori sono stati definiti su un arco temporale di 12 mesi dal momento dell'accesso al servizio da parte del paziente e della sua famiglia.
E' stata quindi elaborata e condivisa con i partecipanti al corso la modulistica necessaria per coadiuvare l'attività di diagnosi precoce e per agevolare la raccolta dei dati richiesti per il progetto. Sono stati messi a punto materiali informativi per pubblicizzare e sostenere l'attività di diagnosi e intervento precoce. I materiali verranno personalizzati con i loghi e gli indirizzi di ciascuna unità operativa e verranno distribuiti sul territorio di competenza, secondo un piano di distribuzione fornito dal Dipartimento Politiche Antidroga.

Figura V.6.2: Georeferenziazione delle unità operative aderenti al progetto.



Tabella V.6.1: Elenco delle unità operative aderenti al progetto (aggiornato al 17 maggio 2012). Centri collaborativi

N	Nome unità operativa
1	Dipartimento di salute mentale - ASM Azienda Sanitaria Matera
2	ASL Azienda Sanitaria Locale Nocera Inferiore
3	Dipartimento di salute mentale - ASP Azienda Sanitaria Provinciale Catania
4	Dipartimento Patologia Dipendenze - ASL TO 3 Collegno Azienda Sanitaria Locale Pinerolo
5	Dipartimento Salute Mentale - ASP Azienda Sanitaria Provinciale Camporotondo
6	Dipartimento di salute mentale Dipendenze patologiche - ASL 2 Savonese Azienda Sanitaria Locale Savona
7	Dipartimento Dipendenze Patologiche - UOC Unità operativa complessa Cagnano Varano
8	Dipartimento delle Dipendenze - ASL 22 Azienda Sanitaria Locale Villafranca
9	Dipartimento Dipendenze - ASL 1 Città di Castello Azienda Sanitaria Locale Citta' di Castello
10	Dipartimento Salute Mentale e tossicodipendenze - ASL 5 "Spezzino“ La Spezia
11	ONLUS - Fondazione S. Gaetano Vicenza
12	Dipartimento Salute Mentale e tossicodipendenze - ASP Azienda Sanitaria Provinciale Catania
13	Dipartimento Salute Mentale - ASP 3 CT Azienda Sanitaria Provinciale Paternò
14	Dipartimento Salute Mentale e tossicodipendenze - ASP CT Azienda Sanitaria Provinciale Adrano
15	Dipartimento Dipendenze - ULSS 13 Dolo
16	Dipartimento Salute Mentale e tossicodipendenze - ASL Azienda Sanitaria Locale Olbia
17	Distretto 1 - AUSL Azienda Unità Sanitaria Locale Aprilia
18	Dipartimento Salute Mentale e tossicodipendenze - ASP Azienda Sanitaria Provinciale Giarre
19	Dipartimento Salute Mentale - ASM azienda Sanitaria Locale Matera
20	ASL 1 Azienda Sanitaria Locale Grottaminarda
21	ASL Azienda Sanitaria Locale Latina
22	Area Dipartimentale Dipendenze Patologiche - ASP 4 Azienda Sanitaria Provinciale Enna
23	ASL Azienda Sanitaria Locale Giulianova-Atri
24	Unità Operativa Complessa Dipendenze Patologiche - ASL RMA Azienda Sanitaria Locale Roma
25	Dipartimento Dipendenze - ASP 3 CT Azienda Sanitaria Provinciale Acireale
26	Dipendenze Patologiche TO EST - ASL TO 1 Azienda Sanitaria Locale Torino
27	Dipartimento Dipendenze - ASL Azienda Sanitaria Locale Foggia
28	Servizio per le tossicodipendenze - AUSL Azienda Unità Sanitaria Locale Rieti
29	Unità Operativa Semplice - ASL 2 Lanciano vasto Chieti Azienda Sanitaria Locale Chieti

continua

continua

N	Nome unità operativa
30	Messina Sud - ASP me sud Azienda Sanitaria Provinciale Messina
31	Catania 2 - ASP Azienda Sanitaria Provinciale Catania
32	Aosta - ASL Azienda Sanitaria Locale Aosta
33	Dipartimento Dipendenze Patologiche - UOC Gargano San Giovanni Rotondo
34	Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASP 5 ME Azienda Sanitaria Provinciale Messina
35	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - ASL 2 Olbia Tempio Pausania
36	Salute Mentale Dipendenze Patologiche - ASP Catania Bronte
37	ASP Azienda Sanitaria Provinciale CZ Soverato
38	Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASL Azienda Sanitaria Locale Giovinazzo
39	Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASL Salerno 3 Vallo della Lucania
40	DDSA Dipartimento Dipendenze da Sostanze d'Abuso - ASL 4 Azienda Sanitaria Locale Terni
41	Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASUR Azienda Sanitaria Unica Regionale Porto S. Elpidio
42	Dipartimento Dipendenze Patologiche di Macerata e Camerino - ASUR Area Vasta 3 Azienda Sanitaria Unica Regionale Macerata
43	S.S.R. Servizio Speciale Psichiatrico - ASL Azienda Sanitaria Locale Cava dei Tirreni
44	Dipartimento Dipendenze Patologiche Gargano - UOC Unità operativa complessa Vieste
45	Servizio dipendenze patologiche - Azienda Sanitaria Locale CN2 Alba-Bra
46	ASP Azienda Sanitaria Provinciale Crotone
47	Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASP 4 Azienda Sanitaria Provinciale Nicosia
48	Dipartimento Dipendenze - ASL 1 Umbria Gubbio
49	ASL Napoli 3 sud Pomigliano d'Arco
50	Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze - ASL 6 Sanluri Azienda Sanitaria Locale Guspini Sanluri
51	Dipartimento delle Dipendenze, ASM Azienda Sanitaria Matera Policoro
52	Dipartimento delle Dipendenze, ASL Torino 2
53	Dipartimento Dipendenze Patologiche - ASP 4 Piazza Armerina
54	Dipartimento Dipendenze - ASL Monza e Brianza
55	Dipendenze Patologiche - ASP 3 Catania
56	Dipendenze Patologiche - ULSS 5 Ovest Vicentino Montecchio Maggiore
57	Unità Operativa Complessa - ASL Azienda Sanitaria Locale Avellino
58	Dipartimento Dipendenze - USL 3 Foligno
59	Dipartimento Salute Mentale - Azienda Sanitaria Provinciale Catania Caltagirone
60	ASL 2 Lanciano Vasto Chieti Lanciano
61	Dipendenze Patologiche - ASUR Marche Fabriano

continua

continua

N	Nome unità operativa
62	Coordinamento Area Sert - ASL F Capena
63	ASREM Azienda Sanitaria Regionale Molise Termoli
64	Dipendenze Patologiche - ASL 4 Terni Orvieto
65	Dipartimento Dipendenze - Azienda ULSS 2 Feltre
66	Dipartimento Dipendenze - ASP Azienda Sanitaria Provinciale Reggio Calabria
67	Dipartimento Dipendenze - ASP 8 Siracusa
68	Azienda Sanitaria Locale Lazio Civitavecchia
69	Dipartimento Dipendenze - ASL Varese

Prossime attività

L'avvio delle attività di progetto per le unità operative partecipanti è già passata per il 1° giugno 2012. Il termine è fissato per il 31 maggio 2014. Le unità operative raccoglieranno i dati richiesti nel corso dell'attività di diagnosi e intervento precoce sui minori. I dati raccolti verranno inviati via web, completamente anonimizzati, al Dipartimento delle Dipendenze di Verona che si occuperà della loro elaborazione.
Dopo 6 mesi dall'avvio delle attività, il Dipartimento Politiche Antidroga organizzerà a Roma un workshop con i referenti delle varie unità operative per avviare un momento di confronto e di discussione rispetto all'andamento delle attività durante i mesi trascorsi.

Conclusioni

Il progetto ha ricevuto un numero di adesioni nettamente superiore rispetto alle aspettative e la numerosità dei partecipanti al corso di formazione, e il loro impegno nella frequenza alle lezioni, alla discussione sulle tematiche e i materiali presentati sono stati ragguardevoli. Grazie alla loro collaborazione sarà possibile monitorare e valutare il reale impatto della diagnosi e dell'intervento precoce sull'evolutività dell'addiction a livello nazionale e analizzare il rapporto costo/efficacia per l'implementazione delle attività nei vari centri collaborativi.

Bibliografia

Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Relazione al Parlamento sullo stato delle Tossicodipendenze in Italia*, 2011.
Serpelloni G., Gomma M., Rimondo C., *Diagnosi e intervento precoce dell'uso di sostanze nei minori mediante counseling motivazionale, drug test e supporto educativo alla famiglia: metodi e razionale*, 1 novembre 2011.
Serpelloni G., Bricolo F., Gomma M., *Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze*, 2° edizione, 8 giugno 2010.
Dipartimento Politiche Antidroga, Presidenza del Consiglio dei Ministri, *Piano di Azione Nazionale (PAN) sulle Droghe*, 22 ottobre 2010.
Madras B., Compton W., Avula D., Stegbauer T., Stein J.B., Clark H.W., Screening, brief interventions, referral to treatment (SBIRT) for illicit drug and alcohol use at multiple healthcare sites: Comparison at intake and six months, Drug Alcohol Dependence, Gennaio 2010.
Serpelloni G., Bonci A., Rimondo C., *Cocaina e minori. Linee di indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze*, giugno 2009.
Kaner EF.S., Dickinson HO, Beyer FR, Campbell F, Schlesinger C, Heather N, Saunders JB, Burnand B, Pienaar ED. *Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations*. Published Online: October 7, 2009.
Robert Gore-Langton, NIDA CTN Data and Statistics Center, The EMMES Corporation, 2009.

Parte Sesta

Schede amministrazioni

CAPITOLO VI.1.

AMMINISTRAZIONI CENTRALI

VI.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

VI.1.2. Ministero della Salute

VI.1.2.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

VI.1.2.2. Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

VI.1.2.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili

VI.1.3. Ministero della Giustizia

VI.1.3.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

VI.1.3.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

VI.1.3.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

VI.1.4. Ministero dell'Interno

VI.1.4.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

VI.1.4.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

VI.1.4.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

VI.1.5. Ministero degli Affari Esteri

VI.1.5.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

VI.1.5.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

VI.1.5.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

VI.1.6. Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

VI.1.6.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

VI.1.6.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

VI.1.6.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

VI.1.7. Ministero della Difesa

VI.1.7.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

VI.1.7.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

VI.1.7.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

VI.1.8 Comando Generale della Guardia di Finanza

VI.1.8.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

VI.1.8.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

VI.1.8.3 principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

VI.1. AMMINISTRAZIONI CENTRALI

VI.1.1. Coordinamento interministeriale del Dipartimento per le Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri

DPA

Requisito essenziale, per lo sviluppo di efficaci Politiche Antidroga, ribadito non solo a livello internazionale ma richiesto esplicitamente dagli operatori che lavorano in questo settore, è la completa sinergia di tutti gli organi coinvolti (amministrazioni centrali, amministrazioni regionali, servizi del pubblico e del privato sociale).
Art.1 del DPR 309/90 e l'art.2 del DPCM 31 dicembre 2009 hanno demandato questa funzione di coordinamento per l'azione antidroga al Dipartimento Politiche Antidroga. Il Dipartimento in particolare, provvede a promuovere, indirizzare e coordinare le azioni di Governo atte a contrastare il diffondersi delle tossicodipendenze e delle alcooldipendenze correlate, di cui citato DPR 309/1190, 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

VI.1.2 Ministero della Salute

VI.1.2.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

DG Prevenzione

Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione – Direzione Generale della prevenzione
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, all'interno del Dipartimento della Sanità Pubblica e dell'Innovazione, 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
- Nell'anno 2011 è terminata la pubblicazione del Bollettino sulle dipendenze sul sito Drog@News del DPA (ultimo Accordo di collaborazione con UNICRI: dicembre 2010)
- Rilevazione residuale 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 residuale Progetto Potenziamento Laboratori Fondo Nazionale Lotta alla Droga

Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure

DG Servizio farmaceutico

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 ex Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici, attualmente: Direzione Generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure 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 di sostanze stupefacenti e psicotrope
- aggiornamento tabelle delle sostanze stupefacenti e psicotrope
- 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
- permessi import-export di precursori di droghe

VI.1.2.2. Presentazione – Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività

Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione – Direzione Generale della prevenzione — DG Prevenzione

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 2007 in materia di accertamenti di assenza di tossicodipendenza e di alcol dipendenza in lavoratori addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza,l'incolumità e la salute del lavoratore stesso e di terze persone, attivato 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 che avrà inizio nel 2012. — SIND
- Pubblicazione del Bollettino sulle dipendenze: nel 2011 sono stati pubblicati in versione on-line, sul sito del Dipartimento Politiche Antidroga gli ultimi 4 numeri del Bollettino sulle dipendenze. 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

- Rilevazione ed elaborazione attività dei Servizi per le tossicodipendenze (SerT): sono stati rilevati i dati relativi al personale e ai pazienti in cura presso i Servizi pubblici per le tossicodipendenze per l'anno 2011 pervenuti dalle Regioni e dai singoli Servizi che ancora non utilizzano il SIND; 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.
- Rilevazione tossicodipendenti e alcol dipendenti nelle carceri. In data 18 maggio 2011 è stato sancito l'Accordo Stato-Regioni, PPAA e Autonomie locali concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti e minori tossicodipendenti e alcol dipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010.
- Sistema di allerta rapido per le nuove droghe. Nel corso del 2011 è proseguita la collaborazione per i profili di competenza con il DPA, riguardo alle segnalazioni pervenute dal Sistema di allerta precoce. E' stata inoltre elaborata una procedura per quanto riguarda le funzioni del Ministero della salute con le rispettive competenze e responsabilità.

Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure
Ufficio VIII – Ufficio centrale stupefacenti

DG Farmaci

Ufficio centrale stupefacenti

- partecipazione al gruppo di lavoro interdirezionale sul monitoraggio dell'applicazione della legge 15 marzo 2010, n. 38
- partecipazione alla stesura del Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della legge 15 marzo 2010, n.38, anno 2010, predisposto dalla Direzione Generale della programmazione sanitaria
- partecipazione a riunioni del DPA a seguito di segnalazioni del Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le nuove droghe
- partecipazione a riunioni del DPA relative al tavolo tecnico concernente l'articolo 75, DPR 309/90
- provvedimenti di attuazione delle disposizioni legislative e delle convenzioni internazionali in materia di sostanze stupefacenti e psicotrope
- provvedimenti di attuazione delle disposizioni legislative, delle convenzioni internazionali e delle normative comunitarie in materia di precursori di droghe

Predisposizione dei seguenti decreti ministeriali

Aggiornamento tabelle stupefacenti e predisposizione decreti ministeriali

DECRETO 31 marzo 2011
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 del tapentadolo nell'allegato III-bis; inserimento dei composti medicinali a base di tapentadolo, limitatamente alle forme farmaceutiche diverse da quella parenterale, nella tabella II, sezione D.
(G.U. Serie Generale n. 88 del 16 aprile 2011).

DECRETO 11 maggio 2011
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. Inserimento nella tabella I delle sostanze 3,4-Metilendiossipirovalerone (MDPV), JWH-250, JWH-122 ed analoghi di struttura derivanti dal 3-fenilacetilindolo e dal 3-(1-naftoil)indolo.
(G.U. Serie Generale n. 112 del 16 maggio 2011)

DECRETO 2 agosto 2011
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. Ricollocazione in tabella I delle sostanze Amfepramone (dietilpropione), Fendimetrazina, Fentermina e Mazindolo.
(G.U. Serie Generale n. 180 del 4 agosto 2011).

DECRETO 3 ottobre 2011
Supplemento delle quote di sostanze stupefacenti e psicotrope che possono essere fabbricate e messe in vendita in Italia e all'estero nel corso dell'anno 2011

DECRETO 4 novembre 2011
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 2012

DECRETO 14 novembre 2011
Elenco annuale, aggiornato al 30 settembre 2011, 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 I dei precursori di droghe.
(G.U. Serie Generale n. 277 del 28 novembre 2011 – Supplemento Ordinario n. 246)

DECRETO 29 dicembre 2011
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. Inserimento in Tabella I della sostanza Butilone o bk-MBDB, di taluni analoghi di struttura derivanti dal 2-amino-1-fenil-1-propanone e della sostanza AM-694 e analoghi di struttura derivanti dal 3-benzoilindolo.
(G.U. Serie Generale n. 3 del 4 gennaio 2012)

Partecipazione alla predisposizione interministeriale del DECRETO LEGISLATIVO 24 marzo 2011, n, 50.
(G.U. Serie Generale n. 95 del 26 aprile 2011)

VI.1.2.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili

Dipartimento della Sanità pubblica e dell'Innovazione – Direzione Generale della prevenzione

DG Prevenzione

Aspetti Normativi

- 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 dell'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.
- Il Decreto Interdirigenziale del Ministero dell'Economia e delle Finanze (AAMS – Amministrazione Autonoma dei Monopoli di Stato) previsto dalla Legge di stabilità 2011, n. 220 del 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 è attualmente sospeso in Conferenza Unificata (Comunicazione MEF a CSR). Al riguardo è stato coinvolto anche il Dipartimento per le Politiche Antidroga in qualità coordinatore interministeriale nella lotta alle dipendenze patologiche.

Prospettive prioritarie

- 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 è stato anche nel 2011 on-line così come concordato con il Dipartimento Politiche Antidroga. Il Bollettino, strumento indispensabile per la diffusione dei risultati dei Progetti Ministeriali, ha trasmesso 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.
- 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

1. DAD.NET - Donne alcol e droghe: attivazione di un network italiano per la promozione di offerte specifiche rivolte al genere femminile e finalizzate alla prevenzione dei rischi correlati all'uso di alcol, droga e patologie correlate, incentivazione all'adeguamento dei Servizi essenziali sui specifici bisogni delle donne tossicodipendenti (Ufficio VII)
2. DRDS - Sistema per il monitoraggio dei decessi droga correlati (Ufficio VII)
3. Monitoraggio e valutazione del drug-test nei lavoratori con mansioni a rischio (Ufficio II)
4. EDU-CARE - Educazione e supporto alle famiglie , diagnosi precoce e neuroscienze del comportamento (Ufficio VII)
5. NEWS 2010 – Implementazione e mantenimento del Sistema di allerta precoce e Risposta Rapida alle droghe (Ufficio VII – Ufficio VIII)
6. NNIDAC – Network Nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati (Ufficio II)
7. PPC 2010 – Rilevazione Nazionale delle attività di Prevenzione delle Patologie correlate (Ufficio VII)
8. SGS – Strada per una guida sicura (Ufficio II)
9. SIND support e NIOD: Sistema informativo sulle dipendenze e Network Italiano degli osservatori sulle dipendenze – (Ufficio III – ex DGSI Coordinamento e sviluppo Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e Ufficio VII ex DGPREV))

DG Farmaci

Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale – Direzione Generale dei dispositivi medici, del servizio farmaceutico e della sicurezza delle cure

Ufficio centrale stupefacenti

Ufficio VIII – Ufficio centrale stupefacenti

Aspetti normativi. In relazione alle decisioni della Commission on Narcotic Drug presso le Nazioni Unite:

- predisposizione di uno schema di 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
- valutazione della partecipazione ad un progetto proposto da INCB e curato da UNODC per l'emissione dei permessi import export delle sostanze stupefacenti o psicotrope in modalità elettronica.

Collaborazione progettuale DPA

Progetti del Dipartimento per le Politiche Antidroga cui il Ministero della salute partecipa in qualità di ente collaborativo.
- 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.
- Partecipazione dell'Ufficio VIII al tavolo tecnico concernente l'articolo 75, DPR 309/90.

VI.1.3. Ministero della Giustizia

VI.1.3.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

DG Giustizia Penale

Dipartimento per gli Affari di Giustizia - Direzione Generale della 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'.

Funzioni e competenze DG detenuti e trattamento

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio IV – Servizi Sanitari
L'Amministrazione Penitenziaria persegue da sempre l'obiettivo generale, attraverso la massima collaborazione istituzionale con gli organi e le istituzioni preposte, di favorire l'applicazione delle misure alternative alla detenzione per le persone detenute con dipendenza patologica.
Come obiettivo specifico anche nel 2011 è parsa preponderante la necessità di favorire la conoscenza e lo sviluppo dei determinanti di salute su questo specifico setting, con l'obiettivo di individuare nuove strategie di intervento che consentano di implementare il ricorso alle misure alternative.

Dipartimento Giustizia Minorile

Passaggio di competenze al SSN

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari
Le rilevazioni statistiche su minori che assumono sostanze stupefacenti e sugli accertamenti sanitari presso i Servizi della Giustizia Minorile sono state soppresse a decorrere dal 1° gennaio 2011 in quanto la nuova situazione organizzativa emersa dall'attuazione delle disposizioni normative in materia di sanità penitenziaria, è passata alla competenza del Servizio Sanitario Nazionale. Pertanto, l'anno 2010 è stato l'ultimo anno della rilevazione e in alcuni Servizi Minorili la rilevazione è stata parziale o assente per cui si dispone di dati incompleti.
Nell'anno 2010 la rilevazione statistica sui soggetti in carico ai Servizi Minorili della Giustizia che fanno uso di sostanze stupefacenti ha evidenziato un numero

complessivo di assuntori pari a 860.
Sulla base dei dati rilevati, l'analisi ha evidenziato che la maggior parte degli assuntori è di nazionalità italiana circa l'81% del totale.
Tra gli stranieri prevalgono i nord africani, in particolare i minori del Marocco.

2010, ultimo anno di rilevazione

Questi soggetti, nella loro totalità, rispondono, in prevalenza, di reati di detenzione e spaccio (il 54%) e di reati contro il patrimonio (41%). Tra le varie sostanze stupefacenti, i cannabinoidi (83%) sono le sostanze maggiormente usate, seguite dall'uso di cocaina (7%) e oppiacei (5%). Gli accertamenti sanitari effettuati nell'anno 2010 dai Servizi Minorili della Giustizia per verificare l'assunzione di sostanze stupefacenti sono stati 1282 nei Centri di Prima Accoglienza e 841 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 223 interventi di tipo farmacologico, mentre gli invii al Servizio Tossicodipendenze sono stati 310. Per i minori stranieri l'uso di sostanze sembra essere legato allo spaccio e ad un consumo considerato normale, non percepito come sintomo di devianza in quanto culturalmente accettato nel paese di origine, come per coloro che provengono dal nord Africa.

Attuazione normativa

Il Tavolo di Consultazione permanente sulla sanità penitenziaria istituito presso la Conferenza Unificata Stato-Regioni, in funzione del suo ruolo di coordinamento nazionale per il monitoraggio sull'attuazione del DPCM (così come stabilito, sia dall'Allegato A al DPCM che dal successivo Accordo in attuazione all'art. 7 del DPCM del 20 novembre 2008), ha predisposto un documento finalizzato ad una prima rilevazione dei dati relativi all'assetto organizzativo e al funzionamento dei servizi sanitari nei vari territori regionali: "Monitorare l'attuazione del DPCM 1° aprile 2008 concernente le modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di sanità penitenziaria". Accordo ai sensi dell'art. 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 28, del 26 novembre 2009, n. 281.
In una prima versione, tale documento aveva incluso anche alcune schede di rilevazione relative al monitoraggio dei dati sui detenuti con problemi sanitari droga-correlati accertati dai Ser.T delle aziende sanitarie; successivamente tali schede di rilevazione erano state concordemente stralciate dal documento complessivo perché necessitavano di ulteriori approfondimenti tecnici da parte dell'apposito Sottogruppo di lavoro dello stesso tavolo.
Nel corso del 2011 è stato poi approvato l'"Accordo sul documento relativo al monitoraggio dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcol dipendenti, integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata nella seduta dell'8 luglio 2010. Inoltre, a seguito del DPCM 1° aprile 2008, con il quale sono state trasferite al SSN le funzioni sanitarie e le relative risorse finanziarie, umane e strumentali afferenti la medicina penitenziaria, l'assistenza ai soggetti tossicodipendenti è garantita dal Ser.T dell'Azienda Sanitaria competente per territorio, che stabilisce rapporti di interazione 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 possono 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 programmi 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 alcol, 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 a 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 nei tempi previsti dal provvedimento di restrizione
- La realizzazione di iniziative di formazione che coinvolgano congiuntamente sia gli operatori ASL che quelli della Giustizia

VI.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 é stato pertanto avviato, mediante una circolare del Direttore Generale degli Affari Penali, un monitoraggio avente cadenza semestrale, facente parte del Piano Statistico Nazionale, con lo scopo di raccogliere i dati di cui all'art. 1, comma 8, lett. g del Decreto del Presidente della Repubblica 9 ottobre 1990, n. 309 relativi al numero ed agli esiti dei processi penali per i principali reati previsti dal citato DPR.
I prospetti contenenti i dati in oggetto vengono di norma compilati manualmente dagli uffici giudiziari interessati alla rilevazione ed inviati al Ministero per via telematica, fax o posta.
A partire dal 2003, i prospetti di rilevazione sono stati modificati in modo tale da consentire la conoscenza, oltre che del numero dei processi penali, anche delle persone in essi coinvolte; la banca dati è stata anch'essa modificata per fornire le informazioni, oltre che per area geografica e distretto di Corte d'Appello, anche per Provincia, Regione, fase di giudizio ed età, delle persone coinvolte.
All'inizio dell'anno 2006 è stato distribuito agli uffici giudiziari interessati alla rilevazione un apposito software che consente di estrarre in modo automatico i dati dai registri informatizzati degli uffici stessi e che permette al contempo di disporre di dati più attendibili ed estratti con criteri uniformi, riducendo in modo considerevole l'onere per il compilatore, soprattutto in termini di tempo (prima infatti i dati dovevano essere rilevati in modo "manuale"). Il prospetto statistico viene compilato in modo automatico dallo stesso software e pronto per essere

inviato al Ministero tramite gli ormai usuali canali di trasmissione (e-mail, fax e posta).

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria - Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio IV – Servizi Sanitari

Attività DG detenuti e trattamento

Nel 2011 hanno fatto ingresso in carcere per violazione dell'art. 73 d.p.r. 309/90 24.452 persone(il 31,76% degli ingressi complessivi).
Dunque può rilevarsi che nonostante il significativo aumento della popolazione carceraria la percentuale dei ristretti per il reato de quo è rimasta sostanzialmente la stessa degli anni precedenti.
Gli affidamenti che risultano essere stati concessi ai TD nel 2011 dallo stato detentivo risultano complessivamente 1.618.
Si tratta evidentemente di un numero modesto(a maggior ragione se si pensa che molti affidamenti sono pluriennali quindi è probabile che comprenda anche affidamenti concessi negli anni scorsi) rispetto ai TD che risultano ristretti.
Per altro, appare necessario sottolineare che la rilevazione ufficiale dell'Amministrazione si basa su autodichiarazione della persona all'atto dell'ingresso in carcere. I presidi Ser.T certificano, quindi su quanti segnalati la sussistenza o meno di una dipendenza patologica, da intendersi, in assenza di precedenti segnalazioni, come nuova certificazione di tossicodipendenza e stilano una loro statistica non disponibile per il Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria. Si deve infatti prendere atto che successivamente al D.P.C.M. 01/04/2008 molti Ser.T. alla richiesta delle Direzioni di Istituto di essere messi a conoscenza di dati sanitari ancorché anonimi, oppongono un fermo rifiuto.
Di particolare rilievo appare quindi l'Accordo sul documento proposto dal Tavolo di consultazione permanente sulla sanità penitenziaria concernente le schede relative alla rilevazione dei detenuti adulti, minori e giovani adulti tossicodipendenti e alcol dipendenti integrativo dell'Accordo sancito dalla Conferenza Unificata.
Nell'ottica degli interventi operativi all'interno degli Istituti Penitenziari l'Amministrazione ha fornito la propria partnership all'elaborazione di linee guida e programmi nazionali e internazionali sulla tossicodipendenza in carcere, alcuni dei quali ancora in corso di svolgimento e nello specifico:

- Revisione, nell'ambito delle Linee Guida Italiane sull'utilizzo dei farmaci antiretrovirali e sulla gestione diagnostico-clinica delle persone con infezione da HIV-1 – ottobre 2011, delle modalità per implementare l'offerta del test HIV in carcere attraverso lo studio del sistema opt out (il test HIV viene effettuato a meno che la persona non manifesti la volontà di no eseguirlo). Per poter applicare tali principi negli istituti penitenziari è comunque necessaria un'ampia riflessione con tutte le Istituzioni e gli enti interessati, oltre che con le associazioni dei pazienti e dei detenuti su alcuni aspetti che appaiono inderogabili, quali la volontarietà e la libertà decisionale di rifiutare l'esecuzione del test HIV e l'implementazione dell'informazione sull'infezione da HIV e sulle modalità di offerta del test HIV da fornire a tutte le persone che entrano in carcere. Queste considerazioni fanno prefigurare una strategia di offerta proattiva e debitamente informata;
- Percorso formativo "Il trattamento integrato nella gestione delle tossicodipendenze – II e III edizione". L'intervento è stato individuato ed attuato dall' Istituto Superiore di Studi Penitenziari con l'obiettivo di migliorare la performance del servizio offerto ai detenuti tossicodipendenti e le procedure da adottare per il loro trattamento.

I due eventi formativi hanno visto la partecipazione di 150 operatori penitenziari tra responsabili nell'area della sicurezza, responsabili nell'area educativa, responsabili nell'area dei servizi sociali, educatori, assistenti sociali.

- Progetto "La salute non conosce confini". Approvato dai dicasteri della Giustizia e della Salute, il lavoro è stato sviluppato congiuntamente alla Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT), la Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (SIMSPE) e il Network Persone Sieropositive (NPS). Preso atto, sulla base di dati disponibili, del basso numero di test per le malattie infettive eseguiti negli istituti penitenziari e della necessità di riprendere campagne di informazione sulla prevenzione delle patologie trasmissibili, si sono svolti interventi in 20 Istituti penitenziari, con il coinvolgimento di n. 1.600 detenuti.

Collaborazione DAP/ISS

L'Istituto Superiore di Sanità ha coinvolto l'Amministrazione Penitenziaria al fine di realizzare uno "studio finalizzato alla determinazione di indicatori per il monitoraggio degli interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e AIDS che rispondano alle definizione dello European Centre for Diseases Prevenzione control (EDC) e della United Nations General Asembly (UNGASS)". Nel 2011 si è proceduto quindi al disegno dello studio distinto in tre bracci: il primo, formativo residenziale, sulle nuove tecniche di comunicazione sociale e di counseling, il secondo di raccolta dati, il terzo laboratoristico comprendente l'esame dei genotipi HIV virali circolanti negli Istituti Penitenziari Italiani coinvolti (Genova, Milano, Modena, Reggio Calabria, Sassari, Viterbo).

Dipartimento Giustizia Minorile

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

La problematicità del minore che accede ai Servizi della Giustizia Minorile è piuttosto complessa e variegata, quasi mai esclusivamente centrata sulla tossicofilia e 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 dei 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, un'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.

I Servizi Minorili della Giustizia attivano il Servizio Sanitario locale per lo svolgimento di accertamenti diagnostici con la ricerca di sostanze stupefacenti ed interventi di tipo farmacologico.

Tra le aree di collaborazione di maggiore rilevanza tra il sistema sanitario e quello della giustizia minorile, si individua certamente l'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 sulla base di una valutazione delle specifiche esigenze dello stesso.

Nel territorio nazionale le comunità terapeutiche per tossicodipendenti e alcolisti e che accolgono minori dell'area penale sono circa 96; le comunità terapeutiche per

doppia diagnosi (tossicodipendenza e disagio psichico) sono 13; le comunità socio educative per tossicodipendenti sono 15. 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 disturbi psichici, doppia diagnosi, per i quali le strutture specializzate sono scarsissime e spesso non pronte allo specifico trattamento dei minori.
Nell'anno di riferimento anche per quanto riguarda le Regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e Bolzano, ad esclusione della Regione Sicilia, le funzioni e le competenze in materia di sanità penitenziaria sono definitivamente transitate alla sanità.

Si forniscono di seguito alcuni interventi specifici realizzati dai Servizi minorili della Giustizia in collaborazione con i servizi sanitari territoriali

Interventi dei Servizi minorili della Giustizia Veneto, Friuli-Venezia Giulia, Trento e Bolzano

Nell'ambito del distretto, le attività programmate, da un lato hanno puntato a completare il trasferimento delle funzioni sanitarie con particolare riguardo all'applicazione dell'art 2 del DPCM del 1° aprile 2008 (per la parte che prevede il rimborso alle comunità terapeutiche per tossicodipendenti ovvero per la cura e l'assistenza medica dei detenuti di cui all'art. 96, commi 6 e 6-bis del DPR 309/90, e successive modificazioni), dall'altro ad implementare le indispensabili sinergie e collaborazioni tra i servizi minorili (area penale interna ed esterna) e i servizi socio sanitari territorialmente competenti.
Nelle province autonome di Bolzano e Trento è stato formalmente recepito, con distinte delibere, il trasferimento delle funzioni sanitarie succitate; non ancora avviato invece nel Friuli Venezia Giulia. Con riferimento alla specificità detentiva dell'Istituto penale per i minorenni di Treviso, si è assistito al passaggio da una sanità "occasionale", intesa come consulenza prestata su richiesta, ad una sanità (con particola riferimento ai Ser.D) che prende in carico l'utenza, organizza un presidio sanitario quanto mai necessario per un'utenza particolarmente vulnerabile, stanti le condizioni personali e di restrizione.
Nell'area penale esterna, si sono consolidati i rapporti dell?USSM (BZ) con il Servizio per le Dipendenze, anche con funzione preventiva, di Bolzano e Merano (Comprensori con ambulatorio per il gioco d'azzardo patologico e con il settore di alcologia.
Si segnala, inoltre, nell'anno 2011, la realizzazione da parte della Regione Veneto del Convegno conclusivo de "Il progetto T.A.G. (Teen Addiction Guidelines): le buone prassi nella presa in carico di minori e adolescenti con problematiche di dipendenza" che conclude un significativo percorso, già avviato negli anni precedenti, cui ha partecipato attivamente la Direzione dell'USSM di Venezia.

Centro per la Giustizia Minorile per la Lombardia

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. Le attività del servizio operano sia all'interno dell'Istituto Penale C. Beccaria che presso la sede esterna denominata "Spazio blu" che permette al minore una presa in carico con interventi psicologici, sociali e sanitari.
Dal 2009 è attivo un intervento di diagnosi precoce sui minori posti in stato di fermo e/o arresto in CPA su segnalazione del personale educativo ministeriale. Le attività erogate sono state finanziate dalla Regione Lombardia e dalla Fondazione Cariplo.
L'intervento di detta èquipe multidisciplinare nei singoli Servizi Minorili è regolamentata da appositi protocolli operativi, sottoscritti nell'ambito dell'accordo quadro tra il Centro per la Giustizia Minorile e la Regione Lombardia – ASL di Milano (Protocollo d'intesa sottoscritto il 15/10/2010.

Nel 2011 sono stati realizzati nell'Istituto Penale C. Beccaria 20 incontri di prevenzione e informazione sull'uso di sostanze stupefacenti, sulla sessualità e sulle MTS e sull'igiene personale, destinati ai minori collocati nel gruppo Accoglienza della sezione maschile (circa 12 ragazzi per gruppo)

Centro per la Giustizia Minorile per il Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria

Piemonte, Valle d'Aosta, Liguria

Il CPA e l'IPM di Torino hanno proseguito la collaborazione con il Servizio Tossicodipendenze (Ser.T.) della ASL TOI finalizzati alla stesura del protocollo operativo. In particolare il Dipartimento patologie delle Dipendenze ha costituito un gruppo di medici e psicologi, preposto alla valutazione e diagnostica e alla definizione di programmi socio terapeutici multidisciplinari individualizzati con diagnosi di uso abuso e dipendenza di sostanze psicotrope.
Nell'IPM di Torino, nel 2011, l'Associazione di volontariato "Porte Aperte", con un finanziamento dell'Ufficio del garante della Città di Torino, ha realizzato incontri formativi ed informativi con l'obiettivo di fornire conoscenze sul tema delle droghe e delle dipendenze.
La Comunità di Genova ha proseguito la collaborazione con il Centro Diurno "My Space" che accoglie minori e giovani segnalati dal Ser.T.

Centro per la Giustizia Minorile per l'Emilia Romagna

Emilia Romagna

L'attività in materia di minori assuntori di sostanze psicotrope fa riferimento al protocollo siglato tra il CGM e la AUSL di Bologna in data 22 marzo 2010. Tale documento denominato "Protocollo sulle procedure di inserimento di minori con disturbi psichici o problemi legato alla dipendenza da sostanze in comunità terapeutiche, minori in IPM e CPA, presso il Centro Giustizia Minorile di Bologna, italiani e stranieri", rappresenta a tutt'oggi l'unico accordo stipulato con le AUSL della Regione Emilia Romagna. Inoltre, il CGM ha promosso e finanziato nel 2011 la realizzazione di un progetto di prevenzione del consumo di alcol rivolto ai giovani dell'area penale esterna denominato "Think…drink…on the road". I giovani coinvolti nel progetto sono stati circa 20 ed hanno partecipato ad un corso per barman, e seguito un corso di formazione all'uso consapevole delle bevande alcoliche.

Centro per la Giustizia Minorile per la Toscana e l'Umbria

Toscana e Umbria

Nell'anno 2011, è proseguita proficuamente la collaborazione con il Ser.T sia per l'area penale interna che esterna nelle regioni Toscana e Umbria con l'obiettivo di incrementare la collaborazione dei servizi e rendere più efficace l'intervento terapeutico e riabilitativo anche in ragione della diffusione dell'uso di sostanze stupefacenti nei territori di riferimento.
Si sta lavorando alla predisposizione di un protocollo operativo che individui procedure condivise per la presa in carico del minore assuntore di sostanze stupefacenti.

Centro per la Giustizia Minorile per il Lazio

Lazio

In tutti i Servizi Minorili della Giustizia del Lazio, i Ser.T operano secondo la normativa vigente per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di tossicodipendenza seppure con modalità di intervento differenziate a seconda del servizio Minorile considerato. L'intervento del Ser.T è tempestivo ed efficace nell'effettuare la prima visita e nella somministrazione di eventuali terapie sostitutive. Di recente è stata avviata la Comunità "Macondo", finanziata dalla Regione, che costituisce un'importante risorsa nel trattamento dei minori tossicodipendenti dell'area penale.

Centro per la Giustizia Minorile per l'Abruzzo, Marche e Molise

Abruzzo, Marche e Molise

Per quanto riguarda L'Aquila si è rilevata la necessità di una presa in carico più incisiva dei minori tossicodipendenti da parte del Ser.T e con le singole ASL; si

sta operando al fine di pervenire ad accordi operativi con i Servizi per le tossicodipendenze.
La carenza nel territorio di strutture comunitarie specializzate per il trattamento dei minori causa l'utilizzo di comunità terapeutiche localizzate in altre Regioni

Centro per la Giustizia Minorile per la Campania Campania

Nei diversi Servizi Minorili della Campania (Napoli, Airola, S. Maria Capua Vetere, Salerno) sono attivi Protocolli d'intesa per disciplinare la collaborazione con i Ser.T e qualora non vi siano ancora accordi formalizzati viene assicurato l'intervento diagnostico attraverso l'attivazione del referente aziendale.
Nel 2011, tutte le ASL, su indicazione regionale, hanno provveduto ad individuare il referente aziendale a cui rivolgersi. Sono state inoltre approvate le "Linee guida per la medicina penitenziaria" (DGRC del 21 marzo 2011) con indicazioni per il trattamento dei minori sottoposti a procedimento penale assuntori di sostanze stupefacenti e per l'invio in comunità terapeutiche.
Sono stati avviati i lavori per l'elaborazione delle "Linee guida per la gestione degli inserimenti in comunità terapeutica dei minori tossicodipendenti e portatori di disagio psichico" che dovranno essere formalizzati con una delibera regionale.
Per assicurare un'adeguata programmazione degli interventi, nel corso del 2011, su richiesta dell'Area di Coordinamento Assistenza Sanitaria della Regione Campania, è stato avviato un monitoraggio rispetto all'uso e abuso di sostanze stupefacenti, effettuato periodicamente attraverso schede di rilevazione.

Centro per la Giustizia Minorile per la Puglia Puglia

E' stato approvato il Modello Organizzativo regionale finalizzato a definire lo standard minimo di riferimento per tutte le ASL dei Servizi/Prestazioni da garantire omogeneamente su tutto il territorio regionale.
Altro importante obiettivo si è raggiunto con la sottoscrizione, in data 25 ottobre 2011, tra la Regione Puglia, il PRAP e il COM, del Protocollo regionale che, in applicazione dell'art. 7 del DPCM, stabilisce le forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e quello penitenziario al fine di garantire la tutela del diritto alla salute e le prestazioni sanitarie a favore della popolazione detenuta e dei minori in carico ai Servizi della Giustizia Minorile, anche con riferimento ai minori tossicodipendenti.
Per quanto riguarda l'USSM di Lecce, la consolidata collaborazione interistituzionale ispirata agli interventi di rete ha permesso la concretizzazione di azioni congiunte con i Ser.T, mirate al trattamento e prevenzione secondaria e terziaria dei minori/giovani dell'area penale per realizzare percorsi individuali con trattamenti ambulatoriali o l'inserimento in comunità terapeutiche.
Sono state inoltre attivati nell'ambito territoriale di Lecce, 17 tirocini formativi finalizzati all'inclusione sociale e lavorativa (area dipendenze-Fondo lotta alla droga).

Centro per la Giustizia Minorile per la Sardegna Sardegna

Nel 2011 il Centro ha partecipato al Tavolo !nteristituzionale con l'Assessorato alle Politiche Sociali della Regione Sardegna finalizzato alla progettazione di una serie di incontri con le comunità presenti nel territorio regionale per lo scambio di buone prassi e l'approfondimento delle criticità emerse nell'accoglienza di minori e giovani adulti dell'area penale, con l'obiettivo di individuare metodologie, strumenti ed attività sempre più rispondenti alle esigenze dell'utenza anche in relazione all''uso e abuso di sostanze .
Ha inoltre partecipato al progetto "PLUS" della Regione Sardegna per attività di prevenzione e contrasto all'uso di sostanze stipefacenti.
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 Calabria e la Basilicata

Calabria e Basilicata

Per il 2011 sono stati previsti gli incontri dell'Osservatorio Regionale Permanente sulla Sanità Penitenziaria, al fine del raccordo e del coordinamento delle azioni e del monitoraggio dei dati statistici in tema di tossicodipendenza.
Per l'IPM di Catanzaro sono stati effettuati test per tutti i giovani in ingresso nella struttura per l'accertamento dell'uso di sostanze stupefacenti ed è stato previsto, previa autorizzazione del personale o dei genitori, il test per HIV e per l'epatite. Si è riscontrato un abbassamento dell'età anagrafica riguardo alla prima assunzione e un aumento costante dell'uso di cannabis cocaina ed alcolici, soprattutto nei fine settimana.
Con l'ASP di Catanzaro si è inoltre elaborato congiuntamente il progetto "Percorso Socio sanitario per la tutela della salute dei minori e giovani adulti in area penale interna ed esterna", che prevede azioni di formazione del personale, laboratori tecnici e informativi e azioni di peer education, da realizzare nel 2012.
Anche per i Servizi Minorili di Reggio Calabria e lucani sono stati avviati, nell'ambito dei piani territoriali di intervento per la lotta alla droga, attività di formazione congiunta per il personale e di prevenzione per i minori.

Centro per la Giustizia Minorile per la Sicilia

Sicilia

Non è stato ancora recepito dalla regione il DPCM 1° aprile 2008, per il trasferimento della medicina penitenziaria al servizio sanitario; proseguono le sollecitazioni e lo scambio interistituzionale di documentazione anche per quanto concerne il fenomeno degli abusi di sostanze stupefacenti e la collaborazione con le ASP e con i Ser.T.
L'USSM di Catania partecipa ai progetto dei distretti sanitari (Progetto NOI, e progetto Ciclope 2). L'USSM di Palermo collabora con gli operatori che gestiscono il progetto CEDOC, centro educativo di documentazione e orientamento e consulenza dell'azienda per il trattamento dei minori tossicodipendenti.
L'IPM di Palermo e la Comunità di Caltanissetta proseguono le collaborazioni con i Ser.T per l'assistenza specialistica, mentre per l'IPM di Caltanissetta si segnala il rinnovo dell'accordo con il locale Ser.T per il trattamento, a titolo gratuito, dei minori che presentano dipendenza per abuso o assunzione di sostanze psicotrope oltre alla fornitura di farmaci, qualora previsti dai piani terapeutici.
Sono previsti anche momenti di formazione congiunta e attività in favore dei minori ospiti come il laboratorio denominato "atelier pedagogico". L'USSM di Messina partecipa, attraverso un accordo operativo, ad un progetto per la prevenzione delle dipendenze da alcol e droga promosso dal Comune di Capo d'Orlando.

VI.1.3.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Dipartimento per gli Affari Di Giustizia – Direzione Generale della Giustizia Penale

Prospettive prioritarie Giustizia Penale

Fra I principali problemi che si possono riscontrare in tutte le rilevazioni effettuate dall' Ufficio, tra le quali anche quella sulle tossicodipendenze, si segnala la persistente difficoltà di acquisizione dei dati presso diversi uffici giudiziari, problema che di fatto comporta l'assegnazione di un valore pari a zero a tutte le variabili dell'ufficio inadempiente (anche se, ad esempio, l'ufficio poteva aver comunicato in precedenza valori pure ragguardevoli relativi al fenomeno monitorato), e la non trascurabile presenza di dati anomali.
Al fine di mitigare il sopra citato problema delle mancate risposte, si è ritenuto opportuno effettuare, a partire dai dati dell'anno 2005, *una stima dei dati*

mancanti, realizzata anche mediante un attento esame della serie storica dei dati disponibili per l'ufficio inadempiente o, nel caso di inadempienza continuata, mediante un esame delle eventuali variabili ausiliarie note ed in qualche modo correlate a quella mancante, al fine di effettuarne una stima indiretta.
Relativamente al problema dei dati anomali, ne viene in genere richiesta all'ufficio l'eventuale conferma, raccomandandone l'attenta verifica. In caso di mancata risposta da parte dell'ufficio al quesito inoltrato, si procede direttamente ad una stima del dato anomalo, con modalità del tutto analoghe a quanto sopra esposto. In ogni caso, l'utilizzo del software di rilevazione automatica dei dati introdotto all'inizio dell'anno 2006, come sopra accennato, ha comunque permesso di ridurre notevolmente il problema dei *dati anomali*.
Si fa infine presente l'ormai ben nota cronica carenza di risorse umane e materiali che affligge da tempo diversi uffici giudiziari, con inevitabili ricadute negative anche sulla bontà delle rilevazioni statistiche, tra l'altro in numero sempre crescente.

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria – Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento Ufficio IV – Servizi Sanitari

Prospettive prioritarie DG detenuti e trattamento

Le attuali politiche in materia di tossicodipendenza unitamente alla crisi economica e alla conseguente scarsità di risorse, non sembrano aver favorito nel 2011 un agevole ricorso alle misure alternative alla detenzione in carcere.
Appare quindi auspicabile che tutte le istituzioni coinvolte concordino sulla possibilità di nuove normative che affrontino in misura razionale, economica, efficace ed efficiente le problematiche relative all'illegalità correlata alla dipendenza cronica e quali risvolti esse possano avere sulla salute e l'ordine pubblico.
In tale ottica si ritiene che la misura della detenzione in carcere sia rispondente a tali requisiti né che riesca ad essere un utile strumento di recupero sociale.
Elevato è infatti il numero delle doppie recidive (ricaduta nella dipendenza, commissione di atti illeciti e nuovo arresto) nei tossicodipendenti al termine della pena restrittiva.
Altro aspetto chiave, che si pensa possa trovare rapida soluzione è quello relativo alla conoscenza e alla precisione del dato sulla tossicodipendenza in carcere propedeutico a qualsiasi tentativo di programma riabilitativo-sociale e di prevenzione della salute.
Ugualmente l'accessibilità dei servizi offerti e l'implementazione degli stessi non possono essere più procrastinabili. Offerte terapeutiche ampie, non esclusivamente farmacologiche, senza soluzioni di continuità tra territorio "esterno" e "interno".
I primi due punti non debbono mettere in secondo piano la necessità di agire nell'attualità e nel quotidiano, per diminuire anche in carcere i rischi diretti e indiretti delle dipendenze patologiche.
Il rapido sviluppo di nuove sostanze, unitamente al poliabuso costituisce una seria minaccia per le nuove generazioni di tossicodipendenti e gli effetti a livello di sistema nervoso centrale e sulla psiche costituiscono un facile "pabulum" per lo sviluppo di condotte illegali, come anche per la trasmissione di HIV, epatiti, e in generale di tutte le MST.
Le evidenze scientifiche e le esperienze sviluppate indicano nell'aggiornamento continuo di tutti gli operatori (sanitari e penitenziari) e nell'informazione ai detenuti gli strumenti imprescindibili per raggiungere tale obiettivo, anche attraverso il contributo di Enti di ricerca, Università, Società scientifiche, associazioni di pazienti.

Dipartimento Giustizia Minorile – Direzione Generale per l'attuazione dei provvedimenti giudiziari

Prospettive prioritarie Giustizia Minorile

La prospettiva operativa, non solo auspicata come possibile, ma trasversalmente percepita quale prioritaria, è quella di favorire una sempre maggior integrazione dei servizi, con particolare riferimento alla collaborazione tra Ser.T e consultori e ai raccordi tra i servizi delle dipendenze deputati alla tutela della salute mentale, in modo tale che gli interventi riabilitativi, destinati al minore assuntore di sostanze in carico ai servizi della Giustizia Minorile, possano essere quanto più integrati possibile.

Nel corso del 2012 sarà prioritario proseguire nella definizione di Protocolli operativi territoriali tra le Direzioni dei Servizi della Giustizia Minorile e le Direzioni delle ASL, riguardanti l'organizzazione delle prestazioni sanitarie previste a favore dei minori e/o giovani dell'area penale interna ed esterna e relative modalità di presa in carico.

Collaborazione Servizi Minorili/Servizi Sanitari

Si è evidenziata una diversa connotazione delle problematiche legate all'assunzione di sostanze stupefacenti che conseguentemente richiedono diverse modalità di approccio e di intervento, meno farmacologico più di tipo psicologico. I Ser.T sono invece più caratterizzati da un intervento di tipo sanitario che può risultare meno appropriato per le nuove dipendenze e per l'utenza minorile. Tali difficoltà potrebbero trovare soluzione attraverso percorsi di formazione congiunta tra operatori della Giustizia Minorile e delle ASL, tesi a migliorare la conoscenza reciproca e la condivisione.

Una strategia da percorrere è quella del potenziamento delle collaborazioni tra Servizi Minorili della Giustizia e Servizi sanitari attraverso anche l'inserimento del volontariato e la formazione di gruppi di auto mutuo aiuto al fine di promuovere il reinserimento sociale e lavorativo dei giovani assuntori di sostanze stupefacenti.

Strategie auspicabili

Per tutta l'utenza del circuito penale minorile con problemi riguardanti la dipendenza da sostanze stupefacenti sono da perseguire percorsi di accompagnamento con forte centratura educativa e di tutoraggio che prevedano specifiche progettualità:

- Che investano la famiglia, la scuola, il gruppo dei pari
- Di formazione professionale che consentano di acquisire competenze idonee a favorire il raccordo con il mondo del lavoro, spostando la centratura dalle sostanze e dai percorsi di cura a quelli dedicati al rafforzamento del'identità personale, sociale e civile di ciascun adolescente
- Di alternanza scuola, tempo libero, lavoro, realizzati in integrazione con le istituzioni competenti, finalizzati a costituire per il giovane un'esperienza che favorisca un suo futuro inserimento sociale

Altra strategia auspicabile è l'istituzione di 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.

Per quanto riguarda il collocamento disposto dall'A.G. dei minori autori di reato in Comunità, l'individuazione della struttura deve essere effettuata dalla ASL competente per territorio. Tuttavia, considerate la scarsità e la diversa distribuzione territoriale delle comunità specialistiche in grado di accogliere minori tossicodipendenti o tossicofili o con doppia diagnosi, è necessario affinare le modalità di lavoro condivise con le ASL al fine di attuare una presa in carico congiunta dei minori/giovani adulti.

A tale scopo sarà necessario:

- Implementare il numero delle strutture comunitarie destinate specificamente al trattamento dei minori tossicodipendenti e/o con doppia diagnosi e predisporre un elenco delle comunità terapeutiche e/o socio

riabilitative che possano accogliere tali minori
- Garantire, qualora sussistano specifiche esigenze di tipo terapeutico, in osservanza del principio di continuità della presa in carico, la permanenza del minore nella stessa struttura anche a conclusione della misura penale
- Prevedere per l'utenza penale minorile straniera una regolamentazione delle competenze amministrative rispetto all'ultima residenza accertata quale criterio sanitario 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 nazionale.

VI.1.4 Ministero dell'Interno

VI.1.4.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

DCSA

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

Riferimenti normativi e orientamenti generali

La D.C.S.A. è la struttura per l'attuazione del coordinamento, pianificazione e alta direzione dei servizi di polizia in materia di stupefacenti.

Servizio Affari generali e Internazionali

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 specifiche attività addestrative

Servizio Studi, Ricerche e Informazioni

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(il cui scopo è quello di individuare una corretta allocazione delle risorse e favorire la scelta dei metodi e delle tecniche per l'azione di contrasto e verificare le tendenze generali del fenomeno droga in tutti i suoi aspetti, ossia, determinare le direttrici dei flussi dello stupefacente, le sue implicazioni con la criminalità organizzata, il modus operandi attuato dai trafficanti,ecc.) e dall'analisi operativa(tesa ad agevolare la lettura degli eventi criminosi e i collegamenti tra soggetti facenti parte del sodalizio indagato consentendo di collegare tra loro le operazioni antidroga).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 e 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.

Servizio Coordinamento operazioni antidroga

Il III Servizio esercita il coordinamento di tutte le operazioni antidroga svolte dalle Forze di polizia sia in territorio nazionale che in campo internazionale. Per l'espletamento di detto compito, tutti i flussi di informazioni concernenti il traffico di stupefacenti anche provenienti dall'estero vengono inseriti in un data-base, costantemente aggiornato, nell'ambito del quale vengono rilevate le sovrapposizioni investigative. In campo internazionale, il III Servizio partecipa a tutti i progetti di coordinamento internazionali ritenuti di interesse quali: gli

AWF(Analisys Work Files) Centri di analisi a livello internazionale, di 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 provenienti dall'Atlantico verso l'Europa. L'attività di partecipazione a tali Organismi non solo realizza un coordinamento investigativo a livello internazionale ma consente un'ulteriore implementazione del data-base con informazioni dall'estero che danno luogo ad attivazioni investigative sul territorio nazionale ove necessario.

Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale

L'Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale 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 pubbliche e/o private impegnate nel settore. Si occupa 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

SSAI

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (S.S.A.I.) – Documentazione e Statistica

Strategie e programmazione

Nell'ambito dello svolgimento delle proprie attività istituzionali la S.S.A.I. - Ufficio Documentazione Generale - nel corso dell'anno 2011 ha curato le seguenti pubblicazioni:

- Tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative analisi di decesso per assunzione di stupefacenti - anno 2010 - a cura della Documentazione Generale della Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno in collaborazione con il Dipartimento della Pubblica Sicurezza Direzione Centrale per i Servizi Antidroga edita a novembre 2011.

Detta pubblicazione è stata arricchita con i dati relativi al numero degli utenti in carico presso i Servizi Sanitari Pubblici disaggregati a livello regionale (dati forniti dal Ministero della Salute).

- Censimento delle strutture socio – riabilitative per il recupero dei tossicodipendenti edita nel 2011 (dati 2010).

Il censimento delle strutture socio – riabilitative avrà cadenza biennale; pertanto la prossima pubblicazione sarà edita nell'anno 2013 (dati anno 2012).

VI.1.4.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

DCSA

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga

I Servizio - Attività internazionali e nazionali

I Servizio - Nel corso del 2011, a livello multilaterale, la D.C.S.A è intervenuta attivamente alle riunioni mensili del "*Gruppo Orizzontale Droga*" (G.O.D.) del Consiglio dell'Unione Europea.
Nel corso dei semestri di presidenza ungherese e polacca del G.O.D., le delegazioni dei 27 Paesi Membri e degli Organismi Europei interessati (Commissione Europea, Osservatorio Permanente sulle Droghe e Tossicodipendenze di Lisbona, Europol) hanno elaborato e discusso importanti progetti riguardanti la prevenzione ed il contrasto all'abuso delle sostanze stupefacenti e la lotta al traffico illecito.

Per quanto riguarda l'attuazione del "*Patto Europeo sulle Droghe* " la D.C.S.A. partecipa con la Germania alle iniziative relative all'attuazione della parte relativa al contrasto alle rotte dell'eroina. In ambito U.N.O.D.C**.** la collaborazione si è sviluppata principalmente nel contesto della Sessione annuale della Commissione Stupefacenti (C.N.D.).
A livello bilaterale, si evidenziano le seguenti iniziative:

- partecipazione alla stesura e alla firma dell'Accordo di Cooperazione bilaterale in materia di polizia di prevenzione e contrasto al traffico di stupefacenti, sostanze psicotrope e loro precursori tra il Governo della Repubblica Italiana ed il Governo della Repubblica Islamica dell'Afghanistan, del Memorandum d'Intesa in materia di cooperazione di polizia tra il Dipartimento della Pubblica Sicurezza del Ministero dell'Interno della Repubblica Italiana e l'Organo Amministrativo Decentrato della Polizia Federale dipendente della Segreteria della Sicurezza Pubblica degli Stati Uniti Messicani;
- l'invio dell'Esperto per la Sicurezza a Rabat;
- le visite alla D.C.S.A. dei rappresentanti di omologhi organismi di polizia esteri di:Iran, Federazione Russa,Ungheria, Ecuador, Germania, Colombia, Egitto, Uzbekistan, Indonesia, Gran Bretagna e Australia;
- visite istituzionali del Direttore Centrale a: Belgrado, per la definizione di un protocollo operativo finalizzato al miglioramento dello scambio delle informazioni nelle attività di contrasto al narcotraffico; Napoli per partecipare alla "Conferenza Euro-Africana sull' immigrazione clandestina, tratta degli esseri umani, traffico di droga, criminalità organizzata e terrorismo"; Città del Messico per presenziare alla cerimonia di apertura e chiusura dello stage formativo antidroga organizzato dalla D.C.S.A.; Cancun, per la XXVIII International Drug Enforcement Conference (IDEC); Parigi per la Conferenza Ministeriale sulla lotta al traffico transatlantico di cocaina tra l'America Latina e l'Africa occidentale

Le iniziative formative nel corso del 2011 sono state le seguenti:
a) in ambito nazionale: -"Corso per Responsabili di Unità specializzate antidroga"; "Corso per Agenti sottocopertura"; Seminario interregionale per il contrasto al traffico illecito di stupefacenti e precursori chimici nel nord-est Italia;
b) in ambito internazionale:"Corso di formazione basica per operatori antidroga della Polizia Federale Messicana";"Corso di formazione basica per operatori antidroga della Polizia Bosniaca";"Corso basico di formazione antidroga" a favore delle diverse Agenzie delle Forze di Polizia del Senegal.
La DCSA fornisce, inoltre, supporto tecnico-logistico nelle attività investigative; la disponibilità di idonei e sofisticati mezzi ed attrezzature tecniche ed il supporto di personale specializzato hanno consentito di incrementare il potenziale investigativo delle Forze di Polizia mediante l'installazione di sistemi per le intercettazioni, ambientali e la localizzazione satellitare, e di effettuare attività didattiche sull'impiego mirato degli ausili tecnici in dotazione e sulle molteplici modalità per la loro dissimulazione.

II Servizio - Organizzazione e attività

II Servizio - Anche per l'anno 2011, l'attività di ricerca informativa e documentazione, di studio e intelligence ha consentito di delineare esaurienti scenari e tendenze in ordine al fenomeno droga.
L'analisi del complesso mercato degli stupefacenti è comprensiva, inoltre, della valutazione relativa al profilo delle caratteristiche dell'offerta e della domanda di consumo delle droghe e a quello, ancor più complesso, delle dinamiche di scambio illecito.
Sono stati elaborati n.83 rapporti di analisi operativa effettuati in collaborazione con il III Servizio ed i reparti antidroga operanti sul territorio nazionale. Nel quadro dell'attività di analisi strategica, sono stati predisposti 138 punti di

situazione di Stati Esteri relativi allo stato della lotta al narcotraffico e alle reciprocità con l'Italia in materia di contrasto e di cooperazione, funzionali ad altrettanti incontri avvenuti tra la Direzione ed esponenti delle Autorità estere. Sono stati infine redatti 87 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.

III Servizio

III Servizio - Nel corso del 2011 l'attività svolta dal III Servizio ha consentito di:
a)coordinare mediamente 1.350 operazioni antidroga;
b) rilevare 782 convergenze investigative (il 6,83% in più rispetto all'anno precedente) evitando in tal modo sovrapposizioni di forze con conseguenti diseconomie;
c) autorizzare consegne controllate di stupefacenti in campo nazionale, internazionale e facendo spesso ricorso ad agenti sottocopertura per un totale di 51 attività;
d) effettuare n. 286 attivazioni investigative sul territorio nazionale;
e) presenziare 17 riunioni di coordinamento info-operativo in Italia a 7 riunioni in territorio estero (Slovenia, Macedonia, Francia, Grecia, Polonia, Albania);
f) veicolare 28 rogatorie passive e 2 attive, tramite gli Esperti Antidroga di questa Direzione.

Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale

Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale
L'Ufficio Programmazione e Coordinamento Generale**,** nel corso del 2011 ha svolto la consueta attività relativa al controllo strategico e gestionale della DCSA e ha espletato funzioni di programmazione ai fini della predisposizione della Direttiva Annuale del Ministro.
L'ufficio ha inoltre 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.

SSAI

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (S.S.A.I.) – Documentazione e Statistica

Presentazione

La Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno – Documentazione e Statistica – Ufficio Documentazione Generale sin dall'entrata in vigore del D.P.R. N. 309/1990, cura tramite gli Uffici Territoriali del Governo, le rilevazioni dei dati statistici concernenti i soggetti segnalati ai Prefetti per consumo personale di sostanze stupefacenti, ai sensi dell'art. 75 del D.P.R. suddetto, i dati sulle strutture socio-riabilitative (censimento nazionale), i tossicodipendenti in trattamento nei medesimi centri di riabilitazione.
Per quanto riguarda in particolare le informazioni sui soggetti segnalati, ai sensi dell'art. 75, viene rilevata l'entità, la distribuzione geografica, il tipo di sostanza usata, il numero di colloqui svolti, delle sanzioni irrogate e dei casi archiviati per conclusione del programma terapeutico.
Per quanto riguarda invece l'altro flusso informativo, ovvero i tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative, viene effettuato periodicamente il censimento delle strutture esistenti a livello provinciale e regionale (suddivise in: residenziali, semi-residenziali, ambulatoriali) e viene rilevato il numero dei tossicodipendenti in trattamento presso le 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.

VI.1.4.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Dipartimento della Pubblica Sicurezza – Direzione Centrale per i Servizi Antidroga DCSA

Come per gli anni precedenti, anche per il 2012 la Direzione Centrale prenderà parte ai principali forum e progetti che, in ambito internazionale, trattano la lotta al traffico di stupefacenti, tra cui : il "*Gruppo Orizzontale Droga*" del Consiglio U.E., il "*Patto Europeo contro il traffico internazionale di stupefacenti*", la "*Commissione Stupefacenti delle Nazioni Unite*" ed il " *Maritime Analysis Operation Center – Narcotics* "(M.A.O.C-N).

Cooperazione internazionale per la lotta al narcotraffico

In ambito bilaterale, proseguirà l'attività tesa a rafforzare i rapporti di collaborazione con i Paesi maggiormente interessati al narcotraffico, attraverso la conclusione di specifici accordi, lo scambio di esperienze e visite, nonché la condivisione di progetti.

L'Espletamento dei compiti istituzionali della DCSA 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 agli strumenti repressivi che comunque, con particolare riguardo alla cooperazione internazionale, sono costantemente orientati ad una sempre più stretta collaborazione investigativa. 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 operazioni criminali, è stato avviato un monitoraggio della rete con la conseguente valutazione del fenomeno e delle difficoltà in termini repressivi ad intervenire in un sistema globale, estremamente veloce e poco investigabile, con i tradizionali sistemi di cooperazione internazionale.

Scuola Superiore dell'Amministrazione dell'Interno (S.S.A.I.) – Documentazione e Statistica SSAI

Per l'anno 2012 è allo studio una implementazione della pubblicazione relativa ai tossicodipendenti in trattamento presso le strutture socio-riabilitative mediante la rilevazione e la elaborazione di nuovi dati e notizie sugli utenti delle comunità terapeutiche utili per lo studio del fenomeno tossicodipendenza.

VI.1.5 Ministero degli Affari Esteri

VI.1.5.1 Strategie e programmazione attività 2011 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 presso i principali fora multilaterali, nel 2011 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 continuato a promuovere la linea di azione italiana a contrasto di politiche mirate alla mera "riduzione del danno" avviata sin dal 2009.

Sul lato della prevenzione e del contrasto dell'offerta di droga, la linea d'azione prioritaria è stata quella di continuare a portare all'attenzione della Comunità internazionale, in tutti i competenti esercizi internazionali, i legami intercorrenti fra traffico di droga e crimine organizzato transnazionale, incluso il terrorismo.

Coordinamento Esteri/DCSA

Si è inoltre concorso, in coordinamento con la Direzione Centrale Servizi Antidroga, al monitoraggio internazionale dei traffici di cocaina, oppiacei e precursori, nonché alla definizione ed all'indirizzo dei progetti di assistenza tecnica bilaterale e multilaterale.

VI.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

Candidature Italia in ambito ONU

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.

Risoluzione italiana alla 55 CND

All'esito delle attività preparatorie poste in essere nel 2011, ed a seguito della Risoluzione proposta dall'Italia sulle strategie di riabilitazione e di reinserimento, nell'ambito della 55ma Commissione Narcotici - i cui lavori si sono svolti a Vienna dal 12 al 16 marzo 2012 - è stata adottata su proposta del nostro Paese una risoluzione sulle Strategie di riduzione della domanda focalizzate sui bisogni specifici delle donne. Nel confermare il ruolo di spicco svolto dall'Italia nel settore della riduzione della domanda, l'adozione della predetta risoluzione ha portato all'attenzione dell'Unione Europea prima e delle Nazioni Unite poi la necessità di adottare politiche e interventi specifici a favore delle donne nelle varie fasi del "continuum of care" per le tossicodipendenze (dalla prevenzione alla riabilitazione).

Negoziati Risoluzione flussi finanziari droga-correlati

Nel 2011 il nostro Paese ha inoltre continuato a contrastare, in tutti i Fora competenti, l'azione condotta dalla Bolivia a favore della legalizzazione della masticazione delle foglie di coca. D'intesa con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri e la Direzione Centrale per i Servizi Antidroga del Ministero dell'Interno, si è provveduto a presentare una formale dichiarazione di rigetto dell'emendamento boliviano entro il termine del 31 gennaio 2011. Particolare attenzione è stata riservata in ambito ONU al coordinamento con gli Stati Membri della UE e con gli altri Stati del Gruppo WEOG (Western European and Others Group).

Sempre in ambito ONU particolare impegno è stato altresì profuso nei negoziati sulla Risoluzione sui Flussi finanziari collegati ai traffici di oppiacei afgani, adottata in occasione della 21ma sessione della Commissione delle Nazioni Unite per la Prevenzione del Crimine e la Giustizia Penale. Prosegue infatti l'impegno dell'Italia nell'attuazione del "Programma Regionale per l'Afghanistan e Paesi vicini" finalizzato alla lotta al riciclaggio e trasferimenti illegali dei proventi del traffico di oppiacei afgani, che ha dato impulso alla cooperazione transfrontaliera e allo scambio di informazioni e di buone prassi. La 21ma sessione della CCPCJ ha costituito un' ulteriore occasione per richiamare la necessità di assicurare l'universale, piena ed efficace applicazione della Convenzione di Palermo contro

il Crimine Organizzato Transnazionale e dei suoi protocolli (UNTOC)

Gruppo di Dublino

Di particolare rilievo ai fini del perseguimento degli obiettivi generali di prevenzione e contrasto dell'offerta di droga, è stata l'attività espletata dal Ministero degli Affari Esteri nell'ambito del Gruppo di Dublino, sia a livello centrale, nelle riunioni svoltesi a Bruxelles, sia a livello locale nelle riunioni dei Mini Gruppi di Dublino svoltesi in tutti i principali Paesi affetti dalla produzione e dal transito di stupefacenti, in particolare in quelli dell'Asia Centrale. Il Ministero degli Affari Esteri ha inoltre contribuito a coordinare l'azione italiana nell'ambito del c.d. Patto di Parigi, foro di collaborazione di 55 paesi ed organizzazioni internazionali interessati al problema degli oppiacei afgani sotto il profilo della produzione, del traffico e del consumo illeciti

G8, Gruppo Roma-Lione

Grazie all'azione preparatoria svolta nel 2011, nell'ambito del predetto esercizio l'Italia ha svolto un ruolo di primaria importanza in occasione della III Conferenza Ministeriale svoltasi a Vienna il 16 febbraio 2012. Il sostegno assicurato dal nostro Paese all'adozione della "Dichiarazione di Vienna" ha conferito rinnovato impulso – sulla base del principio di responsabilità comune e condivisa - alla cooperazione regionale ed internazionale nella lotta al traffico illecito di oppiacei di origine afgana e ha consentito di riaffermare il nostro sostegno al ruolo di UNODC ed al suo Programma regionale in Afghanistan e nei paesi confinanti.
In ambito G8, l'Italia ha partecipato attivamente ai lavori del Gruppo Roma-Lione (il Gruppo di esperti in materia di controterrorismo e lotta al crimine organizzato), 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.

DG Cooperazione allo sviluppo

Tramite la Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo, si è 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.

DG Cooperazione allo sviluppo Accordo di collaborazione Italia/Stati Uniti

Sul piano delle partnership bilaterali, la Direzione Generale per gli Affari Politici e la rete diplomatica e consolare hanno strettamente collaborato con il DPA nelle attività preparatorie che hanno condotto, l'11 luglio 2011, alla firma di un importante accordo di collaborazione tra Italia (DPA) e Stati Uniti (ONDCP, Dipartimento Antidroga della Casa Bianca) nel campo della prevenzione, della ricerca, dell'assistenza clinica e delle politiche e strategie generali. Si è inoltre contribuito alle successive iniziative di applicazione dell'accordo in Italia e negli USA.

VI.1.5.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Direzione Generale per gli Affari politici e di Sicurezza – Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo – Direzione Generale per l'Unione Europea
Nel 2011 è stata rilevata l'opportunità di proseguire nel 2012 l'impegno in materia di promozione della prevenzione del consumo e, in maniera correlata, di definizione, nei competenti fora internazionali, del concetto di "riduzione del danno" e di intensificare le politiche di riduzione della domanda e i programmi di prevenzione dell'HIV e di trattamento delle tossicodipendenze. E' inoltre apparso opportuno proseguire, pur nei limiti della ristretta disponibilità di fondi, le attività

di assistenza tecnica ai Paesi più bisognosi.

VI.1.6 Ministero dell'Istruzione, dell'Università e della Ricerca

VI.1.6.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

Dipartimento per l'Istruzione – Direzione Generale per lo Studente, l'Integrazione, la Partecipazione e la Comunicazione

Priorità degli interventi di prevenzione precoce

Il problema della droga, e più in generale quello delle dipendenze, è un fenomeno radicato nella nostra società il cui contrasto diventa sempre più difficile anche per il numero di nuove sostanze psicoattive che vengono immesse nel canale distributivo.
La prevenzione è indubbiamente lo strumento più efficace ai fini della riduzione del rischio e delle problematiche derivanti dal consumo di tali sostanze soprattutto se rivolta ai giovani. Infatti è nell'età adolescenziale che si manifesta sempre più frequentemente l'uso di sostanze psicoattive e l'abuso alcolico, anche sotto forma di policonsumo.
Pertanto gli interventi di prevenzione devono essere rivolti ai giovani già in età precoce fornendo gli strumenti per la riduzione dei fattori di rischio e per l'acquisizione di competenze ed abilità personali.
I programmi di prevenzione, svolti in ambito scolastico, consentendo di raggiungere i giovani in un'età in cui non hanno ancora consolidato comportamenti potenzialmente dannosi per la salute, favoriscono l'acquisizione di informazioni, conoscenze ed abilità comportamentali che promuovono stili di vita che possono costituire un'essenziale forma di prevenzione delle tossicodipendenze.
Tali interventi di prevenzione risultano significativamente più efficaci se coinvolgono sinergicamente anche gli educatori del contesto scolastico e le famiglie, permettendo di soddisfare la domanda informativa ed educativa di studenti, insegnanti e genitori, in modo coordinato.
Questa Direzione Generale, pertanto, ha implementato diverse iniziative nella prevenzione delle dipendenze condotte sia a livello nazionale che regionale con l'obiettivo di attivare iniziative grazie alle quali gli stessi giovani possano crescere, maturare, sviluppare una personalità piena e senso sociale, e che quindi possano costituire un'essenziale forma di protezione nei confronti degli alunni e dei giovani studenti rispetto al rischio di comportamenti e stili di vita dannosi per la salute.
La progettazione delle diverse attività poste in essere ha tenuto conto dell'importanza di coprogettazione tra la scuola e gli organismi che con essa collaborano, quali ad esempio le Aziende per i servizi sanitari del territorio di riferimento, i Ser.T, le Università, le Prefetture, le Questure e gli enti locali.

VI.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
Il progetto "Centri di aggregazione giovanile" è nato dalla volontà di innovare le modalità di affrontare le situazioni di difficoltà dei giovani, frequentanti e non la scuola, a fronte del diffondersi di nuove forme di disagio.
I Centri di aggregazione, localizzati in territori su cui insiste una alta presenza di

disagio giovanile, rappresentano quindi dei "luoghi" dove è possibile creare occasioni nelle quali i giovani studenti, e non, rivestono un ruolo centrale e da protagonisti. Ogni centro ha l'obiettivo di offrire "attività di qualità" (concerti, mostre, attività sportiva, laboratori) grazie alle quali gli stessi giovani possano crescere, maturare, sviluppare una personalità piena e senso sociale e recuperare anche il ruolo pieno di studente.
Le azioni svolte dai centri hanno riguardato principalmente le seguenti aree:

- Area di consulenza e sostegno della persona giovane
- Area dell'istruzione e della formazione
- Area di consulenza e sostegno alle famiglie
- Area ludico-creativa

Progetto WeFree

Progetto 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 è stato realizzato, 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 stati presentati in tutte le regioni italiane con destinatari gli studenti delle scuole secondarie di secondo grado e gli educatori.
Inoltre, sono stati previsti incontri di formazione con i docenti nelle scuole ed è stato predisposto un sito web: www.wefree.it , nonché visite alla Comunità di San Patrignano.

Progetto CCM3

Progetto CCM3, Programmazione partecipata interistituzionale di percorsi di promozione della salute.
Il progetto ha visto la realizzazione di diversi seminari di formazione per la prevenzione delle dipendenze, dedicati ai pianificatori dell'area giovani di tutte le regioni italiane e ai referenti dell'educazione alla salute degli Uffici Scolastici Regionali.
L'obiettivo prioritario del progetto è identificare e formare nuclei di riferimento regionali, rappresentativi delle istituzioni scolastiche e socio-sanitarie per la pianificazione partecipata di interventi che, a partire dalla prevenzione del tabagismo, promuovono nei giovani lo sviluppo di competenze trasversali e di life skills nei processi decisionali sulla salute e sugli stili di vita sani. Il target è costituito da docenti e studenti delle Scuole secondarie e dai referenti scolastici per l'educazione alla salute di livello regionale e provinciale e dagli operatori sanitari.

Progettualità regionale

Progettualità regionale

Nell'ambito dell'autonomia degli Uffici Scolastici Regionali e degli Uffici di Ambito Territoriale del MIUR, sono stati adottati programmi e progetti regionali/provinciali in risposta a puntuali esigenze del territorio e delle istituzioni Scolastiche. In tali ambiti locali risulta notevolmente sviluppata la progettualità interistituzionale che risponde in modo puntuale alle richieste provenienti dalla scuola.

Collaborazione con il Dipartimento per le Politiche Antidroga

Collaborazione con DPA

Questo Ministero, inoltre, ha partecipato e collaborato con il Dipartimento delle Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri per tutte le iniziative di prevenzione delle tossicodipendenze che hanno coinvolto le Istituzioni Scolastiche.
In particolare, nell'anno 2011, la collaborazione ha visto la realizzazione dei seguenti progetti:

- Progetto SPS – indagine sul consumo di sostanze psicotrope negli studenti di scuola secondaria di II grado
- Progetto "La strada per una guida sicura"
- Portale informativo dedicato alle scuole
- Progetto EDUCARE
- Progetto EDU

Collaborazione con l'Osservatorio Fumo, Alcol e Droga (OSSFAD) dell'Istituto Superiore di Sanità.

Collaborazione con ISS

Il MIUR, in collaborazione con l'OSSFAD, ha realizzato un progetto di sperimentazione di nuovi strumenti didattici per la conoscenza e l'approfondimento su guida, alcol e droga ed un progetto in materia di doping che ha previsto la formazione di docenti, e la contestuale definizione di un percorso didattico da adottare a livello territoriale, con la definizione dei tempi e dei modi di realizzazione degli stessi.

VI.1.6.3 Principali prospettive emerse nel 2011 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

Tutte le azioni e gli interventi integrati programmati nel territorio devono prevedere un coinvolgimento sistematico e continuativo diretto della comunità scolastica con l'obiettivo di condurre nelle Istituzioni Scolastiche azioni di prevenzione, informazione e sensibilizzazione attraverso interventi mirati alla popolazione giovanile.
Dalle azioni promosse emerge la necessità che gli interventi siano orientati ad agire precocemente sui giovani, valorizzando la struttura protettiva della famiglia e della scuola, fornendo supporto ai giovani, favorendo lo sviluppo di abilità personali, e riducendo le situazioni di rischio.
E' inoltre auspicabile una sempre maggiore collaborazione tra scuole e territorio in un'ottica di sempre più intensa programmazione interistituzionale per la promozione della salute all'interno del contesto scolastico.

VI.1.7 Ministero della Difesa

VI.1.7.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

Stato Maggiore della Difesa – Ufficio Generale della Sanità Militare – Sezione Psichiatria e Psicologia

Funzioni e competenze

L'impegno delle Forze Armate italiane nel combattere la diffusione e l'uso delle sostanze stupefacenti all'interno dell'ambito militare, anche nel corso del 2011, è proseguito con ancora maggiore e doverosa attenzione e rigore metodologico da parte delle strutture di vertice degli Stati Maggiori della Difesa e delle Forze Armate e del Comando Generale dell'Arma dei Carabinieri con una opera di

sensibilizzazione, prevenzione e controllo estesa a tutte le strutture dell'Esercito, della Marina Militare, dell'Aeronautica Militare e dell'Arma dei Carabinieri fino al minore livello dell'organizzazione del Comparto.
La materia nell'ambito Difesa è attualmente disciplinata dal Codice dell'Ordinamento Militare (D-lgs. 66/2010) e dal "Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa.(DIFESAN-2010)"
Le Forze Armate italiane assorbono dalla società civile le proprie risorse umane e risentono dunque del trend sociale, soprattutto per quel che riguarda le fasce di età tra i 20 e 30 anni; in tal senso l'Amministrazione Difesa è particolarmente sensibile al *fenomeno droga* e ai comportamenti d'abuso in virtù della giovane età rappresentata in prevalenza nei propri ranghi.
In ragione di quanto precede, le iniziative per la prevenzione del disagio giovanile e dei comportamenti a rischio ed il precoce riconoscimento della sofferenza psicologica, sentinella dello sviluppo di comportamenti a rischio favorenti dapprima la richiesta e poi il consumo di sostanze stupefacenti e psicotrope, rappresentano l'obiettivo primario da conseguire per la Difesa.
L' arruolamento volontario, che ha fatto seguito alla sospensione della Leva, non ha determinato la flessione dell'attenzione sul *fenomeno droga* ma, al contrario, ha comportato la rimodulazione delle strategie preventive e dissuasive nei riguardi delle condotte tossicofile e delle tossicodipendenze. In tal senso, resta vigile l'attenzione sul *fenomeno droga* il quale, seppur con modalità, condotte e sostanze stupefacenti spesso diverse da quanto avveniva in una popolazione generale di coscritti, continua a rappresentare, sempre e comunque, motivo di grande preoccupazione.
Su tali basi, sono proseguite, con il dovuto rigore e con le risorse disponibili, le attività preventive e dissuasive sulla tossicodipendenza e le condotte tossicofile.
La selezione per l'arruolamento e l'accesso alle carriere viene svolta effettuando la ricerca dei cataboliti delle principali sostanze stupefacenti e psicotrope nelle urine, quale prerequisito indispensabile per conseguire l'idoneità sanitaria al servizio militare.
Successivamente, l'accertamento della tossicofilia e della tossicodipendenza si basa sul riconoscimento dei segni e dei sintomi di intossicazione psico-fisica da assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope.
Inoltre vengono effettuati accertamenti pre-affidamento delle mansioni e/o attività a rischio, periodici e di follow-up, accertamenti randomici su tutto il personale in servizio, e specifiche attività di prevenzione per contrastare la manifestazione di disagi psicologici che possano indurre all'uso delle sostanze stupefacenti e psicotrope.
Tale sforzo preventivo continua a percorrere orme già consolidate e sperimentate linee d'intervento.
Tra le attività di prevenzione primaria si evidenzia la promozione e lo sviluppo di una corretta informazione ed educazione sullo specifico problema delle sostanze stupefacenti e psicotrope a cui si aggiungono programmi formativi per il personale medico non specialistico e psicologico.
Inoltre fanno seguito le attività di prevenzione secondaria svolte dai Consultori Psicologici e dai Servizi di Psicologia delle FA/CC attraverso il supporto psicologico per disturbi dell'adattamento, della condotta e delle relative implicazioni familiari e sociali.
In caso di definizione dello stato di tossicodipendenza, secondo quanto previsto dall'art.124 del D.lgs. 66/2010 si provvede a proporre al militare un appropriato percorso di cura e riabilitazione.
Infine vengono elaborati i dati statistici sulle tossicodipendenze e le principali patologie correlate.

VI.1.7.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

Stato maggiore della Difesa

Stato Maggiore della Difesa – Ufficio Generale della Sanità Militare – Sezione Psichiatria e Psicologia

Attività di prevenzione

L'attività di prevenzione delle tossicodipendenze è proseguita nel corso del 2011 in ambito difesa con lo scopo comune di incrementare la sorveglianza sul fenomeno droga e di incentivare quelle iniziative formative ed informative che hanno dato positivo riscontro nel passato.
In relazione a quanto precede ogni Forza Armata/CC, con l'obiettivo di fare affidamento su personale motivato ed efficiente in grado di svolgere i sempre più importanti compiti sia in ambito di sicurezza nazionale che di impegno nelle operazioni al di fuori dei confini nazionali, ha sviluppato peculiari strumenti ed attività di prevenzione all'interno delle rispettive strutture sanitarie.

Esercito

Esercito:
le attività di prevenzione delle tossicodipendenze e di supporto psicologico sono affidate, nell'ambito delle strutture sanitarie dipendenti dal Comando Logistico dell'Esercito agli operatori militari e civili dell'A.D. e civili convenzionati dei Consultori Psicologici delle strutture stesse. Nell'ambito degli EDR rotali attività sono a cura dei Dirigenti il Servizio Sanitario militare, degli Ufficiali medici e, ove presenti, degli Ufficiali Consiglieri e dei Cappellani militari.
Nel periodo in esame hanno operato i Consultori Psicologici del Policlinico Militare di Roma, del Centro Ospedaliero di Milano e dei Dipartimenti Militari di Medicina Legale di Torino, Padova, Firenze, Roma, Chieti, Caserta, Messina, Palermo e Cagliari. In tali sedi, compatibilmente con le disponibilità di risorse umane e finanziarie dei singoli Consultori, si sono svolte attività di consulenza psicodiagnostica ai fini medico-legali in supporto alle CMO e psicoeducazionali, di informazione e consulenza a supporto dei DSS/Ufficiali medici e Comandanti degli EDR. In alcune sedi sono stati realizzati programmi autonomi di prevenzione e organizzati incontri informativo - divulgativi anche a favore delle famiglie del personale militare.
Sono stai effettuati drug test su campione di urina, in ottemperanza alla normativa vigente, riguardo al personale con incarico di conduttore, in occasione del rilascio/rinnovo della patente di guida, al personale addetto alle mansioni a rischio, in base al Regolamento di DIFESAN del 2010, a quello sottoposto ad accertamenti per le valutazioni medico-legali ed al personale selezionato con modalità random.
Negli EDR è in atto un programma di informazione/educazione sanitaria a favore del personale militare, dipendente curato dai DSS /Ufficiali medici, esplicato con attività sugli aspetti sanitari e le relative implicazioni medico-legali e disciplinari derivanti dall'uso di stupefacenti.
Inoltre il Dipartimento di Sanità dell'Esercito ha partecipato, su mandato dello SME, al Gruppo di Lavoro costituito con lo scopo di approfondire le problematiche connesse con l'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, unitamente all'obiettivo di approntare un compendio sulla tematica ad uso dei Comandanti e predisporre una presentazione audiovisiva divulgabile su DVD a supporto dell'attività informativa. I predetti obiettivi saranno disponibili nel corso del 2012.

Aeronautica Militare

Aeronautica Militare:
La FA pone estrema attenzione sulla necessità di avere personale motivato ed efficiente in grado di svolgere i sempre più importanti compiti sia in ambito di sicurezza nazionale che di impegno nelle operazioni al di fuori dei confini nazionali, considerando l'alta valenza operativa di tutto il personale della

cosiddetta “linea volo”.
Le iniziative del caso, promosse dallo SMA e dagli articolati Alti Comandi, sono indirizzate a sensibilizzare tutto il personale sulla necessità di limitare il propagarsi del fenomeno droga, così diffuso nella società moderna, attraverso il modello organizzativo di prevenzione, controllo randomico e sorveglianza e recupero del personale. L’obiettivo dei controlli random è quello di verificare il 5% della forza indicata dai Comandanti con particolare attenzione al personale di vigilanza e conduttori. Tale programma impegna la componente sanitaria come una delle parti coinvolte nella gestione del fenomeno insieme alla linea Comando ed agli organi di sicurezza, al fine di individuare eventuali situazioni di disagio o di devianza comportamentale, sintomo di possibili situazioni a rischio. Le precedenti iniziative hanno avuto andamento costante nel tempo ed hanno riguardato interventi di prevenzione e sorveglianza e monitoraggio dei casi accertati oltreché il controllo specifico delle categorie particolari d’impiego. In tal senso i Comandi hanno incentivato la pratica delle attività sportive e ricreative al fine di favorire la socializzazione e l’integrazione nei gruppi del personale. Particolare cura è stata data alle attività informative sulla tossicodipendenza da parte degli operatori sanitari al fine di favorire il colloquio personale per l’instaurazione di un rapporto diretto tra il militare e la componente medica. In tal senso sono state organizzate conferenze, dibattiti, con l’ausilio dei mezzi audiovisivi, pubblicazioni, opuscoli sulla tematica in questione particolare attenzione è stata data alle procedure per la segnalazione e la notifica dei casi d’abuso garantendo la tutela della privacy degli interessati.
La prima forma di prevenzione è rappresentata dall’informazione e, pertanto, ampia diffusione è stata data alla conoscenza della problematica relativamente alle conseguenze psico-fisiche dell’uso di sostanze stupefacenti, al rischio specifico correlato alla sicurezza ed al mantenimento del miglior stato di attenzione e, soprattutto, alle responsabilità giuridiche derivanti dallo status di militare.
L’attività viene svolta dagli psicologi convenzionati che operano presso i Consultori ed i Servizi aperti presso i vari EDR della FA. L’attività, che in precedenza era rivolta ai coscritti, è continuata a favore del personale volontario ed in servizio permanente. Sono stati tenuti infatti incontri e corsi individuali e di gruppo, per soddisfare le esigenze di supporto che rappresentano l’obiettivo primario dei Consultori.
La ricerca dei cataboliti urinari delle sostanze stupefacenti e psicotrope è stata eseguita sul personale di volo dell’AM, delle altre FA dei Corpi armati dello Stato e dei Vigili del Fuoco, nonchè sul personale per l’impiego OFCN in occasione delle visite presso gli Istituti Medico-Legali e Infermerie Principali.
Inoltre viene sottoposto al controllo drugtest anche il personale che richiede l’idoneità al volo e gli aspiranti per l’arruolamento. Controlli occasionali vengono svolti nei riguardi del personale dichiaratosi spontaneamente tossicofilo/tossicodipendente o che sia stato oggetto di specifica segnalazione da parte dei Servizi sanitari del Reparto di appartenenza. Il riscontro delle positività di screening viene dunque accertato presso gli Organi medico Legali di FA e/o DMML .

Marina Militare

Marina Militare:
Le attività sono state realizzate attraverso il programma di prevenzione primaria drug testing programme, che si configura come uno strumento specifico di prevenzione articolato in varie fasi, da quella informativa e di sensibilizzazione a quella identificativa e di diagnosi precoce; i controlli randomici obbligatori a tutto il personale attraverso la raccolta di campioni di urina per il dosaggio dei cataboliti delle principali sostanze psicotrope (oppiacei e metadone, cannabinoidi, cocaina, amfetamine) hanno sortito un efficace potere dissuasivo su eventuali condotte tossicofile con particolare riguardo agli allievi e ai giovani militari e

durante le fasi selettive dei concorsi per il reclutamento nella MM.
Inoltre sono state effettuate periodiche conferenze informative a cura degli Ufficiali medici e /o psicologi nell'ambito del tema dell'educazione alla salute con particolare riguardo ai comportamenti d'abuso di alcool e tabacco e uso di sostanze stupefacenti e ai rischi infettivi ad essi connessi.
Gli Ufficiali del Corpo sanitario vengono formati specificatamente sugli aspetti legislativi e medico legali legati alle tossicodipendenze al fine di sensibilizzare in loro le problematiche legate al disagio psicologico ed alle tossicodipendenze durante la frequenza del Corso applicativo presso l'Accademia Militare.
Nell'ambito della prevenzione secondaria i Consultori Psicologici ed i servizi di psicologia è stata realizzata l'attività di diagnosi precoce e di supporto psicologico del personale, al fine di evidenziare situazioni personali, socioculturali ed ambientali "a rischio" per lo sviluppo di disturbi psichici, tossicofilia e tossicodipendenza; la predetta attività è coordinata, a livello centrale, dalla Sezione di Psicologia Militare dell'Ispettorato di sanità M.M.
In conseguenza dell'introduzione del Regolamento di DIFESAN del 2010 l'accertamento dell'uso abituale delle sostanze stupefacenti si basa sul riscontro documentale di trattamenti socio sanitari per le tossicodipendenze, effettuati presso le strutture pubbliche e private di pronto soccorso e di ricovero per abuso di sostanze e di precedenti accertamenti medico legali. Inoltre viene posta particolare attenzione ai segni e sintomi fisici di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope, sindrome d'astinenza, presenza di cataboliti nei liquidi biologici e nei tessuti. Gli accertamenti strumentali sono associati alle valutazioni cliniche psicopatologiche a cura dei Servizi sanitari e dei Consultori Psicologici e Servizi di Psicologia.
L'idoneità al servizio viene persa a seguito di riscontro positivo, anche occasionale di sostanze stupefacenti dal personale in ferma prefissata, mentre il personale in s.p.e. viene sottoposto ad attività di sostegno psicologico e rieducativo presso i Consultori dove viene anche valutato approfonditamente sotto l'aspetto clinico e di psicodiagnostica. Presso l'Ispettorato di sanità della Marina è custodita una banca dati sui casi di uso di sostanze stupefacenti che consente alla FA di monitorare alcuni aspetti del fenomeno indirizzando le strategie preventive.

Arma dei Carabinieri

Arma dei Carabinieri:In analogia agli anni precedenti sono state tenute conferenze sul tema "prevenzione delle tossicodipendenze" presso i Reparti Mobili e Territoriali dell'Arma con la trattazione dei seguenti argomenti: norme comportamentali durante l'espletamento del servizio; la normativa in materia di stupefacenti; gli effetti psico-fisiologici delle droghe sull'organismo; il supporto psicologico da parte di un tecnico; comportamenti a rischio,problemi sociali legati all'uso di stupefacenti;cenni sull'alcolismo, malattie infettive e rischi per la salute delle tossicodipendenze

VI.1.7.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

Stato Maggiore della Difesa

Stato Maggiore della Difesa – Ufficio Generale della Sanità Militare – Sezione Psichiatria e Psicologia

Applicazione della normativa vigente

L'anno 2011 ha visto proseguire l'applicazione delle norme vigenti dal 2010 che regolano la materia nell'ambito del Comparto - Codice dell'Ordinamento Militare (D-lgs. 66/2010 e successive modifiche).
In particolare dal luglio 2010 viene applicato il Regolamento per l'applicazione delle procedure per gli accertamenti sanitari di assenza della tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope in militari addetti a mansioni che comportano particolari rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi presso il Ministero della Difesa per l'effettuazione degli accertamenti sanitari di

assenza di tossicodipendenza di cui all'Accordo 30 ottobre 2007, n. 99/CU, tenendo conto di quanto previsto dall'Accordo 18 settembre 2008, n. 178/CSR.
In considerazione che l'assunzione di sostanze stupefacenti e psicotrope, sia saltuaria sia abitudinaria, determina alterazioni dell'equilibrio psicofisico e comporta il medesimo rischio per la salute e la sicurezza del militare stesso e dei terzi, le procedure per gli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza e di assunzione di sostanze stupefacenti e/o psicotrope nei militari, sono finalizzate primariamente a prevenire incidenti collegati allo svolgimento di mansioni e/o attività lavorative a rischio.
Dal momento che la mera assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope può pregiudicare la sicurezza del militare e di terzi, dovrà prevalere un indirizzo di cautela che determini la sospensione dello svolgimento di mansioni e/o attività a rischio da parte dei presunti assuntori, pertanto le procedure di cui al predetto Regolamento sono finalizzate ad escludere o identificare la condizione di tossicodipendenza e l'assunzione di sostanze stupefacenti o psicotrope, al fine di assicurare un regolare svolgimento delle mansioni lavorative a rischio. A tale scopo preventivo, anche per le oggettive difficoltà di rilevazione e di descrizione delle modalità e della frequenza di assunzione delle sostanze stupefacenti e psicotrope da parte del militare, dette procedure, per le finalità di cui sopra, non possono fare distinzione tra uso occasionale, uso regolare o presenza di dipendenza al fine di attivare la sospensione cautelativa.

Necessità di potenziare strumenti e attività preventive

Nell'ambito dei controlli effettuati dalle diverse Forze Armate si sono evidenziati trend sostanzialmente stabili di incidenza di positività, pur nel quadro complessivo di una riduzione del numero dei test eseguiti.
Sebbene i riscontri statistici che hanno fatto seguito alle campagne informative e di prevenzione svolte in sede decentrata dalle diverse articolazione delle Forze Armate, siano confortanti, sembra comunque opportuno potenziare gli strumenti e le attività preventive, avvalendosi anche di nuove tecnologie multimediali, e dedicare maggiori risorse alla formazione del personale sanitario, che a tutti i livelli di responsabilità, abbia la possibilità di conseguire le abilità necessarie a riconoscere e gestire comportamenti a rischio e condotte tossicofile nel personale assistito.
In tal senso la riorganizzazione interna del vertice sanitario della Difesa consentirà una maggiore efficacia nella coordinazione delle diverse componenti sanitarie delle FA/CC preposte alla prevenzione delle tossicodipendenze..

Utilità dissuasiva degli accertamenti randomici

Parimenti si evidenzia l'utilità dissuasiva degli accertamenti randomici nei confronti delle condotte tossicofile su tutto il personale indipendentemente da quanto disciplinato dal predetto Regolamento, in riferimento alle mansioni a rischio.
Inoltre dall'analisi dei flussi statistici sulle tossicodipendenze e sulle assenze per malattia nel comparto difesa si attende una più puntuale ed efficace azione preventiva e riabilitativa sui casi diagnosticati.
Infine si favorirà la creazione di gruppi di aggregazione e socializzazione, con lo scopo di facilitare i rapporti interpersonali tra pari e con la componente sanitaria militare, fondamentali per evitare l'isolamento individuale che spesso rappresenta un indice di disagio psicologico e di comportamenti a rischio e di condotte tossicofile.

VI.1.8 Comando Generale della Guardia di Finanza

VI.1.8.1 Strategie e programmazione attività 2011 o orientamenti generali

III reparto Operazioni – Ufficio Tutela Economia e Sicurezza – Sezione Criminalità Organizzata e Stupefacenti

Funzioni e competenze

Il traffico internazionale di sostanze stupefacenti continua a rappresentare una grave minaccia, oltre che per la salute e la sicurezza pubblica, anche per la stabilità di molti Paesi.
Infatti, da un lato, il narcotraffico produce effetti preoccupanti sullo scenario geopolitico mondiale, saldandosi, sovente, a fenomeni di criminalità organizzata transazionale e, talvolta, a cellule terroristiche. In ogni caso, ne conseguono gravi turbative per taluni Stati di produzione o 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 mirare, da un lato, ad interrompere le spedizioni di sostanze stupefacenti, dall'altro ad intercettare il denaro diretto alle organizzazioni criminali ed a riconoscere i suoi successivi reimpieghi, anche nel mondo dell'economia lecita.
Con riguardo al primo aspetto, occorre tener presente che i trafficanti ricercano continuamente nuovi modus operandi e nuove rotte in ogni continente, nel tentativo di limitare i rischi di scoperta e di sequestro dei carichi di stupefacenti.
Le investigazioni devono, pertanto, basarsi su una valida attività informativa e su un'efficace cooperazione internazionale: è questo il campo d'azione delle Forze di Polizia, che, in Italia, si dispiega sotto il coordinamento della Direzione Centrale dei Servizi Antidroga, unico interlocutore nazionale con i corrispondenti servizi delle polizie estere e referente per tutte le operazioni investigative speciali.
Nell'ambito delle investigazioni sui traffici di stupefacenti, la Guardia di finanza può vantare il Know-how derivante dall'esperienza del contrasto al contrabbando, sia in ambito doganale che sul mare, attraverso il proprio articolato dispositivo.
Le potenzialità del Corpo emergono, tuttavia, in modo ancora più accentuato nello sviluppo del secondo aspetto del contrasto al fenomeno, quello incentrato sugli aspetti economici e finanziari.
In tal 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 2011, 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 compagini 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, nel mese di ottobre 2011 è stato firmato un protocollo d'intesa tra la Guardia di Finanza e il Ministero dell'Istruzione, Università e

Ricerca per lo sviluppo del progetto "educazione alla legalità economica".
Il protocollo ha lo scopo di avviare un'attività di "Educazione alla legalità economica", nei confronti degli alunni delle scuole primarie e secondarie, attraverso lezioni che saranno tenute presso gli istituti scolastici del territorio nazionale da Ufficiali ed Ispettori del Corpo, incentrate, tra l'altro, sul tema degli stupefacenti e imperniate, in questo caso, sull'illustrazione del fenomeno delle conseguenze giuridiche derivanti dall'uso, detenzione e spaccio di sostanze stupefacenti, nonché sui riflessi connessi con il fenomeno della criminalità organizzata e del riciclaggio del denaro "sporco".
Inoltre, per far fronte alle sempre più numerose richieste che pervengono ai Comandi del Corpo da parte dei Dirigenti scolastici, sono state standardizzate le procedure connesse alle dimostrazioni cinofile delle unità antidroga eseguite all'interno delle scuole.
Tali incontri, mirati alla tutela della salute pubblica dei cittadini più giovani attraverso un'informazione a loro specificatamente dedicata, intendono diffondere la conoscenza del fenomeno droga per prevenire i disagi, tipici dell'età adolescenziale.

Gli incontri, pertanto, vengono generalmente articolati come segue:

- proiezione di un filmato istituzionale denominato "Educare alla legalità", che illustra, tra l'altro, i compiti del Corpo;
- dimostrazione di una unità cinofila;
- breve approfondimento conclusivo sulle droghe e sui loro effetti;
- consegna di una brochure illustrata riportante alcune classificazioni delle sostanze stupefacenti, schede di sintesi sugli effetti di breve, media e lunga durata causati dall'assunzione delle stesse e schede di approfondimento su ogni singola droga.

VI.1.8.2 Presentazione: organizzazione, consuntivo sintetico delle principali attività

III reparto Operazioni – Ufficio Tutela Economia e Sicurezza – Sezione Criminalità Organizzata e Stupefacenti

Organizzazione e attività

Il modello operativo- strategico che il Corpo mette in campo nell'azione di prevenzione/repressione si sviluppa lungo quattro direttrici fondamentali che fanno parte di un "sistema operativo integrato":

- il presidio di vigilanza a mare, per finalità di polizia economico-finanziaria e di contrasto ai traffici illeciti, mediante la propria componente aereonavale;
- 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. La finalità di tali controlli è quella di prevenire al sequestro delle sostanze stupefacenti, disarticolate le organizzazioni criminali, senza trascurare il profilo di ricostruzione dei proventi illeciti realizzati e del loro successivo

investimento nei circuiti legali dell'economia.

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 una approfondita conoscenza delle dinamiche degli stessi, delle modalità e dei personaggi coinvolti.

.

GOA – Gruppi di Investigazione Criminalità Organizzata

Tutte le componenti del Corpo concorrono alla realizzazione del citato dispositivo: tuttavia, 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 16 aerei, fra cui 4 ATR 42, 85 elicotteri, nonché 310 mezzi navali di varia tipologia, di cui 74 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 ingenti quantitativi di stupefacenti, 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.

  Analoga collaborazione viene fornita dal naviglio d'altura del Corpo nell'attuazione dei controlli e della sorveglianza delle frontiere marittime dell'Unione Europea nell'ambito delle attività operative attuate dall'Agenzia europea per la gestione della cooperazione operativa alle frontiere estere degli Stati membri dell'Unione Europea (FRONTEX) che, nel corso del 2011, ha inteso organizzare, in via sperimentale, operazioni congiunte "multi-purpose".

  Più nello specifico, l'attività operativa denominata "INDALO 2011", finalizzata al contrasto dei flussi migratori illegali provenienti dal nord Africa e diretti verso le coste spagnole ha visto l'intervento, tra gli altri, del CeCLAD – M (Centro di Coordinamento per la lotta alla Droga nel Mediterraneo) al fine di semplificare gli interventi di polizia, in alto mare ovvero in prossimità delle coste spagnole, per il contrasto al traffico internazionale di stupefacenti. In tale contesto, il citato Centro di Coordinamento ha messo a disposizione della Sala operativa di riferimento dell'intera operazione, la lista del naviglio sospetto.

  Le conseguenti attività di controllo, alle quali la guardi di finanza ha partecipato con l'impiego di mezzi aerei (ATR 42 Mp e PIAGGIO 166 DP1) e navali (guardacoste d'altura "Bigliani"), hanno consentito l'arresto di 4 soggetti ed il sequestro di kg. 1.727 di hashish e di 2 natanti nel Mare di Alboran.
- 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 2011, di eseguire 17.768 interventi a fini antidroga, con la denuncia, a vario titolo, di 8.780 soggetti, di cui 3.160 in stato di arresto. Rispetto al totale dei soggetti denunciati, 3.796 sono di origine straniera; di questi1.661 sono stati tratti in arresto. Ciò, a conferma dell'incidenza delle organizzazioni di matrice etnica nel traffico di sostanze stupefacenti.
Tale attività ha condotto anche al sequestro di complessivi 21.405 kg di droga (con un incremento del 5% rispetto al 2010), tra cui 4.148 Kg di cocaina (+ 40%), 15.995 Kg di hashish e marijuana (- 2%) e 1.054 Kg di altre droghe (+ 36%).
Sul fronte delle attività di contrasto e riciclaggio di capitali illeciti, in parte conseguenti al traffico di sostanze stupefacenti, che notoriamente, su base nazionale, sviluppa un volume d'affari valutato intorno ai 60/70 miliardi di euro, la guardi di Finanza, nel 2011, ha effettuato 530 ispezioni antiriciclaggio, accertando 342 violazioni penali e/o amministrative, ed ha condotto 449 indagini di polizia giudiziaria, con la denuncia di 1.057 soggetti per il riciclaggio ed il sequestro di capitali per 147,4 milioni di euro.
Inoltre, sono stati portati a termine accertamenti su 9.135 segnalazioni di operazioni sospette di cui al D.Lgs. 231/2007, il 12,5 % delle quali hanno consentito di risalire alla sussistenza di tracce di reati e di violazioni alla normativa antiriciclaggio e valutaria

VI.1.8.3 Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili auspicate

III reparto Operazioni – Ufficio Tutela Economia e Sicurezza – Sezione Criminalità Organizzata e Stupefacenti

Prospettive prioritarie

A livello mondiale, oltre al traffico delle sostanze di provenienza vegetale, preoccupa il diffondersi di sostanze stupefacenti sintetiche, che, oltre ad avere 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 sostanza d0abuso, in particolare per l'ottenimento di eroina e cocaina.
Sul piano nazionale, un certo allarme ha suscitato il diffondersi del fenomeno del doping sportivo nonché della proliferazione di esercizi commerciali denominati "smart.shop", cioè negozi che vendono le cosiddette "smart-drugs" (letteralmente "droghe furbe"), sostanze psicoattive commercializzate anche attraverso le rete internet: l'espressione trarrebbe origine dal fatto che il commercio e l'assunzione di tali sostanze non sono perseguibili, in quanto le stesse ed i relativi principi attivi non sono inclusi nelle tabelle che classificano le sostanze stupefacenti come proibite.
La presenza di questo negozi accrediterebbe la percezione di potersi approvvigionare di sostanze psicoattive senza incorrere in alcuna sanzione,

nonché l'idea che esistano droghe lecite, non dannose per la salute, ma con effetti del tutto simili a quelli prodotti dalle sostanze vietate.
Entrambi i fenomeni appaiono accomunati dall'erroneo convincimento, negli assuntori, della sostanziale bassa o addirittura nulla nocività dei composti chimici.
Luoghi di diffusione delle "nuove droghe", specie quelle sintetiche, sono rappresentati dai cc.dd. "Rave Party", raduni organizzati per diffondere musica, in località distanti dai centri abitati e spesso contestualizzai in grandi spazi in disuso (es. fabbriche dismesse) di difficile localizzazione, ed ai quali partecipano migliaia di giovani che, tra l'altro, consumano sostanze stupefacenti.
Questi meeting rappresentano veri e propri laboratori per i pusher che vogliono "testare" le nuove sostanze anche in ragione della difficoltà di individuazione dei luoghi di ritrovo da parte delle forze di polizia, in quanto isolati e la cui ubicazione viene comunicata sempre nell'imminenza dell'evento ed utilizzando il "passaparola" ovvero alcuni blog su internet.
In relazione ai fenomeni della diffusione e dell'utilizzo di nuove droghe , si segnalano le indagini condotte nel 2011 nell'ambito dell'operazione denominata "Aroma Compound" dal Gruppo Pronto Impiego di Milano su delega della locale Procura della Repubblica, nei confronti di alcuni soggetti dediti all'introduzione a commercializzazione, su tutto il territorio nazionale, di considerevoli quantitativi di droga sintetica di ultimissima generazione tipo GBL (Gamma Butirro Lattone) conclusesi con l'arresto di 35 soggetti, la denuncia a piede libero di altri 12 nonché con il sequestro di 60 litri di GBL e di altre tipologie di droghe (hashish, cocaina, popper, amfetamina, metamfetamina, ketamina, nandrolone, ecstasy).

Capitolo VI.2.

REGIONI E PROVINCE AUTONOME

VI.2.1. Indicatori di sintesi

VI.2.1.1 Regione Abruzzo

VI.2.1.2 Regione Basilicata

VI.2.1.3 Regione Calabria

VI.2.1.4 Regione Campania

VI.2.1.5 Regione Emilia - Romagna

VI.2.1.6 Regione Friuli Venezia Giulia

VI.2.1.7 Regione Lazio

VI.2.1.8 Regione Liguria

VI.2.1.9 Regione Lombardia

VI.2.1.10 Regione Marche

VI.2.1.11 Regione Molise

VI.2.1.12 Regione Piemonte

VI.2.1.13 Regione Puglia

VI.2.1.14 Regione Sardegna

VI.2.1.15 Regione Sicilia

VI.2.1.16 Regione Toscana

VI.2.1.17 Regione Umbria

VI.2.1.18 Regione Valle d'Aosta

VI.2.1.19 Regione Veneto

VI.2.1.20 Provincia Autonoma di Bolzano

VI.2.1.21 Provincia Autonoma di Trento

VI.2.1.22 Performance e Criticità

VI.2.2. Comparazione dei dati delle Regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dalla media nazionale

VI.2.3. Relazioni conclusive

VI.2.3.1 Regione Abruzzo

VI.2.3.2 Regione Basilicata

VI.2.3.3 Regione Calabria

VI.2.3.4 Regione Campania

VI.2.3.5 Regione Emilia - Romagna

VI.2.3.6 Regione Friuli Venezia Giulia

VI.2.3.7 Regione Lazio

VI.2.3.8 Regione Liguria
VI.2.3.9 Regione Lombardia
VI.2.3.10 Regione Marche
VI.2.3.11 Regione Molise
VI.2.3.12 Regione Piemonte
VI.2.3.13 Regione Puglia
VI.2.3.14 Regione Sardegna
VI.2.3.15 Regione Sicilia
VI.2.3.16 Regione Toscana
VI.2.3.17 Regione Umbria
VI.2.3.18 Regione Veneto
VI.2.3.19 Provincia Autonoma di Bolzano
VI.2.3.20 Provincia Autonoma di Trento

VI.2. REGIONI E PROVINCE AUTONOME

VI.2.1. Indicatori di sintesi

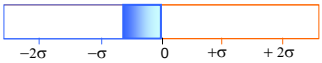
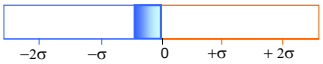
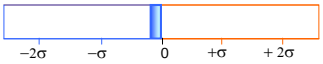
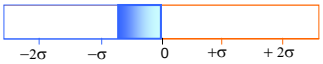
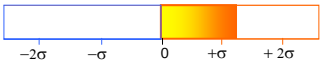
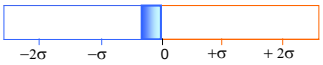
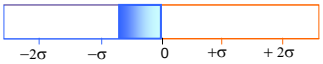
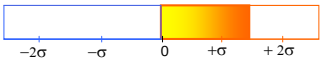
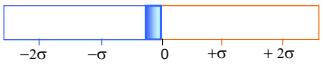
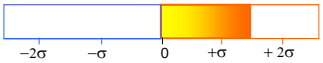
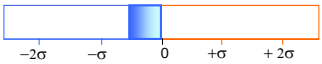
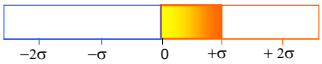
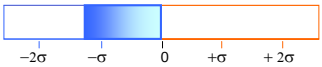
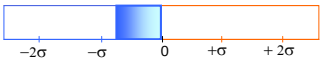
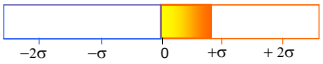
VI.2.1.1 Regione Abruzzo

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	882.650	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.162	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	5.762	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,3	0,8	0,3	55,6	1,4
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,2	3,5	1,0	49,8	1,8
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	66,4	48,4	13,9	37,1	1,3
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	98,3	89,7	11,3	9,6	0,8
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	9,4	9,2	3,4	2,9	0,1
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	65,7	70,9	7,1	-7,4	-0,7
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	8,0	15,8	5,6	-49,6	-1,4
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	83,4	69,5	15,1	20,0	0,9
Prevalenza utenti positivi a test HIV	5,3	8,3	6,1	-35,6	-0,5
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	92,6	78,9	10,5	17,4	1,3
Percentuale utenti positivi al test HBV	81,8	33,4	18,8	144,9	2,6
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	90,2	83,4	9,2	8,1	0,7
Percentuale utenti positivi a test HCV	73,9	54,0	19,2	36,8	1,0

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,0	10,3	2,2	-12,9		-0,6
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,6	0,9	0,7	-35,2		-0,4
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	68,0	73,3	31,6	-7,3		-0,2
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-38,8		-0,7
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	14,5	7,6	5,7	91,9		1,2
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	45,9	53,9	25,3	-14,9		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	6,7	9,7	4,4	-31,2		-0,7
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	9,7	7,0	1,9	38,8		1,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-8,4		-0,2
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	30,2	11,2	13,1	169,1		1,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	23,7	27,5	7,4	-14,0		-0,5
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	33,6	24,4	9,3	37,7		1,0
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-57,2		-1,3
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,6	5,6	2,7	-35,4		-0,7
Tossicodipendenti in carcere su tossicodipendenti in affido art.94	16,4	7,5	10,9	119,3		0,8

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

[1] Dati ACI riferiti all'anno 2010

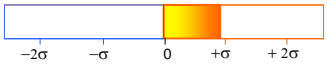
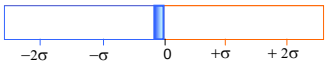
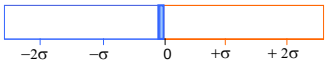
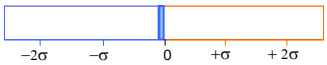
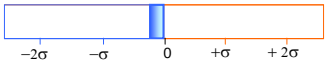
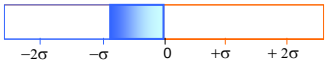
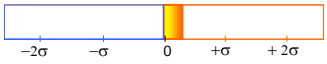
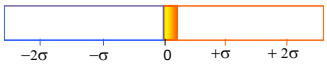
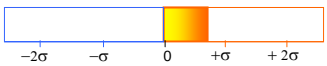
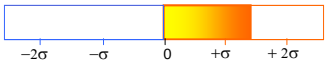
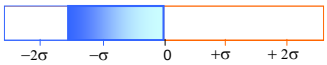
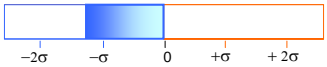
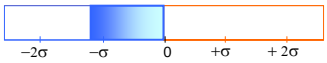
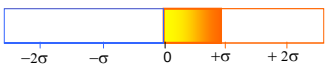
VI.2.1.2 Regione Basilicata

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	390.409	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	335	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.695	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,9	0,8	0,3	1,4	0,0
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,5	3,5	1,0	0,1	0,0
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	55,5	48,4	13,9	14,6	0,5
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	78,3	89,7	11,3	-12,7	-1,0
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	4,6	9,2	3,4	-50,1	-1,3
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	84,3	70,9	7,1	18,8	1,9
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	10,6	15,8	5,6	-32,9	-0,9
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	72,2	69,5	15,1	3,9	0,2
Prevalenza utenti positivi a test HIV	4,3	8,3	6,1	-48,6	-0,7
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	79,7	78,9	10,5	1,0	0,1
Percentuale utenti positivi al test HBV	10,3	33,4	18,8	-69,1	-1,2
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	82,8	83,4	9,2	-0,8	-0,1
Percentuale utenti positivi a test HCV	50,4	54,0	19,2	-6,6	-0,2

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)1	12,3	10,3	2,2	19,1		0,9
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,8	0,9	0,7	-12,1		-0,1
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	70,7	73,3	31,6	-3,6		-0,1
Soggetti segnalati art.75 per regione di residenza sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-4,3		-0,1
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	16,4	7,6	5,7	117,0		1,6
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	48,4	53,9	25,3	-10,2		-0,2
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	5,9	9,7	4,4	-39,4		-0,9
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	7,6	7,0	1,9	8,2		0,3
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	7,3		0,2
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	20,5	11,2	13,1	82,3		0,7
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	37,9	27,5	7,4	37,7		1,4
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	10,0	24,4	9,3	-59,1		-1,5
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-57,4		-1,3
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	2,4	5,6	2,7	-57,2		-1,2
Tossicodipendenti in carcere su tossicodipendenti in affido art.94	17,6	7,5	10,9	134,9		0,9

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

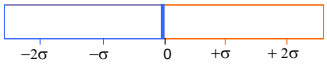
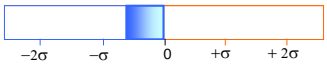
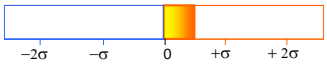
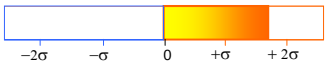
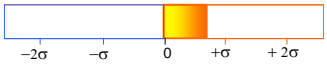
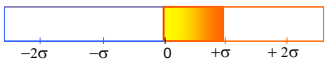
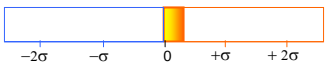
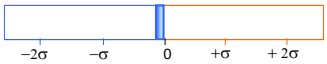
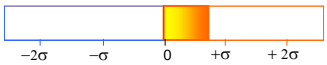
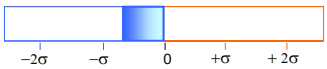
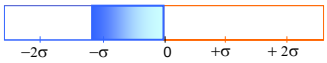
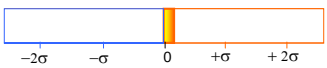
VI.2.1.3 Regione Calabria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	1.348.288	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	938	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.651	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,7	0,8	0,3	-17,8	-0,4
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,0	3,5	1,0	-42,2	-1,5
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	36,3	48,4	13,9	-25,0	-0,9
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	74,6	89,7	11,3	-16,8	-1,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,8	9,2	3,4	-3,9	-0,1
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	74,0	70,9	7,1	4,4	0,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	12,1	15,8	5,6	-23,5	-0,7
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	64,8	69,5	15,1	-6,8	-0,3
Prevalenza utenti positivi a test HIV	3,4	8,3	6,1	-59,2	-0,8
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	73,5	78,9	10,5	-6,9	-0,5
Percentuale utenti positivi al test HBV	31,6	33,4	18,8	-5,3	-0,1
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	74,1	83,4	9,2	-11,1	-1,0
Percentuale utenti positivi a test HCV	39,4	54,0	19,2	-27,1	-0,8

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,3	10,3	2,2	-0,5		0,0
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,4	0,9	0,7	-49,1		-0,6
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	89,0	73,3	31,6	21,4		0,5
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,3	0,2	0,1	93,1		1,7
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	7,5	7,6	5,7	-0,9		0,0
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	71,4	53,9	25,3	32,5		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	9,7	9,7	4,4	0,0		0,0
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,8	7,0	1,9	25,8		1,0
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,3	0,2	0,1	100,1		2,9
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	15,4	11,2	13,1	37,2		0,3
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	26,6	27,5	7,4	-3,3		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	31,2	24,4	9,3	27,5		0,7
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-29,9		-0,7
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	2,5	5,6	2,7	-56,1		-1,2
Tossicodipendenti in carcere su tossicodipendenti in affido art.94	9,3	7,5	10,9	24,5		0,2

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

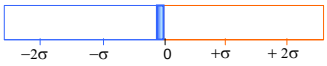
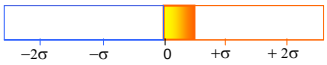
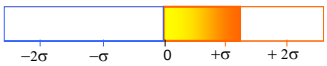
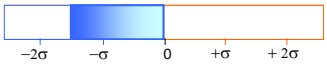
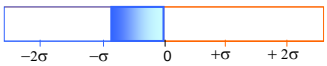
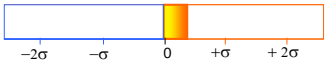
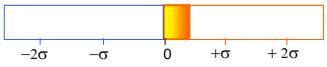
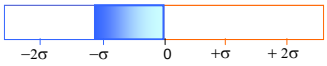
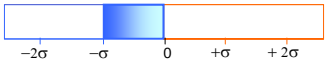
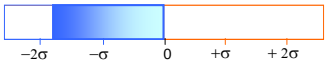
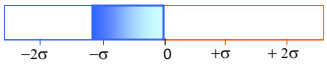
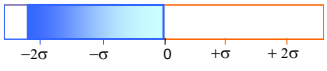
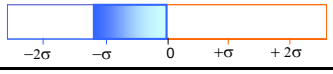
1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

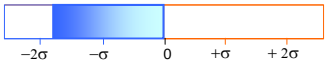
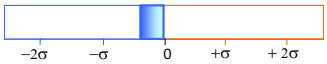
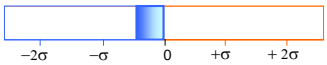
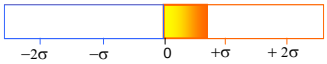
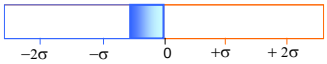
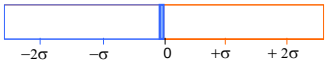
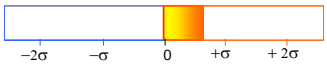
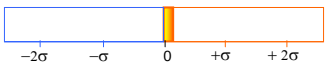
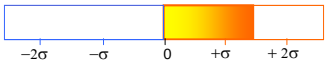
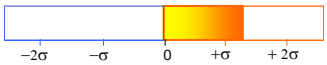
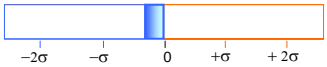
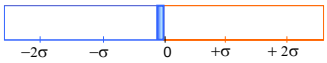
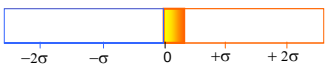
VI.2.1.4 Regione Campania

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	3.938.155	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.187	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	18.764	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,8	0,8	0,3	-4,3		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,0	3,5	1,0	13,7		0,5
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	65,6	48,4	13,9	35,4		1,2
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	72,7	89,7	11,3	-18,9		-1,5
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	6,3	9,2	3,4	-31,6		-0,8
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	73,6	70,9	7,1	3,8		0,4
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	18,1	15,8	5,6	14,6		0,4
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	52,7	69,5	15,1	-24,1		-1,1
Prevalenza utenti positivi a test HIV	2,4	8,3	6,1	-71,4		-1,0
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	60,1	78,9	10,5	-23,9		-1,8
Percentuale utenti positivi al test HBV	11,7	33,4	18,8	-64,9		-1,2
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	63,3	83,4	9,2	-24,2		-2,2
Percentuale utenti positivi a test HCV	31,3	54,0	19,2	-42,0		-1,2

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	6,5	10,3	2,2	-37,4		-1,8
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,5	0,9	0,7	71,4		0,9
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	61,5	73,3	31,6	-16,2		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-24,2		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	11,5	7,6	5,7	52,2		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	40,2	53,9	25,3	-25,3		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	9,4	9,7	4,4	-2,8		-0,1
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	9,4	7,0	1,9	34,3		1,3
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	21,5		0,6
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	13,2	11,2	13,1	17,7		0,2
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	38,2	27,5	7,4	38,8		1,4
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	36,3	24,4	9,3	48,7		1,3
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-13,6		-0,3
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	5,4	5,6	2,7	-4,9		-0,1
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	11,1	7,5	10,9	48,1		0,3

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

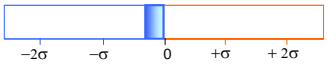
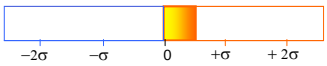
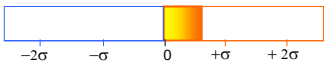
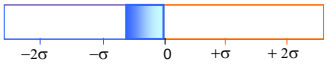
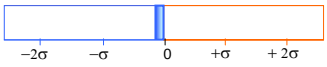
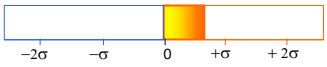
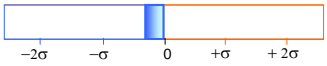
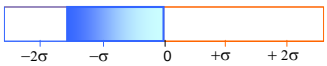
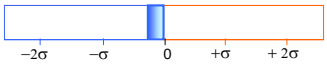
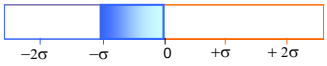
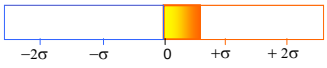
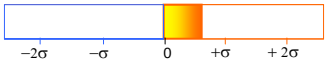
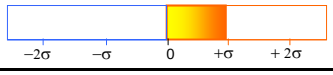
1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

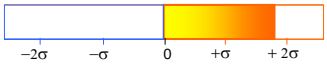
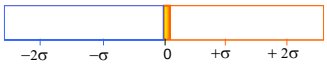
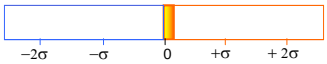
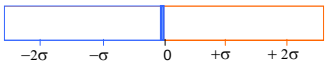
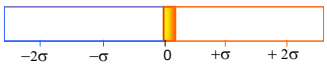
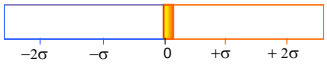
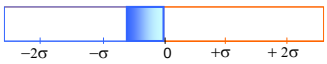
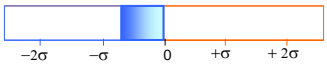
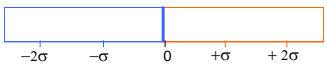
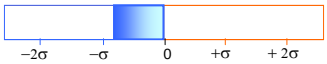
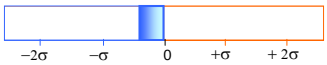
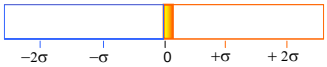
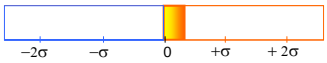
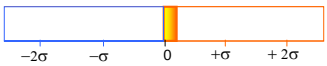
VI.2.1.5 Regione Emilia - Romagna

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	2.855.690	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.121	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	13.470	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,7	0,8	0,3	-12,2		-0,3
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,0	3,5	1,0	14,2		0,5
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	57,0	48,4	13,9	17,6		0,6
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	82,8	89,7	11,3	-7,6		-0,6
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,7	9,2	3,4	-4,8		-0,1
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	75,6	70,9	7,1	6,6		0,7
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	14,1	15,8	5,6	-10,4		-0,3
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	45,9	69,5	15,1	-33,9		-1,6
Prevalenza utenti positivi a test HIV	6,7	8,3	6,1	-18,7		-0,3
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	68,2	78,9	10,5	-13,6		-1,0
Percentuale utenti positivi al test HBV	44,4	33,4	18,8	32,9		0,6
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	89,0	83,4	9,2	6,7		0,6
Percentuale utenti positivi a test HCV	72,3	54,0	19,2	33,9		1,0

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	14,2	10,3	2,2	37,4		1,8
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,9	0,9	0,7	8,2		0,1
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	78,4	73,3	31,6	7,0		0,2
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-2,3		0,0
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	7,9	7,6	5,7	4,3		0,1
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	58,6	53,9	25,3	8,7		0,2
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	10,4	9,7	4,4	7,0		0,2
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,9	7,0	1,9	-16,0		-0,6
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-23,3		-0,7
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	11,1	11,2	13,1	-1,6		0,0
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	21,6	27,5	7,4	-21,5		-0,8
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	20,8	24,4	9,3	-14,9		-0,4
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	6,7		0,1
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	6,5	5,6	2,7	16,3		0,3
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	9,8	7,5	10,9	30,6		0,2

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

VI.2.1.6 Regione Friuli Venezia Giulia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	790.961	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	562	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	3.371	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,7	0,8	0,3	-16,0	-0,4
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,6	3,5	1,0	2,1	0,1
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	52,2	48,4	13,9	7,9	0,3
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	81,6	89,7	11,3	-9,0	-0,7
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	16,2	9,2	3,4	77,2	2,1
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,3	70,9	7,1	7,5	0,7
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	5,4	15,8	5,6	-65,5	-1,9
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	59,0	69,5	15,1	-15,1	-0,7
Prevalenza utenti positivi a test HIV	5,8	8,3	6,1	-30,2	-0,4
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	81,0	78,9	10,5	2,6	0,2
Percentuale utenti positivi al test HBV	29,1	33,4	18,8	-12,9	-0,2
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	85,8	83,4	9,2	2,9	0,3
Percentuale utenti positivi a test HCV	73,8	54,0	19,2	36,6	1,0

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	13,0	10,3	2,2	26,2	1,3
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,4	0,9	0,7	59,1	0,7
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	15,2	73,3	31,6	-79,3	-1,8
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,0	0,2	0,1	-79,1	-1,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	1,9	7,6	5,7	-74,9	-1,0
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	12,3	53,9	25,3	-77,2	-1,6
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	0,6	9,7	4,4	-93,5	-2,1
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,6	7,0	1,9	-20,3	-0,8
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-19,4	-0,6
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	13,8	11,2	13,1	22,6	0,2
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	22,9	27,5	7,4	-16,9	-0,6
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	9,6	24,4	9,3	-60,7	-1,6
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-45,1	-1,0
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,0	5,6	2,7	-45,9	-0,9
Tossicodipendenti in carcere su tossicodipendenti in affido art.94	10,9	7,5	10,9	45,0	0,3

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

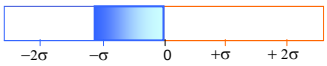
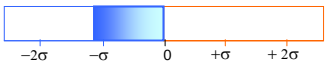
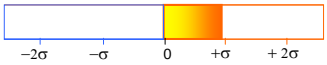
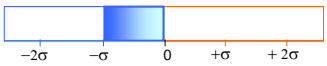
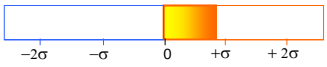
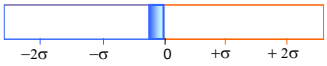
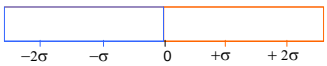
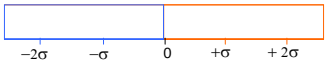
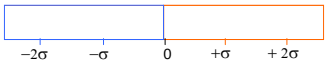
1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

VI.2.1.7 Regione Lazio

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	3.792.926	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.317	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	12.456	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,9	0,8	0,3	3,4		0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,4	3,5	1,0	-30,8		-1,1
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	32,8	48,4	13,9	-32,3		-1,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	100,2	89,7	11,3	11,8		0,9
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	5,9	9,2	3,4	-35,7		-1,0
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,9	70,9	7,1	8,5		0,8
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	14,5	15,8	5,6	-8,2		-0,2
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	n.c	n.c	n.c	n.c		n.c
Prevalenza utenti positivi a test HIV	n.c	n.c	n.c	n.c		n.c
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	n.c	n.c	n.c	n.c		n.c
Percentuale utenti positivi al test HBV	n.c	n.c	n.c	n.c		n.c
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	n.c	n.c	n.c	n.c		n.c
Percentuale utenti positivi a test HCV	n.c	n.c	n.c	n.c		n.c

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,9	10,3	2,2	15,9	0,8
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,0	0,9	0,7	11,6	0,1
Soggetti segnalati per art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	53,2	73,3	31,6	-27,5	-0,6
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-4,9	-0,1
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	1,5	7,6	5,7	-79,8	-1,1
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	43,6	53,9	25,3	-19,2	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	7,6	9,7	4,4	-21,6	-0,5
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,3	7,0	1,9	18,7	0,7
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,3	0,2	0,1	55,8	1,6
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	8,7	11,2	13,1	-22,6	-0,2
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	31,8	27,5	7,4	15,7	0,6
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	35,1	24,4	9,3	43,6	1,1
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,2	0,1	0,1	38,1	0,8
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	5,9	5,6	2,7	4,9	0,1
Tossicodipendenti in carcere su tossicodipendenti in affido art.94	20,0	7,5	10,9	166,9	1,1

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

n.c.: non calcolabile

1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

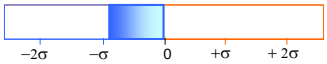
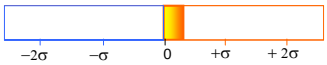
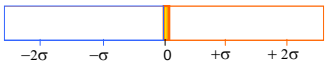
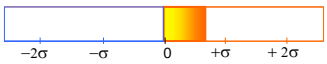
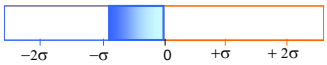
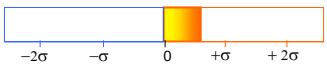
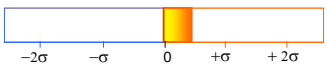
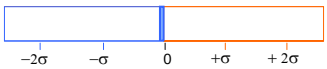
VI.2.1.8 Regione Liguria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	998.993	39.811.683
(*) Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.779	33.679
(*) Totale utenti assistiti dai Ser.T.	7.262	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,8	0,8	0,3	110,5	2,7
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,5	3,5	1,0	57,7	2,1
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	72,8	48,4	13,9	50,3	1,8
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	99,9	89,7	11,3	11,4	0,9
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,8	9,2	3,4	-15,0	-0,4
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	82,3	70,9	7,1	16,0	1,6
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	8,9	15,8	5,6	-43,4	-1,2
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Prevalenza utenti positivi a test HIV	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.	n.p.
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
Percentuale utenti positivi al test HBV	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p
Percentuale utenti positivi a test HCV	n.p	n.p	n.p	n.p	n.p

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	8,4	10,3	2,2	-18,4		-0,9
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,1	0,9	0,7	26,0		0,3
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	129,8	73,3	31,6	77,1		1,8
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	4,9		0,1
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	16,7	7,6	5,7	121,3		1,6
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	97,0	53,9	25,3	79,9		1,7
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	15,0	9,7	4,4	54,5		1,2
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,3	7,0	1,9	18,1		0,7
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-30,0		-0,9
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	19,0	11,2	13,1	69,2		0,6
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	27,9	27,5	7,4	1,4		0,1
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	28,6	24,4	9,3	17,2		0,4
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-2,6		-0,1
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	9,2	5,6	2,7	63,8		1,3
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	n.p	n.p	n.p	n.p		n.p

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

(*) utenti in carico nei Ser.T. anno 2010

n.p.: dato non pervenuto

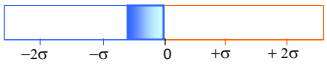
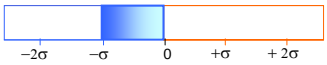
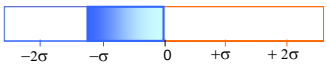
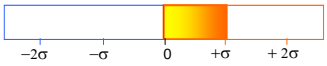
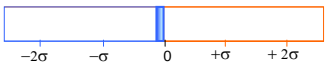
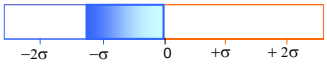
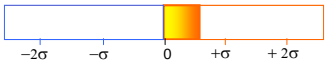
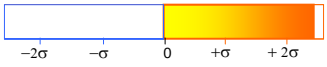
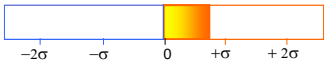
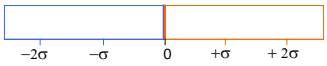
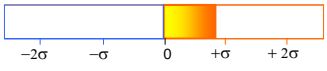
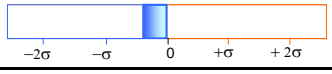
1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

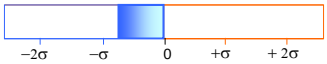
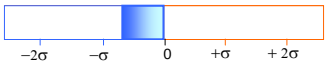
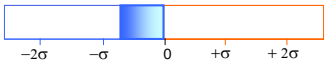
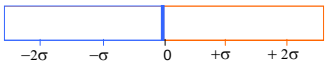
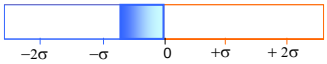
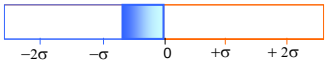
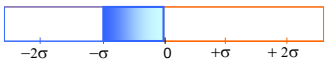
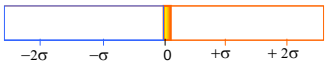
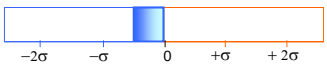
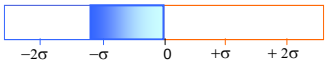
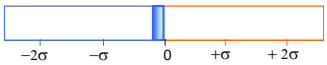
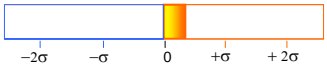
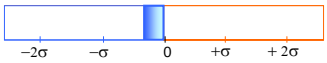
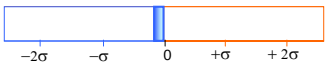
VI.2.1.9 Regione Lombardia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	6.516.617	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	4.197	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	20.623	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,6	0,8	0,3	-23,9		-0,6
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,5	3,5	1,0	-27,6		-1,0
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	31,3	48,4	13,9	-35,4		-1,2
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	101,1	89,7	11,3	12,8		1,0
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	8,8	9,2	3,4	-4,3		-0,1
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	62,0	70,9	7,1	-12,5		-1,2
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	27,8	15,8	5,6	76,0		2,2
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	78,2	69,5	15,1	12,5		0,6
Prevalenza utenti positivi a test HIV	23,1	8,3	6,1	178,5		2,4
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	86,7	78,9	10,5	9,8		0,7
Percentuale utenti positivi al test HBV	33,8	33,4	18,8	1,1		0,0
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	91,0	83,4	9,2	9,1		0,8
Percentuale utenti positivi a test HCV	46,8	54,0	19,2	-13,4		-0,4

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	8,7	10,3	2,2	-15,3		-0,7
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,4	0,9	0,7	-54,4		-0,7
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	51,3	73,3	31,6	-30,0		-0,7
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-1,4		0,0
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	3,6	7,6	5,7	-52,3		-0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	37,1	53,9	25,3	-31,2		-0,7
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	10,1	9,7	4,4	3,4		0,1
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,2	7,0	1,9	-26,3		-1,0
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	3,9		0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	4,9	11,2	13,1	-56,0		-0,5
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	18,8	27,5	7,4	-31,8		-1,2
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	22,8	24,4	9,3	-6,6		-0,2
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,2	0,1	0,1	15,9		0,3
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	4,8	5,6	2,7	-15,2		-0,3
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	5,8	7,5	10,9	-22,5		-0,2

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

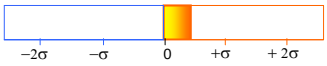
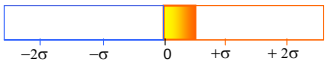
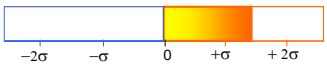
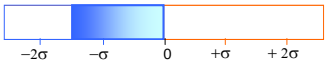
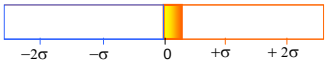
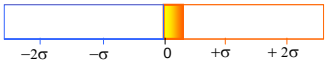
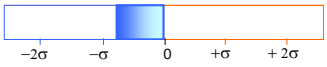
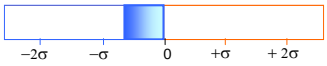
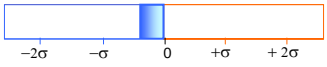
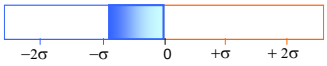
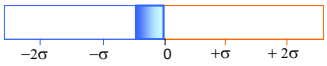
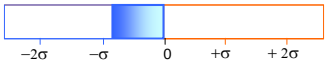
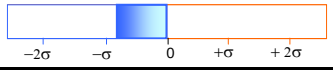
1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

VI.2.1.10 Regione Marche

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	1.005.059	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.003	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	4.993	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,0	0,8	0,3	18,0		0,4
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,0	3,5	1,0	14,1		0,5
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	68,1	48,4	13,9	40,7		1,4
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	72,9	89,7	11,3	-18,7		-1,5
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,2	9,2	3,4	10,9		0,3
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	73,1	70,9	7,1	3,1		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,6	15,8	5,6	-26,8		-0,8
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	59,9	69,5	15,1	-13,8		-0,6
Prevalenza utenti positivi a test HIV	6,0	8,3	6,1	-27,8		-0,4
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	69,6	78,9	10,5	-11,8		-0,9
Percentuale utenti positivi al test HBV	25,0	33,4	18,8	-25,1		-0,4
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	75,8	83,4	9,2	-9,1		-0,8
Percentuale utenti positivi a test HCV	38,6	54,0	19,2	-28,6		-0,8

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,9	10,3	2,2	5,5	0,3
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,6	0,9	0,7	82,1	1,0
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	85,6	73,3	31,6	16,7	0,4
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	1,2	0,0
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	12,0	7,6	5,7	59,3	0,8
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	61,6	53,9	25,3	14,3	0,3
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	11,2	9,7	4,4	15,7	0,3
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	10,3	7,0	1,9	47,6	1,8
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	28,0	0,8
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	28,8	11,2	13,1	155,8	1,3
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	29,7	27,5	7,4	8,0	0,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	36,2	24,4	9,3	48,2	1,3
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	12,3	0,3
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	7,3	5,6	2,7	29,0	0,6
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	7,7	7,5	10,9	2,4	0,0

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

[1] Dati ACI riferiti all'anno 2010

VI.2.1.11 Regione Molise

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	209.928	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	267	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.148	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,3	0,8	0,3	50,3	1,2
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,2	3,5	1,0	20,6	0,7
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	64,9	48,4	13,9	34,1	1,2
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	84,2	89,7	11,3	-6,1	-0,5
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,7	9,2	3,4	-15,9	-0,4
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	76,7	70,9	7,1	8,1	0,8
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	13,1	15,8	5,6	-17,3	-0,5
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	65,3	69,5	15,1	-6,0	-0,3
Prevalenza utenti positivi a test HIV	2,5	8,3	6,1	-70,5	-1,0
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	77,7	78,9	10,5	-1,5	-0,1
Percentuale utenti positivi al test HBV	35,9	33,4	18,8	7,6	0,1
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	76,0	83,4	9,2	-8,9	-0,8
Percentuale utenti positivi a test HCV	59,9	54,0	19,2	11,0	0,3

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	13,3	10,3	2,2	29,4	1,4
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,0	0,9	0,7	9,0	0,1
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	50,5	73,3	31,6	-31,1	-0,7
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-45,7	-0,8
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	10,5	7,6	5,7	38,7	0,5
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	36,2	53,9	25,3	-32,8	-0,7
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	2,9	9,7	4,4	-70,6	-1,5
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	10,3	7,0	1,9	46,8	1,7
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	15,6	0,5
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	64,8	11,2	13,1	476,3	4,1
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	21,9	27,5	7,4	-20,4	-0,8
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	10,5	24,4	9,3	-57,1	-1,5
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-55,2	-1,2
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,2	5,6	2,7	-43,3	-0,9
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	47,5	7,5	10,9	534,5	3,7

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

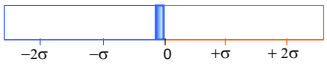
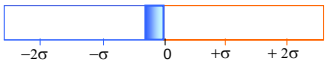
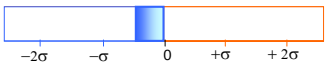
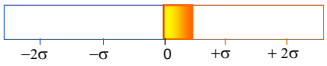
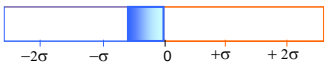
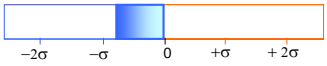
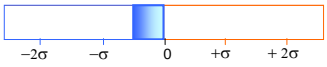
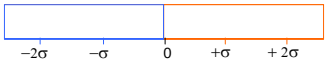
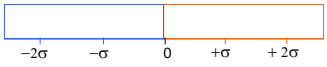
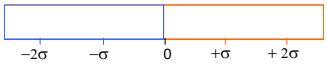
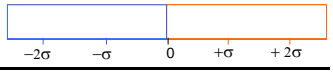
1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

VI.2.1.12 Regione Piemonte

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	2.864.008	39.811.683
(*) Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.298	33.679
(*) Totale utenti assistiti dai Ser.T.	11.462	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,8	0,8	0,3	-5,2		-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,2	3,5	1,0	-8,0		-0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	42,2	48,4	13,9	-12,9		-0,4
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	94,9	89,7	11,3	5,8		0,5
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	7,2	9,2	3,4	-21,5		-0,6
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	65,5	70,9	7,1	-7,7		-0,8
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	13,1	15,8	5,6	-17,3		-0,5
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	n.c	n.c.	n.c.	n.c.		n.c.
Prevalenza utenti positivi a test HIV	n.c	n.c.	n.c.	n.c.		n.c.
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.		n.c.
Percentuale utenti positivi al test HBV	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.		n.c.
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	n.c	n.c.	n.c.	n.c.		n.c.
Percentuale utenti positivi a test HCV	n.c	n.c.	n.c.	n.c.		n.c.

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,4	10,3	2,2	10,8	0,5
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,3	0,9	0,7	47,8	0,6
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	97,8	73,3	31,6	33,3	0,8
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	43,5	0,8
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	11,8	7,6	5,7	56,7	0,8
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	69,1	53,9	25,3	28,3	0,6
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	15,9	9,7	4,4	63,1	1,4
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	4,6	7,0	1,9	-34,3	-1,3
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-29,2	-0,9
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	6,1	11,2	13,1	-45,6	-0,4
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	21,5	27,5	7,4	-22,0	-0,8
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	13,9	24,4	9,3	-43,1	-1,1
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,2	0,1	0,1	84,7	1,9
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	9,6	5,6	2,7	70,9	1,5
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	n.c	n.c	n.c	n.c	n.c

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

(*) assistiti nei Ser.T. anno 2010
n.c.: dato non calcolabile

1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

VI.2.1.13 Regione Puglia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	2.729.120	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.188	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	13.180	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,8	0,8	0,3	-5,2	-0,1
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,0	3,5	1,0	15,7	0,6
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	49,0	48,4	13,9	1,1	0,0
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	98,6	89,7	11,3	10,0	0,8
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	16,4	9,2	3,4	79,0	2,1
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	66,0	70,9	7,1	-6,9	-0,7
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	15,8	15,8	5,6	0,0	0,0
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	64,0	69,5	15,1	-7,9	-0,4
Prevalenza utenti positivi a test HIV	6,5	8,3	6,1	-22,1	-0,3
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	70,6	78,9	10,5	-10,5	-0,8
Percentuale utenti positivi al test HBV	19,2	33,4	18,8	-42,6	-0,8
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	79,2	83,4	9,2	-5,0	-0,5
Percentuale utenti positivi a test HCV	53,5	54,0	19,2	-0,9	0,0

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	10,7	10,3	2,2	3,7	0,2
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,3	0,9	0,7	-70,7	-0,9
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	91,0	73,3	31,6	24,1	0,6
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	10,7	0,2
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	8,5	7,6	5,7	13,0	0,2
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	72,4	53,9	25,3	34,3	0,7
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	9,4	9,7	4,4	-3,5	-0,1
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,3	7,0	1,9	18,1	0,7
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	5,4	0,2
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	12,4	11,2	13,1	10,2	0,1
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	39,8	27,5	7,4	44,4	1,7
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	22,6	24,4	9,3	-7,6	-0,2
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,2	0,1	0,1	34,3	0,8
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	8,4	5,6	2,7	50,0	1,0
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	8,6	7,5	10,9	15,3	0,1

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

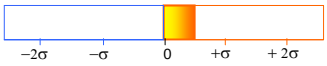
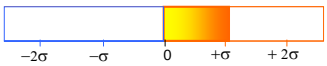
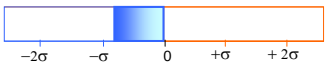
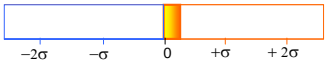
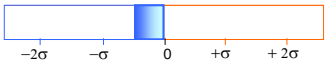
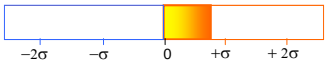
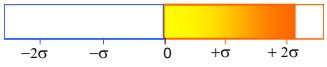
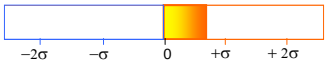
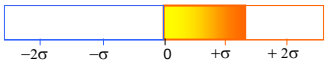
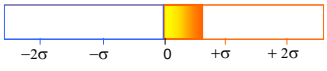
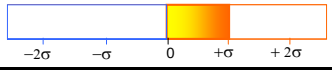
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2010

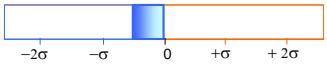
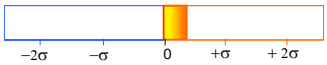
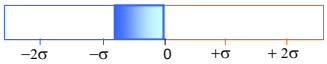
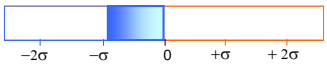
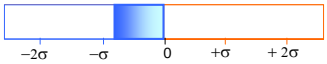
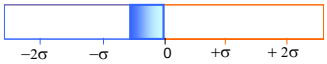
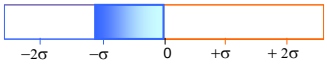
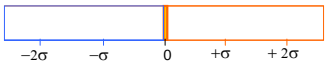
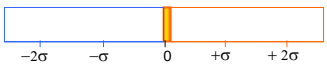
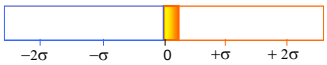
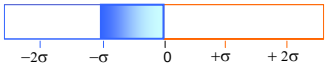
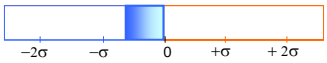
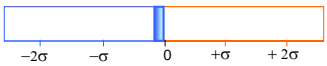
VI.2.1.14 Regione Sardegna

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	1.143.849	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	1.166	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	6.492	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,0	0,8	0,3	20,5		0,5
Tasso totale utenti per 1.000 res.	4,7	3,5	1,0	33,8		1,2
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	63,1	48,4	13,9	30,3		1,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	90,0	89,7	11,3	0,3		0,0
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	6,4	9,2	3,4	-29,7		-0,8
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	72,8	70,9	7,1	2,7		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	13,2	15,8	5,6	-16,3		-0,5
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	81,0	69,5	15,1	16,5		0,8
Prevalenza utenti positivi a test HIV	21,2	8,3	6,1	155,9		2,1
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	86,1	78,9	10,5	9,1		0,7
Percentuale utenti positivi al test HBV	58,1	33,4	18,8	74,0		1,3
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	89,1	83,4	9,2	6,8		0,6
Percentuale utenti positivi a test HCV	73,4	54,0	19,2	35,9		1,0

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,2	10,3	2,2	-10,4		-0,5
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,1	0,9	0,7	30,0		0,4
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	48,3	73,3	31,6	-34,1		-0,8
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-50,0		-0,9
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	3,1	7,6	5,7	-59,5		-0,8
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	40,2	53,9	25,3	-25,4		-0,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	4,8	9,7	4,4	-50,5		-1,1
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	9,4	7,0	1,9	34,4		1,3
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	2,0		0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	12,7	11,2	13,1	12,8		0,1
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	39,9	27,5	7,4	44,8		1,7
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	26,7	24,4	9,3	9,1		0,2
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-46,4		-1,0
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	4,0	5,6	2,7	-29,7		-0,6
(*) Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	5,9	7,5	10,7	-21,2		-0,1

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

(*) dato riferito alle ANN 03 2011

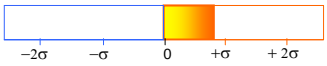
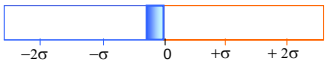
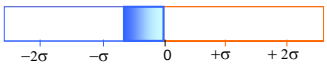
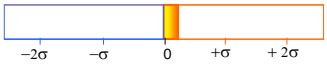
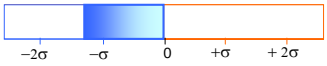
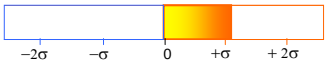
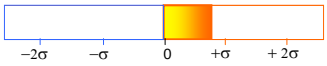
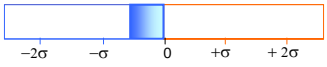
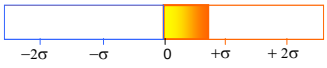
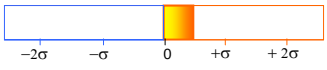
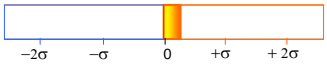
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2010

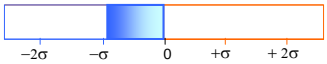
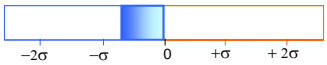
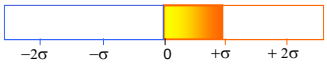
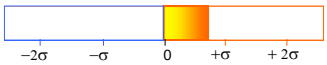
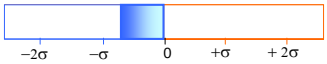
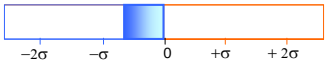
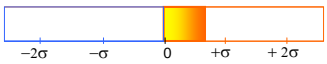
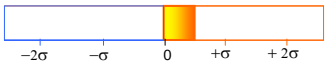
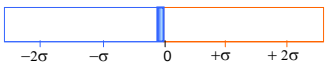
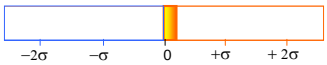
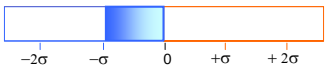
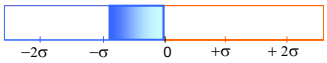
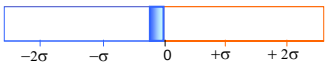
VI.2.1.15 Regione Sicilia

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	3.348.932	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	3.775	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	14.555	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,1	0,8	0,3	33,2		0,8
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,2	3,5	1,0	-7,5		-0,3
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	39,5	48,4	13,9	-18,4		-0,6
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	109,9	89,7	11,3	22,6		1,8
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,0	9,2	3,4	8,7		0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	61,8	70,9	7,1	-12,9		-1,3
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	21,8	15,8	5,6	38,4		1,1
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	81,1	69,5	15,1	16,7		0,8
Prevalenza utenti positivi a test HIV	5,0	8,3	6,1	-39,9		-0,5
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	86,5	78,9	10,5	9,6		0,7
Percentuale utenti positivi al test HBV	42,4	33,4	18,8	26,9		0,5
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	85,9	83,4	9,2	3,0		0,3
Percentuale utenti positivi a test HCV	54,8	54,0	19,2	1,4		0,0

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	8,3	10,3	2,2	-19,1		-0,9
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,4	0,9	0,7	-55,6		-0,7
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	103,2	73,3	31,6	40,7		0,9
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	39,5		0,7
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	3,6	7,6	5,7	-51,8		-0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	92,4	53,9	25,3	71,4		1,5
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	6,9	9,7	4,4	-29,0		-0,6
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	8,3	7,0	1,9	17,9		0,7
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	16,9		0,5
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	9,9	11,2	13,1	-11,5		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	39,3	27,5	7,4	42,7		1,6
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	26,4	24,4	9,3	7,9		0,2
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-42,7		-0,9
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,2	5,6	2,7	-42,4		-0,9
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	5,1	7,5	10,9	-32,2		-0,2

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

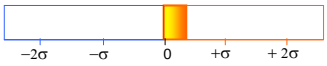
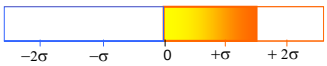
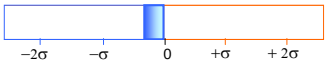
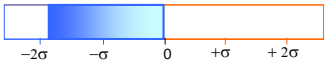
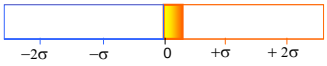
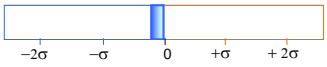
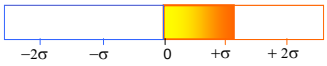
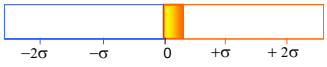
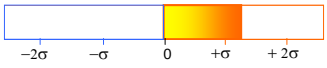
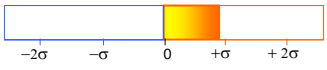
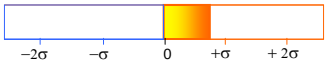
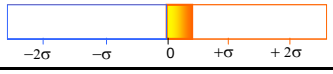
[1] Dati ACI riferiti all'anno 2010

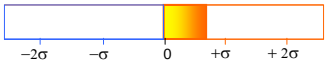
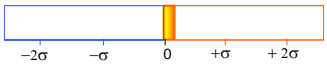
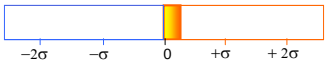
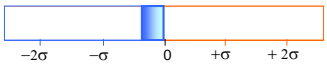
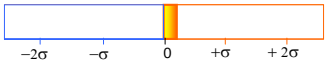
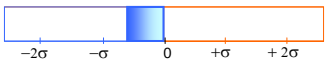
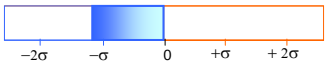
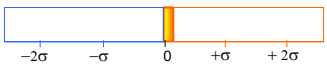
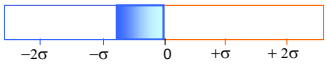
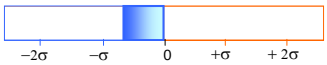
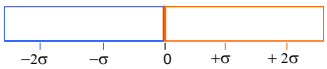
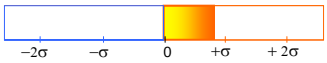
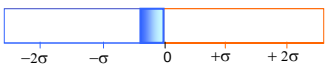
VI.2.1.16 Regione Toscana

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	2.399.835	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.334	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	14.314	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	1,0	0,8	0,3	15,0		0,4
Tasso totale utenti per 1.000 res.	5,0	3,5	1,0	43,5		1,6
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	69,3	48,4	13,9	43,0		1,5
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	86,1	89,7	11,3	-3,9		-0,3
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	2,8	9,2	3,4	-69,4		-1,9
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	73,1	70,9	7,1	3,1		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	14,7	15,8	5,6	-7,0		-0,2
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	86,6	69,5	15,1	24,6		1,1
Prevalenza utenti positivi a test HIV	10,2	8,3	6,1	22,9		0,3
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	92,1	78,9	10,5	16,7		1,3
Percentuale utenti positivi al test HBV	50,2	33,4	18,8	50,3		0,9
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	90,2	83,4	9,2	8,2		0,7
Percentuale utenti positivi a test HCV	61,9	54,0	19,2	14,6		0,4

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	11,8	10,3	2,2	14,3		0,7
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,0	0,9	0,7	14,4		0,2
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	81,9	73,3	31,6	11,7		0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-19,3		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	8,8	7,6	5,7	15,8		0,2
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	55,5	53,9	25,3	3,0		0,1
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	16,1	9,7	4,4	65,9		1,4
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,9	7,0	1,9	-15,9		-0,6
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-39,3		-1,2
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	13,3	11,2	13,1	17,9		0,2
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	21,9	27,5	7,4	-20,4		-0,8
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	18,4	24,4	9,3	-24,8		-0,6
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	1,0		0,0
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	7,8	5,6	2,7	39,3		0,8
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	3,4	7,5	10,9	-54,5		-0,4

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

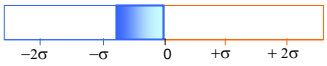
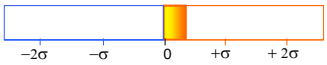
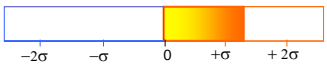
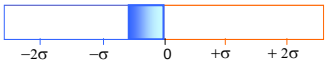
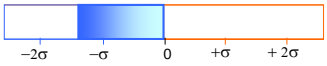
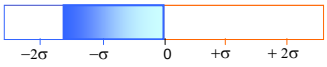
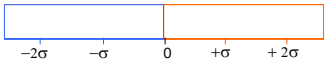
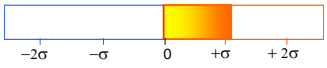
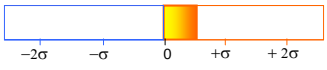
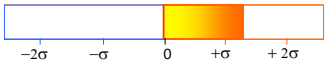
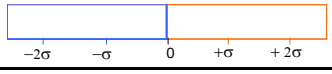
1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

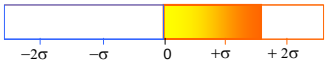
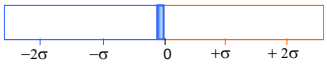
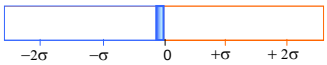
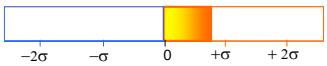
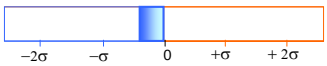
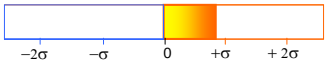
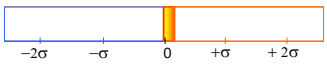
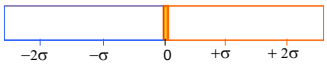
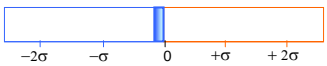
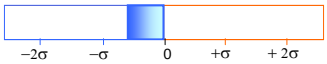
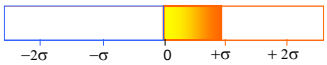
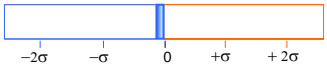
VI.2.1.17 Regione Umbria

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	580.496	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	337	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	2.556	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,6	0,8	0,3	-31,4		-0,8
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,8	3,5	1,0	9,9		0,4
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	66,4	48,4	13,9	37,0		1,3
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	83,3	89,7	11,3	-7,1		-0,6
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	4,4	9,2	3,4	-51,4		-1,4
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	86,5	70,9	7,1	22,0		2,2
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	6,8	15,8	5,6	-57,1		-1,6
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	n.c	n.c	n.c	n.c		n.c
Prevalenza utenti positivi a test HIV	n.c	n.c	n.c	n.c		n.c
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	90,4	78,9	10,5	14,5		1,1
Percentuale utenti positivi al test HBV	43,4	33,4	18,8	29,9		0,5
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	95,1	83,4	9,2	14,0		1,3
Percentuale utenti positivi a test HCV	54,1	54,0	19,2	0,1		0,0

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	13,7	10,3	2,2	32,8		1,6
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	3,6	0,9	0,7	313,9		3,9
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	70,1	73,3	31,6	-4,4		-0,1
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,2	0,2	0,1	-6,4		-0,1
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	11,9	7,6	5,7	57,3		0,8
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	44,1	53,9	25,3	-18,2		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	13,4	9,7	4,4	38,2		0,8
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	7,3	7,0	1,9	4,7		0,2
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	2,4		0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	9,3	11,2	13,1	-17,2		-0,1
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	23,3	27,5	7,4	-15,5		-0,6
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	33,1	24,4	9,3	35,4		0,9
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-5,2		-0,1
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	10,7	5,6	2,7	89,7		1,9
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	25,1	7,5	10,9	235,6		1,6

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

n.c. dato non calcolabile

1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

VI.2.1.18 Regione Valle d'Aosta

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	83.528	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	64	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	358	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,8	0,8	0,3	-9,4	-0,2
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,5	3,5	1,0	1,2	0,0
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	53,3	48,4	13,9	10,0	0,3
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	80,4	89,7	11,3	-10,3	-0,8
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	6,1	9,2	3,4	-32,9	-0,9
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	77,1	70,9	7,1	8,7	0,9
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	16,2	15,8	5,6	2,7	0,1
Percentuale utenti non testati su testabili a test HIV	62,6	69,5	15,1	-10,0	-0,5
Prevalenza utenti positivi a test HIV	8,3	8,3	6,1	0,4	0,0
Percentuale utenti non testati su testabili a test HBV	73,7	78,9	10,5	-6,6	-0,5
Percentuale utenti positivi al test HBV	40,3	33,4	18,8	20,6	0,4
Percentuale utenti non testati su testabili a test HCV	89,9	83,4	9,2	7,8	0,7
Percentuale utenti positivi a test HCV	78,9	54,0	19,2	46,1	1,3

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	13,2	10,3	2,2	27,8	1,3
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	1,2	0,9	0,7	37,0	0,5
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	129,3	73,3	31,6	76,3	1,8
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,3	0,2	0,1	77,3	1,4
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	21,5	7,6	5,7	185,2	2,5
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	99,4	53,9	25,3	84,3	1,8
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	7,2	9,7	4,4	-26,1	-0,6
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	6,7	7,0	1,9	-4,4	-0,2
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	-3,9	-0,1
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	8,4	11,2	13,1	-25,4	-0,2
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	29,9	27,5	7,4	8,7	0,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	13,2	24,4	9,3	-46,1	-1,2
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,2	0,1	0,1	86,4	1,9
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	1,2	5,6	2,7	-78,7	-1,6
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	9,3	7,5	10,9	23,6	0,2

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

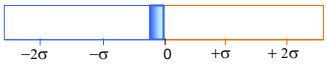
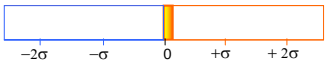
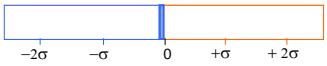
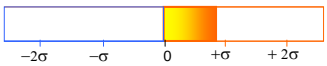
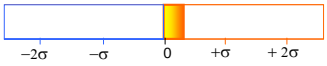
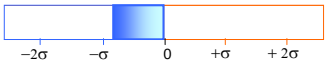
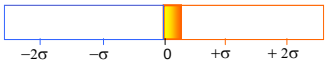
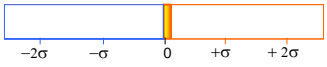
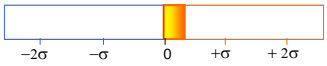
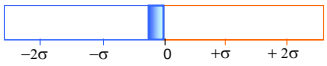
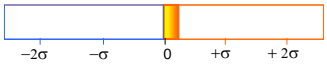
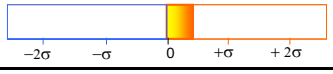
1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

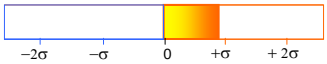
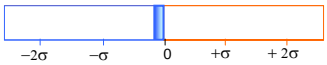
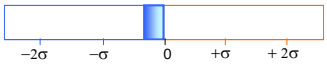
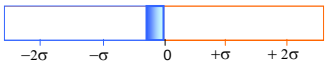
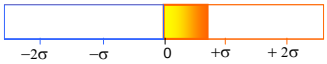
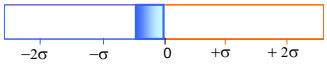
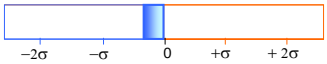
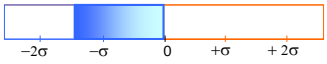
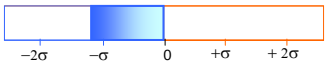
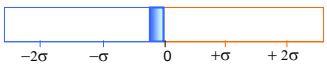
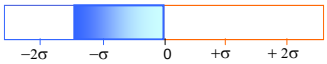
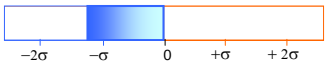
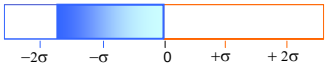
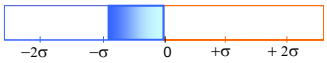
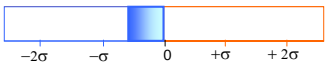
VI.2.1.19 Regione Veneto

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	3.253.052	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	2.505	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	14.276	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,8	0,8	0,3	-9,0		-0,2
Tasso totale utenti per 1.000 res.	3,6	3,5	1,0	4,0		0,1
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	49,4	48,4	13,9	1,9		0,1
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	88,9	89,7	11,3	-0,8		-0,1
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	12,0	9,2	3,4	31,5		0,8
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	73,2	70,9	7,1	3,2		0,3
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	11,2	15,8	5,6	-28,8		-0,8
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	73,7	69,5	15,1	6,1		0,3
Prevalenza utenti positivi a test HIV	9,0	8,3	6,1	8,5		0,1
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	82,5	78,9	10,5	4,5		0,3
Percentuale utenti positivi al test HBV	28,8	33,4	18,8	-13,7		-0,2
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	85,6	83,4	9,2	2,6		0,2
Percentuale utenti positivi a test HCV	62,2	54,0	19,2	15,1		0,4

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	12,2	10,3	2,2	18,5		0,9
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,8	0,9	0,7	-12,1		-0,1
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	63,4	73,3	31,6	-13,5		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,1	0,2	0,1	-15,1		-0,3
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	11,6	7,6	5,7	53,0		0,7
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	42,5	53,9	25,3	-21,1		-0,4
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	8,3	9,7	4,4	-14,6		-0,3
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	4,3	7,0	1,9	-38,7		-1,4
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,1	0,2	0,1	-39,9		-1,2
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	8,4	11,2	13,1	-25,6		-0,2
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	16,8	27,5	7,4	-38,8		-1,4
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	12,9	24,4	9,3	-47,0		-1,2
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,0	0,1	0,1	-78,5		-1,7
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,2	5,6	2,7	-43,2		-0,9
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	1,3	7,5	10,9	-83,3		-0,6

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

1

VI.2.1.20 Pronvina Autonoma di Bolzano

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	332.988	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	48	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	755	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,1	0,8	0,3	-83,0	-2,0
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,1	3,5	1,0	-39,0	-1,4
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	27,2	48,4	13,9	-43,8	-1,5
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	83,2	89,7	11,3	-7,2	-0,6
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,0	9,2	3,4	9,0	0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	82,8	70,9	7,1	16,8	1,7
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	5,0	15,8	5,6	-68,0	-1,9
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	100,0	69,5	15,1	43,9	2,0
Prevalenza utenti positivi a test HIV	0,0	8,3	6,1	-100,0	-1,4
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	100,0	78,9	10,5	26,7	2,0
Percentuale utenti positivi al test HBV	0,0	33,4	18,8	-100,0	-1,8
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	100,0	83,4	9,2	19,9	1,8
Percentuale utenti positivi a test HCV	0,0	54,0	19,2	-100,0	-2,8

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	9,1	10,3	2,2	-11,9	-0,6
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,3	0,9	0,7	-65,6	-0,8
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	92,5	73,3	31,6	26,2	0,6
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,4	0,2	0,1	139,7	2,5
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	5,1	7,6	5,7	-32,4	-0,4
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	75,1	53,9	25,3	39,3	0,8
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	9,9	9,7	4,4	1,9	0,0
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	5,5	7,0	1,9	-21,6	-0,8
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	49,0	1,4
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	6,6	11,2	13,1	-41,2	-0,4
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	23,1	27,5	7,4	-16,0	-0,6
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	19,5	24,4	9,3	-20,1	-0,5
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-44,0	-1,0
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,3	5,6	2,7	-41,2	-0,8
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	1,3	7,5	10,9	-82,4	-0,6

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

1. Dati ACI riferiti all'anno 2010

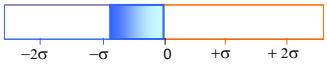
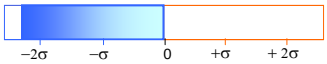
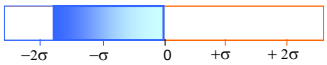
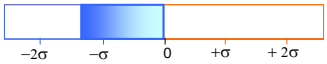
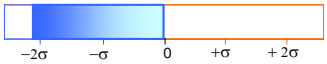
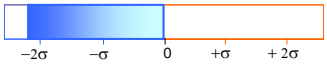
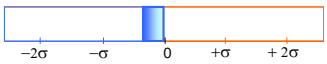
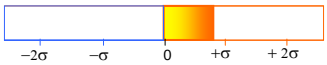
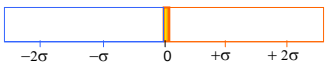
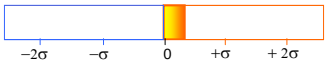
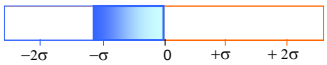
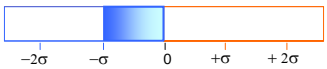
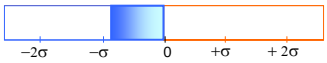
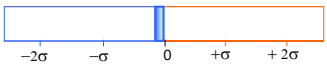
VI.2.1.21 Pronvina Autonoma di Trento

Indicatori di sintesi : **valori assoluti**

Indicatori	Valore regionale assoluto	Valore nazionale assoluto
Popolazione 15-64 anni al 01.01.2011	346.199	39.811.683
Nuovi utenti assistiti dai Ser.T.	96	33.679
Totale utenti assistiti dai Ser.T.	1.068	172.211

Indicatori di sintesi : **valori regionali, valori nazionali e scostamento standardizzato**(*) dal valore nazionale

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato
Tasso nuovi utenti per 1.000 res.	0,3	0,8	0,3	-67,2	-1,6
Tasso totale utenti per 1.000 res.	2,8	3,5	1,0	-19,3	-0,7
Persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei (x 10.000 res.)	45,9	48,4	13,9	-5,2	-0,2
Utenti in carico nei Sert su persone con bisogno di trattamento per uso di oppiacei	67,2	89,7	11,3	-25,1	-2,0
Percentuale utenti con uso primario di cannabis	10,0	9,2	3,4	9,0	0,2
Percentuale utenti con uso primario di oppiacei	82,8	70,9	7,1	16,8	1,7
Percentuale utenti con uso primario di cocaina	5,0	15,8	5,6	-68,0	-1,9
Percentuale utenti non testati a test HIV su utenti in carico	42,9	69,5	15,1	-38,3	-1,8
Prevalenza utenti positivi a test HIV	9,7	8,3	6,1	16,4	0,2
Percentuale utenti non testati a test HBV su utenti in carico	69,0	78,9	10,5	-12,6	-0,9
Percentuale utenti positivi al test HBV	36,5	33,4	18,8	9,4	0,2
Percentuale utenti non testati a test HCV su utenti in carico	72,1	83,4	9,2	-13,6	-1,2
Percentuale utenti positivi a test HCV	62,1	54,0	19,2	15,0	0,4

Indicatori	Val. Regio--nale	Valore Naz.le	Dev.std dal val. naz.le	Δ%	Z*=Scostamento Standardizzato	
Tasso di mortalità per incidenti stradali (x 100.000 res.)[1]	8,5	10,3	2,2	-18,0		-0,9
Tasso di mortalità droga correlata (x 100.000 res.)	0,9	0,9	0,7	-0,9		0,0
Segnalazioni art.75 per regione di residenza (x 100.000 res.)	0,9	73,3	31,6	-98,8		-2,3
Soggetti segnalati art.75 per **regione di residenza** sul totale utenti in carico ai SerT.	0,0	0,2	0,1	-98,3		-1,8
Soggetti segnalati art.75 per oppiacei per 100.000 res	0,0	7,6	5,7	-100,0		-1,3
Soggetti segnalati art.75 per cannabis per 100.000 res.	0,3	53,9	25,3	-99,5		-2,1
Soggetti segnalati art.75 per cocaina per 100.000 res.	0,0	9,7	4,4	-100,0		-2,2
Soggetti denunciati Art. 73 per per regione di residenza per 10.000 res.	6,4	7,0	1,9	-8,9		-0,3
Soggetti denunciati art.73 per regione di residenza sul totale carico nei SerT.	0,2	0,2	0,1	27,2		0,8
Soggetti art.73 denunciati per eroina per 100.000 res	12,4	11,2	13,1	10,5		0,1
Soggetti art.73 denunciati per cannabis per 100.000 res	30,0	27,5	7,4	9,1		0,3
Soggetti art.73 denunciati per cocaina per 100.000 res	13,9	24,4	9,3	-43,3		-1,1
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati sul totale utenti in carico nei SerT.	0,1	0,1	0,1	-44,0		-1,0
Detenuti entrati dalla libertà con problemi socio sanitari droga correlati (x 10.000 res)	3,3	5,6	2,7	-41,2		-0,8
Utenti in carcere in carico ai Ser.T su tossicodipendenti in affido art.94	6,0	7,5	10,9	-19,9		-0,1

** Lo scostamento standardizzato è calcolato come differenza tra il valore osservato della regione e il valore nazionale, e tale differenza rapportata alla deviazione standard della distribuzione nazionale.*

[1] Dati ACI riferiti all'anno 2010

VI.2.1.22 Performance e Criticità

In questo paragrafo vengono presentati i risultati degli indicatori di sintesi sulle "Performance" e sulle "Criticità" per le Regioni e Province Autonome.
Partendo dagli indicatori relativi ai dati forniti dalle amministrazioni centrali e regionali, è stato calcolato il valore medio nazionale e la deviazione standard dalla media nazionale. Per ogni singola Regione e Provincia Autonoma, quindi, è stato calcolato lo Scostamento Standardizzato dalla media nazionale, che consente il confronto di dimensioni disomogenee fra loro e viene calcolato come la differenza tra il valore dell'indicatore regionale osservato e il valore medio nazionale, rapportato alla deviazione standard della distribuzione nazionale.
Per l'indicatore di sintesi "Performance", quindi è stato calcolato, come la somma di tutti gli scostamenti negativi, mentre l'indicatore di sintesi "Criticità" è stato ottenuto attraverso la somma degli scostamenti positivi.

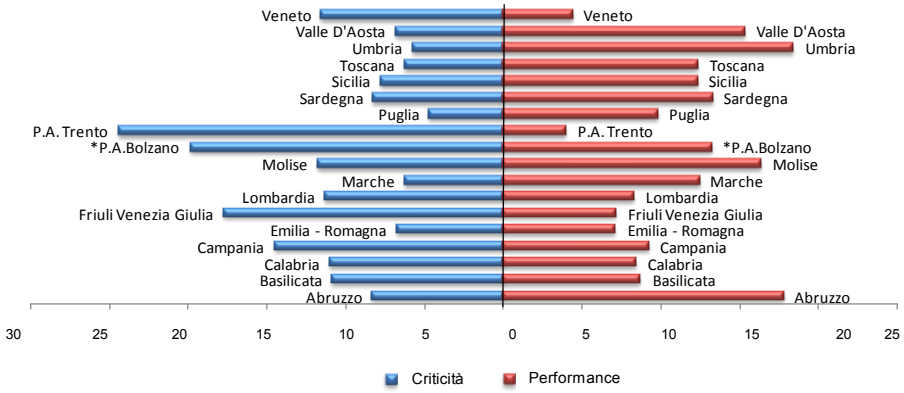
Tabella VI.2.1: Somma degli scostamenti standardizzati per regione. Anno 2011

Regioni	Somma degli scostamenti standardizzati – Performance	Somma degli scostamenti standardizzati – Criticità
Puglia	4,7	9,8
Umbria	5,8	18,4
Marche	6,2	12,5
Toscana	6,2	12,3
Emilia - Romagna	6,7	7,1
Valle D'Aosta	6,8	15,3
Sicilia	7,8	12,3
Sardegna	8,2	13,3
Abruzzo	8,3	10,0
Basilicata	10,8	7,0
Calabria	11,0	8,4
Lombardia	11,3	8,3
Veneto	11,5	4,4
Molise	11,7	16,4
Campania	14,5	9,2
Friuli Venezia Giulia	17,7	7,1
P.A.Bolzano	19,9	13,2
P.A. Trento	24,4	3,9
(*) Lazio	-	-
(*)Liguria	-	-
(*)Piemonte	-	-

(*)*Per le Regioni: Lazio, Liguria e Piemonte dati non pervenuti*

Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

Figura V.2.1: Indice Globale: somma degli scostamenti standardizzati **Performance** e **Criticità** per regione. Anno 2011



**P.Bolzano utenti non testati per HIV, HBV e HCV*

Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

VI.2.2. Comparazione dei dati delle regioni e delle Province Autonome, mediante indicatori standardizzati: scostamenti regionali dalla media nazionale

In questo paragrafo viene presentato un sistema sperimentale (Delta Drugs 3D) per la creazione di un profilo di sintesi per ciascuna regione a confronto con la situazione media nazionale. Tale analisi viene condotta mediante il calcolo della differenza standardizzata dalla media nazionale di alcuni indicatori sul fenomeno. 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).

Confrontare gli scostamenti delle singole regioni dalla media Nazionale sulle 3 dimensioni:
1.Gravità del fenomeno
2.Risposta assistenziale
3.Risposta di contrasto

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.

Indicatori:
-Gravità

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.

-Risposta Assistenziale

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).

-Contrasto

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.

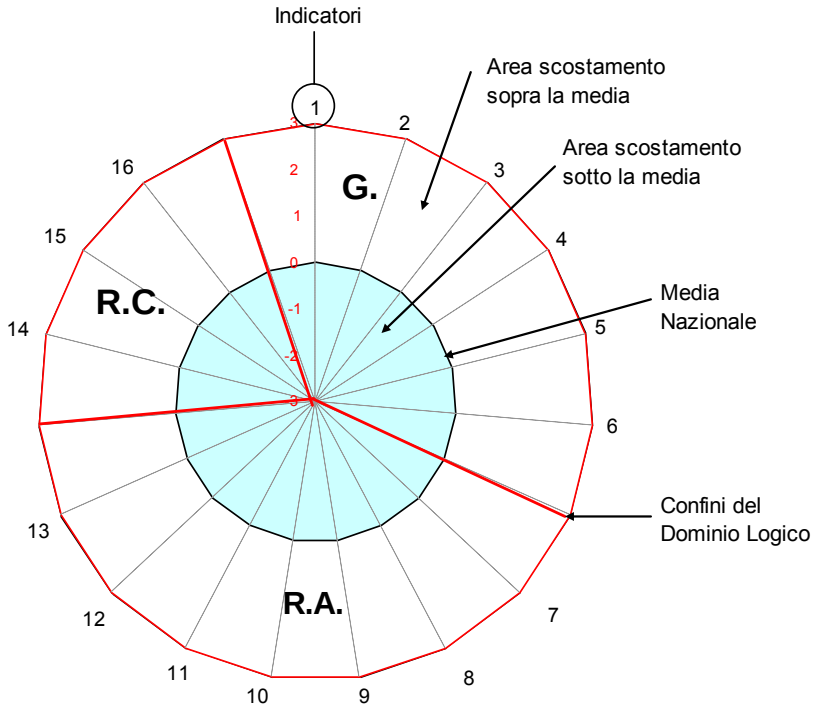
Mediante la definizione di queste tre dimensioni latenti, è possibile operare due tipologie di confronto, uno di natura molto sintetica attraverso la somma degli scostamenti di ciascun indicatore regionale dalla media nazionale, all'interno di ciascuna dimensione, che fornisce un valore sintetico per singola dimensione dello scostamento regionale dalla media nazionale (Tabella VI.2.1); il secondo tipo di confronto più analitico permette di confrontare il profilo degli indicatori regionali all'interno delle tre dimensioni latenti, tra di loro e rispetto ai profili delle altre regioni.

Osservare gli scostamenti standardizzati dalla media nazionale

Nel sistema Delta Drugs tale profilo viene rappresentato graficamente mediante un grafico "radar" in cui ciascuna dimensione del radar è rappresentato da un indicatore, precisamente dallo scostamento standardizzato dell'indicatore regionale dalla media nazionale. L'area del radar che rappresenta a livello concettuale il profilo regionale dello scostamento dalla media nazionale del fenomeno oggetto di studio, viene suddivisa nelle tre dimensioni latenti (G = gravità, R.A. = risposta assistenziale, R.C. = risposta di contrasto) e in due aree circolari concentriche che delimitano l'area del profilo regionale che differisce posizionandosi sotto la dalla media nazionale, da quella in cui il profilo regionale differisce posizionandosi sopra tale media (Figura VI.2.2).

Evidenziazione degli scostamenti dalla media nazionale:
cerchio superiore= sopra media
cerchio inferiore= sotto media

Figura V.2.2: Sistema DELTA DRUGS 3D



Lo scostamento viene rappresentata in $\pm 3\sigma$

La lettura dei profili regionali rispetto alla media nazionale, evidenzia le situazioni in cui la gravità del fenomeno, risulta interamente o parzialmente inferiore alla media nazionale a fronte ad esempio di una risposta assistenziale superiore alla media nazionale, o viceversa. Analogamente, evidenzia situazioni con elevata gravità del fenomeno ed una risposta assistenziale e di contrasto inferiore rispetto alla media nazionale.
Secondo tale modello concettuale è possibile osservare per alcune regioni profili di gravità superiori alla media nazionale, a fronte di azioni di contrasto e di risposta assistenziale carenti, ovvero profili più equilibrati tra le tre dimensioni, con scostamenti dalla media nazionale orientati omogeneamente verso valori inferiori o superiori al valore medio nazionale.
Lo strumento ha chiaramente bisogno di essere ulteriormente affinato e integrato con altri indicatori ma rappresenta comunque un interessante sistema di osservazione multidimensionale. Relativamente alle rappresentazioni di cui alle Figure VI.2.2, VI.2.3 e VI.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 VI.2.2: Somma degli scostamenti standardizzati.

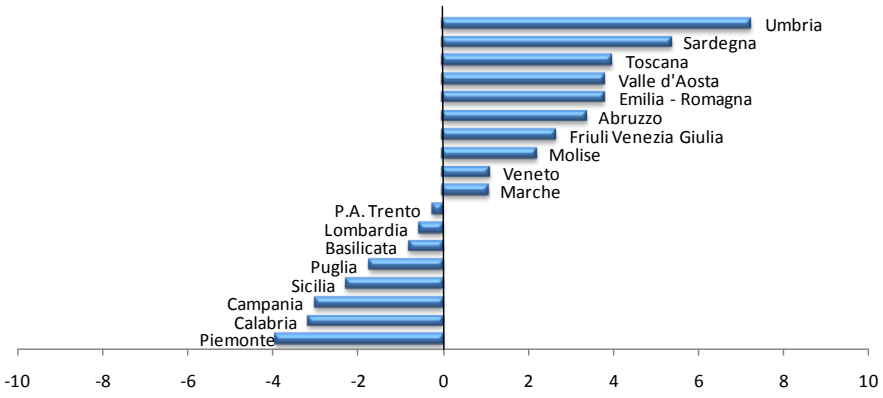
	Scostamento in σ composito da		
Regione	**Gravità**	**Risposta assistenziale**	**Risposta di contrasto**
Abruzzo	3,4	-0,2	0,5
Basilicata	-0,8	-0,5	-1,0
Calabria	-3,2	-0,6	0,3
Campania	-3,0	5,5	0,8
Emilia Romagna	3,8	2,5	-0,1
Friuli Venezia Giulia	2,6	-0,8	-3,5
Lombardia	-0,6	-3,5	-2,0
Marche	1,1	3,6	2,8
Molise	2,2	5,6	0,1
(1) P.A. Bolzano	-	-10,8	-1,0
P.A. Trento	-0,2	0,5	-3,5
Puglia	-1,7	2,9	2,3
Sardegna	5,4	-2,0	-0,1
Sicilia	-2,3	-2,4	0,7
Toscana	4,0	-1,5	0,5
Umbria	7,2	-1,3	1,9
Valle D'Aosta	3,8	2,1	0,0
Veneto	1,1	-3,2	-2,6
(2) Lazio	-	-	-
(2)Liguria	-	-	-
(2)Piemonte	-	-	-

(1) *Non calcolabile*
(2)*Per le Regioni: Lazio, Liguria e Piemonte dati non pervenuti*

Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

Nella figura in seguito si osserva che le regioni con indice di gravità più elevato sono, l'Umbria (7,2), la Sardegna (5,4), la Toscana (4,0), Valle d'Aosta (3,8) e l'Emilia Romagna (3,8), invece, le regioni con un indice di gravità molto basso la Provincia Autonoma di Bolzano (-8,8), la Campania (-3,0), la Calabria (-3,2) ed infine la Campania (-3,0) (Figura VI.2.2) .

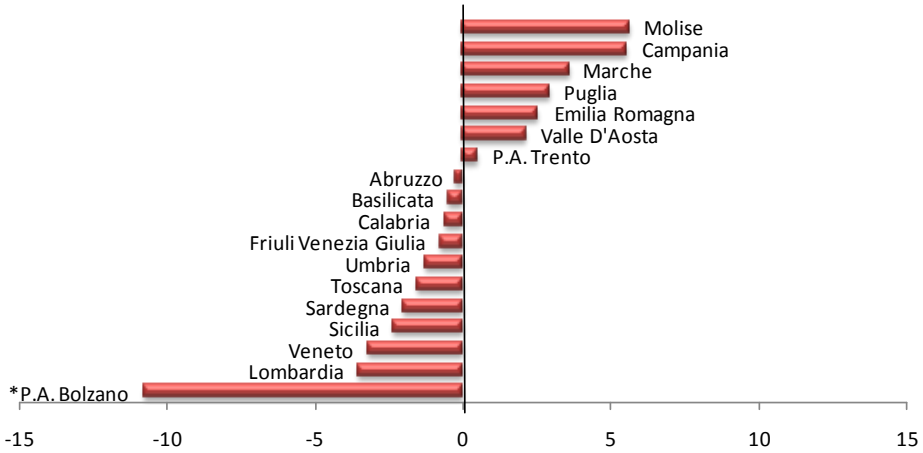
Figura VI.2.2: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito di **Gravità.**



Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

Per l'indicatore composito di risposta assistenziale si nota che la regione con più assistenza risulta essere il Molise (3,2), la Campania (5,5) e le Marche (3,6). Invece, la Provincia Autonoma di Bolzano risulta avere meno assistenza (-10,8) (Figura VI.2.3) .

Figura VI.2.3: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito di **Risposta Assistenziale**.

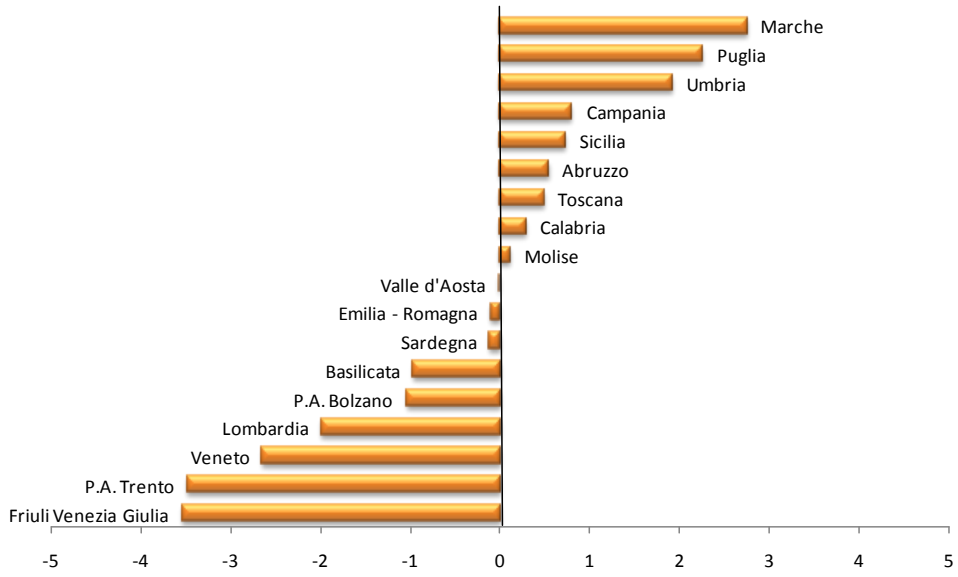


**P.Bolzano utenti non testati per HIV, HBV e HCV*

Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

Infine, per l'indicatore di composito di risposta di Contrasto, si nota che la regione con più risposta di Contrasto è le Marche (2,8), la Puglia (2,3) e a seguire l'Umbria (1,9); invece, le regioni con un indice di Contrasto molto basso sono il Friuli Venezia Giulia e la Provincia Autonoma di Trento(-3,5), il Veneto (-2,6) e la Lombardia (-2,0) (Figura VI.2.4).

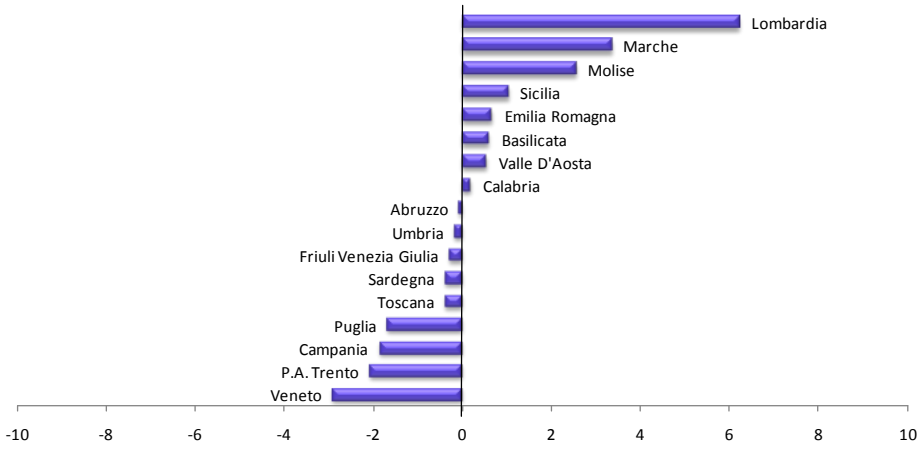
Figura VI.2.4: Somma degli scostamenti per l'indicatore composito **Risposta di Contrasto.**



Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

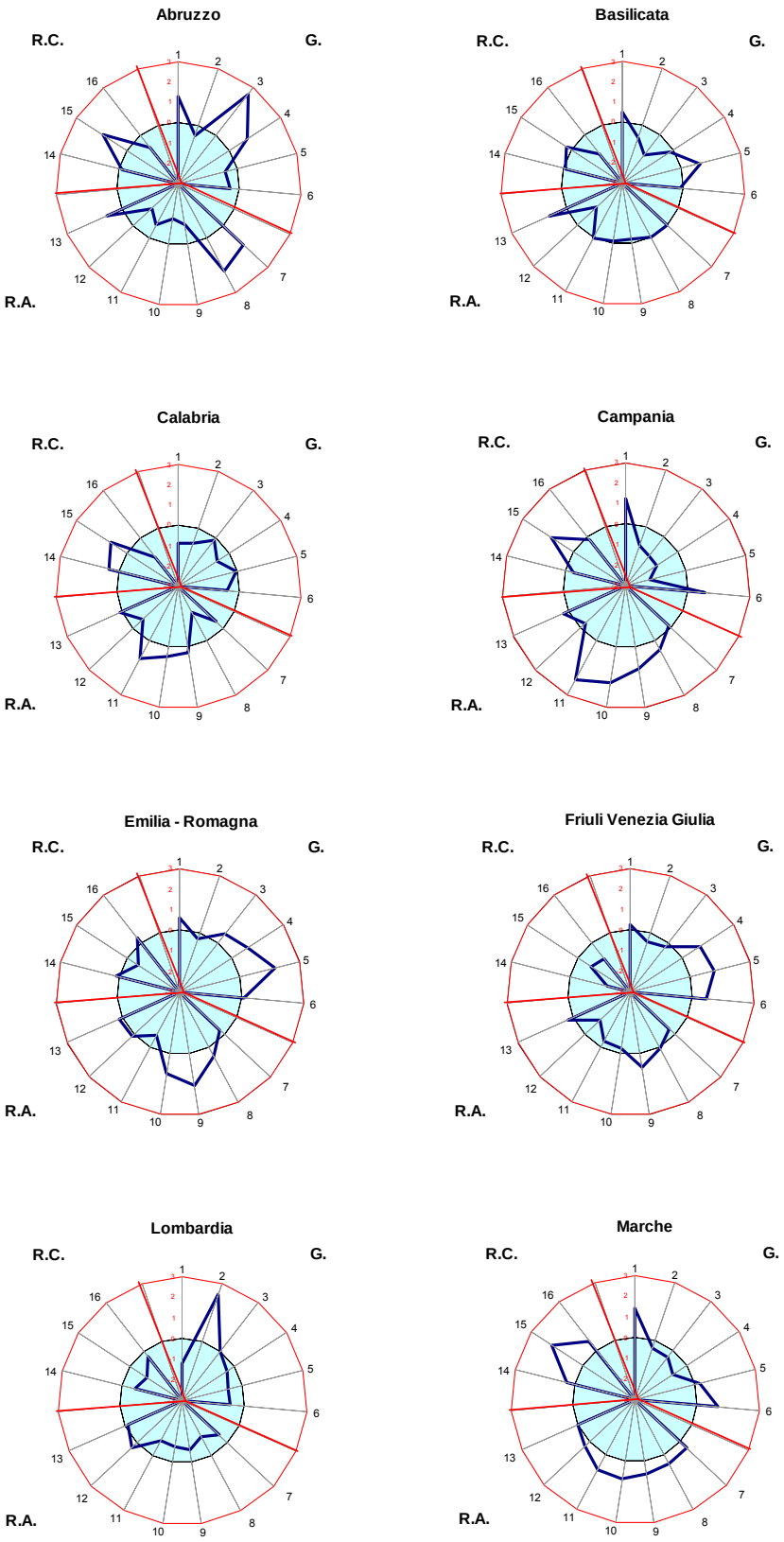
Calcolando il rapporto tra l'indicatore composito di risposta assistenziale e l'indicatore di gravità si osserva che le regioni con più alto rapporto risultano essere la Lombardia (6,2), le Marche (3,4) e il Molise (2,6). Mentre le regioni con il più basso rapporto sono il Veneto (-2,8), la Provincia Autonoma di Trento (-2,1) e la Campania (-1,9) (Figura VI.2.5).

Figura VI.2.5: Rapporto tra risposta l'indicatore composito di risposta assistenziale e gravità (Indice tra risposta al fenomeno e bisogno)



Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

Figura VI.2.6: Sistema Delta Drugs 3D per regione. Anno 2011



Gli indicatori G., R.A. e R.C. sono calcolati mediante lo scostamento standardizzato (σ□)

Gravità:
1. Persone con Bisogno di trattamento
2. % positivi HIV
3. % positivi HBV
4. % positivi HCV
5. Mortalità incidenti
6. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

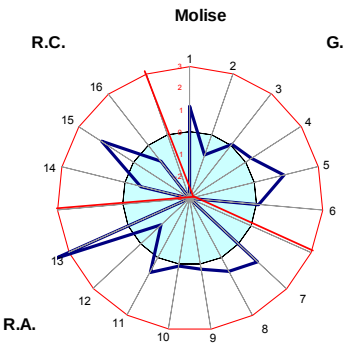
7. Nuovi utenti
8. Totale utenti in carico
9. % non sottoposti a test HIV
10. % non sottoposti sottoposti al test HBV
11. % non sottoposti al test HCV
12. Detenuti in carico ai SerT
13. Affido tossicodipendenti

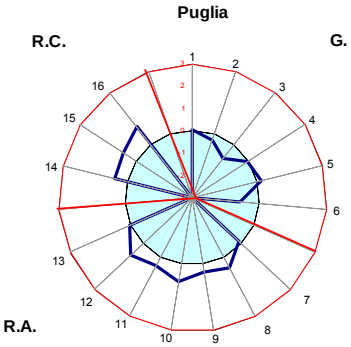
Risposta di contrasto:
14.Segnalazioni art. 75
15. Denunciati art.73
16. Detenuti tossicodipendenti

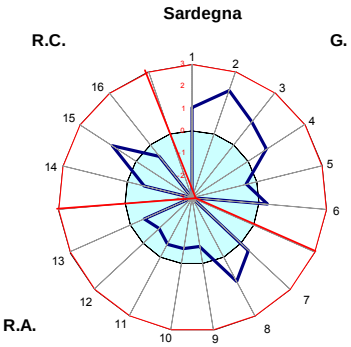
continua

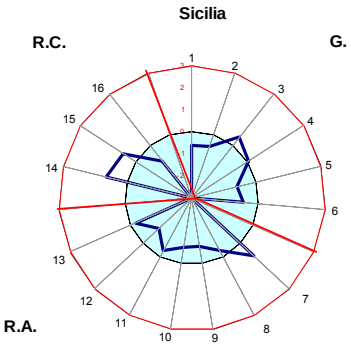
Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

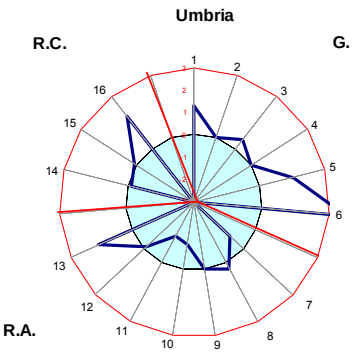
continua

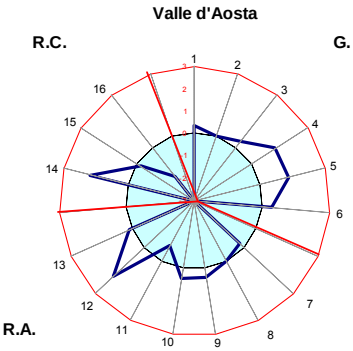












Gravità:
1. Persone con Bisogno di trattamento
2. % positivi HIV
3. % positivi HBV
4. % positivi HCV
5. Mortalità incidenti
6. Mortalità droga correlata

Risposta Assistenziale:

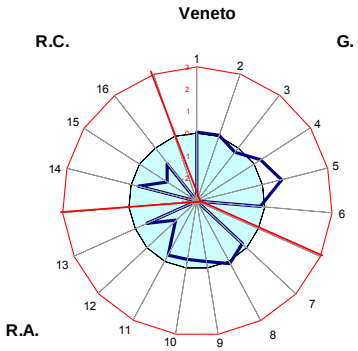
7. Nuovi utenti
8. Totale utenti in carico
9. % non sottoposti a test HIV
10. % non sottoposti sottoposti al test HBV
11. % non sottoposti al test HCV
12. Detenuti in carico ai SerT
13. Affido tossicodipendenti

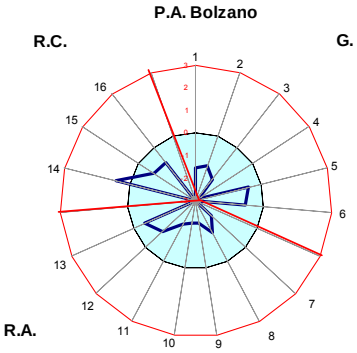
Risposta di contrasto:
14.Segnalazioni art. 75
15. Denunciati art.73
16. Detenuti tossicodipendenti

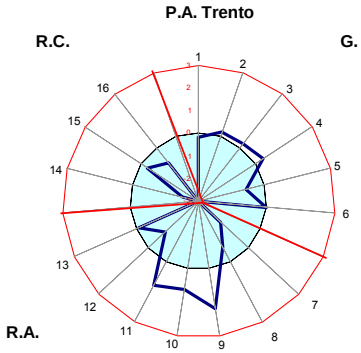
continua

Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

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. % non sottoposti a test HIV
10. % non sottoposti 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

Fonte: Elaborazione dati DPA 2011

VI.2.3. Relazioni conclusive

VI.2.3.1 Regione Abruzzo

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Strategie d'intervento prioritarie

La L.R. 10 marzo 2008, n. 5 "Un sistema di garanzie per la salute – Piano Sanitario Regionale 2008-2010", all'interno del capitolo riguardante "Dipendenze Patologiche e Problemi Alcolcorrelati", ha indicato chiaramente le strategie di intervento prioritarie e, nel corso dell'anno 2011, sono iniziate le riflessioni della struttura commissariale (di cui al Piano di risanamento del SSR), con il supporto dei Servizi preposti della Direzione Politiche della Salute, per l'avvio dell'iter necessario all'adozione del nuovo PSR.
Comunque, in relazione al Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 (PAN) la Regione Abruzzo si è posta nell'ottica della condivisione delle azioni strategiche in esso contenute, ritenendolo un punto di riferimento e di indirizzo per la realizzazione delle attività del Sistema dei Servizi per le Dipendenze, documento cui richiamarsi nella definizione delle proprie linee programmatiche e organizzative.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Progetto Ricostruire

Progetto "Ricostruire"

In attuazione della DGR n. 651 del 9 novembre 2009 e del relativo Accordo di Collaborazione che la Regione Abruzzo ha sottoscritto con il Dipartimento Politiche Antidroga recante *"Interventi per il ripristino della rete dei Servizi per le Tossicodipendenze in seguito al sisma del 6 aprile 2009 e per le attività sperimentali di cura con il coinvolgimento del pubblico-privato",* è stato avviato il sottoprogetto del SerT di L'Aquila.
Si è proceduto, dopo l'erogazione da parte del DPA della prima quota di finanziamento di €150.000,00 - pari al 50% del totale previsto di € 300.000,00 per l'attuazione del progetto "Ricostruire" – agli adempimenti necessari alla iscrizione nel bilancio regionale di tale importo, all'accertamento dell'entrata, all'impegno nonché alla liquidazione e al pagamento della somma dovuta alla ASL di Avezzano - Sulmona - L'Aquila.
Sono stati mantenuti, inoltre, i necessari contatti con i referenti del Servizio per le Tossicodipendenze di L'Aquila e del Dipartimento Politiche Antidroga al fine della realizzazione ottimale delle attività progettuali.

SIND/NIOD

Progetti "SIND Support "e "NIOD":

La Regione Abruzzo ha aderito ai Progetti del Dipartimento Politiche Antidroga "*SIND Support - Progetto per il supporto all'implementazione del "Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze" (SIND)"*, affidato al Consorzio Universitario di Economia Industriale (CUEIM), e *"NIOD (Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze) – Progetto per l'attivazione e supporto di una rete nazionale di Osservatori Regionali sull'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, in accordo con le indicazioni e gli standard europei (EMCDDA)",* affidato alla ASL di Lanciano-Vasto-Chieti.
Sulla base delle indicazioni scaturite a seguito dei numerosi incontri interistituzionali organizzati dal DPA, tenutisi presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri e a seguito del confronto operato con i Ser.T. regionali, sono stati predisposti i progetti operativi per la realtà abruzzese, cui ha fatto seguito l'adesione formale ai progetti "SIND Support "e "NIOD" da parte della Giunta Regionale, con propria deliberazione n. 223 del 28/03/2011.
Per entrambi i progetti - per il tramite della Azienda USL di Teramo appositamente individuata in qualità di capofila e del referente tecnico indicato

con tale atto, nonché con il coinvolgimento di tutti i Servizi Tossicodipendenze delle ASL – si è proceduto agli adempimenti richiesti in collaborazione con il Servizio Gestione Flussi Informativi.
Con determinazione n. DG16/30 del 21/07/2011, inoltre, è stato costituito un Gruppo di lavoro (cabina di regia) per il coordinamento delle azioni ed il monitoraggio dei risultati, riunitosi più volte. Sia il referente tecnico della ASL di Teramo che il Responsabile dell'Ufficio regionale competente, supportati dal tecnico informatico regionale, hanno partecipato alle numerose iniziative del DPA.

Osservatorio Regionale

Osservatorio Epidemiologico Regionale Dipendenze.
Ai fini del monitoraggio e della realizzazione di analisi epidemiologiche e ricerche sul fenomeno delle dipendenze nell'ambito delle attività dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale, la Regione Abruzzo ha continuato ad avvalersi del supporto tecnico-scientifico dell'Istituto di Fisiologia Clinica del CNR di Pisa.
Si è provveduto, infatti, all'analisi dei risultati delle indagini sulla popolazione generale e sulla popolazione studentesca, alla elaborazione dei dati relativi ai flussi informativi standard (SerT, Comunità Terapeutiche), integrati con altri flussi sanitari e non sanitari.
Tale attività è risultata di estrema rilevanza, anche ai fini del debito informativo della struttura regionale verso gli organismi centrali, per la predisposizione della relazione annuale sullo stato delle tossicodipendenze in Italia, predisposta dal Dipartimento Politiche Antidroga e presentata al Parlamento a giugno 2011.
Per l'ambito regionale è stato realizzato e stampato il Rapporto anno 2010 relativo al Fenomeno delle Dipendenze nella Regione Abruzzo, ai fini della divulgazione a tutti gli Enti ed organismi che a vario titolo operano nel settore delle dipendenze patologiche e che hanno contribuito, con l'invio dei dati, alla realizzazione dello studio.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Limitazioni del piano di risanamento

La Regione Abruzzo ha proseguito il proprio impegno nello spirito delle indicazioni della normativa vigente, pur con le notevoli difficoltà derivanti dal Piano di Risanamento del Servizio Sanitario Regionale che non hanno consentito di corrispondere a tutte le esigenze e alle criticità che si sono determinate nel corso del 2011.
L'Ufficio Commissariale, inoltre, sta provvedendo a definire un documento finalizzato alla riorganizzazione della rete di assistenza territoriale residenziale e semiresidenziale, che, si auspica, possa trovare attuazione entro il 2012.

VI.2.3.2 Regione Basilicata

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)
Nel 2011 gli obiettivi centrali della programmazione socio-sanitaria sono stati i seguenti:

Piano Regionale della salute e dei servizi alla Persona 2011-2014

- Coordinare e raccordare le risorse e l'operatività dei diversi punti della rete dei servizi (sanitari, socio-sanitari, assistenziali, sociali ed educativi) impegnati nell'attività di prevenzione cura e riabilitazione;
- Favorire l'integrazione tra i dipartimenti di salute mentale ed i servizi per le tossicodipendenze, per una effettiva presa in carico delle persone con problemi di dipendenze e comorbilità psichiatrica, anche attraverso l'adozione di protocolli operativi;
- Territorializzazione dell'assistenza ed integrazione con gli altri servizi

nell'ambito del distretto, anche attraverso l'ampliamento della tipologia delle offerte assistenziali e la promozione di rapporti di convenzione con i soggetti privati;

- Definizione di un appropriato sistema di valutazione, specifico per le diverse aree di intervento (prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno) che deve accompagnare costantemente i processi di lavoro nei servizi, al fine anche di identificare i bisogni e le buone prassi d'intervento;
- Sostenere il processo di riqualificazione dei servizi e degli interventi in ambito penitenziario e promuovere il rafforzamento della rete esterna al carcere, per un più efficacie intervento delle misure alternative e per un pieno reinserimento sociale dei detenuti.

Sono state poste, nel piano regionale per la prevenzione per gli anni 2010-2012, le linee fondamentali di una riorganizzazione degli interventi nel campo della promozione alla salute e della prevenzione universale.
La rete delle strutture residenziali e semiresidenziali private accreditate ha offerto percorsi di cura e riabilitazione differenziati, sia nelle modalità d'intervento che nei percorsi di cura e riabilitazione e di attività di inclusione sociale.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Rete territoriale di offerta dei servizi e attività specialistiche ad alta integrazione

Sul territorio regionale sono attivi 6 Ser.T. che assicurano trattamenti ad elevata integrazione socio-sanitaria relativi alla cura, riabilitazione e reinserimento sociale dei tossicodipendenti, anche in collaborazione con gli altri servizi specialistici.
I Ser.T. di Potenza, Melfi e Matera svolgono anche attività di diagnosi e cura destinati ai detenuti tossicodipendenti ed alcoldipendenti presso gli istituti di pena.
Le aziende USL adottano i necessari provvedimenti, su indicazione della Regione, affinchè i Ser.T. assicurino la disponiblità per ulteriori attività che vengono svolte in stretta collaborazione con diversi soggetti istituzionali quali: Prefettura, Tribunale per i minori, il Centro di giustizia minorile, le scuole ed i comuni nell'attuazione dei piani sociali di zona.
La rete assistenziale delle tossicodipendenze in Basilicata comprende 5 comunità terapeutiche convenzionate con le due aziende sanitarie di Potenza e Matera.
È operativo il centro alcologico regionale a Chiaromonte che ha carattere residenziale ed ambulatoriale, considerato per gli aspetti organizzativi e per la qualità delle prestazioni erogate, un Centro Regionale di Eccellenza.
I Ser.T. sono stati dotati di un software unico per tutto il territorio regionale, con standard definiti a livello nazionale, al fine di avere informazioni utili sia per quanto riguarda la valutazione diagnostica multidisciplinare sia nella predisposizione dei programmi terapeutici e socio-riabilitativi, comprensivo dei dati relativi alla verifica dell'efficacia degli interventi.
Per quanto riguarda la specificità alcologica i Ser.T. e gli ambulatori ospedalieri assicurano l'attività di prevenzione, cura e riabilitazione delle patologie alcol-correlate.
Ambedue i servizi collaborano con le associazioni dei CLUB degli alcolisti in trattamento e con il gruppo degli alcolisti anonimi con i quali si realizzano anche progetti di prevenzione, educazione alla salute e promozione di stili di vita sani.
Con D.G.R. 1600 del 08-11-2001 la Giunta Regionale ha aderito al progetto SIND-SUPPORT così come è stato approvato con provvedimento n°1608 del 08-11-2011 l'adesione al progetto NIOD, entrambi sono in fase esecutiva.
Con D.G.R. 1190 del 08-08-2011 sono state approvate le linee d'indirizzo per l'autorizzazione e l'accreditamento dei servizi di prevenzione, recupero, assistenza e reinserimento sociale. Con tale atto è stata regolamentata la diversificazione dell'offerta dei servizi, per cui agli esistenti servizi educativi e terapeutici, si sono aggiunti servizi per le persone con comorbilità psichiatrica, e

servizi madre bambino e servizi di prossimità

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Le prospettive future sono in linea con la programmazione precedente.

Poliassunzione, doppia diagnosi, accertamenti sanitari

I temi che si dovranno maggiormente affrontare riguardano:

L'attività di studio e ricerca, soprattutto in considerazione dei modelli complessi dei consumi di sostanze psicoattive e di dipendenza che scaturiscono dalla poliassunzione di droghe ed alcol e delle conseguenze sulla salute e sui comportamenti. La "doppia diagnosi" rappresenta da tempo una nuova frontiera con la quale si confrontano continuamente gli operatori dei servizi pubblici e privati. La specificità di ogni singolo caso richiede di pervenire all'adozione di piani terapeutici personalizzati attraverso un processo diagnostico multidisciplinare;

La strategia della connessione, ovvero l'adozione di un approccio sistemico nell'affrontare il problema rafforzamento;

Lo sviluppo di una forte azione preventiva di contrasto;

Completamento e messa a regime dei progetti SIND-SUPPORT e NIOD che senz'altro potranno fornire utili informazioni per le future azioni di progettazione;

Applicazione 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.

VI.2.3.3 Regione Calabria

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Competenze e linee programmatiche 2011 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 politiche e 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 2011 il Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie, nell'ambito delle proprie competenze, ha individuato le seguenti linee

programmatiche:
Disseminare le informazioni e le conoscenze delle professionalità dei Servizi delle Dipendenze formate nell'anno 2010, attraverso *staff* specialistici da impiegare nelle realtà istituzionali, scolastiche, ludiche e ricreative in risposta alle nuove esigenze di prevenzione e di cura al fine di *accogliere* la domanda e *intercettare* la possibile traiettoria salutotropa;
Standardizzazione dei processi e degli steps degli interventi sociali e sanitari condivisi dai Comuni e della Asp;
Implementazione del piano di valutazione sull'efficacia degli interventi riabilitativi, atto a misurare l'efficacia diagnostica e prognostica delle fasi di cura, realizzato dai servizi pubblici e privati delle tossicodipendenze;
Favorire lo *start up* (sancito da atti di programmazione) di azioni sinergiche assieme agli Uffici territoriali di Governo e alle Forze dell'ordine;
Definire *cruscotti d'intervento* finalizzati alla: a) diagnosi precoce di patologie correlate all'uso di droga (evitamento dello sviluppo di una dipendenza cronica e di malattie correlate); b) presa in carico di utenze multiproblematiche con invii multisettoriali (es: comorbidità psichiatrica); c) attivazione territoriale di un sistema d'allarme precoce per monitorare l'uso e la presenza di droga; d) presa in carico e definizione dei percorsi di cura per le dipendenze patologiche quali gambling, sex addiction etc..; e) disseminazione di azioni preventive volte all'incremento dei fattori protettivi, delle base e life skills della popolazione compresa tra i 12-17 anni

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 2011:

- Ha recepito con D.G.R. n.291 del 12 luglio 2011 il Piano d'Azione Nazionale Antidroga 2010/2013;
- Ha approvato lo schema tipo di convenzione tra l'UNICRI e la Regione Calabria ed il Progetto "Assistenza Tecnica alla Realizzazione del Piano d'Azione Regionale sulle dipendenze;
- Ha erogato risorse finanziarie con decreto n.14623 del 23 novembre 2011 volte alla *Prevenzione ed assistenza sanitaria ai detenuti ed internati tossicodipendenti*;
- Ha instaurato un rapporto di collaborazione permanente con il Dipartimento Politiche Antidroga della Presidenza del Consiglio dei Ministri finalizzato allo scambio di buone prassi nelle politiche di contrasto alle dipendenze patologiche;
- Ha realizzato la *Campagna informativa Nazionale* sugli effetti negativi per la salute derivanti dall'uso di sostanze stupefacenti e psicotrope, finanziata dal Ministero della Solidarietà Sociale, predisponendo reportizzazione finale;
- Ha concluso le attività 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 concluso le attività 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 identificato un'Azienda Ospedaliera per la sperimentazione di un modello coordinato aziendale, finalizzato a realizzare un programma di azioni di rete per la prevenzione, cura e controllo del tabagismo.

Il Settore sta portando avanti 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";
- Progetto *Luoghi di prevenzione* volto alla costruzione di laboratori di prevenzione e sorveglianza di abitudini con priorità rivolti all'alcool e alla promozione di stili di vita salutotropi nella popolazione giovanile;
- Ha attivato un programma di comunicazione e di formazione sui comportamenti adeguati per prevenire malattie degenerative di grande rilevanza epidemiologica nella popolazione scolastica compresa nel target 6-18 anni;
- Ha attivato un progetto di comunicazione integrata (HBSC e GYTS) rivolto al target d'età 11-17 anni per la promozione della salute e dell'empowerment dei cittadini;
- Ha attivato nell'Asp di Reggio Calabria e in collaborazione con l'Istituto Penitenziario di Reggio Calabria un progetto innovativo volto al trattamento e cura (drug free) di soggetti con problematiche di tipo affettivo, sessuale e internet;
- Ha implementato i seguenti progetti nazionali:
- Progetto "Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze" – Italian Network of addiction observatories (NIOD);
- Ha affidato all'Asp di Reggio Calabria la gestione del progetto del Sistema Informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND);
- Ha aderito ai progetti nazionali "Scuola di Prevenzione" e "No drugs we work".

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Efficacia delle politiche condivise dal settore pubblico e privato

Il lavoro svolto dal Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie della Regione Calabria nel corso dell'anno 2011 ha messo in evidenza l'efficacia, in termini di risultati, delle politiche e strategie condivise dal Settore pubblico e dal Privato accreditato rendendo più incisive le azioni radicandole ai veri bisogni del territorio. Altresì ha rivolto massicciamente la sua portata nel campo della prevenzione e cura delle nuove patologie in stretta relazione alle caratteristiche fenomeniche del territorio calabrese.

Sperimentazioni e innovazioni progettuali

La frammentarietà degli interventi a contrasto delle tossicodipendenze, emersa come punto di massima criticità nella relazione 2009 (punto di partenza per la riprogrammazione 2010), il miglioramento nelle azioni di coordinamento, progettazione e gestione evidenziate nella relazione del 2010 ha di fatto sancito la bontà degli aspetti metodologici e d'azione attraverso i quali sono state realizzate e concluse le attività nel 2011. I processi di valutazione condivisi dagli attori pubblici e privati, i percorsi di standardizzazione dei processi favoriti dal Dipartimento, le sperimentazioni e le innovazioni progettuali in termini di approccio alle dipendenze (laboratori multimediali a contenuto esperienziale), le alleanze (accordi e convenzione con Istituti accreditati nel campo delle dipendenze patologiche e contrasto dei comportamenti d'abuso) sancite formalmente, hanno rinnovato le linee guida programmatiche e trasferito nuova linfa al settore.

Partendo dalle seguenti premesse, tenendo presente che il Dipartimento,

- considera fondamentale 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 e assegna di fatto alla rete territoriale un ruolo (servizi sociali, famiglia, gruppo di amici e/o di pari, associazioni, ecc.) definibile come *supporto* all'intervento di presa in carico,

intende

- Avviare la strategia di prevenzione volta a *comprendere* le cause che favoriscono l'insorgenza di comportamenti devianti e tossicofilici e a *favorire e incrementare* lo sviluppo dei fattori protettivi personali e sociali depotenziando i fattori di rischio;
- Utilizzare la specializzazione delle risorse umane in carico ai Servizi pubblici e privati delle tossicodipendenze attraverso staff per potenziare l'intervento dei Servizi presenti sul territorio regionale;
- Attivare le procedure di valutazione scientificamente validate per la sistematizzazione dei dati e che risultano funzionali alla programmazione regionale;
- Implementare gli accordi con i Servizi di Salute Mentale per la cura e trattamento di soggetti che sviluppano dipendenze dalle nuove droghe e da quelle ascrivibili ai disturbi patologici (gambling, sex addiction, internet, videogiochi), favorendo lo start up;
- Favorire lo sviluppo di reti territoriali per l'orientamento, la formazione e l'inserimento socio-lavorativo di soggetti drop out (tossicodipendenti, alcol dipendenti, soggetti con comorbidità psichiatrica);
- Stimolare l'avvio di programmi di allerta precoce per intercettare eventuali tendenze/comportamenti d'uso e abuso di droghe da parte degli adolescenti nel territorio regionale.

.

VI.2.3.4 Regione Campania

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Riorganizzazione del sistema dei servizi

Molti sono gli interrogativi che, nella pratica quotidiana, emergono in relazione alla efficacia delle azioni, sulla efficienza della rete e sulla reale adeguatezza della progettazione di politica sociale e sanitaria.; cambiano i consumi e gli stili, cambiano le forme della dipendenza. La Regione Campania è già da tempo impegnata a governare un processo di riorganizzazione del sistema dei servizi che tenga conto delle molteplici espressioni della problematica e delle mutate esigenze di assistenza che richiedono un costante monitoraggio delle azioni e dei risultati. Il PSR della Regione Campania, tra i principali obiettivi, prevede l'adozione definitiva delle linee guida sui modelli organizzativi finalizzati alla configurazione del sistema dipartimentale.
Alcune delle sette ASL regionali sono ancora amministrate da Commissari Straordinari e non tutte hanno adottato i necessari provvedimenti per la definitiva attivazione dei dipartimenti per le dipendenze.
Analoga situazione si registra nell' organizzazione del sistema dell'offerta del privato sociale. A tale scopo il Settore fasce Deboli ha attivato uno specifico gruppo di lavoro, interistituzionale, allo scopo di ridisegnare l'intero scenario

della offerta residenziale e semiresidenziale sia nel perfezionamento delle tipologie già in essere (terapeutico riabilitativo e pedagogico riabilitativo) sia per quanto attiene all'attivazione dei nuovi servizi : di accoglienza e specialistici . Tra queste ultime vanno annoverate la comorbilità tossicopsichiatrica, i servizi madre bambino e quelli per minori sia tossicodipendenti che in doppia diagnosi con particolare riferimento agli adempimenti previsti dal DPCM 1 aprile 2008. Per tale ultimo aspetto è stato attivato gruppo di lavoro, interistituzionale e multidisciplinare, con il compito di formulare protocolli operativi integrati tra AASSLL, Centri per la Giustizia Minorile ed Enti Ausiliari, al fine di coordinare le operazioni di ricovero in comunità disposte dalla Autorità Giudiziaria.
Altro ambito per il quale la Regione Campania ha messo in campo importanti iniziative riguarda i tossicodipendenti di area penale per i quali sono stati istituiti 2 tavoli tecnici : uno per la formulazione di linee guida per le misura alternative alla detenzione e l'altro per l'applicazione dei protocolli locali di Sanità Penitenziaria previsti dall'Osservatorio Regionale Sanità Penitenziaria per l'assistenza ai tossicodipendenti. Infine con la DGRC n. 273/2011 è stato ridefinito il Comitato Tecnico scientifico, organo fondamentale per le politiche di indirizzo ed orientamento del settore

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Attività progettuali promosse

Tra le principali attività poste in essere meritano menzione particolare :

- Progetto CAMPO, progetto di formazione attivato in collaborazione con la Università di Napoli Dipartimento di scienze mediche e preventive rivolto a tutti gli operatori delle dipendenze (SerT, Comunità, volontariato, etc.)
- "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
- Centri Antifumo : attivazione dei 14 Centri Antifumo con particolare attenzione agli indirizzi progettuali relativi a :
  - Servizi per la cessione del fumo
  - Prevenzione del fumo negli ambienti di lavoro
  - Formazione permanente dei Medici di medicina generale
  - Prevenzione precoce nei giovani gli interventi
- Prevenzione alcologica nei luoghi del divertimento notturno
- Interventi di potenziamento delle misura alternative alla detenzione
- Prevenzione delle malattie infettive e delle patologie croniche correlate all´abuso di sostanze.

Infine vanno menzionate le azioni di sostegno ai servizi di prossimità e di accoglienza alla marginalità attraverso il circuito delle Unità di Strada e le Case a metà strada (DGR Area Programmi) . Pari importanza è rivolta a tutte quelle

azioni di promozione della qualità della vita e all'integrazione sociale della persona con finanziamenti di borse lavoro soprattutto per i soggetti più svantaggiati (detenuti, genitori tossicodipendenti) .

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Obiettivi prioritari

Il sistema delle dipendenze, per quanto precedentemente rappresentato, è chiamato ad affrontare un periodo di intense riflessioni e cambiamenti . Sollecitazioni si rendono necessarie affinché sia dato pieno corso e applicazione agli indirizzi normativi, nazionali e regionali, siano disposti finanziamenti per la implementazione dei servizi, delle dotazioni organiche e dei progetti specifici., siano ricercati nuovi modelli e paradigmi di intervento.
In tal senso la Regione Campania riconosce come prioritari i seguenti obiettivi :

- completamento del processo di definizione dei nuovi profili tariffari sulla offerta di servizi di specialistica, residenziali e semiresidenziali
- attivazione dei nuovi servizi di specialistica, residenziali e semiresidenziali
- attivazione e messa a regime dei sistemi di allerta rapida al fine di intercettare tempestivamente l'immissione sul mercato di sostanze sconosciute e/o nocive.
- attivazione di sistemi di intercettazione precoce dell'uso di sostanze tra i giovanissimi sia con la promozione di progetti specifici in collaborazione con la Scuola sia nell'azione degli operatori di territorio
- promuovere azioni di contrasto alla diffusione, tra gli adolescenti, dell'uso di tabacco ed alcol
- promuovere azioni di contrasto alla diffusione delle patologie correlate ed alla mortalità droga correlata
- completare la ricognizione relativa alle esperienze di trattamento per la comorbilità tossicopsichiatrica e promuovere la messa a regime, in ogni ASL , di servizi e/o progetti dedicati
- completare la ricognizione relativa alle esperienze di intervento per la ludopatia e promuovere la messa a regime, in ogni ASL , di servizi e/o interventi dedicati

Unità mobili
Accertamento di uso di sostanze nei lavoratori

In particolare si considera prioritaria la conclusione delle seguenti procedure attive :

- Unità Mobili : il Piano Sanitario Regionale ha individuato, per ogni ASL l'obbligo di attivare un servizio di Unità Mobile per interventi sia di prevenzione che di prevenzione alle patologie correlate. Per tale motivo è stato anche istituito specifico tavolo di lavoro allo scopo di definire, a livello regione, omogenei requisiti strutturali e di funzionamento delle UUMM.
- Accertamento problematiche alcol correlate nei lavoratori : Creazione di tavolo tecnico, in collaborazione con AASSLL, cattedra di Tossicologia della Seconda Università di Napoli ed Associazione dei Medici competenti, per la individuazione di linee guida finalizzate all'accertamento delle problematiche alcol correlate nei lavoratori.

VI.2.3.5 Regione Emilia- Romagna

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Attività normativa

Nel corso del 2011 è proseguita l'attività normativa e regolatoria della Regione nel settore, con l'emanazione dei seguenti atti:
Deliberazione di Giunta regionale n. 999 dell'11 luglio 2011

Programma regionale dipendenze patologiche : obiettivi 2011 - 2013 Il Programma ha funzioni di coordinamento e monitoraggio degli interventi attivati a livello locale dalle Aziende Usl nel campo delle dipendenze patologiche, sia per quanto riguarda l'applicazione delle linee di indirizzo regionali, sia per garantire omogeneità in tutto il territorio regionale degli standard di intervento. Il documento specifica obiettivi, indicatori, tempi di realizzazione per ogni settore di attività.
L'attenzione è rivolta al rapporto delle Aziende Usl con il privato sociale e, in particolare, all'applicazione a livello locale dell'accordo siglato tra la Regione Emilia-Romagna e il Coordinamento Enti ausiliari
Il documento definisce tra le priorità:

- la programmazione comune degli interventi tra Aziende Usl e strutture accreditate del privato sociale
- la promozione della salute, la prevenzione del consumo di sostanze legali ed illegali;
- l'integrazione sociosanitaria con particolare attenzione agli interventi diretti alle persone anziane seguite dai servizi per le dipendenze;
- l'assistenza alle persone detenute con dipendenze patologiche;
- l'organizzazione degli accessi e dei percorsi di cura, con attenzione alla messa a punto di percorsi specifici che rispondano ai nuovi stili di consumo di sostanze (poliassunzione, uso di cocaina e psicostimolanti), e al gioco d'azzardo patologico;
- il potenziamento delle attività degli Osservatori delle Aziende Usl sulle dipendenze e dell'Osservatorio regionale, il cui impegno è fondamentale per fornire strumenti di lavoro agli operatori dei servizi: tale potenziamento riguarda la ricerca sociale ed epidemiologica, il sistema informativo sulle dipendenze, il sistema di raccolta, elaborazione e valutazione dei dati sull'attività dei servizi pubblici e privati. A supporto dell'attività degli Osservatori, il programma intende sostenere anche specifici servizi di documentazione sui temi delle dipendenze, attivati presso Centri delle Aziende USL e degli Enti Locali.

Circolare regionale n.11/2011 SIDER - Sistema informativo dei Servizi per le dipendenze della Regione Emilia-Romagna. Per rispondere ai flussi informativi ministeriali, è istituito il flusso SIDER, nell'ambito dei flussi sanitari regionali. Le finalità possono essere sintetizzate in: monitoraggio dell'attività dei servizi per le dipendenze, valutazioni epidemiologiche sulle caratteristiche dell'utenza, supporto alla costruzione di indicatori di struttura-progetto-esito e raccolta di informazioni con rispetto delle linee-guida OEDT.

Deliberazione di Giunta regionale n. 600 del 9 maggio 2011 "Approvazione protocollo di collaborazione tra Regione Emilia-Romagna e associazioni AA, ALANON e ARCAT". La collaborazione con i gruppi di autoaiuto in campo alcologico è riconosciuta come fondamentale; per questo si è ritenuto opportuno inquadrare tale collaborazione in una cornice pattizia che la valorizzi e la rinforzi.

Deliberazione di Giunta regionale n.1135 del 27 luglio 2011 "Approvazione del protocollo d'intesa tra la Regione Emilia-Romagna e il Provveditorato regionale dell'Amministrazione Penitenziaria relativo alla definizione di forme di collaborazione tra l'ordinamento sanitario e l'ordinamento penitenziario per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a favore dei detenuti negli Istituti Penitenziari della regione e indicazioni per la definizione di protocolli locali". Il Protocollo di intesa, sottoscritto dal Presidente della Regione Emilia-Romagna e il Provveditore regionale Amministrazione penitenziaria, prendendo in considerazione tutti gli aspetti relativi all'assistenza sanitaria negli Istituti

penitenziari, riprende e valorizza gli impegni reciproci in tema di assistenza alle persone con dipendenza da sostanze detenuti o internati.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Attività, interventi, progettualità.

Oltre all'attività programmatoria sancita con atti formali sopracitati, l'attività del 2011 ha riguardato:

1. sistema informativo: avvio del flusso informativo SIDER, consolidamento flusso Unità di strada, coordinamento Osservatori AUSL
2. accordo Regione – Coordinamento enti ausiliari 2010 -2012; monitoraggio del primo anno, con evidenza di ottimo grado di raggiungimento degli obiettivi;
3. accordo Regione – Prefettura di Bologna sugli accertamenti ex art. 187 codice della strada e sistema di sorveglianza sulle sostanze psicoattive: prosecuzione del monitoraggio e supporto alle attività;
4. strutture di ricovero ospedaliero e residenze per alcol dipendenti: monitoraggio dell'esistente e lettura critica dei bisogni insoddisfatti attraverso la Commissione di monitoraggio dell'Accordo Regione – CEA;
5. Sperimentazione in tutte le AUSL di corsi info-educativi per le persone fermate per guida in stato di ebbrezza alcolica;
6. alcol e gli ambienti di lavoro; applicazione nelle AUSL delle raccomandazioni regionali per Medici Competenti in applicazione del Decreto Lgs 81/08;
7. interventi sugli adolescenti; pronta bozza di documento che definisce azioni di prossimità, di facilitazione all'accesso ai servizi, di presa in cura di adolescenti con consumo/dipendenza da sostanze; integrazione del documento con aspetti di tipo sociale
8. Conclusione del progetto "Palestra sicura" e collaborazione con il progetto "Prescrizione attività fisica";
9. interventi sulla popolazione straniera immigrata: prosegue il lavoro del gruppo che ha il mandato di definire azioni di prossimità, di facilitazione all'accesso ai servizi, di presa in cura di persone immigrate con consumo/dipendenza da sostanze;
10. interventi di tutela della salute validazione delle raccomandazioni per incrementare il n. di persone in carico ai servizi che si sottopongono allo screening HIV, HCV, HBV con la Commissione regionale AIDS;
11. accreditamento: in corso le attività per il rinnovo dell'accreditamento per i Sert e le strutture del privato sociale, a quattro anni dal primo rilascio;
12. progetti innovativi gestiti dal privato sociale: come da previsioni dell'accordo Regione-CEA si sono finanziati progetti innovativi presentati dal privato sociale, precedentemente concordati nelle Commissioni locali di monitoraggio dell'Accordo.
13. Coordinamento del progetto nazionale "Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione al consumo di alcol…" prosecuzione del progetto;
14. Progetto regionale REX per la verifica dell'appropriatezza dei percorsi terapeutici nelle strutture residenziali accreditate per le dipendenze;
15. Progetto regionale documentaRER dipendenze: consultazione documenti e banche dati specializzate, reference bibliografico;
16. Centro di riferimento regionale "Luoghi di prevenzione" (Reggio Emilia): proseguimento delle attività;
17. protocollo operativo Tribunale di Sorveglianza-RER sulle misure alternative alla detenzione(DGR 771/2010): nomina della Commissione di monitoraggio

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Le azioni programmate per l'anno 2012 sono in continuità con l'anno precedente, e possono essere sintetizzate nei seguenti titoli:

Priorità della programmazione 2011 in linea con la programmazione 2010

1. Monitoraggio e sostegno al potenziamento dello scambio elettronico di informazioni cliniche tra professionisti – Rete Sole - e alla diffusione del Fascicolo sanitario elettronico dell'assistito;
2. Prevenzione e trattamento del gioco d'azzardo patologico;
3. Attività propedeutiche alla definizione di raccomandazioni per la facilitazione all'accesso, la gestione dell'emergenza-urgenza, il trattamento ambulatoriale e residenziale, la continuità assistenziale per gli adolescenti e giovani con patologie psichiatriche e/o di dipendenza da sostanze;
4. Monitoraggio dell'Accordo Regione Emilia-Romagna – Coordinamento Enti Ausiliari ;
5. Coordinamento e monitoraggio degli interventi di prevenzione selettiva, riduzione dei rischi e riduzione del danno;
6. Attuazione e monitoraggio di attività di prevenzione dei rischi della guida sotto l'effetto di alcol e sostanze;
7. Assistenza alle persone detenute con dipendenza patologica (DGR n.2/2010);
8. Monitoraggio dell'Intesa tra Regione Emilia-Romagna e Prefettura di Bologna per i controlli su strada ex art. 186 e 187 e per l'attivazione di un sistema di allerta rapido. Esame di fattibilità dell'estensione del progetto a tutto il territorio regionale;
9. Progetto "Palestra Sicura" - Implementazione e messa a regime delle attività in riferimento all'adesione al "Codice Etico" ed all'aggiornamento dei gestori e dei referenti tecnici delle palestre;
10. Avvio flusso ministeriale SIND;
11. Revisione Linee guida regionali ICD 10 SerT;
12. Definizione di un Core set indicatori per la valutazione delle Politiche per la salute nei servizi del DSM-DP.

VI.2.3.3 Regione Friuli Venezia Giulia

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Organizzazione regionale

La materia relativa alle dipendenze viene seguita dalla Direzione - Area prevenzione e promozione salute - che si avvale del tavolo tecnico regionale costituito dai Direttori dei Dipartimenti delle Dipendenze delle Aziende per i servizi sanitari e dal Gruppo Tecnico Alcol per la consulenza su aspetti tecnico – scientifici.

Alla Regione Friuli Venezia Giulia è stato assegnato il coordinamento tecnico nazionale, in seno alla Commissione Salute, del Gruppo Interregionale Alcol.

Nel corso del 2011 si è rafforzato il tavolo di confronto tecnico regionale costituito dai responsabili dei Dipartimenti per le dipendenze e dai tecnici/funzionari della Direzione regionale (circa 1 incontro al mese).

Nell'ambito di questi tavoli si è programmata l'attività strategica e si sono concordate le progettualità da presentare.

Si è riunito altresì il Comitato regionale per la prevenzione delle tossicodipendenze e dell'alcolismo ai sensi della L.R. 57/1982, che è stato ricostituito con deliberazione di Giunta regionale n. 241 del 5 febbraio 2009.

Il Comitato è composto dall'Assessore alla salute, da 5 membri nominati dal Consiglio regionale, da 5 membri nominati dalla Giunta regionale e dai

responsabili dei Dipartimenti delle dipendenze delegati dai direttori generali delle Aziende sanitarie. Il medesimo ha compiti di coordinamento delle attività degli organi e degli enti preposti alla prevenzione alla cura e al reinserimento sociale dei soggetti tossicodipendenti e alcolisti, e di raccolta e valutazione dei dati statistici ed informativi.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)
Con legge regionale n. 8 del 07/06/2011 è stata istituita la Giornata regionale per la lotta alla droga che viene celebrata annualmente il giorno 26 del mese di marzo. La giornata rappresenta un momento di sensibilizzazione dell'opinione pubblica contro il consumo di sostanze illecite stupefacenti, psicoattive e di ogni altra sostanza in grado di provocare dipendenza nonché contro il traffico di stupefacenti. La normativa prevede altresì un supporto finanziario per la realizzazione di interventi progettuali in materia.

Adesione progetto NIOD

L'amministrazione regionale ha aderito al progetto N.I.O.D. (Network Italiano degli Osservatori sulle dipendenze) ponendosi l'obiettivo di istituire un Osservatorio sulle tossicodipendenze della Regione Friuli Venezia Giulia. L'Osservatorio sarà uno strumento di conoscenza e sorveglianza dell'evoluzione del fenomeno delle dipendenze patologiche, basato sulla scelta di coniugare la cultura operativa dei SerT con quella metodologica dell'epidemiologia. Nel sito https://sites.google.com/a/welfare.fvg.it/niod/ è possibile visionare oltre che i documenti dell'Osservatorio, anche la normativa regionale e nazionale in materia di tossicodipendenze ed i progetti regionali.

Adesione progetto SIND

Nel corso del 2011 l'amministrazione regionale ha aderito altresì al progetto S.I.N.D. Support che costituisce un sistema informativo e informatizzato sulle dipendenze in grado di fornire informazioni obiettive, affidabili e comparabili sulla domanda di assistenza da parte di soggetti consumatori di sostanze stupefacenti con un particolare focus sulle attività socio-sanitarie e assistenziali erogate dalle pubbliche istituzioni. L'implementazione del SIND svilupperà flussi informativi più stabili, omogenei ed affidabili costituiti da dati anonimi raccolti in forma di record individuali. A ciascun soggetto in trattamento corrisponderà un data-set riguardante le caratteristiche socio-anagrafiche, la situazione patologica, l'uso di sostanze, gli esami tossicologici, le terapie farmacologiche, ecc. Il tutto nel rispetto della vigente normativa sulla riservatezza dei dati personali, con particolare riferimento a quelli sensibili.
La Regione partecipa insieme al Veneto e alla Carinzia al progetto Interreg ALL4YOU il cui obiettivo generale è quello di promuovere tra i giovani/minori dell'area transfrontaliera uno stile di vita "sano" attraverso comportamenti che contrastino il consumo di alcol.
Gli obiettivi specifici sono:

- sensibilizzare i giovani sul rischio correlato all'uso di alcol coinvolgendoli nell'analisi sociale e comunicativa del fenomeno, promuovendone il protagonismo nella realizzazione di azioni pilota per lo sviluppo di reti locali;
- sperimentare una strategia transfrontaliera di governance delle risposte al fenomeno giovani- alcol e di comunicazione coerente sul tema medesimo.

Adesione progetto P.I.T

La Regione ha accolto la proposta del Dipartimento Politiche Antidroga di partecipazione al progetto P.I.T. "Uso di sostanze e patologie correlate: percorsi, identificazione e testing."ed ha individuato l'ASS n. 5 quale Ente gestore del suddetto in collaborazione con le altre Aziende per i servizi sanitari.
L'obiettivo è quello di sviluppare un protocollo regionale relativo alle procedure da mettere in atto per uniformare l'offerta di testing e per definire un percorso di assessment diagnostico condiviso, anche attraverso l'analisi e la riprogettazione

dei percorsi di presa in carico e diagnostici terapeutici.
Questa Amministrazione ha recepito con DGR n. 1949/2011 i contenuti del Piano Nazionale Antidroga 2011-2013 (http://www.politicheantidroga.it/media/380955/piano%20di%20azione.pdf) nelle sue linee strategiche generali al fine di attuarne gli indirizzi all'interno dell'attuale programmazione regionale.
C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Iniziativa del Gruppo Interregionale Alcol

Per il 2012 il Gruppo Interregionale Alcol ha recentemente espresso la necessità di un confronto più ampio e strutturato sulla materia, che coinvolga le Regioni e le Pubbliche Amministrazioni, il Ministero della Salute, le Associazioni del volontariato e del privato sociale e le istituzioni che sono attive nel campo dei problemi alcol correlati, per definire linee di azione condivise e omogenee sul territorio nazionale, nei confronti della problematica, la cui rilevanza esige sempre più attenzione da parte di tutti.
Si è ritenuto pertanto, proprio per dare un forte segnale di interesse da parte di questa Regione, di organizzare l'iniziativa a Trieste, presso il Centro Convegni della Stazione Marittima, articolando il programma su tre giornate: il 25, 26 e 27 ottobre 2012.
Da questi incontri, dalle discussioni preparatorie, dall'analisi dei dati epidemiologici e dal confronto con realtà internazionali diverse, dovranno emergere indirizzi condivisi che indicheranno la via da percorrere in un campo di interesse preminente per la salute dei cittadini e per il futuro delle giovani generazioni.
In sintesi le attività previste:

- continuazione dei progetti NIOD e SIND
- realizzazione del progetto PIT
- proposta di piano d'azione regionale
- realizzazione delle singole progettualità locali giunte a finanziamento
- mantenimento del tavolo tecnico regionale
- realizzare percorso di formazione regionale per affrontare i temi di interesse individuati
- convegno nazionale alcol

VI.2.3.7 Regione Lazio

A) Strategie e programmazione attività 2011 (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 2011 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, tramite la prosecuzione delle azioni formative per la condivisione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici;*
- *Garantire la condivisione delle strategie regionali tra gli attori del sistema, tramite l'attivazione dei Tavoli Tecnici Tematici regionali;*
- *Garantire l'appropriatezza di interventi di prevenzione e di cura delle*

dipendenze, tramite la formazione e l'implementazione dei sistemi di valutazione dell'outcome;

- *Garantire il completamento dell'offerta dei servizi, in relazione a quanto previsto dai Livelli Essenziali di Assistenza e ai bisogni che emergono in relazione all'evoluzione dei comportamenti di addiction.*

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.
Nell'anno 2011 i diversi Assessorati competenti, con le specifiche Aree, (Sanità, Sociale, Istruzione, Formazione e Lavoro) hanno concordato le linee di azione della strategia regionale, formulando la proposta del Piano di Azione Regionale in materia di droga, presentato per approvazione alla Giunta Regionale.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Linee di attività

L'organizzazione delle attività regionali in ambito sanitario si è articolata nel coordinamento delle strategie regionali, nella programmazione/supporto ad azioni di sistema, nella programmazione di azioni territoriali.
In ambito sanitario sono state avviate nel 2011 tutte delle azioni progettuali, approvate alla fine del 2010, con DGR 556/2010. In tale ambito si sono realizzate azioni di sistema, quali la formazione sul campo per la valutazione dell'outcome finalizzata al miglioramento della qualità dei servizi, al miglioramento della qualità nei laboratori di tossicologia, alla continuità dell'implementazione del sistema informativo regionale, alla valutazione delle linee progettuali. In ambito territoriale è stata garantita la continuità assistenziale assicurata dalla rete dei servizi finalizzati alla Riduzione del Danno/Prevenzione delle patologie Correlate (Centri di Prima Accoglienza, Drop in, Unità di Strada, ecc) e al trattamento specialistico su target mirati (cocainomani, alcolisti, pazienti con comorbilità psichiatrica, immigrati). Specifici gruppi di Lavoro e Tavoli tecnici (cui partecipano responsabili/referenti di servizi pubblici e privati) sono attivati dalla Regione sia nella fase di condivisione di strategie di azione, che nella definizione di indirizzi tecnici e metodologici.
L'assessorato all'Istruzione ha garantito la continuità ed il supporto finanziario e metodologico per le azioni di prevenzione universale e di prevenzione mirata in ambito scolastico, con il progetto UNPLUGGED, cui partecipa attivamente tutta la rete dei SerT.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Prospettive

Nel 2011 è emersa la necessità di un riordino generale della rete dei servizi, sia pubblici che privati, anche alla luce della pluriennale esperienza maturata nei progetti e nelle risultanze dei corsi formativi regionali. Nel 2011 il report sulla formazione in materia di definizione dei protocolli diagnostici terapeutici condivisi ha evidenziato alcune perduranti difformità nell'offerta: il primo correttivo già messo in atto riguarda la condivisione di una procedura valutativa diagnostica comune tra tutti i servizi pubblici e privati.
La criticità della rispondenza completa al Sistema Informativo regionale, in conformità con il SIND, ha determinato azioni regionali di richiamo verso le singole Aziende Sanitarie, e la programmazione per l'anno successivo (2012) di inserire tra gli obiettivi dei direttori Generali la corretta applicazione della normativa sui flussi informativi.
La qualità dell'offerta dei trattamenti erogati tramite progetti ha messo in evidenza la capacità di adeguare la tipologia ed il funzionamento dei servizi in relazione alle modificazioni della domanda e del fenomeno di diffusione delle

droghe e dei comportamenti di addiction.
Le prime indicazioni regionali relative alla riorganizzazione del servizi per le dipendenze, in concomitanza della emanazione degli Atti di Autonomia Aziendale da parte delle ASL, ha previsto un allineamento con le principali indicazioni nazionali e scientifiche di settore. Tale riorganizzazione è, però, ferma in attesa di ulteriori indicazioni ministeriali di compatibilità con il Piano di Rientro dal deficit.
La messa a regime del sistema di pagamento dei fornitori previsto dall'Accordo regionale ha regolarizzato e definito i tempi di pagamento (180 giorni dalla certificazione delle fatture), risolvendo le criticità storiche di "sofferenza" degli enti del Privato Sociale. È emersa la necessità di prospettare la sottoscrizione dell'Accordo anche gli Enti esterni al territorio regionale, che accolgono pazienti laziali.

VI.2.3.8 Regione Liguria

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Realizzazione del Piano socio sanitario regionale

Programmazione e implementazione di attività di prevenzione al consumo di tabacco e di strategie di lotta alla dipendenza da fumo: corso di disassuefazione dal fumo rivolto ai dipendenti regionali.
Implementazione della rete alcologica regionale
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 Dipendenze, si è scelto di incrementare la collaborazione con il Nucleo Operativo Tossicodipendenze (NOT) della Prefettura di Genova
Il Piano Sociosanitario Regionale 2009-2011, approvato con Deliberazione del Consiglio Regionale n. 22 del 30 Settembre 2009, è stato realizzato con una struttura a rete. La logica della rete rappresenta un modello organizzativo di attori diversi da quelli tradizionali della gerarchia e del mercato. Come superamento di questi modelli, infatti, quello della rete implica il mantenimento di gradi di autonomia e scelta discrezionale da parte dei vari nodi; nodi che, nello stesso tempo, lavorano secondo principi di mutualità anziché subordinazione gerarchica.
Il Piano è stato quindi concepito a reti verticali, orizzontali e di sistema, per consentire una programmazione a matrice.
La Rete Verticale sulla Prevenzione prevede, tra i suoi obiettivi, la prevenzione delle patologie determinate da dipendenze e comportamenti dannosi o contrari al mantenimento di una buona salute fisica e psichica. La Rete Orizzontale "Psichiatria e Dipendenze" dà come obiettivo l'emanazione di indirizzi relativi all'unificazione dei Dipartimenti delle Dipendenze e i Dipartimenti di Salute Mentale.
La Rete Orizzontale "Salute in Carcere" prevede inoltre l'obiettivo di strutturare interventi per tossicodipendenti e comorbilità.
Prosecuzione delle attività della Commissione dei cui alla DGR 1239 del 19.10.2007

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Dipendenza da tabacco

Tra le attività previste nel 2011, particolare attenzione è stata rivolta alla dipendenza da tabacco.
Con l' "Istituzione della rete ligure dei Centri per lo studio ed il trattamento del tabagismo" avvenuta nel 2010, la Regione ha dato risposta alla dipendenza da tabacco, sia in termini di trattamento sia in termini di prevenzione.
Vi è stata l'implementazione dei centri antitabacco ed è stata predisposta una diversificazione dell'offerta di trattamento allo scopo di avvicinare fumatori che,

pur motivati a smettere, non hanno il tempo per frequentare programmi di trattamento intensivi con elevato numero di contatti.
Voluto dall'Assessorato alla Salute, Dipartimento Salute e Politiche Sociali in collaborazione con la ASL3 Genovese, è stato avviato il programma di disassuefazione dal fumo di sigaretta a favore dei dipendenti della Regione Liguria.

Attività dell'Osservatorio regionale

L'istituzione della rete alcologica regionale è finalizzata ad attuare un intervento organico nel campo della prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle dipendenze algologiche e delle patologie correlate.
Nell'ambito delle attività dell' Osservatorio regionale per le Dipendenze con la Prefettura di Genova, tenuto conto delle Politiche attuate dalla Regione in materia di salute dei cittadini e di sicurezza urbana, si è scelto di allargare la ricerca anche al campo delle segnalazioni per violazione degli art. 186 e 187 del Codice della Strada. L'obiettivo primario è fare un'analisi approfondita del fenomeno nella provincia di Genova finalizzata alla prevenzione, informazione e sensibilizzazione dei giovani, con l'obiettivo finale di una maggiore sicurezza stradale e riduzione dell'incidentalità.

In seguito all'unificazione del Dipartimento Salute Mentale con quello delle Dipendenze e tenuto conto dell'elevato numero di pazienti con comorbilità, si è strutturata la collaborazione tra gli operatori dei due dipartimenti, finalizzata al monitoraggio del fenomeno del consumo di sostanze legali e psicotrope unite alle patologie psichiatriche e alla presa in carico.

Commissione per l'accertamento di assenza di tossicodipendenza

In riferimento alle procedure relative agli accertamenti sanitari di assenza di tossicodipendenza o di assunzione di sostanze stupefacenti in lavoratori addetti a mansioni che comportano rischi per la sicurezza, l'incolumità e la salute di terzi:
DGR 1313 del 4/11/2011: Prosecuzione delle attività della Commissione di cui alla DGR 1239 del 19.10.2007 con la quale sono state emanate le modalità e le direttive vincolanti ai Direttori Generali delle AA.SS.LL. per l'accertamento della presenza di sostanze stupefacenti e/o psicotrope su campioni biologici, con la costituzione di una Commissione composta da esperti e coordinata dal Dirigente della struttura competente per materia, per la verifica, il possesso e il mantenimento dei requisiti specifici da parte dei laboratori autorizzati all'effettuazione delle analisi.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Lotta al tabagismo Campagne di prevenzione

La volontà della Regione in tema di lotta al tabagismo, alla luce dei risultati positivi ottenuti dalle iniziative ad essa dedicate, è quella di portare avanti le attività di prevenzione e di disassuefazione dal fumo di sigaretta.
Il contesto sociale, economico e culturale è caratterizzato da fenomeni di dipendenza che, influenzati da numerosi fattori, sono in continuo e profondo mutamento e non riguardano solo la dipendenza da sostanze psicotrope ma anche da sostanze legali quali alcol e tabacco e nuove dipendenze: quella da psicofarmaci e quella da gioco. Pertanto è obiettivo della regione Liguria comprendere, misurare e monitorare le nuove dipendenze per poterle affrontare in termini di cura e di prevenzione.

VI.2.3.9 Regione Lombardia

A) Strategie e programmazione attività 2011 (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 e semi residenziali 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.
Il sistema di intervento lombardo è 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.

Gli interventi di prevenzione

Interventi di prevenzione

Le azioni preventive (sia universale che indicata e selettiva) si pongono alla base del sistema di intervento e sono diffuse in tutti i territori. Le attività sono coordinate dal Tavolo Tecnico Regionale di Prevenzione. Nel 2011 in ogni Asl si sono avviate le sperimentazioni di 2 programmi di prevenzione universale (Life Skills Training p. e Unplugged), con relativa formazione di operatori Asl, rivolti agli insegnanti delle scuole secondarie di 1° grado. Progetti attivi di prevenzione indicata e selettiva sono stati 130 nel corso del 2011. La dgr 1999/11 ha previsto la presentazione, da parte di tutte le Asl, di un Piano Biennale di Prevenzione, redatto in collaborazione e continuità con i Piani Territoriali di Asl/Piani di Zona.
Nel 2011 è proseguito anche il Progetto Prefettura, che ha l'obiettivo di un aggancio precoce dei soggetti segnalati ex artt. 75 e 121 da parte dei Ser.T.

Tavolo tecnico degli Osservatori territoriali ASL

L'Osservatorio Regionale Dipendenze**,** ha visto nel 2011 il trasferimento ad Eupolis, ente regionale di coordinamento di tutti gli osservatori regionali. La rete degli osservatori territoriali (Tavolo Tecnico degli Osservatori Territoriali – uno in ogni Dipartimento Dipendenze) ha permesso di monitorare i cambiamenti e di comprendere le possibili evoluzioni del fenomeno, al fine di adeguare per tempo la risposta del sistema di intervento. Non ultimo, il TTRO ha lavorato per l'adeguamento dei sistemi allo standard SIND

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Riqualificazione del sistema di intervento regionale

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 che si sono orientati verso due direzioni.
1) Costituzione di un Gruppo di Approfondimento Tematico, composto da rappresentanti Direzioni Generali regionali, stakeholders, Enti ed Istituzioni, con l'obiettivo di formulare, nel corso del 2012, un nuovo Piano Regionale Dipendenze. L'evoluzione del fenomeno nel corso degli ultimi anni richiede un aggiornamento del Piano precedente (2003).
2) Rivalutazione e revisione delle modalità di diagnosi da parte dei servizi ambulatoriali. Questa sperimentazione, iniziata nel 2011, proseguirà nell'anno seguente con la definizione di "pacchetti di prestazioni individuali", cosi da avere una maggiore efficacia nella presa in carico, all'interno di una più uniforme ed accurata valutazione dei bisogni della persona.
E' stata inoltre formalizzata, a fine anno, la proposta di sperimentazione in ambito sociosanitario, che vedrà il coinvolgimento anche dell'area dipendenze. La cifra prevista per la sperimentazione è di 38 milioni di euro e dovranno essere definite, nei primi mesi del 2012, per ogni ambito sociosanitario, le priorità di area.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Interventi di prevenzione

Interventi di prevenzione
Life skills training programme

Un impulso rilevante è stato dato all'utilizzo del programma Life Skills Training Program, come previsto nell'anno precedente. Le attività, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale, hanno previsto il coinvolgimento in oltre cento scuole della regione, nelle classi secondarie di 1° grado. Le attività hanno previsto la formazione di operatori delle Asl, afferenti ai dipartimenti Dipendenze, l'identificazione dei complessi scolastici in cui intervenire, la formazione degli insegnanti e, infine, la loro attività nei gruppi di classe. Le attività sono state avviate e condotte in oltre 300 classi. Lo sviluppo della sperimentazione prevederà, nel 2012, un raddoppio delle attività: gli interventi proseguiranno, modificati, sulle classi 2° già oggetto della sperimentazione, e partiranno ex novo su altre 1° classi.
La sperimentazione sarà oggetto di valutazione.

Nuove dipendenze

Dipendenze senza sostanze

Il crescente allarme sulle "Dipendenze senza sostanza" – in particolare il gioco patologico, ha fatto sì che venisse avviata una rilevazione sulle attività dei Dipartimenti in questa area, da cui è risultato un trend fortemente in ascesa nelle prese in cura di soggetti con questo problema. A questa è seguita l'emanazione di direttive sulle modalità di presa in carico, anche rispetto al fatto che si tratta di prestazioni extra LEA. Questo tipo di problematica verrà presa in considerazione, comunque, all'interno della più complessiva riorganizzazione e riqualificazione dei servizi ambulatoriali.

VI.2.3.10 Regione Marche

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Strategie adottate

La Regione Marche ha definito la programmazione individuando le priorità e destinando le risorse per l'anno 2011.

Le principali strategie adottate sono le seguenti:

1. garantire continuità agli interventi residenziali, semiresidenziali, di strada a cura degli ATS attraverso l'impiego di operatori di strada o unità mobili di natura socio-sanitaria con funzioni di promozione della salute, informazione, prevenzione, riduzione della domanda ed intercettazione del disagio, rivolti a giovani e adulti;
2. implementare l'organizzazione dipartimentale all'interno del nuovo assetto dell'ASUR, che ha introdotto l'articolazione territoriale in 5 Aree Vaste provinciali;
3. consolidare il progetto regionale finalizzato alla sperimentazione ed alla valutazione di un modello per l'inclusione socio-lavorativa di persone tossicodipendenti;
4. migliorare la qualità dei servizi residenziali e semiresidenziali al fine di poter rispondere alle nuove sfide terapeutiche e riabilitative: nuovi approcci e sistemi flessibili per il trattamento e la cura relativamente a comportamenti compulsivi non riferibili a sostanze (gioco d'azzardo patologico, shopping compulsivo, dipendenza da videogames, …)
5. implementare gli interventi di prevenzione e trattamento del tabagismo;
6. revisionare la normativa regionale di riferimento (DGR 747/2004) in relazione al nuovo assetto organizzativo sanitario territoriale;
7. sviluppare la campagna informativa regionale sull'uso di sostanze, destinata al target genitoriale;
8. avviare uno studio sul fenomeno delle morti per overdose nelle Marche, che risulta essere una delle Regioni maggiormente colpite.

.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Programma annuale degli interventi e Piani operativi

- stanziamento annuale di circa € 2.400.000,00 per sostenere gli interventi extra LEA ad alta integrazione socio-sanitaria;
- attivazione e finanziamento di circa 40 percorsi d'inclusione lavorativa con il riconoscimento di borse-lavoro a soggetti tossicodipendenti;
- affidamento di un progetto regionale al Coordinamento regionale degli Enti ausiliari Accreditati con i seguenti obiettivi:
- intercettazione dei mutamenti del fenomeno dipendenze;
- consolidamento e miglioramento della accessibilità della rete di offerta di servizi;
- offerta di nuovi servizi in via sperimentale;
- prevenzione del burnout degli operatori;
- diffusione della cultura del dato;
- sostegno economico alla realizzazione di:itinerari didattici interattivi per bambini, ragazzi e giovani presso il centro regionale didattico multimediale di prevenzione e promozione della salute, con riferimento specifico all'uso di tabacco e di alcol;
- percorsi di formazione e aggiornamento per adulti
- costituzione ed avvio del gruppo di lavoro inerente la revisione della DGR 747/2011 che ha individuato le seguenti priorità:
    1. stesura di un accordo quadro pluriennale tra Regione – ASUR e privato sociale;
    2. revisione della LR n. 17/2010 per il riconoscimento del modello organizzativo dipartimentale integrato;
    3. programmazione integrata delle risorse (ATS/DDP);
    4. modifica degli organismi di rappresentanza del modello dipartimentale integrato.
- campagna informativa "Chi ama, chiama": sviluppo del lavoro avviato a fine 2010, attraverso il coinvolgimento dei servizi territoriali e delle

scuole, nonché delle altre risorse territoriali rappresentate dalle associazione delle famiglie, MMG, In particolare si è proceduto a veicolare il materiale informativo presso gli studi medici, farmacie, Comuni e servizi sanitari;

- decessi da overdose:
    1. costituzione ed avvio di un gruppo di studio con competenze epidemiologiche e sociologiche per ricerca sul fenomeno di mortalità da intossicazione acuta da stupefacenti, nelle Marche;
    2. costituzione di una rete di collaborazioni con le diverse realtà territoriali; (Prefetture, Università, Istituti di Medicina Legale, Dipartimenti);

- avvio della gara d'appalto per la fornitura del software unico regionale per la realizzazione del SIND.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

- necessità di interventi formativi per tre target:
    1. management dei Dipartimenti dipendenze
    2. operatori su bisogni specifici al livello di ogni provincia
    3. laboratorio formativo per operatori delle unità di strada, finalizzato alla definizione degli standard minimi autorizzativi e di accreditamento delle unità di strada
- rendere più capillare l'azione informativa e di prevenzione, attraverso strumenti multimediali di grande diffusione (distribuzione brochure alle famiglie, social network);
- avviare il SIND.

VI .2.3.11 Regione Molise

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Vincoli del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario

Nel corso dell'anno la Regione Molise è stata impegnata nel Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario e le criticità esistenti non hanno permesso lo sviluppo di molte iniziative territoriali.

Le attività realizzate sono state indirizzate alle seguenti finalità:

Interventi di prevenzione primaria

- realizzazione dei progetti *SIND – Sistema Informativo Nazionale Dipendenze* e *NIOD – Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze* per superare le limitatezze derivanti dalla mancanza, sul territorio regionale, di una rete informativa e informatizzata nel settore delle dipendenze patologiche;
- prosecuzione iter per l'accreditamento istituzionale delle Strutture socio-sanitarie ai sensi della L.R. n. 18/2008 *Autorizzazione alla realizzazione di strutture ed all'esercizio di attività sanitarie e socio-sanitarie - Accreditamento istituzionale - Accordi 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*;
- attuazione della *Giornata mondiale senza Tabacco* in collaborazione con l'Università degli Studi del Molise, l'Ufficio scolastico regionale, gli Istituti scolastici e la Lega italiana per la lotta contro i tumori. Tale manifestazione risulta essere una buona occasione per il coinvolgimento della cittadinanza sia nella maggiore conoscenza relativa al consumo di tabacco, quale fattore di rischio per la salute, sia come momento di

prevenzione e trattamento per i fumatori oltreché di tutela della salute dei non fumatori.

Adesione ai progetti SIND supprt e NIOD

Riguardo alla presenza di una rete informativa e informatizzata, che a livello regionale risulta carente, è risultato necessario realizzare i 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 – Accordi 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, accreditato 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 avuto 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

I Servizi per le Dipendenze Patologiche, con le sei sedi operative territoriali, proseguono le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli stati di dipendenza, oltre ad essere presenti nei Centri di informazione e consulenza presso gli Istituti scolastici ed operano, tra l'altro, anche in collaborazione con il Club alcolisti in trattamento e con l'Associazione degli Alcolisti Anonimi. Tre dei Servizi svolgono attività di diagnosi e cura anche per i tossicodipendenti e gli alcolisti detenuti negli Istituti penitenziari di competenza territoriale ed una quarta sede ospita anche un Laboratorio antitabagismo.

Prevenzione del tabagismo

Anche nell'anno 2011 la Regione, in collaborazione con la Lega italiana per la lotta contro i tumori, ha organizzato a Campobasso presso l'Istituto Comprensivo Statale "Jovine" (Scuola dell'Infanzia, Primaria e Secondaria Superiore di I) la *Giornata mondiale senza Tabacco,* quale occasione di informazione e prevenzione oltre che come momento di premiazione del Concorso europeo *Smoke free class,* al quale hanno aderito alcuni Istituti scolastici regionali.

Adesione e partecipazione ai progetti SIND Support e NIOD

Riguardo alla realizzazione del progetto SIND SUPPORT - Rete Informativa e Informatizzata per le Dipendenze Patologiche e NIOD – Network Italiano degli Osservatori sulle Dipendenze, la Regione ha partecipato agli incontri organizzati dal Dipartimento Politiche Antidroga per la concretizzazione delle attività previste. In merito alle attività SIND SUPPORT nell'anno di riferimento sono stati presi contatti per l'acquisto del Server, del software e per la formazione degli operatori dei Ser.T. e la rilevazione dei dati. L'acquisto è stato concluso nel mese di dicembre 2011.

In riferimento al Piano progetti regionali 2011-2012 del Dipartimento Politiche Antidroga la Regione, in collaborazione con i due Servizi per le Dipendenze Patologiche regionali, ha ottenuto l'approvazione delle due iniziative progettuali proposte. La prima iniziativa Early detection di abuso di sostanze in adolescenti mediante un programma di simulazione 3D del Ser.T. di Isernia, si attuerà in alcuni Istituti scolastici regionali e sarà estesa anche alle sedi di Campobasso e Larino ed ha come obiettivo l'individuazione precoce di adolescenti ad elevato rischio di abuso di sostanze e con disagio familiare, mediante un programma virtuale. La seconda Valutazione e Intervento Drive e Controller del Ser.T. di Termoli si propone di valutare all'interno del proprio Servizio l'efficacia di una metodologia d'intervento integrato ed unitario volto a rafforzare il controller (aree cognitive) e bilanciare in questo modo il driver (spinta pulsionale) di utenti dipendenti da oppiacei.
È in corso l'accreditamento definitivo relativo alle tre Comunità pedagogico-riabilitative del privato sociale che attualmente sono accreditate provvisoriamente.

Prevenzione dell'abuso di alcool

Si è concluso il 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. Esso ha prodotto risultati positivi soprattutto per gli obiettivi affettivo/relazionali che il progetto si proponeva dando anche ampio spazio alla peer education e al potenziamento delle life skill. Le azioni effettuate dagli operatori negli incontri con gli studenti sono state sviluppate in modo da poter diventare attività routinaria attraverso l'inserimento nel POF delle prime classi del progetto Alla tua Salute, nell'ottica della progettazione partecipata tra Scuola e Istituzioni.
Infine, con la Legge Regionale n. 20 del 9 settembre 2011 *Istituzione della giornata regionale per la lotta alla droga* la Regione ha fissato il 10 di febbraio quale giornata annuale volta alla realizzazione di iniziative per la sensibilizzazione dell'opinione pubblica in tema di sostanze che provocano dipendenza e di contrasto al traffico illecito di stupefacenti.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Implementazione delle attività di collaborazione territoriale

Prosecuzione delle attività del progetto *SIND SUPPORT*, ovvero avvio dell'utilizzo del software gestionale e formazione degli operatori Ser.T. sull'uso del software.
Proseguimento e chiusura dell'iter per l'accreditamento istituzionale delle strutture pubbliche e del privato sociale, accreditati provvisoriamente.
Avvio delle iniziative progettuali *Early detection di abuso di sostanze in adolescenti mediante un programma di simulazione 3D* e *Valutazione e Intervento Drive e Controller* relative Piano progetti regionali 2011-2012 del Dipartimento Politiche Antidroga la Regione.
Realizzazione della *Giornata regionale per la lotta alla droga* di cui alla L. R. n. 20/2011.
Organizzazione della *Giornata mondiale senza Tabacco* in collaborazione con la Lega italiana per la lotta contro i tumori e la partecipazione di alcuni Istituti scolastici regionali.
Continuità e implementazione della collaborazione con Servizi per le tossicodipendenze, Lega italiana per la lotta contro i tumori, Ufficio Scolastico Regionale ed apertura ad altri Soggetti territoriali che a vario titolo si occupano di dipendenza.

VI.2.3.12 Regione Piemonte

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Attività normativa

Con la D.G.R. n. 4-2205 del giugno 2011 sono state approvate disposizioni per la realizzazione del Piano di Azione Regionale delle Dipendenze anni 2012-2015.
La politica sanitaria piemontese sulle dipendenze si riconosce nelle strategie generali definite dall'UE e nel Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013, approvato dal Governo il 29 ottobre 2010.
I punti fondamentali che caratterizzano la nuova politica sulle droghe si possono sintetizzare nel seguente modo:

- in base alle evidenze scientifiche, e prescindendo dai diversi effetti psicoattivi delle differenti sostanze stupefacenti, si afferma che, tutte le droghe sono dannose e pericolose per la salute delle persone;
- non esiste un diritto a consumare sostanze illecite neppure occasionalmente;
- si ritiene che il tossicodipendente, per quanto cronicizzato, deve essere sempre considerato recuperabile ad una condizione libera dalle droghe e dalla dipendenza. In questa prospettiva i trattamenti orientati alla stabilizzazione e prevenzione delle patologie correlate devono sempre collocarsi in un progetto terapeutico evolutivo.
- si ritiene importante contrastare ogni forma di stigmatizzazione e discriminazione rivolta ai soggetti con dipendenze, ai loro figli e alle loro famiglie.
- si ritiene importante potenziare le politiche di contrasto all'uso/abuso di alcol, del fumo di tabacco e di tutte le forme di dipendenze comportamentali, come le ludopatie (es. il gioco d'azzardo patologico).

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

PARD, Piano d'Azione Regionale sulle Dipendenze

Per rendere omogenee sul territorio le azioni di contrasto alle dipendenze patologiche, con o senza uso di sostanze, e al fine di armonizzare le strategie regionali alle linee d'indirizzo definite nel Piano Nazionale Antidroga 2010-2013, è necessario realizzare il Piano di Azione Regionale sulle Dipendenze (di seguito PARD).
Il documento dovrà essere guidato dai criteri di efficienza, efficacia e piena rispondenza ai bisogni dei soggetti che si rivolgono ai servizi, e delle loro famiglie.
Le aree di intervento principali del PARD sono:

1. La prevenzione (informazione precoce, prevenzione universale e selettiva, la diagnosi precoce di uso di sostanze stupefacenti - early detection, approccio educativo, incidenti stradali e sostanze stupefacenti, mansioni a rischio e sostanze stupefacenti, Sistema di Allerta Regionale, ecc);
2. La diagnosi e cura delle tossicodipendenze (contatto precoce, pronta accoglienza, diagnosi e terapie multidimensionali appropriate, realizzazione di progetti individuali e contestuale azione di prevenzione delle patologie correlate, ecc.);
3. La riabilitazione ed il reinserimento - sociale e lavorativo.
4. Il monitoraggio e la valutazione (dei servizi, dei dati epidemiologici, ecc.).

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Il sistema dei Servizi per le dipendenze piemontese, in base alla politica fin qui realizzata, non è bilanciato in modo equilibrato fra le 4 aree sopra indicate. E' necessario perciò prevedere, per i prossimi anni, investimenti tesi a rafforzare l'organizzazione dipartimentale e l'integrazione tra le aree summenzionate, al fine

di realizzare un sistema di servizi integrato pubblico-privato, efficace ed efficiente.

VI.2.3.13 Regione Puglia

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Continuità con il Piano sanitario regionale 2008-2010

L'Amministrazione regionale, nell'anno 2011, nell'ambito del fenomeno delle tossicodipendenze, in continuità con le strategie delineate dal Piano sanitario regionale 2008/2010 (scaduto) ha mirato a:

- garantire la continuità terapeutica e riabilitativa nel proprio territorio;
- 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.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Interventi previsti nel Documento regionale di programmazione economico finanziaria

Con riferimento all'art. 6 della legge regionale n. 4/2010 (accreditamento delle strutture di riabilitazione e strutture educativo assistenziali per i tossicodipendenti) l'Amministrazione regionale ha proseguito nella elaborazione del Regolamento disciplinante le procedure di: "*Autorizzazioni e accreditamento delle strutture e dei servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l'assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica*" che si propone di innovare totalmente il contesto di riferimento, introducendo nuove e più complesse Aree e tipologie di servizi accreditabili, quali Servizi specialistici per la comorbilità psichiatrica, per persone dipendenti da sostanze d'abuso, in gestazione o con figli minori, per adolescenti (14 – 18 anni) o per particolari tipologie di persone dipendenti.

Attivazione dell'Osservatorio regionale

In attuazione dell' art. 6 della L.R. n. 26/2006, la Giunta regionale, con provvedimento n. 2815 del 12/12/2011, ha attivato l'Osservatorio regionale delle Dipendenze incardinandolo nell'Osservatorio Epidemiologico regionale,cui afferisce il sistema di rilevazione dati informatizzato della Regione Puglia.

Infine, con provvedimento n. 2419 del 2/11/2011, la Giunta regionale ha innovato il Comitato Tecnico Regionale in materia di dipendenze patologiche, a cui sono state attribuite funzioni essenzialmente di supporto tecnico-scientifico e consultivo per l'attività che l'amministrazione regionale promuove e programma in materia di dipendenze patologiche. Tra queste rientra la definizione di un regolamento di funzionamento dei Dipartimenti delle Dipendenze

Esiste attualmente una bozza di regolamento che deve essere rivista in funzione della necessaria riallocazione delle risorse del sistema sanitario regionale prevista nel Piano di rientro concordato con il Governo.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Contenimento della spesa nei limiti posti dal Piano di rientro finanziario

Anche nel 2011 la sanità pugliese è stata caratterizzata da una sensibile contrazione delle risorse, conseguente alla necessità di mantenere le spese entro i limiti posti dal Piano di rientro finanziario concordato con il Governo.
Nel campo delle dipendenze patologiche le attività poste in essere hanno avuto

come obiettivo quello di proseguire, in continuità con il precedente anno, il porre le basi per una ridefinizione degli assetti organizzativi del settore, che si spera possano andare a regime nel prossimo biennio 2012/2013. 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.

VI.2.3.14 Regione Sardegna

A) Strategie e programmazione attività 2011 (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.
Infatti 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;
Rendendo altresì 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 2011 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.
Per coordinare queste attività è 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

VI.2.3.15 Regione Sicilia

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Adozione del Piano della Salute 2011-2013

Con l'adozione del Piano della Salute 2011-2013 è stata delineata la strategia da adottare in materia di Dipendenze Patologiche alla luce delle criticità individuate
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 rispetto al 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

- 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 dell'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 dell'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 18 febbraio 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 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Interventi prioritari

Con il Piano della Salute 2011-13 di cui al Decreto Presidenziale del 18 luglio 2011(GURS n.32 del 29/7/11 s.o. n.2) sono stati individuati i seguenti interventi prioritari da effettuare:

- 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 per sostanze da taglio.

VI.2.3.16 Regione Toscana

A) Strategie e programmazione attività 2011 (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

d)Il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze
Al fine di favorire il consolidamento della rete del sistema integrato regionale dei servizi rivolti a fronteggiare le dipendenze, di realizzare strategie di intervento condivise ed uniformi nei vari ambiti territoriali, di elaborare piani di rilevanza interaziendale e regionale, la Giunta regionale ha costituito il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze.
Il Comitato ha funzioni di rilevazione dei bisogni, verifica sull'adeguatezza degli interventi e supporto tecnico all'azione di governo della Giunta regionale.
È presieduto dal Direttore Generale del Diritto alla Salute o suo delegato e ad esso partecipano rappresentanti dei servizi pubblici e del privato sociale operanti nel settore delle dipendenze.
Al Comitato compete altresì il supporto ai competenti assessorati per l'organizzazione e la realizzazione, almeno una volta ogni tre anni, di una Conferenza regionale degli operatori del sistema dei servizi pubblici e del privato sociale con la finalità di favorire la più ampia partecipazione degli operatori, di evidenziare le buone prassi esistenti nel territorio regionale sui temi della tossicodipendenza da sostanze illegali, sull'efficacia del sistema dei servizi.

La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali

e)La rete dei servizi residenziali e semiresidenziali
I posti in comunità residenziali e semiresidenziali autorizzati e convenzionati con le Aziende USL nell'anno 2011 sono 1123 di cui 964 gestiti da Enti Ausiliari e 159 a gestione diretta delle Aziende USL).

Le equipe alcologiche

f)Le equipe alcologiche
In ogni SERT è attiva una Equipe Alcologica.
Nell'anno 2011 risultano operative 40 equipe alcologiche.
A livello regionale è presente il Centro Alcologico Regionale

I Centri Antifumo

g) I Centri Antifumo
In ogni Azienda USL è attivo almeno un Centro Antifumo per un totale di 27 Centri attivi nel 2011.

Attività realizzate nel 2010

Nel corso dell'anno 2011 sono state realizzate le seguenti azioni/attività:

- riunioni periodiche con il Comitato Regionale di Coordinamento sulle Dipendenze;
- approvato e sottoscritto l'Accordo di collaborazione tra Regione Toscana, Aziende USL toscane e Coordinamento regionale degli Enti Ausiliari della Regione Toscana che innova il precedente Protocollo di collaborazione sottoscritto nel 2009. Con tale Accordo la Regione ha destinato per il triennio 2011-2013 6.000.000,00 di Euro (duemilioni di euro annui) per l'implementazione degli inserimenti in comunità terapeutiche.
- approvato e sottoscritto l'Accordo di collaborazione tra la Regione Toscana, il Coordinamento Toscano Comunità di Accoglienza, le Società della Salute di Pisa, Firenze e Livorno per attività e azioni sul versante della marginalità sociale e della riduzione del danno;

- approvato e sottoscritto l'Accordo di collaborazione 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 4 sperimentazioni regionali per la cura delle persone con problemi di uso, abuso e dipendenza da cocaina;
- promozione, sostegno e partecipazione a seminari di studio, workshop e convegni sulle dipendenze;
- coordinamento del gruppo tecnico interregionale tossicodipendenze istituito in seno alla Commissione Salute delle Regioni e P.A.;
- proseguito il processo di accreditamento dei SERT;
- implementato e sviluppato il Sistema Informativo Regionale sulle Dipendenze Patologiche (SIRT) con l'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 2011 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:
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;
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;
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;
difficoltà operative legate alle recenti modifiche dell'assetto organizzativo del sistema socio-sanitario regionale (Società della Salute, Aree Vaste);
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;

permanere in molte parti della società civile e dei servizi di uno stigma delle dipendenze come comportamenti devianti, immorali, criminali; tali orientamenti contribuiscono a ritardare l'accesso ai servizi, ad impedire diagnosi precoci e a deresponsabilizzare i pazienti verso le cure;
g) notevole incremento e diffusione delle droghe, legali e illegali, con nuove modalità e abitudini di consumo in particolare nelle fasce giovanili.
Per rimuovere tali difficoltà la Giunta regionale toscana ha approvato la proposta di Piano Sanitario e Sociale Integrato Regionale 2012-2015 che contiene anche la programmazione in materia di dipendenze da sostanze legali, illegali e da dipendenza senza sostanze, elaborata alla luce delle indicazioni emerse nel corso degli ultimi anni di vigenza della programmazione sanitaria e sociale regionale.

VI.2.3.17 Regione Umbria

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Programmazione regionale

La programmazione regionale in materia di dipendenze trova una formale esplicitazione, ormai da diversi anni, nei Piani regionali Sanitario e Sociale e negli atti specifici di indirizzo, allegati in particolare ai Piani sanitari 1999-2011 e 2003-2005.
Ulteriori atti strategici fondamentali nel disegnare il sistema regionale di intervento sono identificabili nella DGR n. 1115 del DGR 4 agosto 1999, "Riorganizzazione servizi assistenza a tossicodipendenti", che ha recepito l'Accordo Stato Regioni del gennaio 1999 ed ha istituito i dipartimenti per le dipendenze, e la DGR n. 1057 del 29 luglio 2002, "Nuovo sistema servizi nell'area delle dipendenze. Tariffe regionali di riferimento utenti tossicodipendenti ai sensi della L. n. 45/1999 e dell'accordo Stato-Regioni del 5 agosto 1999", che ha definito le tipologie dei servizi residenziali e semiresidenziali, i requisiti necessari per l'autorizzazione al funzionamento e le rette giornaliere.
A dieci anni circa dalla costituzione di un sistema regionale di intervento organico, basato da un lato sul coordinamento a livello locale di tutte le risorse (sanitarie e non) presenti nel territorio, e d'altro lato su un rapporto di integrazione tra servizio pubblico e privato sociale, è stata rilevata la necessità di monitorare le realizzazioni fin qui operate e prevedere un rinnovamento del sistema stesso, in linea con i profondi cambiamenti registrati nei fenomeni connessi all'abuso di sostanze e alle dipendenze, e nei bisogni ad essi associati.
Il Piano Sanitario Regionale vigente, relativo al periodo 2009-2011, colloca pertanto il campo delle dipendenze tra le aree prioritarie della programmazione regionale e definisce quale obiettivo fondamentale la riorganizzazione di tutto il sistema regionale di intervento, sul piano organizzativo e metodologico, in una duplice direzione:
potenziare il livello di integrazione tra i servizi gestiti direttamente dal pubblico e quelli gestiti dal privato sociale accreditato,
sviluppare maggiormente, accanto alle opzioni terapeutiche già in uso, le strategie della prossimità e dell'accompagnamento;
Lo stesso Piano indica inoltre gli obiettivi di salute sui quali indirizzare prioritariamente l'intervento sociosanitario, sulla base dei bisogni emersi da una lettura approfondita del quadro regionale.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Riorganizzazione del sistema regionale di intervento

In linea con le indicazioni del Piano, nel corso del 2011 sono state realizzate in particolare le azioni elencate di seguito.

- Prosecuzione del percorso volto a definire la riorganizzazione del sistema regionale di intervento per le dipendenze, secondo i seguenti orientamenti

fondamentali:

1. Conferma e valorizzazione dell'organizzazione dipartimentale, adottando il modello del "dipartimento integrato" quale forma di coordinamento tra tutte le risorse, non solo sanitarie, presenti in ciascun territorio; questo modello intende attuare un maggiore livello di integrazione tra servizi pubblici e realtà del privato sociale accreditato e superare la dicotomia dei modelli usuali, "funzionale" e "strutturato";
2. Individuazione di "aree di intervento prioritarie", corrispondenti ai bisogni di salute risultati maggiormente rilevanti in ambito regionale;
3. Indicazione delle strategie di approccio da sviluppare maggiormente, ovvero la strategia dell'accompagnamento ed il lavoro di prossimità, in quanto maggiormente flessibili ed in grado di supportare, in risposta all'evoluzione dei bisogni rilevati in ambito regionale, una effettiva personalizzazione degli interventi.

- Messa a regime del sistema informativo regionale sulle dipendenze, con il passaggio alla rete informativa regionale, e costituzione dell'area dipendenze nell'ambito delle attività dell'osservatorio epidemiologico regionale (DGR 1487 del 6 dicembre 2011). Nell'ambito di questa area, è stato applicato presso tutti i servizi di alcologia il sistema informativo (attraverso piattaforma mFp) già presente presso i ser.t, sono stati realizzati percorsi formativi rivolti agli operatori, si è aderito ai progetti Sind Support e NIOD, del Dipartimento Politiche Antidroga.
- Per l'area della prevenzione, messa a regime delle "reti aziendali per la promozione della salute", con articolazione a livello provinciale e locale del Protocollo d'Intesa siglato con l'Ufficio scolastico regionale al fine di favorire iniziative coordinate per la promozione della salute nella popolazione giovanile: rientra nell'attività ordinaria delle ASL, ormai, la pianificazione di interventi di prevenzione concordati con le scuole del territorio.
- Riguardo a i servizi di trattamento, è stato avviato un percorso per la valutazione costante degli esiti prodotti, attraverso la partecipazione al progetto OUTCOME del Dipartimento Politiche Antidroga. E' stata conclusa una formazione regionale, ampiamente partecipata, relativa al cocainismo.
- Prosecuzione del Piano di intervento per la prevenzione dei decessi per overdose, incluso il monitoraggio del fenomeno (Rapporto regionale relativo all'anno 2010); in base alla valutazione delle azioni intraprese negli anni precedenti, definizione di un progetto regionale mirato a rinnovare gli interventi di prossimità, con particolare attenzione al fenomeno del policonsumo e alla mortalità per overdose (DGR n. 1732 del 29/12/2011, Progetto regionale "Il sistema della prossimità nei confronti dell'abuso di sostanze e delle dipendenze - Sperimentazione di assetti organizzativi ed approcci metodologici innovativi, rivolti in particolare alla prevenzione della mortalità per overdose e dei rischi connessi al policonsumo").

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Nel corso del 2011 sono state rilevate in particolare le seguenti criticità:

- Necessità di integrare il percorso di riorganizzazione del sistema di intervento per le dipendenze nell'ambito della più ampia riorganizzazione del sistema sanitario regionale, prevista dalla Giunta regionale e a fine 2011 non ancora completata. Questo nuovo indirizzo strategico della Giunta ha portato a procrastinare i tempi di formalizzazione della proposta elaborata con il contributo di tutti i servizi (sia pubblici che del

privato sociale) impegnati nel campo.

- La gravità della situazione di sovraffollamento, determinatasi nelle carceri presenti nel territorio regionale (4 istituti penitenziari, peraltro piuttosto differenziati tra loro), associata al processo di integrazione di tale contesto di assistenza nell'ambito del sistema sanitario regionale, con ricadute particolarmente pesanti proprio nel campo dell'assistenza ai detenuti alcol e tossicodipendenti. E' stata quindi prevista una formazione specifica, integrata tra operatori dei servizi sanitari sia pubblici che del privato sociale ed operatori del settore della Giustizia.
- Necessità, alla luce dei dati rilevati, di potenziare le attività volte alla prevenzione dei decessi per overdose. Oltre a sistematizzare e rendere omogenee le attività delle unità di strada e centri a bassa soglia attraverso la stabilizzazione del Coordinamento tecnico regionale specifico, è stato elaborato in maniera partecipata un Progetto regionale di intervento, finanziato dalla Regione.

VI.2.3.18 Regione Veneto

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Prima Conferenza Regionale sulle Dipendenze

La Regione Veneto, da sempre, attenta al benessere dei suoi cittadini ed alla promozione di stili di vita sani, è impegnata in numerose azioni di contrasto all'uso di droghe legali ed illegali.

A fronte di tale fenomeno, che rappresenta un comportamento a rischio complesso e multifattoriale, la Regione Veneto ha espresso in modo chiaro le politiche e le strategie che intende perseguire, avviando un percorso di rivisitazione dell'organizzazione e della programmazione, in stretta sinergia con il territorio, percorso supportato anche dall'attivazione di Gruppi tecnici dedicati.

Alla luce di questo processo complesso ed articolato è stata organizzata il 4 febbraio 2011 la 1° Conferenza Regionale sulle Dipendenze, questa iniziativa ha visto la collaborazione tra l'Assessorato alle Politiche Sociali, la Direzione Regionale per i servizi Sociali della Regione Veneto e tutti i Servizi pubblici e Privati che sono attivi sul territorio regionale in questo ambito. Con questa Conferenza la Regione Veneto si è data l'opportunità di rilanciare la programmazione come metodo consapevole, diffuso ed integrato per il governo, l'organizzazione e la gestione del sistema socio sanitario a tutti i livelli di responsabilità.

B) Presentazione (Organizzazione e consuntivo sintetico delle principali attività)

Rafforzamento delle funzioni di indirizzo regionale

La Regione nel corso del 2011, ha rafforzato 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 di 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.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Progetto Dipendenze 2012-2014

A tale scopo la Regione proporrà nel corso del 2012, il nuovo "Progetto Dipendenze" 2012/2014 che avrà come obiettivi, tenuto conto degli indirizzi del Piano Socio Sanitario in via di approvazione, la riorganizzazione dei servizi pubblici e privati, confermando la presenza del dipartimento in tutte le Aziende ULSS, con l'indispensabile partecipazione del privato sociale in tutti i dipartimenti. Riorganizzazione dei servizi adeguando numero e tipologia dell'offerta alle esigenze della domanda, in una prospettiva di qualità ed appropriatezza del servizio offerto.

VI.2.3.19 Provincia Autonoma di Bolzano

A) Strategie e programmazione attività 2011 (o orientamenti generali)

Aggiornamento del documento "Linee d'indirizzo". Sviluppo del sistema informatico

Obiettivi e priorità

- Aggiornamento dei contenuti del documento "Linee d'indirizzo per la politica sulle dipendenze in Alto Adige" in vigore dal 2003 mediante la elaborazione di un piano di settore per le dipendenze. Al centro dell'attenzione sono state poste le priorità definite per le singole aree operative -prevenzione,cura e riabilitazione, reinserimento sociale e lavorativo, riduzione del danno e sicurezza-, i settori che tuttora necessitano di interventi e le nuove sfide che si presentano alla rete di istituzioni operanti nei singoli settori –sanitario e sociale, scuola, servizio giovani, economia ed ordine pubblico. Il piano costituisce un'importante tappa nell'impegno da portare avanti per giungere alla definizione delle nuove "Linee guida per le politiche sulle dipendenze".
- Implementazione dell'informatizzazione dei Servizi per le dipendenze e dei Servizi ad essi collegati, attraverso il sistema di rilevazione dati denominato "Ippocrate". La complessità e l'importanza del progetto prevede la nomina di un coordinatore con il compito di adottare ed utilizzare gli strumenti informativi in grado di soddisfare in modo omogeneo il fabbisogno conoscitivo tra i quattro Comprensori sanitari e di assolvere al debito informativo nazionale e provinciale, nel pieno rispetto della specifica normativa di settore e del SIND/NIOD.

- Completamento della riorganizzazione dell'assistenza sanitaria all'interno del Carcere di Bolzano prevista dal decreto legislativo 19 novembre 2010, n. 252, "Norme di attuazione dello Statuto speciale della Regione Trentino - Alto Adige concernenti disposizioni in materia di assistenza sanitaria ai detenuti ed agli internati negli istituti penitenziari", con particolare attenzione ai detenuti tossico- ed alcoldipendenti.
- Prosecuzione del processo di riorganizzazione dell'offerta riabilitativa nelle comunità terapeutiche provinciali afferenti al settore della dipendenza da sostanze stupefacenti e doppia diagnosi con il coinvolgimento attivo dei Servizi psichiatrici.
- Approvazione della legge 22 novembre 2010, n.13 "Disposizioni in materia di gioco d'azzardo" che, per ragioni di tutela di determinate categorie di persone e per prevenire il vizio del gioco, ha individuato luoghi sensibili in cui non puó essere concessa l'autorizzazione per l'esercizio di sale da gioco e attrazione. Inoltre con disegno di legge provinciale n.114/2011 è stata approvata la destinazione alla prevenzione e alla riabilitazione della dipendenza da gioco di una quota pari all'1,5% delle somme annualmente riversate alla Provincia quale compartecipazione al prelievo erario unico sugli apparecchi e congegni destinati al gioco.

B) Presentazione(Organizzazione e consumo sintetico delle principali attività)

Collaborazione pubblico/privato

Con la supervisione dell''Unità di coordinamento nel settore delle dipendenze, operativa all'interno del Dipartimento alla Famiglia, sanità e politiche sociali, è stata favorita la collaborazione tra il sistema dei Servizi pubblici e privati potenziando il livello di integrazione e comunicazione fra gli stessi e promuovendo l'approfondimento dei numerosi temi etici che caratterizzano il settore specialistico delle dipendenze

Prevenzione

Nel settore della prevenzione universale e selettiva si è data continuità ai seguenti progetti ed iniziative attivi da alcuni anni e di particolare rilevanza

1. Campagna di prevenzione dell'alcol in Alto Adige "Bere responsabile" presente al Salone della salute presso la Fiera di Bolzano nell'autunno 2011 con:
   - uno stand presso il quale i visitatori hanno potuto provare una guida "in stato d'ebbrezza" con un simulatore di moto
   - l'accesso alla nuova pagina web www.bereresponsabile.it che, oltre ad interessanti informazioni e contributi, ha proposto un quiz con il quale i/le visitatori/ci hanno potuto aumentare le loro conoscenze sul tema alcol e contemporaneamente partecipare ad un gioco a premi, collegarsi con i social network, interagire su Facebook e, tramite la funzione "mi piace", condividere e sostenere il messaggio della campagna.
2. Interventi di prevenzione selettiva "Nucleo Operativo Tossicodipendenze del Commissariato del Governo di Bolzano" e "Servizio per le dipendenze di Bolzano" rivolti a persone segnalate per possesso di sostanze stupefacenti e/o per guida in stato di ebbrezza.
3. Incontri periodici e strutturati degli operatori dei Ser.D e della rete del privato sociale al "Tavolo di confronto sulla prevenzione selettiva" per il monitoraggio del fenomeno sul territorio provinciale e al "Gruppo di lavoro sul gioco d'azzardo patologico" per la messa a punto di specifiche iniziative e materiale informativo sui temi gioco d'azzardo ed internet.
4. Due giornate di formazione "Valutazione del sistema qualità pubblico - privato" rivolte agli operatori dei Ser.D, dei Servizi psichiatrici e degli Enti gestori di comunitá terapeutiche provinciali, finalizzate alla

condivisone di criteri di appropriatezza per gli inserimenti nelle suddette comunità anche di pazienti seguiti dai Servizi psichiatrici, alla elaborazione delle schede di inserimento nei loro aspetti anamnestici e diagnostici psico-socio-sanitari, alla definizione degli obiettivi da perseguire all'interno del Progetto terapeutico adottato in comunità, al monitoraggio degli esiti e nella valutazione degli outcomes.

Problematiche alcol-correlate

5. 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. Oltre al monitoraggio e rilevamento statistico del fenomeno, il Servizio offre la possibilità di effettuare una consulenza psicologica secondo un approccio di tipo motivazionale, che utilizza strategie idonee a facilitare nel giovane la consapevolezza a ridurre il rischio d'abuso
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, ecc.)

Cura, riabilitazione e reinserimento sociale

7. Nel settore della cura e riabilitazione i Servizi per le Dipendenze e le Associazioni convenzionate con l'Azienda sanitaria dell'Alto Adige hanno sviluppato un sistema integrato, ambulatoriale e residenziale, per la terapia e la riabilitazione dei pazienti affetti da dipendenze e comorbilità psichiatriche. I Ser.D hanno redatto protocolli d'intesa e di cooperazione con i Servizi psichiatrici ed hanno attivato un'offerta di terapie individuali per persone dipendenti dal gioco d'azzardo.
8. Nel settore del reinserimento sociale si è provveduto a rafforzare le offerte negli ambiti

- della riabilitazione lavorativa, potenziando alcuni laboratori riabilitativi già presenti sul territorio e sviluppando approcci di rete per migliorare i processi volti all'inserimento nel libero mercato;
- dell'assistenza economica sociale mediante l'erogazione di sostegni specifici da parte dei Distretti sociali;
- della riduzione dei danni, offrendo servizi dedicati alla prevenzione terziaria e al soddisfacimento dei bisogni primari;
- della qualità delle prestazioni, con l'applicazione di Carte dei Servizi e di concetti orientati al *case management* e al lavoro di rete;
- del sostegno abitativo, garantendo l'accesso a strutture protette e l'assistenza a domicilio a persone in abitazioni proprie, ma con difficoltà di gestione della vita quotidiana.

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate

Implementare l'integrazione e la partecipazione al confronto fra servizi sanitari e sociali

1. programmazione efficace e coordinamento strutturato delle risorse, anche finanziarie, nel settore sanitario e sociale
2. coinvolgimento piú incisivo di altri attori **(**medici di medicina generale, distretti sanitari e sociali territoriali) per promuovere stili di vita più sani e per garantire una diagnosi e un intervento precoce per le persone a rischio
3. maggior appoggio scientifico, in termini di ricerca e di studio, per evidenziare trends e tendenze di sviluppo e per promuovere la formazione continua degli operatori dei Servizi.

VI.2.3.20 Provincia Autonoma di Trento

A) Strategie e programmazione attività 2011 (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.
Nel 2011 è stata adottata la deliberazione della Giunta provinciale n. 1253 del 10 giugno 2011 avente per oggetto "Prestazioni residenziali rese dai servizi accreditati privati, di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso (ex enti ausiliari per le tossicodipendenze), determinazione delle tariffe giornaliere a decorrere dal 1° luglio 2011.

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.
Inoltre la deliberazione della Giunta provinciale n. 1253 del 10 giugno 2011 determina le tariffe giornaliere a decorrere dal 1* luglio 2011 e le prestazioni residenziali rese dai servizi accreditati privati, di assistenza alle persone dipendenti da sostanze d'abuso (ex enti ausiliari per le tossicodipendenze).

C) Principali prospettive emerse nel 2011 nello svolgimento delle attività e soluzioni possibili/auspicate
Nel 2011 è stato affrontato, in modo particolare, il tema delle dipendenze non da sostanze (gambling, dipendenza da tecnologia, etc.)
La Provincia Autonoma di Trento ha adottato nel corso dell'anno 2011 una serie di misure volte alla prevenzione e al contrasto della dipendenza da gioco e alla cura della sua dimensione patologica, attraverso attività di informazione e sensibilizzazione con incontri svolti su tutto il territorio provinciale in collaborazione con l'Associazione A.M.A. e operatori dell'Azienda provinciale per i servizi sanitari. Inoltre è stata prevista la formazione in particolare degli operatori del privato sociale e dei medici di medicina generale e nell'ambito dell'assistenza e cura il SerT ha formato un gruppo di professionisti per strutturare risposte terapeutiche e preventive anche attraverso l'attività di gruppi di auto-mutuo-aiuto.
In occasione della legge finanziaria provinciale 2012, nella legge provinciale n. 9 del 2002 è stato inserito l'art. 13 bis recante: "Disposizioni in materia di apparecchi da gioco". In particolare, questo articolo consente ai Comuni, al fine di tutelate determinate categorie di persone maggiormente vulnerabili e per prevenire la dipendenza dal gioco, di limitare o vietare la collocazione di apparecchi da gioco in un raggio non inferiore a 300 metri da luoghi sensibili quali istituti scolastici e formativi, centri giovanili, strutture residenziali e semi residenziali operanti in ambito sanitario, scolastico e socio assistenziale.

Parte Settima

Indicazioni generali

CAPITOLO VII.1

PIANO D'AZIONE

VII.1.1. Valutazione del Piano d'Azione Nazionale

VII.1 PIANO D'AZIONE

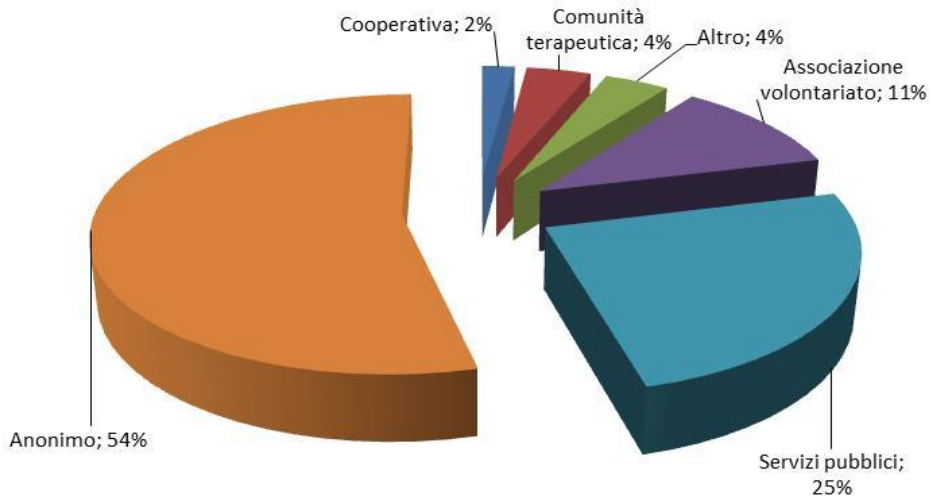
VII.1.1 Valutazione del piano d'azione nazionale

Nell'anno 2011 è stata inviata la valutazione del PAN attraverso la diffusione di una scheda valutazione. Lo scopo della scheda di valutazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010 – 2013 è di rilevare l'opinione degli addetti ai lavori (operatori dei Ser.T/Ser.D, dipartimenti per le dipendenze, associazioni di volontariato, cooperative sociali, comunità terapeutiche etc…) riguardo al Piano nella sua struttura generale e nelle sue specifiche aree di intervento. A questo scopo, la scheda di valutazione è stata predisposta in modo da permettere ai rispondenti di esprimere il proprio giudizio sia in maniera strutturata e standardizzata (utilizzando delle scale di valutazione da 1 a 10) sia in maniera libera lasciando spazio alle riflessioni, ai suggerimenti e alle critiche.
La scheda è composta di 7 sezioni tematiche ognuna delle quali comprende quesiti di tipo quantitativo e qualitativo:

1. Valutazione generale della struttura logica utilizzata nella stesura del PAN
2. Valutazione dell'area "prevenzione"
3. Valutazione dell'area "cura, diagnosi e patologie correlate"
4. Valutazione dell'area "riabilitazione e reinserimento"
5. Valutazione dell'area "monitoraggio e valutazione"
6. Valutazione dell'area "legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile"
7. Valutazione generale del PAN

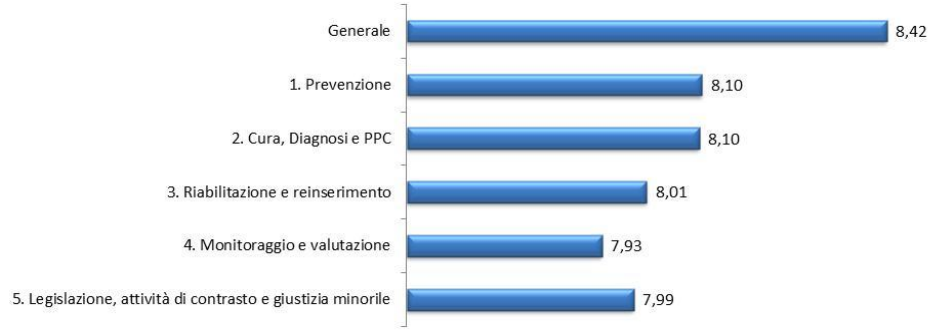
Il Dipartimento Politiche Antidroga ha raccolto un totale di 123 schede di valutazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013. Sul totale delle schede, nel 41,5% non è stata compilata la parte *qualitativa* delle domande (Fig. 1), ovvero quella riguardante le *note e consigli per il miglioramento* (sezione 1), *note e consigli per il miglioramento delle strategie* (sezioni 1,2,3,4,5,6) e *i tre obiettivi particolarmente innovativi e rilevanti/particolarmente critici e poco rilevanti* (sezioni 1,2,3,4,5,6). Questo comporta che, mentre l'analisi quantitativa dei dati è stata effettuata sulla totalità delle schede ricevute (123), l'analisi qualitativa solamente su 72 schede.
Va rilevato che molte schede sono state compilate in anonimato, dunque, non è possibile risalire al settore di attività del mittente. Contributi alla valutazione delle schede sono pervenuti anche dai componenti della Consulta degli Esperti e degli Operatori sulle tossicodipendenze.

Figura VII.1.1: Distribuzione tipologia dei rispondenti



Veniamo ora agli aspetti salienti dell'indagine, iniziando dalle valutazioni che i rispondenti hanno dato della struttura logica utilizzata nella stesura del PAN (sezione 1 della scheda di rilevazione). Ricordiamo che la valutazione espressa dai rispondenti poteva variare su una scala da 1 (valore minimo) a 10 (valore massimo) in cui il valore di "sufficienza" era rappresentato dal 6.
Possiamo notare una tendenza a votazioni piuttosto alte e con variabilità contenute**:** il valore medio dei giudizi sul criterio *Struttura logica utilizzata e aree di intervento*, infatti, si assesta a 8,56 mentre per *Indirizzi e principi generali* la media corrisponde a 8,50. Notiamo immediatamente che i due valori medi si posizionano abbondantemente al di sopra del valore di sufficienza e che, i valori minimi assegnati non scendono mai al di sotto del punteggio "5". Possiamo tranquillamente affermare quindi, che i rispondenti, in maniera piuttosto omogenea, hanno valutato come buona la struttura del PAN.

Figura VII.1.2: Punteggi complessivi attribuiti alle aree principali (scala da 1 a 10)



Dopo aver esaminato i giudizi riguardanti la struttura logica del PAN, veniamo ai giudizi generali espressi riguardo al documento nel suo complesso (sezione 7 della scheda di rilevazione). Anche in questo caso notiamo giudizi medi piuttosto alti (la media delle medie dei giudizi equivale infatti a 8,40, sempre su una scala che varia da 1 a 10) con variabilità piuttosto contenute. Sono presenti però alcune piccole differenze seppur in medie piuttosto alte e omogenee: mentre nella maggior parte degli oggetti di valutazione abbiamo una variabilità che va da 4 o 5 (come valore minimo assegnato) a 10 (come valore massimo assegnato), per "*Grado di corrispondenza del PAN con le conclusioni della V Conferenza sulle droghe, Trieste 2009"* e "*Grado di condivisione dell'area specifica "Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile"* troviamo giudizi minimi equivalenti a 2. Questo significa che, nonostante il valore medio sia piuttosto alto, qualche rispondente ha comunque valutato in maniera critica questi elementi.

Come già accennato precedentemente, la scheda di valutazione così come il Piano, è stata suddivisa in aree di intervento (le medesime presenti nel Piano di Azione Nazionale Antidroga):
1. Prevenzione
2. Cura, diagnosi e patologie correlate
3. Riabilitazione e reinserimento
4. Monitoraggio e valutazione
5. Legislazione, attività di contrasto e giustizia minorile

Per ogni area di intervento la scheda è stata strutturata in due parti tematiche: a) la prima, quantitativa, contiene una batteria di item sulla struttura concettuale dell'area presa in considerazione; b) la seconda, qualitativa, ha lo scopo di indagare quale fosse l'opinione dei rispondenti riguardo agli obiettivi dell'area.

Figura VII.1.3: Punteggi complessivi attribuiti all'area Generale (scala da 1 a 10)

Area generale

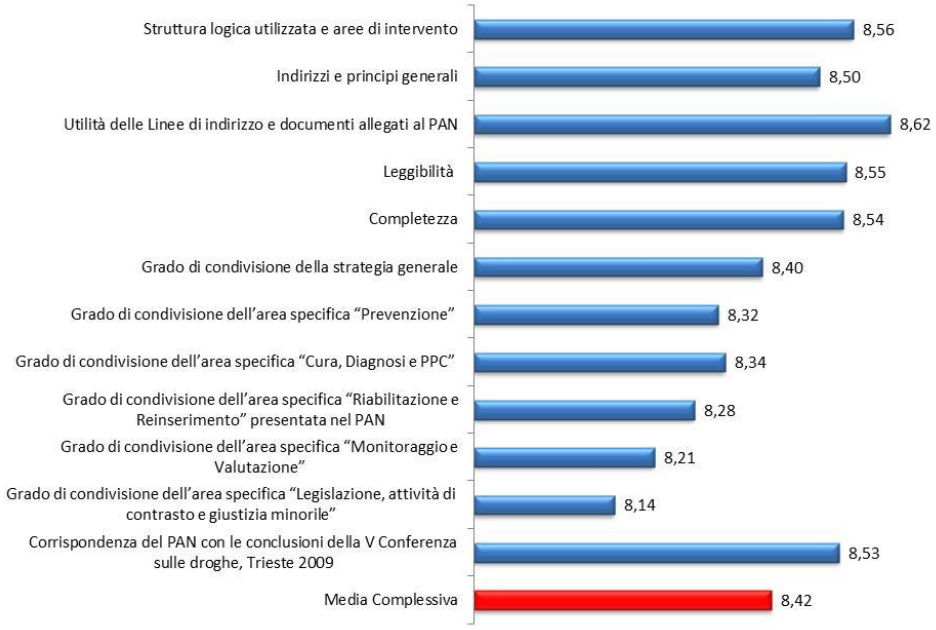


Figura VII.1.4: Punteggi complessivi attribuiti all'area Prevenzione (scala da 1 a 10)

Area prevenzione

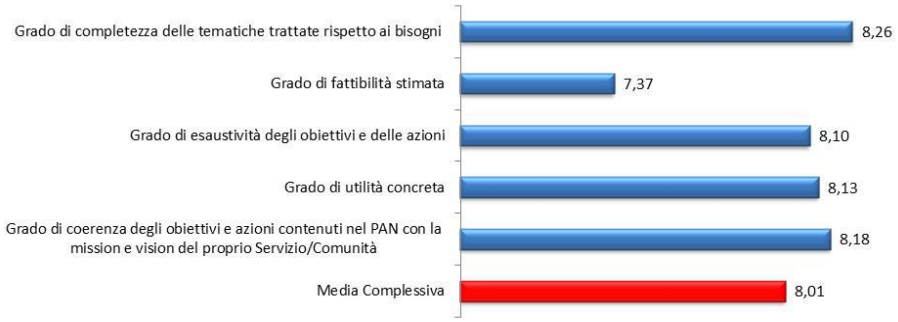


Figura VII.1.5: Punteggi complessivi attribuiti all'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 10)

Area Cura, diagnosi e patologie correlate



Figura VII.1.6: Punteggi complessivi attribuiti all'area Riabilitazione e Reinserimento (scala da 1 a 10)



Area Riabilitazione e reinserimento

Figura VII.1.7: Punteggi complessivi attribuiti all'area Monitoraggio e Valutazione (scala da 1 a 10)

Area monitoraggio e valutazione



Figura VII.1.8: Punteggi complessivi attribuiti all'area Legislazione e Contrasto (scala da 1 a 10)

Area legislazione e contrasto



Conclusioni

Dopo aver analizzato i risultati emersi dalle schede di valutazione del Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010 – 2013 si può affermare che il Piano d'Azione Nazionale sia stato valutato in maniera positiva nelle sue diverse componenti.

La struttura logica utilizzata nella stesura del Pan ha ottenuto opinioni favorevoli, così come i giudizi sui suoi contenuti in generale. Non sono però mancate le critiche puntuali e i suggerimenti per il suo miglioramento sui quali avviare delle riflessioni, come l'uso di concetti univoci in una materia così complessa come quella delle dipendenze.

Per quanto riguarda le specifiche aree ritroviamo giudizi decisamente positivi e più che sufficienti anche se le valutazioni sul "Grado di fattibilità" sono risultate le più basse su tutte le aree di intervento proposte dal Piano. L'area che in genere è stata valutata leggermente in maniera più critica è quella riguardante le attività di monitoraggio e di valutazione.

Monitoraggio delle buone pratiche regionali in materia di dipendenze e confronto con il PAN

È stata, dunque, avviata l'azione di monitoraggio delle buone pratiche regionali in materia di dipendenze e il confronto con il Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013 presso le Regioni e Province Autonome. I risultati di tale monitoraggio, però, sono ancora in via di accertamento e validazione con le rispettive Regioni e Province Autonome.
Tra la fine del 2011 e l'inizio del 2012 è stata effettuata la rilevazione delle buone pratiche regionali in materia di "dipendenze" osservando la prevenzione, la cura e la prevenzione delle patologie correlate, il reinserimento, i sistemi di valutazione epidemiologica e la ricerca. La mappatura è stata articolata nelle seguenti fasi. Con la prima fase, consultando i siti regionali, si sono ottenute le informazioni generali sulla struttura organizzativa delle Regioni, sulla loro normativa in materia di dipendenze e sulla attività programmatica (piani e progetti). Nella seconda fase, sono state contattate le Direzioni regionali attraverso la Commissione Salute del Coordinamento delle Regioni con l'invio delle schede generali ottenute nella prima fase. Nella terza fase sono state effettuate le interviste alle Direzioni generali per la validazione della scheda informativa e l'individuazione delle buone pratiche. Nella quarta fase si sono intervistati i referenti delle buone pratiche al fine di approfondire le indicazioni regionali. Nel mese di Giugno 2012, la rilevazione ha interessato le seguenti Regioni: Piemonte e Lombardia, come interviste per testare gli strumenti di rilevazione, Veneto, Molise, Lazio, Provincia Autonoma di Bolzano, Calabria, Abruzzo, Friuli Venezia Giulia, Campania e Basilicata.
Il confronto è stato condotto organizzando una matrice che riporta sulle colonne le attività previste nel PAN e sulle righe le corrispondenti attività realizzate nelle Regioni. Per la comparazione è stato adottato il criterio della "conformità" (presenza-assenza) attraverso una scala 1-4 (1 equivalente ad attività non rilevata e 4 che indica quelle attività previste dal PAN e adottate come pratiche routinarie dalle amministrazioni regionali).

Prevenzione

Figura VII.1.9: Valutazione di conformità dell'area Prevenzione (scala da 1 a 4)

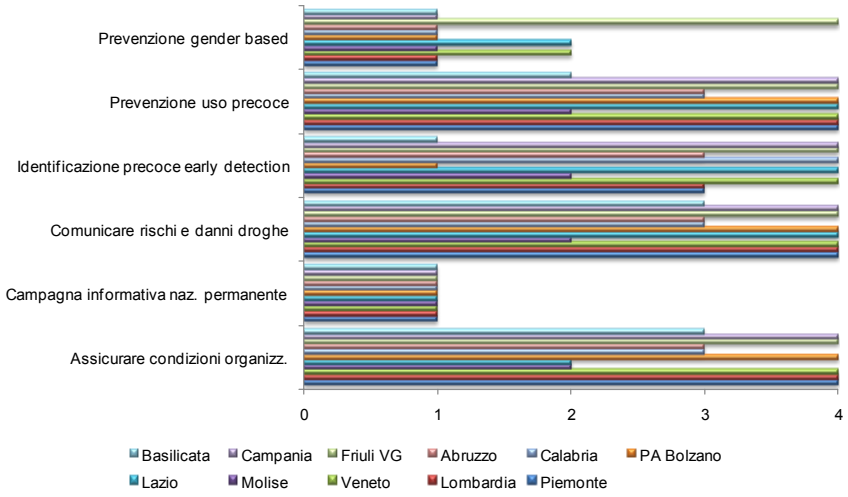


Figura VII.1.10: Valutazione di conformità dell'area Prevenzione (scala da 1 a 4)

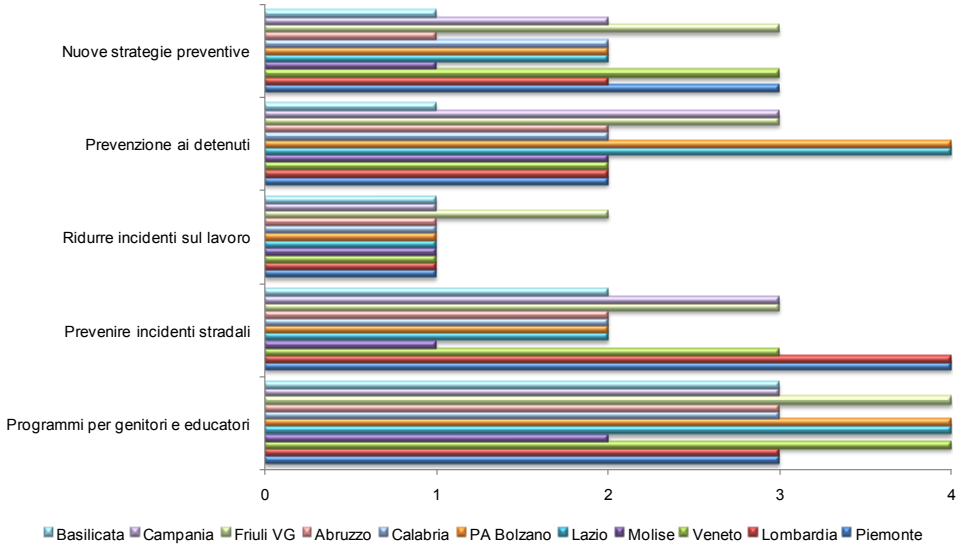
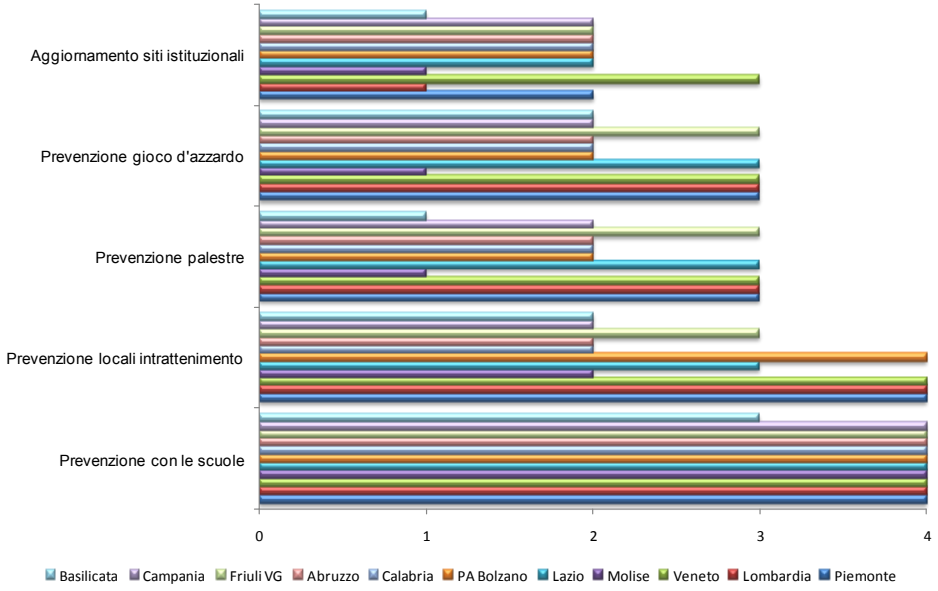


Figura VII.1.11: Valutazione di conformità dell'area Prevenzione (scala da 1 a 4)



Gli obiettivi con minore attuazione risultano essere il numero 2 (campagna informativa nazionale permanente), il numero 6 (programmi specifici per donne), il nr 9 (Riduzione degli incidenti sul lavoro alcol, droga correlati).
Allo stesso tempo, emergono gli obiettivi con maggior conformità attuativa. Sono il numero 1 (Condizioni organizzative), il 3 (Informazione sui rischi), il 4 (Programmi di identificazione precoce early detection), il numero 5 (Programmi preventivi contro l'uso precoce di alcol), il 7 (Programmi per educatori e genitori), il numero 12 (Programmi di prevenzione con la scuola) che è anche l'obiettivo che ha ottenuto il tasso di conformità più alto in tutte le regioni).

Cura, Diagnosi e Prevenzione delle Patologie Correlate

Figura VII.1.12: Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4)

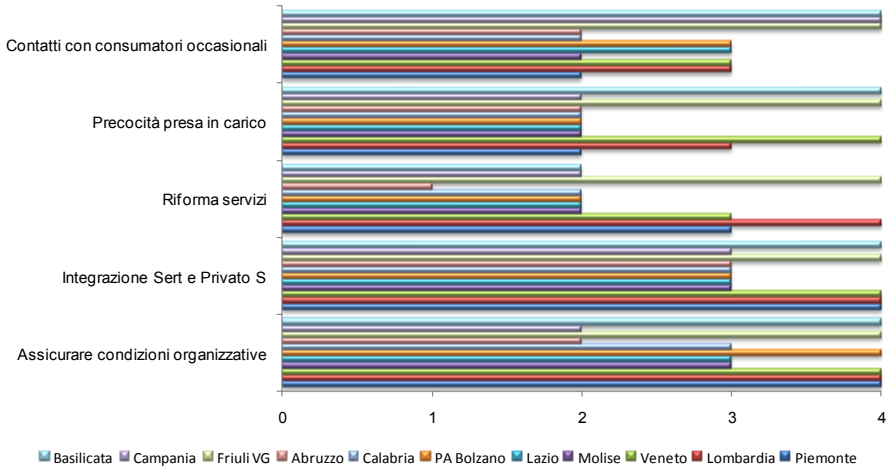


Figura VII.1.13: Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4)

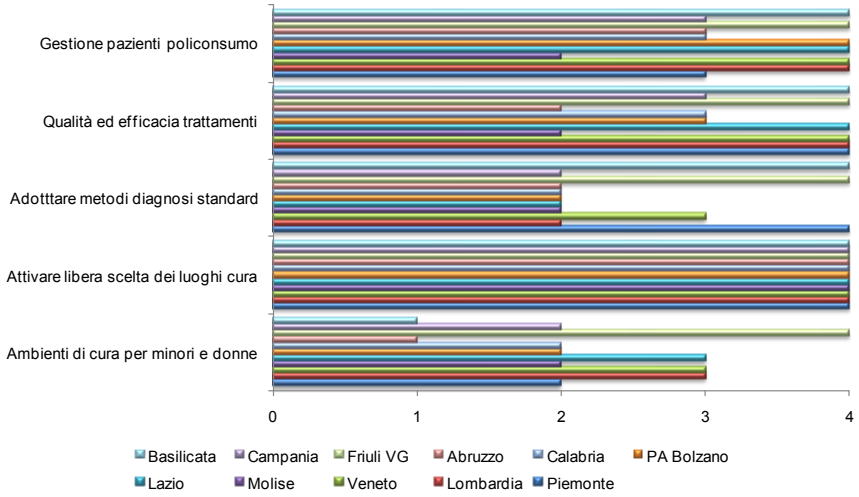


Figura VII.1.14: Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4).

ari

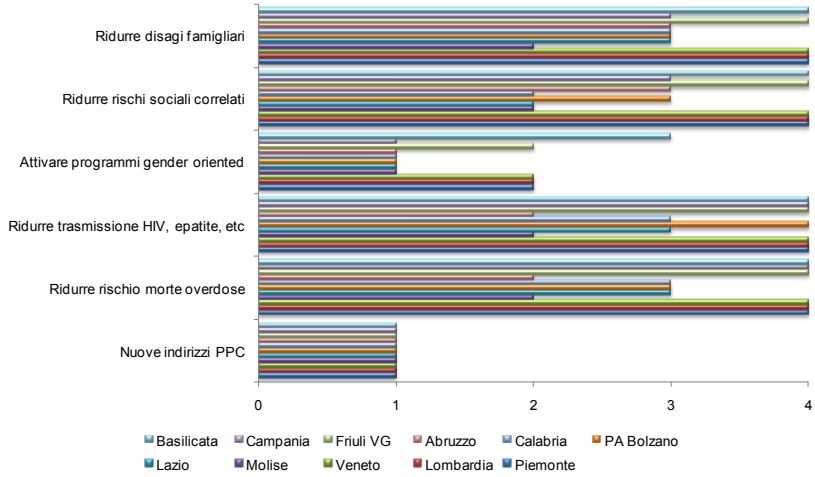


Figura VII.1.15: Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4).

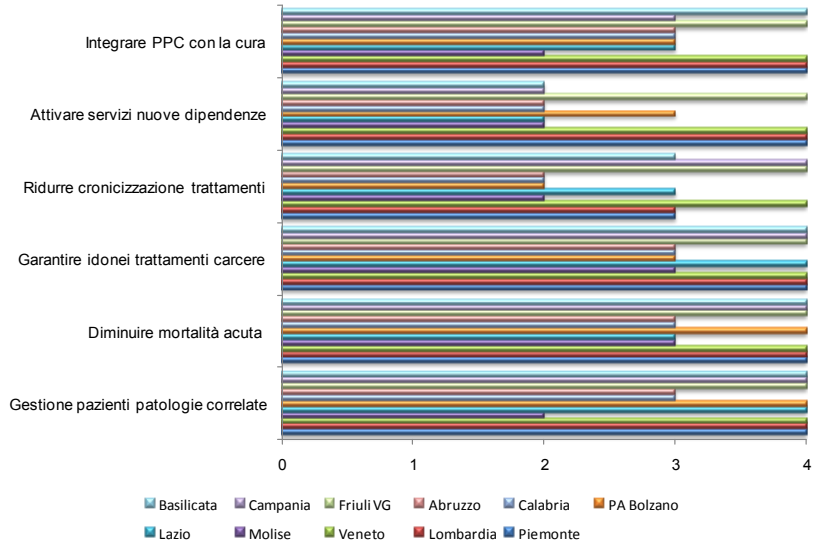
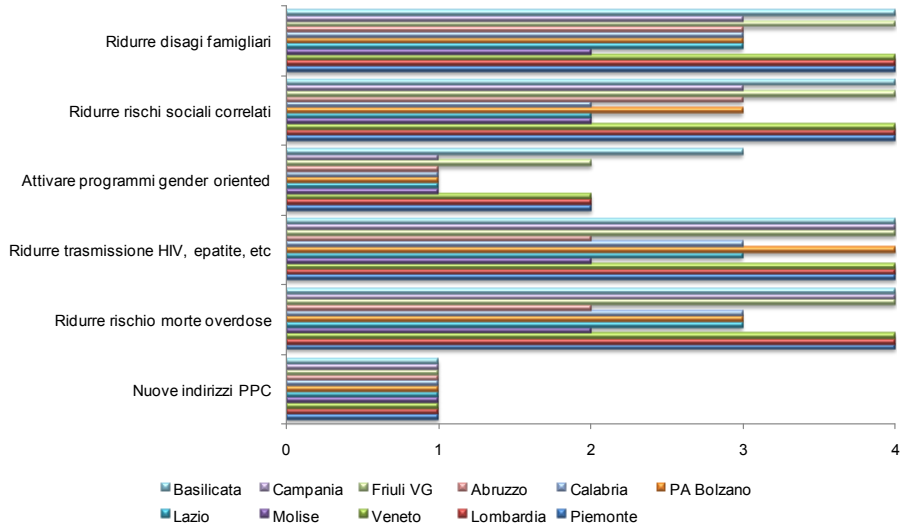


Figura VII.1.16: Valutazione di conformità dell'area Cura, Diagnosi e Patologie Correlate (scala da 1 a 4).



Lo schema mostra il maggior numero di barre (regioni per ogni area del PAN) che raggiungono la modalità della scala più alta corrispondente alle attività di routine.
In quest'area, invece, sono due gli obiettivi che mostrano livelli di conformità più bassi: il nr 17 (Definizione nuove linee nazionali in materia di PPC) e il nr 20 (Programmi gender oriented). Anche il nr 6 (Ambienti diversificati per minori e donne) indica coefficienti di attuazione inferiori alla media.

Riabilitazione e Reinserimento

Figura VII.1.17: Valutazione di conformità dell'area Riabilitazione e Reinserimento (scala da 1 a 4).

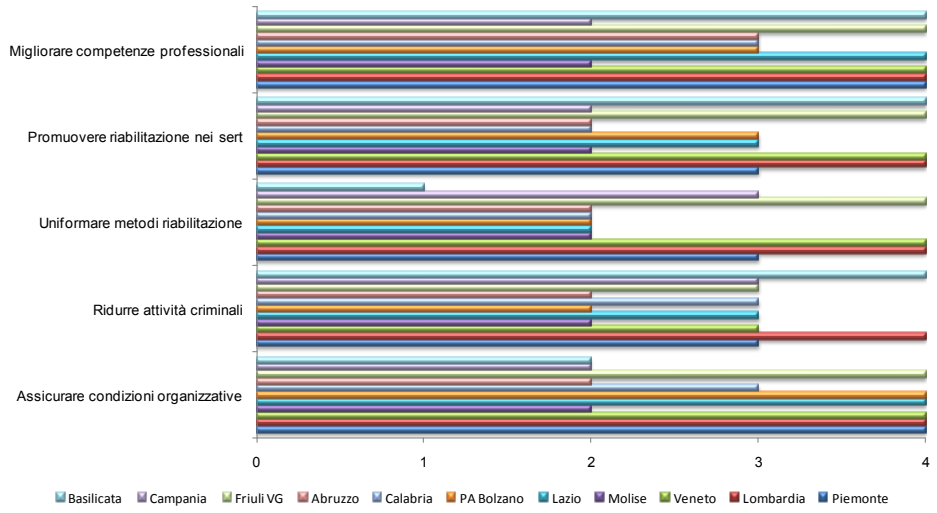
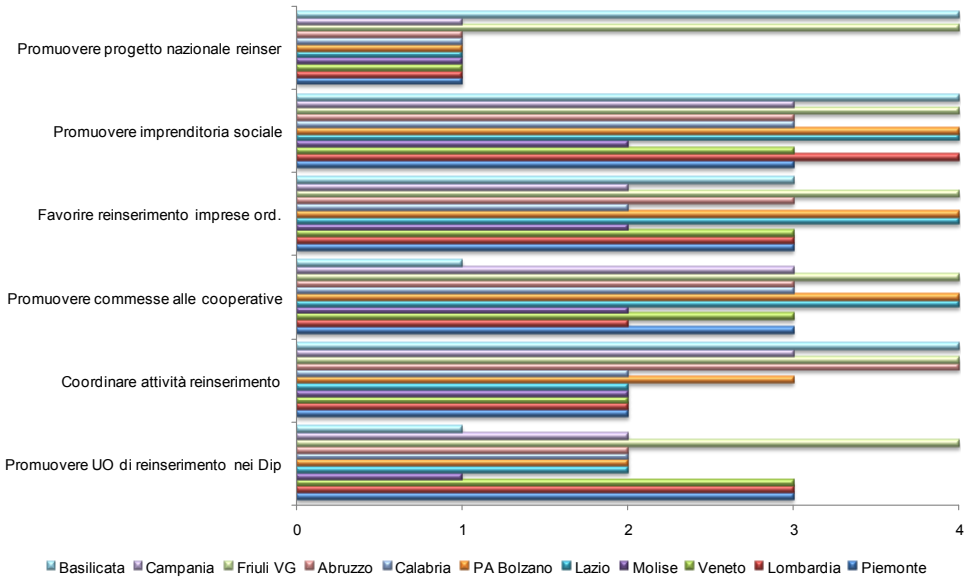


Figura VII.1.18: Valutazione di conformità dell'area Riabilitazione e Reinserimento (scala da 1 a 4)



In questo caso, si nota che la conformità rilevata nelle Regioni e Province Autonome risulta decisamente più bassa rispetto all'area della cura. Salvo i casi di Regioni che adottano nella pratica routinaria le attività indicate nel PAN, la maggioranza si attesta su posizioni equivalenti alla sola presenza normativa. Si nota

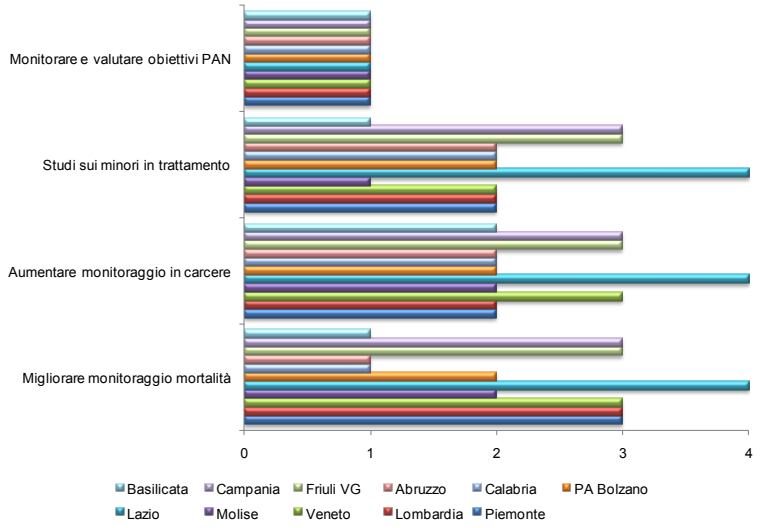
la coesistenza di un modesto indice di conformità tra gli obiettivi riferibili ad una competenza prevalentemente delle autorità nazionali (come il nr 3 che tratta l'uniformazione a livello nazionale dei principi e dei principali metodi di riabilitazione e reinserimento), come tra quelli di stretta competenza territoriale (come il nr 9 riferito al reinserimento nel circuito delle imprese ordinarie, o quello per lo sviluppo di unità operative specializzate di reinserimento all'interno dei dipartimenti).

Monitoraggio e valutazione

Figura VII.1.19: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



Figura VII.1.20: Valutazione di conformità complessiva (scala da 1 a 4)



Piemonte, Lombardia e Veneto segnalano l'adozione di pratiche routinarie per un buon numero di obiettivi. Friuli Venezia Giulia e Campania evidenziano, a loro volta, buoni indici di conformità anche se prevalentemente attestati su attività a progetto e conseguentemente con il rischio che la produzione statistica corrente non sia mantenuta negli anni successivi. Nelle altre Regioni, monitoraggio e valutazione

riflettono gli adempimenti legislativi stabiliti senza particolare valore aggiunto nei confronti delle politiche pubbliche contro le dipendenze. Tra le aree del PAN, il monitoraggio rappresenta quella con più bassi indici di conformità delle attività regionali rispetto agli obiettivi definiti dal PAN.

Le buone pratiche

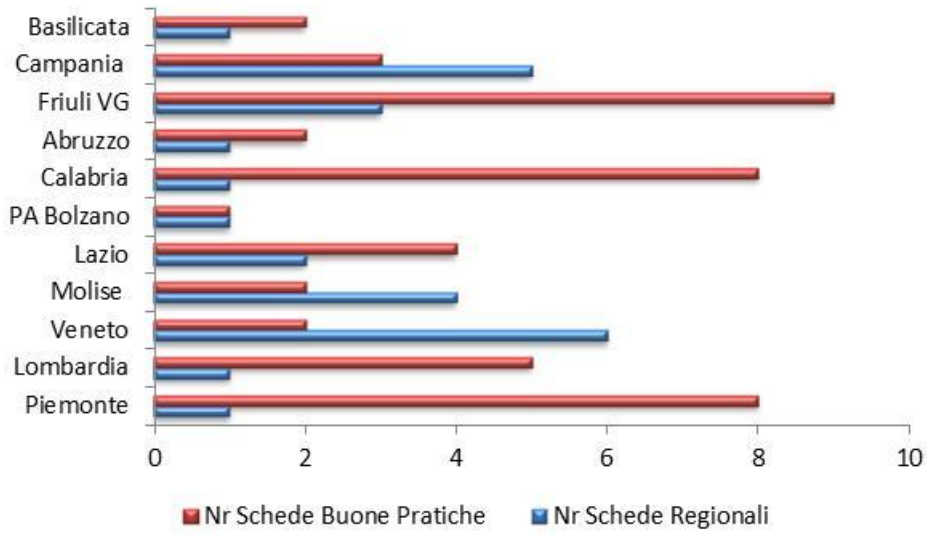
L'osservazione delle buone pratiche è stata preceduta dall'osservazione del quadro informativo generale (Scheda 1), dall'analisi delle attività regionali gestite direttamente dalle Direzioni regionali (Scheda 2), dalla descrizione delle buone pratiche (Scheda 3) e accompagnata prima dall'intervista con i responsabili regionali e, poi, dalla visita in loco nella sede di gestione della buona pratica.

Ognuna delle Regioni ad oggi consultate, presenta buone pratiche, osservabili nei seguenti profili:

- Legislazione e programmazione
- Gestione regionale delle attività
- Attività progettuali e di routine realizzate sul territorio regionale.

La caratteristiche comune rilevata è la scarsa rappresentatività delle buone pratiche nella legislazione regionale. Questo elemento può essere causato da molti fattori. In primo luogo, dalla settorialità della materia delle dipendenze e la sua inclusione in ambiti normativi più vasti, come la salute o le politiche sociali. In secondo luogo, il rapido evolversi del fenomeno delle droghe impedisce alla struttura amministrativa un adeguato adattamento delle procedure di formazione del testo amministrativo. Lo strumento più utilizzato che offre una sufficiente visibilità è la Delibera di Giunta che tuttavia rende molto laborioso il processo di consultazione dall'esterno. In pochi casi, come il Piemonte, quando lo sforzo è quello di dare organicità alla materia lungo la strumentazione utilizzata nel "testi unici", la durata dello sforzo amministrativistico rende molto "onerosa" l'azione di riordinamento. In contesti più piccoli dotati di autonomia amministrativa, come la Provincia Autonoma di Bolzano o il Friuli Venezia Giulia, è presente una legislazione "sorgente" che tuttavia non comprende l'evoluzione raggiunta dalle esperienze nel territorio. In altri casi, come la Basilicata, Campania o Calabria, è necessario risalire nel tempo per individuare provvedimento di una certa rilevanza innovativa, come la strutturazione dei servizi pubblici o l'integrazione con il privato sociale.
Per quanto riguarda le attività gestite direttamente dalle Direzioni Regionali, l'osservazione ha rilevato il forte limite finanziario, soprattutto nelle Regioni soggette al piano di rientro, che limita l'avvio di sperimentazioni da parte delle Regioni anche in presenza di interessanti idee, o sul versante delle politiche o su quello di micro-sperimentazioni. Il caso del Lazio è esemplare nelle ricerca di fonti di bilancio, anche in presenza del piano di rientro, per finanziare attività ritenute rilevanti per l'efficacia delle politiche pubbliche contro le dipendenze, come le attività formative per gli operatori oppure il perfezionamento di sistemi di valutazione epidemiologica.
Delle 72 schede compilate dalle 11 regioni consultate, 26 schede riguadagno le attività regionali e 46 si riferiscono alle buone pratiche.

Figura VII.1.21: Numero complessivo di schede trasmesse



Le prime indicazioni generali mostrano delle buone pratiche sui territori regionali per ogni area del PAN, con particolare riferimento alla Prevenzione, la Cura e prevenzione delle patologie correlate e il reinserimento. Gli approfondimenti delle buone pratiche attraverso le visite in loco hanno messo in luce le professionalità esistenti, metodi di lavoro in team di grande apprezzamento e partenariati con gli attori territoriali, pubblici e privati, di grande rilevanza per contrastare le "dipendenze".
Il rapporto definitivo sulle buone pratiche delle Regioni e PA consultate è, comunque, ancora in via di elaborazione.

CAPITOLO VII.2

RASSEGNA ICONOGRAFICA DEI MATERIALI PRODOTTI DAL DPA E ATTIVITÀ COLLEGATE

VII.2.1. Campagne informative

VII.2.1.1 "Non ti fare, fatti la tua vita"

VII.2.1.2 Campagna spiagge

VII.2.1.3 Dire giovani dire futuro

VII.2.1.4 "Pins – ci stai contro la droga?"

VII.2.1.5 "Elementare ma non troppo…"

VII.2.2. Pubblicazioni

VII.2.2.1 Linee di Indirizzo

VII.2.2.2 Manuali tecnico-scientifici

VII.2.2.3 Pubblicazioni scientifiche e report epidemiologici

VII.2.2.4 Strategie e Masterplan Progetti

VII.2.2.5 Scientific Community e collaborazioni internazionali

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

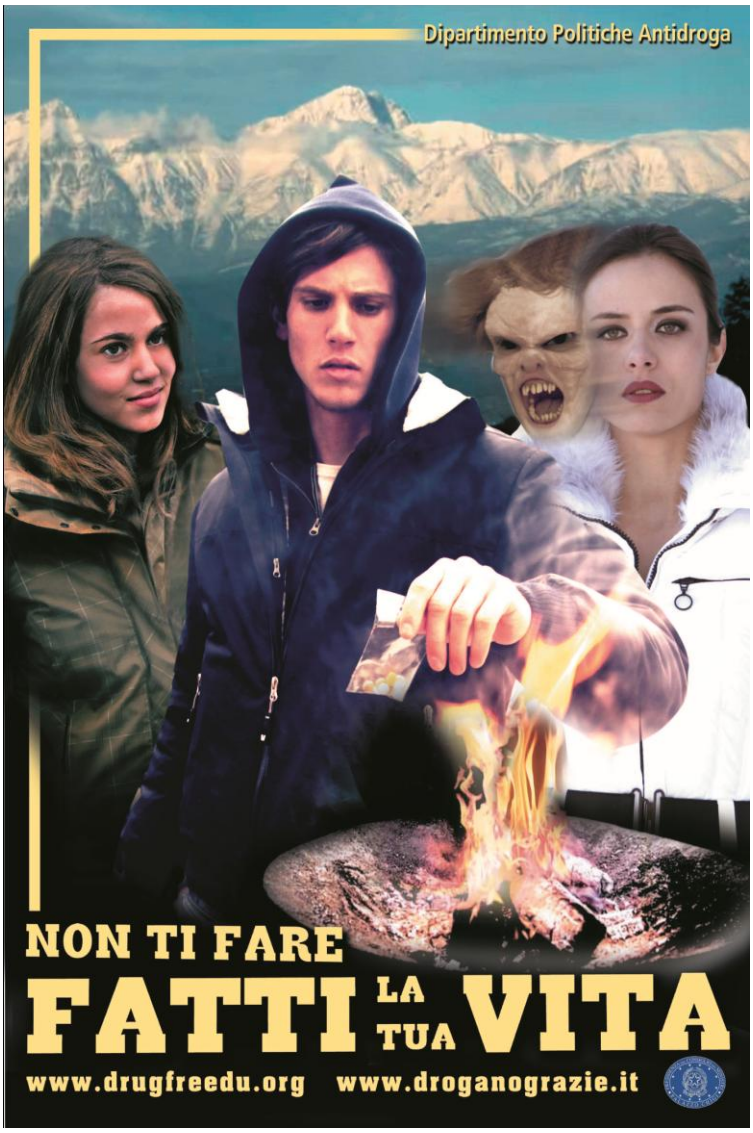
VII.2.1 CAMPAGNE INFORMATIVE

VII.2.1.1 "Non Ti Fare, Fatti La Tua Vita"

Campagna informativa istituzionale contro l'uso delle droghe promossa dal Dipartimento Politiche Antidroga per l'anno 2011 "Non ti fare, fatti la tua vita", diffusa nel periodo 01-30 marzo 2011.

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 delle TV Nazionali e locali, delle Radio Nazionali e Locali, delle multisale cinematografiche, delle Metropolitane, Stazioni ferroviarie, della stampa nazionale e periodica, dei siti istituzionali, social network e altri siti Internet dedicati il cui target principale sono i ragazzi.



VII.2.1.2 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 dalla seconda metà di luglio 2011 alla seconda metà di settembre 2011.
La campagna ha coinvolto le spiagge di tutto il territorio nazionale, comprese le isole.



VII.2.1.3 Dire giovani dire futuro

Diregiovani direfuturo è un festival organizzato dall'Istituto di Ortofonologia di Roma (Ido) e dal portale Diregiovani.it. Nel 2011 il Festival si è tenuto dal 9 al 12 novembre.

Questo festival viene organizzato annualmente e vi prendono parte 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, 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.

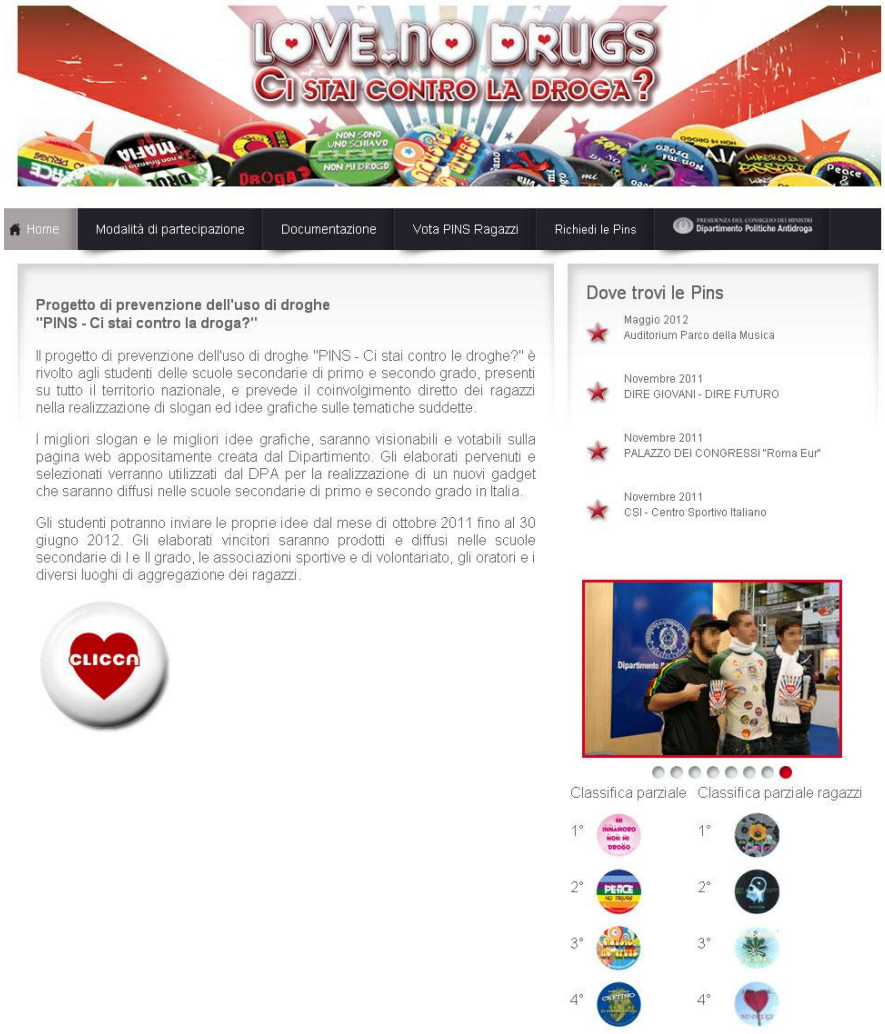
Nel corso dell'edizione 2011 il Dipartimento Politiche Antidroga, come azione propedeutica, ha presentato ai ragazzi partecipanti il progetto "PINS - Ci stai contro la droga?"

VII.2.1.4 "Pins – ci stai contro la droga?"

Il progetto, nell'ambito delle linee strategiche di prevenzione, prevede la realizzazione di una ricerca per la sensibilizzazione dei giovani sull'importanza di uno stile di vita sano e lontano dai pericoli delle droghe, offrendo loro l'opportunità di riflettere sulle tematiche inerenti la tossicodipendenza e i danni ad

essa correlati e di collaborare in prima persona alle attività di prevenzione del Dipartimento.

L'azione è rivolta agli studenti di circa 3000 scuole secondarie di primo e secondo grado, appositamente selezionate, su tutto il territorio nazionale, ed ha come obiettivo il coinvolgimento diretto dei ragazzi nella realizzazione di slogan ed idee grafiche contro la droga.
Il Dipartimento ha realizzato un sito web sperimentale dedicato al progetto di ricerca per la raccolta delle idee dei ragazzi. I migliori slogan e le migliori idee grafiche verranno selezionati da un gruppo di valutazione.



Gli elaborati pervenuti e selezionati verranno utilizzati per la realizzazione di un nuovi gadget (spillette) che saranno diffusi tra i ragazzi.
In relazione al progetto sono state effettuate e programmate le seguenti azioni:

1. Diffusione, come azione propedeutica, dei materiali durante il Festival "Dire Giovani, Dire Futuro", svoltosi a Roma dal 9 al 12 novembre 2011 e al quale hanno partecipato ragazzi delle scuole elementari, medie e superiori di tutta Italia.

2. Realizzazione e attivazione dell'apposito sito dedicato www.lovenodrugs.it sul quale è iniziata con successo la votazione delle

Pins. Nel periodo dal 10/12/2011 al 11/06/2012 si sono registrati:

- 110.964 click di visita
- 43.254 pagine viste
- 4.621 visite
- 212 voti per i pins DPA
- 285 voti per i pins dei ragazzi
- 12 grafiche pins inviate correttamente dalla scuole
- 5.000 pins richieste dalle scuole

Sul portale www.lovenodrugs.it si può visionare la classifica parziale dei PINS (sia di quelli realizzati dal DPA, sia quelli inviati dagli studenti delle scuole che hanno partecipato al progetto) aggiornata al 11 giugno 2012:

1° 

1° 

2° 

2° 

3° 

3° 

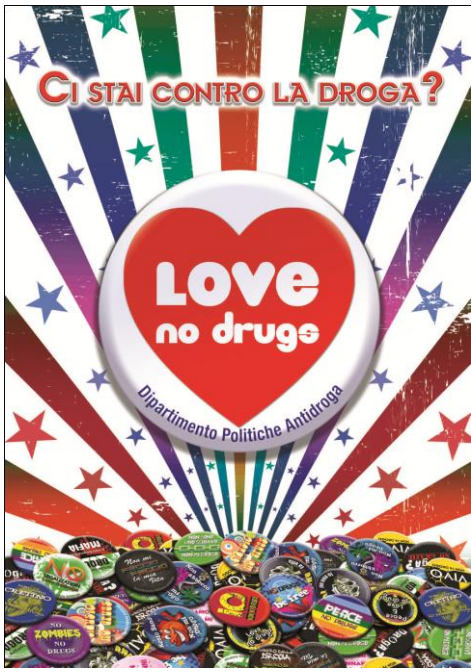
4° 

4° 

5° 

5° 

3. Realizzazione del minispot di presentazione del progetto.



4. Nel mese di febbraio 2012 sono state avviate le spedizioni dei pins nelle scuole secondarie di primo e secondo grado selezionate su tutto il territorio nazionale suddivise in tre gruppi.



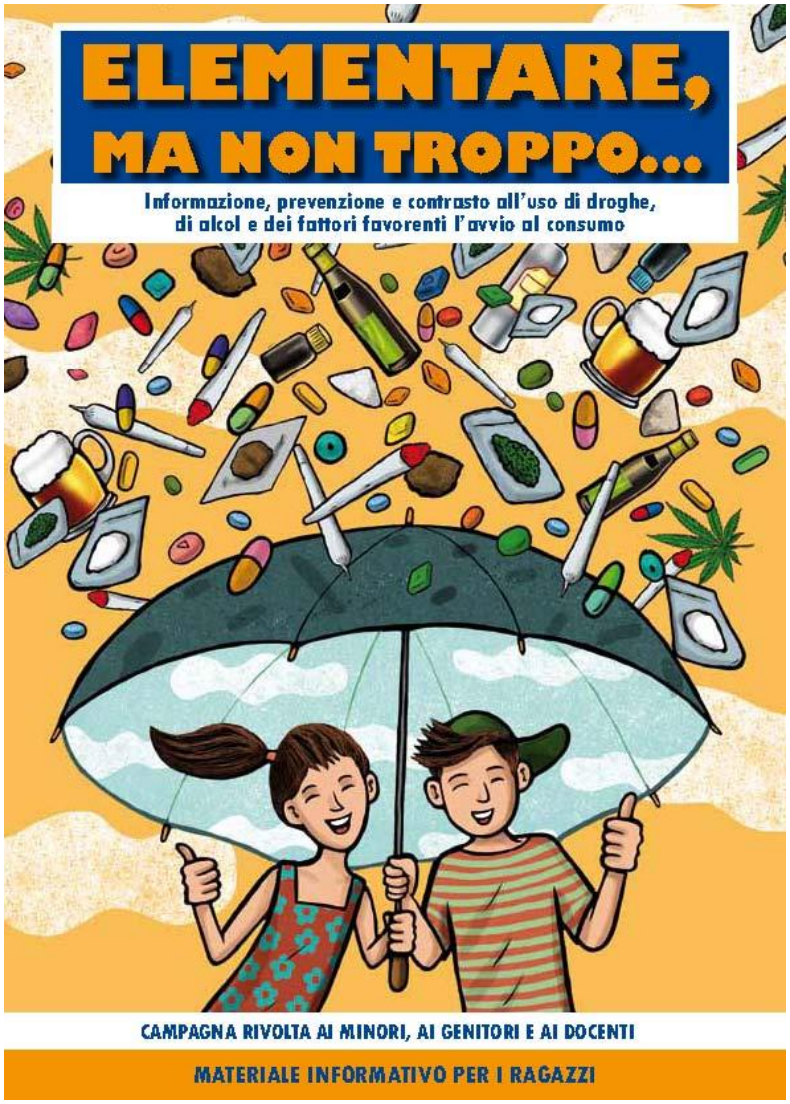
5. Inoltre, ha collaborato nella diffusione dei materiali anche il Centro Sportivo italiano. Il Centro, ha organizzato una serie di talk show con gli studenti di alcune scuole
6. Contribuisce attualmente alla diffusione dei materiali di progetto a livello nazionale anche l'ANSPI – Associazione Nazionale San Paolo Italia.
7. Durante la manifestazione "Dream On – For a future without drugs",

tenutasi a Roma in data 27 maggio 2012, sono stati distribuiti i pins ai ragazzi intervenuti all'evento. Nella stessa occasione sono state raccolte altre idee grafiche realizzate subito prima dell'inizio della manifestazione. Di seguito un'immagine della distribuzione dei pins.



VII.2.1.5 "Elementare ma non troppo…"

"Elementare, ma non troppo…" è un progetto promosso da Dipartimento Politiche Antidroga, Istituto Superiore di Sanità e Moige - movimento italiano genitori, per sensibilizzare e informare minori, genitori e docenti delle scuole elementari italiane sui rischi connessi all'uso della cannabis, dell'alcol e sui fattori favorenti l'avvio del consumo.
Il progetto ha durata biennale e prevede un target di 50 scuole elementari su tutto il territorio nazionale con il coinvolgimento di circa 15.000 bambini, 30.000 genitori e 2.000 insegnanti.
Nei giorni stabiliti da programma, in ciascuna scuola verrà realizzato un open day che consentirà ai bambini, coinvolti in attività ludiche alla presenza degli esperti del Moige, e successivamente ai genitori e agli insegnanti, nel corso di incontri serali, di saperne di più sul tema oggetto della campagna. Ciascun bambino realizzerà un disegno sul tema e i migliori 12 verranno inseriti all'interno di un calendario che sarà poi inviato alle scuole. Il disegno più rappresentativo in assoluto consentirà alla scuola vincitrice di ricevere un premio.
Nel corso delle giornate formative verrà distribuito materiale sia per i bambini che per gli adulti, consigli utili per prevenire e contrastare l'uso delle droghe e dell'alcol nonché realtà che ne favoriscono il consumo.

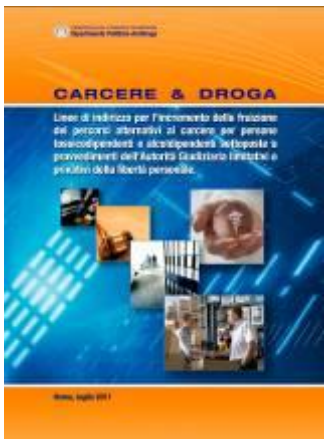

ELEMENTARE,
MA NON TROPPO...
Informazione, prevenzione e contrasto all'uso di droghe,
di alcol e dei fattori favorenti l'avvio al consumo
CAMPAGNA RIVOLTA AI MINORI, AI GENITORI E AI DOCENTI
MATERIALE INFORMATIVO PER I RAGAZZI

VII.2.2. PUBBLICAZIONI

VII.2.2.1 Linee di Indirizzo



Il Dipartimento delle Dipendenze. Linee di Indirizzo e orientamenti organizzativi per l'integrazione dell'offerta e dei servizi.
(Novembre 2011)



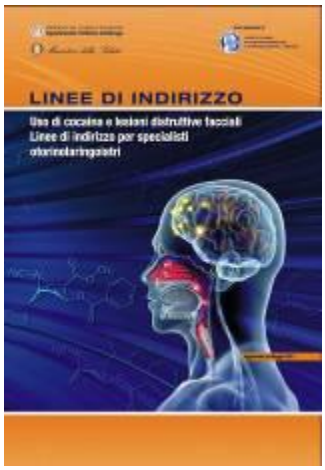
Carcere & Droga. Linee di Indirizzo per l'incremento della fruizione dei percorsi alternativi al Carcere per persone tossicodipendenti e alcol dipendenti sottoposte a provvedimenti dell'Autorità Giudiziaria limitativi o privativi della libertà personale
(Novembre 2011)



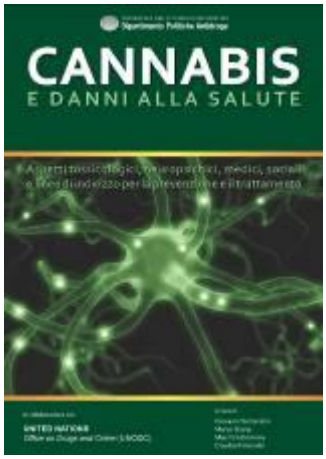
Strategie di Auto-aiuto. Guida per interrompere l'uso di sostanze stupefacenti (WHO) (Giugno 2011)



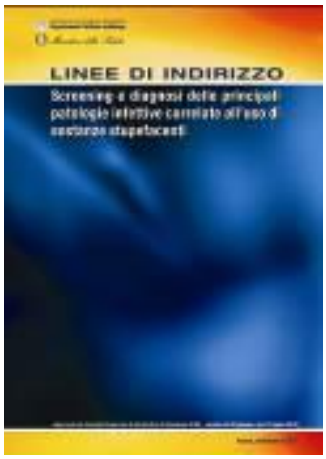
La musica e il canto per la prevenzione dell'uso di droghe.
Carta dei principi e dei diritti per le giovani generazioni
(giugno 2011)



Uso di cocaina e lesioni distruttive. Linee di indirizzo per gli specialisti otorinolaringoiatri
(Maggio 2011)



Cannabis e danni alla salute. Aspetti tossicologici, neuropsichici, medici, sociali e linee di indirizzo per la prevenzione e il trattamento.
(Gennaio 2011)



Linee di Indirizzo Screening e diagnosi precoce delle principali patologie infettive correlate all'uso di sostanze stupefacenti
(Gennaio 2011)



Guida all'educazione e al sostegno della famiglia per la prevenzione dell'uso di droghe (Progetto Edu.Care)
(Dicembre 2010)



Media & Droga. Codice di Autoregolamentazione. Indicazioni per lo svolgimento dei programmi radiotelevisivi che trattano il tema dell'uso di droghe e dell'abuso di alcol con particolare riferimento alla tutela delle persone minori.
(Marzo 2010)



Linee di Indirizzo. Misure ed azioni concrete per la Prevenzione delle Patologie Correlate all'uso di sostanze stupefacenti.
(Giugno 2009)



Cocaina e minori. Linee di Indirizzo per le attività di prevenzione e l'identificazione precoce dell'uso di sostanze
(Giugno 2009)



Guida alla realizzazione di programmi di formazione sulle abilità genitoriali per la prevenzione dell'uso di droghe.
(aprile 2009)



Counseling Individuale nella Dipendenza da Cocaina. Una guida per il trattamento individuale della dipendenza da cocaina attraverso il counseling cognitivo comportamentale.
(gennaio 2009)

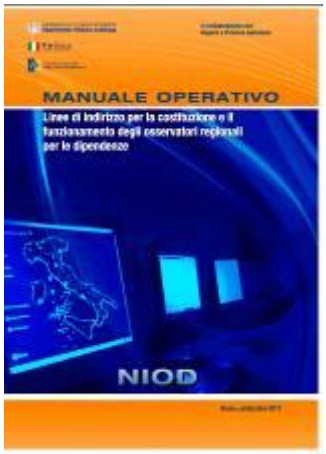
VII.2.2.2 Manuali tecnico-scientifici



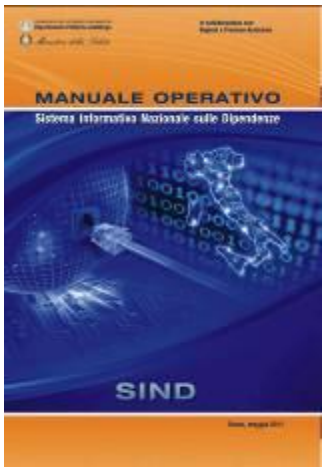
Modello Teorico Prativo per la riabilitazione e il reinserimento sociale e lavorativo della persona tossicodipendente. Manuale per gli operatori Progetto RELI
(Novembre 2011)



Diagnosi e interventi precoce dell'uso di sostanze nei minori mediante counselling motivazionale, drug test e supproto educativo della famiglia: metodi e razionali (Early detection e early intervention).
(Novembre 2011)



Manuale operativo. Linee di indirizzo per la costituzione e il funzionamento degli osservatori regionali per le dipendenze (NIOD)
(Settembre 2011)



Manuale Operativo. Sistema informativo Nazionale sulle Dipendenze (SIND)
(Maggio 2011)



Creazione di un Osservatorio Nazionale sulle droghe: un manuale comune (OEDT) (Dicembre 2010)



Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze – II Edizione
(Giugno 2010)



Progetto Drugs on street e Protocollo D.O.S. per gli accertamenti su strada
(Agosto 2008)



Elementi di Neuroscienze e Dipendenze. Manuale per operatori dei Dipartimenti delle Dipendenze – I Edizione
(Giugno 2008)



Sistema di allerta precoce e risposta rapida per le droghe.
Drugs Early Warning System (Maggio 2008)

VII.2.2.3 Pubblicazioni scientifiche e report epidemiologici



2011 National Report (2010 data) to the EMCDDA by the Reitox Italian Focal Point.
New Development, Trends and in-depht information on selected issues.
(Novembre 2011)



Progetto Quadro NNIDAC. Network nazionale per la prevenzione degli incidenti stradali droga e alcol correlati.
(Ottobre 2011)



Activity Report N.E.W.S.
(Luglio – Agosto 2011)



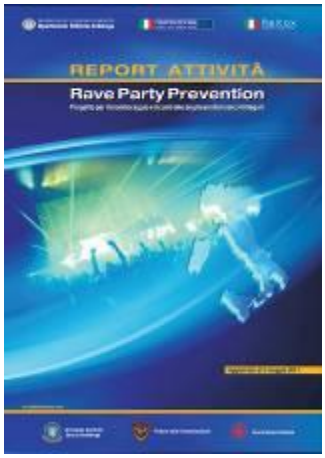
Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Elaborazioni 2011 su dato 2010.
(Giugno 2011)



Interventi di prevenzione nelle scuole mediante videoconferenza
(Giugno 2011)



Activity Report N.E.W.S.
(Maggio – Giugno 2011)



Rave Party Prevention. Progetto per il monitoraggio ed il controllo degli eventi musicali illegali.
(Maggio 2011)



Activity Report N.E.W.S.
(Marzo – Aprile 2011)



Activity Report N.E.W.S.
(Gennaio – Febbraio 2011)



La prevenzione dell'uso di sostanze stupefacenti. Materiali, siti informativi e piano di comunicazione per le campagne antidroga.
(Novembre 2010)



2010 National Report (2009 data) to the EMCDDA by the Reitox Italian Focal Point. New Development, Trends and in-depht information on selected issues.
(Novembre 2010)



Activity Report N.E.W.S.
(Novembre – Dicembre 2010)



Strumenti informativi per una scuola senza droghe. Rete nazionale di portali informativi per le scuole per la prevenzione dell'uso di droghe
(ottobre 2010)



Activity Report N.E.W.S.
(Settembre – Ottobre 2010)



Activity Report N.E.W.S.
(Luglio – Agosto 2010)



Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Elaborazioni 2010 su dato 2009.
(giugno 2010)



Activity Report N.E.W.S.
(Maggio – Giugno 2010)



Activity Report N.E.W.S.
(Marzo – Aprile 2010)



Activity Report N.E.W.S.
(Gennaio – Febbraio 2010)



2009 National Report (2008 data) to the EMCDDA by the Reitox Italian Focal Point. New Development, Trends and in-depht information on selected issues.
(Novembre 2009)



Relazione Annuale al Parlamento sullo stato delle tossicodipendenze in Italia. Elaborazioni 2009 su dato 2008.
(giugno 2009)



Apprendere e Lavorare nell'era digitale. On-line collaborative e-learning per le organizzazioni sanitarie e sociali.
(Luglio 2008)

VII.2.2.4 Strategie e Masterplan Progetti



Sintesi degli orientamenti espressi dagli operatori nella V Conferenza Nazionale sulle Politiche Antidroga. Relazioni conclusive della Conferenza e delle successive consultazioni permanenti
(Settembre 2009)



Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2013
(ottobre 2010)



Piano dei Progetti 2011/2012. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga prosegue il percorso per la lotta alle tossicodipendenze
(marzo 2011)



Piano dei Progetti 2010. Il Dipartimento per le Politiche Antidroga traccia un nuovo percorso per la lotta alle tossicodipendenze
(marzo 2010)



Posizione italiana sulla legalizzazione delle sostanze stupefacenti (giugno 2011)



Principi generali della posizione Italiana sulla lotta alla droga. (novembre 2011)



Le ragioni del perché NO alla legalizzazione delle sostanze stupefacenti (novembre 2011)

VII.2.2.5 Scientific Community e collaborazioni internazionali



Italian Scientific Community on Addiction. Una nuova comunità Scientifica per l'innovazione del sistema delle Dipendenze italiano.

- Italian Scientific Community on Addiction.
- Italian Journal on Addiction. Dalle neuroscienze alla ricerca multidisciplinare
- National School on Addiction
- Newsletter Droganews
- International Groups

(luglio 2011)



Accordo di collaborazione scientifica ITALIA – USA. Accordi intergovernativi per sviluppare progetti e interazioni comuni nell'area della ricerca, della cura, della prevenzione e della riabilitazione delle dipendenze.

(luglio 2011)



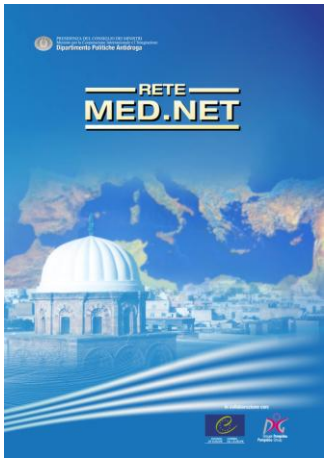
Scuola Nazionale sulle Dipendenze – National School on Addiction

Programma formativo multidisciplinare per i professionisti del sistema italiano delle dipendenze.

(gennaio 2012)



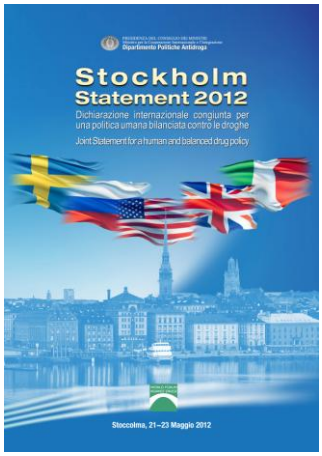
Progetto di collaborazione Italia-Cina
(febbraio 2012)



Rete MED.NET
(febbraio 2012)



Progetto di collaborazione Italia-Russia
(febbraio 2012)



Stockholm Statement 2012

Dichiarazione internazionale congiunta per una politica umana bilanciata contro le droghe